

# Een kwestie van vertrouwen

# Een kwestie van vertrouwen

OVER TRANSPARANTIE EN VERANTWOORDEN IN DE ZORG  
EN HET TERUGDRINGEN VAN ADMINISTRATIEVE LASTEN

# Inhoudsopgave

Commissie	4	
	5	Voorwoord
Een bestuurswetenschapper aan het woord: Paul Frissen	6	
	9	Inleiding
Interview met Florent Vlak	12	
	13	Administratieve lasten: noodzaak én probleem
Best Practice – Henk Eigenbrood	14	
Merkbare Vermindering – Minder paperassen door AWBZ-brede Zorgregistratie	18	
Interview met Floris Sanders	20	
	21	Het perspectief van de rijksoverheid
Best Practice – Kritisch en met gezond verstand met regels omgaan	22	
Regionale bijeenkomsten – Maria Hintzbergen	24	
Interview met Iris van Bennekom	26	
Best Practice – Zorgverleners en zorgverzekeraars vinden elkaar	28	
Regionale bijeenkomsten – Ruben Wenselaar	30	
	31	Het perspectief van het zorgveld
Interview met Jack Thiadens	32	
Merkbare Vermindering – College Bouw pakt papierberg aan	34	
Regionale bijeenkomsten – Jos Blox	36	
Interview met Jos de Beer	38	
	39	Naar een gezamenlijke analyse en aanpak van de ontwikkeling van administratieve lasten
Regionale bijeenkomsten – Roel Termeer	40	
Interview met Theo Kralt	42	
Merkbare Vermindering – Project Maatschappelijke verantwoording	44	
Interview met Joop Hendriks	46	
Regionale bijeenkomsten – Koo de Vries	48	
	49	Een aanvullende agenda voor de beheersing en aanpak van administratieve lasten
Interview met Anton Westerlaken	50	
Regionale bijeenkomsten – Siety de Jager	52	
Interview met Mike Leers	54	
	55	<b>Bijlage</b> Bevindingen VWS-commissie administratieve lasten in de zorg
Regionale bijeenkomsten – Stephan Valk	56	
Best Practice – Mobiele registratie spaart tijd en kosten	58	
Regionale bijeenkomsten – Melina van Gunsteren	60	
Colofon	62	



**Drs. M.J. (Martin) van Rijn**

Directeur generaal Gezondheidszorg Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport



**Drs. P.F.H. (Peter) Bont**

Secretaris Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal)



**Mr. A.A. (Anton) Westerlaken**

Voorzitter Raad van Bestuur s Heeren Loo Zorggroep



**Drs. F.B.M. (Floris) Sanders**

Radioloog Diakonessenhuis Utrecht en Zeist  
Voorzitter Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (tot 1 1 2006)



**Drs. I. (Iris) van Bennekom**

Directeur Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)



**Drs. F.F.L. (Florent) Vlak**

Voorzitter Raad van Bestuur Vivium zorggroep



**Drs. J.F. (Jos) de Beer**

Directeur GGZ Nederland



**Mr. G.A.M. (Jack) Thiadens**

Voorzitter Raad van Bestuur Martini Ziekenhuis



**Drs. M.A.M. (Mike) Leers**

Voorzitter Raad van Bestuur CZ Zorgverzekeringen



**Drs. T.P.G. (Theo) Kralt**

Vice voorzitter Raad van Bestuur Stichting Philadelphia Zorg



**Drs. J.G.M. (Joop) Hendriks**

Lid Raad van Bestuur Agis Zorgverzekeringen

# Voorwoord

Deze publicatie gaat over een diepgeworteld spanningsveld: het streven naar een transparante samenleving – en dus ook een transparante overheid – en de wens die transparantie vorm te geven zonder daarbij vast te lopen in wetten, regels en uitdijende verantwoordingsdocumenten.

Deze publicatie zoomt in op de administratieve lasten in de zorgsector en is bestemd voor iedereen in die sector die zich daar zorgen over maakt. Maar de materie die hierbij centraal staat, *het verlangen naar terugdringen van die lasten*, is een veel breder vraagstuk dan voor de zorgsector alleen. De opeenstapeling van wetten, regels, verantwoordingsstructuren en *checks and balances* is een problematiek die herleid kan worden tot een fundamenteel debat dat de hele samenleving aangaat. Een debat dat gaat over vertrouwen versus wantrouwen, over verantwoordelijkheden en over de moed om te delegeren zonder overmatig te controleren.

Het terugdringen van administratieve lasten is een veelgekoesterde wens door de hele maatschappij heen. De afgelopen decennia is de samenleving steeds complexer geworden. Er zijn meer dwarsverbanden ontstaan en tegelijkertijd zijn de beschikbare gegevens – mede onder invloed van de moderne informatie- en communicatietechnologie – aanzienlijk toegenomen. De oplopende werkdruk door de gegroeide complexiteit en roep om verantwoording die mede door de transparantie luider en luider is geworden, hebben geleid tot een neiging om alles tot in detail vast te leggen. In de loop der tijd is de regelbaarheid uitgemond in een soms bijna ondoordringbaar woud aan administratieve lasten. Voeg daarbij het opkomende claimgedrag en de dreiging van de gigantische mediadruk in het geval er iets fout gaat en een cultuur van angst, wantrouwen en indekgedrag is geboren.

Het terugdringen van administratieve lasten is geen problematiek die alleen op het bordje van de overheid kan worden gelegd. Het is in belangrijke mate een gevolg van een gegroeide cultuur van ‘alles willen weten’. Een cultuur waarin wantrouwen steeds vaker een basishouding wordt. De toename van administratieve lasten is het gevolg van het feit dat het geven en nemen van eigen verantwoordelijkheid naar de achtergrond zijn verschoven. Het teruggeven van deze eigen verantwoordelijkheid moet geleidelijk groeien en is een kwestie van vertrouwen.

Er is een omslag gaande: de huidige politiek-maatschappelijke trends van meer eigen verantwoordelijkheid, een terugtrekkende overheid, meer marktwerking en meer zelfregulerend vermogen in allerlei maatschappelijke sectoren vragen meer onderling vertrouwen en minder papieren rompslomp en regelzucht. Dat betekent niet dat er geen controle en verantwoording dient plaats te vinden. Het opereren in een publieke omgeving vraagt een zeker noodzakelijk niveau van administratieve lasten. Het kan en mag evenwel niet zo zijn dat die lastendruk belemmerend werkt op allerlei primaire processen.

Het Ministerie van VWS en het zorgveld zetten inmiddels samen de schouders onder het terugdringen van de administratieve lasten. De ambities op dit vlak zijn de laatste jaren aanzienlijk toegenomen en de slagkracht is vergroot. Het ministerie heeft er een projectorganisatie voor opgezet en met het zorgveld zijn de contacten op dit gebied sterk uitgebreid. Als VWS-commissie administratieve lasten in de zorg begeleiden wij het ministerie bij het realiseren van de doelstellingen. Maar we zijn er nog lang niet. Voor sommigen gaat dit proces niet snel genoeg. Het Ministerie van VWS gaat de kritische geluiden niet uit de weg. De interviews en quotes in deze publicatie zijn daarvan het bewijs. En zo hoort het ook, want alleen met voldoende kritische massa zal de spiegel der interactie telkens weer opgepoetst kunnen worden. Alleen zo kan een meervoudig bondgenootschap ontstaan waarmee het voortdurend op de loer liggende gevaar van administratieve lasten effectief kan worden bestreden.

Deze brochure is dan ook bedoeld voor alle partijen die aan dat meervoudige bondgenootschap bij kunnen dragen: zorginstellingen, verzekeraars, het ministerie, de zelfstandige bestuursorganen in de zorg, indicerende instanties, branche-organisaties en beroepsbeoefenaren.

*De VWS-commissie administratieve lasten in de zorg*



# Paul Frissen

## “Laat de samenleving de problemen zelf oplossen”

**“We kunnen alleen van de enorme regeldruk afkomen als de politiek de moed heeft de samenleving zelf de problemen te laten oplossen. Dat dat rechtsongelijkheid met zich meebrengt, dat zij zo.” Aan het woord is Paul Frissen, hoogleraar bestuurskunde aan de universiteit van Tilburg, decaan van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur en lid van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Hij heeft een heel eigen kijk op het verminderen van de administratieve lasten. Namelijk door het veranderen van de sturing.”**

De administratieve lastenverlichting kan volgens hem bekeken worden op drie niveaus. Het oppervlakkige niveau, waarbij alleen de lastendruk voor het bedrijfsleven en de administratieve verplichtingen die daarmee samenhangen in ogenschouw worden genomen. Het tweede niveau omvat het bredere beleidsdomein met het daarbij behorende administratieve systeem inclusief toezicht, controles en monitoring. Het derde betreft de sturingsrelaties. De administratieve lasten kunnen alleen omlaag als je bereid bent na te denken over de relatie tussen overheid en samenleving, over hoe de politiek en de staat er anno 2005 uit zouden moeten zien.

### Complexere samenleving

Hij vindt het niet zo verwonderlijk dat de administratieve lasten zo hoog zijn. We leven in een zeer complexe samenleving die noodzakelijkerwijs ook om complexe regelgeving vraagt. De wet en regelgeving wordt, omdat we steeds meer dingen willen regelen, steeds ingewikkelder, gedetailleerder en verfijnder. Daarnaast dat is van recentere datum eisen de samenleving en de overheid dat er meer verantwoording wordt afgelegd. Dit is uitgemond in een omvangrijk circuit van toezicht of de regels wel geïmplementeerd zijn, of ze wel goed worden uitgevoerd en of ze wel de beoogde kwaliteit opleveren. We hebben op deze manier een controlecyclus in het leven geroepen, waarbij de ene helft van het jaar wordt vooruit gekeken en de andere helft gebruikt wordt om uit te leggen waarom dingen niet gelukt zijn.

### De belangrijkste functie van de regering en de ambtenaren is die van dienstbaarheid aan een republiek van burgers

Als hij tijdens lezingen het verhaal van de controlecyclus vertelt, krijgt hij kreten van herkenning. Maar iedereen gaat de volgende dag weer verder met zijn werk. Als een antropoloog dit bij een primitieve stam zou ontdekken zou hij zich ernstig zorgen maken. Het systeem ontglipt ons. De enige zekerheid die we hebben is een papieren zekerheid die op zijn best een verstoorde relatie met de werkelijkheid onderhoudt. Want wie zegt ons dat de papieren de waarheid spreken. Als een ziekenhuis of een andere zorginstelling zijn systeem maar op orde heeft is het goed. Kwaliteit wordt afgelezen uit protocollen. Maar ook die zijn subjectief en je kunt je afvragen hoe goed alle formulieren worden ingevuld. Hij geeft als voorbeeld een ziekenhuis dat bij de eerste vijf stond bij een test naar intensive care. Ze hadden niet gewonnen omdat ze niet aan een specifieke benchmarking deden! Een ander voorbeeld betreft een zorginstelling voor ouderen, dat door de inspectie op de vingers werd getikt omdat ze geen protocol hadden binnen hoeveel tijd een dokter bij een patiënt moet zijn! »



Flowchart node 1: Empty box

Flowchart node 2: Dashed lines

Flowchart node 3: Dashed lines

Flowchart node 4: Dashed lines

Flowchart node 5: Dashed lines

Flowchart node 6: Dashed lines

Flowchart node 7: Dashed lines

Flowchart node 8: Empty box

Flowchart node 9: Dashed lines

Flowchart node 10: Dashed lines

Flowchart node 11: Dashed lines

Flowchart node 12: Dashed lines

Flowchart node 13: Dashed lines

Flowchart node 14: Dashed lines

Flowchart node 15: Empty box

Flowchart node 16: Dashed lines

Flowchart node 17: Dashed lines

Flowchart node 18: Dashed lines

Flowchart node 19: Dashed lines

Flowchart node 20: Dashed lines

Flowchart node 21: Dashed lines

Flowchart node 22: Dashed lines

Flowchart node 23: Dashed lines

Flowchart node 24: Empty box

Flowchart node 25: Dashed lines

Flowchart node 26: Dashed lines

Flowchart node 27: Dashed lines

Flowchart node 28: Dashed lines

Flowchart node 29: Empty box

Flowchart node 30: Dashed lines

### Beste bedoelingen

Het tegenstrijdige daarbij is dat al die regels ooit met de beste bedoelingen zijn gemaakt. Maar omdat elke regel onbedoelde effecten met zich brengt, wordt die weer verfijnd, wat weer leidt tot nog complexere regelgeving. Los daarvan, vervolgt Frissen, kunnen we er erg slecht tegen als dingen anders uitpakken dan we verwacht hebben. Bij de overheid leeft een panische angst voor burgers die dingen verkeerd doen! De dbc's zijn een goed voorbeeld van te ver doorgeschoten regelgeving. Ze waren bestemd om een koppeling te maken tussen financiering en kosten, maar worden nu voor veel meer dingen gebruikt dan waarvoor ze eigenlijk bedoeld waren. Het is een geniale samenzwering. Ze zijn met professionals ontworpen. Gevolg is dat datgene wat planbaar is het beste rendeert, bijvoorbeeld productiestraten voor heupen. Het onbekende en onvoorspelbare (een onbekende ziekte, twee operaties gelijktijdig uitvoeren, nieuwe ontdekkingen) zijn steeds lastiger in het systeem in te passen. Dbc's zijn opgevoerd om de marktwerking in de zorg te verbeteren, omdat ze de kostenstructuur transparant maken. Maar het bedrijfsleven houdt juist zijn kostenstructuur strikt geheim! Niemand hoeft te weten dat Philips zijn winst op de Senseo apparaten stopt in het natlab.

Ook het streven naar transparantie staat in zijn beleving haaks op het verminderen van regelgeving. Het zaait formulieren, omdat alles doorzichtig, calculeerbaar en controleerbaar moet zijn. Daaruit ontstaan dingen als dbc en prestatie indicatoren. Een bureaucratie is het meest transparante systeem dat er is, omdat werkelijk alles is vastgelegd. Zie de gezondheidszorg. Maar dat willen we juist niet.

---

### Transparantie zaait formulieren, omdat alles doorzichtig, calculeerbaar en controleerbaar moet zijn

---

Over ICT, volgens velen het wondermiddel om de lasten te verlagen, is hij kort. Dat leek misschien de oplossing voor alle kwalen, maar de hele automatisering heeft uiteindelijk geleid tot meer lasten omdat alles met één druk op de knop te voorschijn komt. Vroeger kon je nog zeggen dat kost teveel tijd en dan hoefde het niet; nu kan dat niet meer. Hetzelfde kan gezegd worden van schaalvergroting, die brengt uiteindelijk meer kosten met zich.

### Oprechte wens

De overheid wil oprecht de administratieve lasten verminderen, maar Frissen vraagt zich af of ze ook de sturingsrelatie wil veranderen. Hij geeft het voorbeeld van de nieuwe Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), die erop gericht is zorg op een andere manier, namelijk decentraal, te organiseren. Hij verwacht dat als de wet in de Kamer komt er honderden kamervragen komen, waardoor de regelgeving weer helemaal dichtgetimmerd wordt. En dat alleen omdat door deze wet de zorg in Groningen misschien anders geregeld wordt dan die in Maastricht. En wat is daar zo erg aan, misschien hebben de mensen in Groningen wel een andere behoefte aan zorg dan de Limburgers. Naast de politiek zullen ook maatschappelijk middenveld en belangenbehartigers de wet graag willen wijzigen. Want wat is er mooier om als vertegenwoordiger van dat middenveld aan de Haagse vergadertafel jouw voorstel gehonoreerd te zien, zodat het voor iedereen gaat gelden. De overheden moeten in zijn optiek niet meer regelen dan strikt noodzakelijk en de rest aan de samenleving overlaten. Maar schuif dan de regelgeving niet door naar de lagere overheden, want dan worden daar bij wijze van spreken weer nieuwe regels gemaakt. En dan schieten we er niets mee op. »



# 1

## Inleiding

‘Meedoen, meer werk, minder regels’, is het motto van het tweede kabinet-Balkenende. Over het laatste deel van dat motto gaat deze publicatie. Want vraag maar eens aan een willekeurige ziekenhuisdirecteur, verpleeghuisarts of apotheker of hij zich herkent in het streven naar ‘minder regels’. Tien tegen één dat hij het eens is met dit streven, maar moeite zal hebben met noemen van concrete voorbeelden van vermindering van regelgeving. Sterker nog, de kans is groot dat je wordt geconfronteerd met een betoog over de steeds maar uitdijende administratieve lastendruk. Het beeld bestaat – al dan niet gevoed door publicaties in de media – dat de zorgsector meer verstrikt raakt in de regels. Zorgfunctionarissen zelf vinden vaak dat zij met steeds meer formulieren worden geconfronteerd, steeds meer vragen moeten beantwoorden en dat er steeds vaker schriftelijke toestemming vooraf vereist is. In dat verband spreekt de aanhef van een artikel in de Volkskrant van 30 juni 2005 boekdelen:

### **Overmaat aan regels verlamt zorg**

**Instellingen in de zorg raken verlamd door de overmaat aan regelgeving van het Ministerie van Volksgezondheid. Daardoor worden vernieuwingen veel te traag ingevoerd. Die innovaties zijn hard nodig omdat de behoefte aan zorg de komende decennia fors toeneemt en meer werk met minder personeel moet worden gedaan.**

Dat blijkt uit het onderzoek ‘Morgen zonder zorg(en)’ van onderzoeksinstituut SEO in opdracht van de Ministeries van Volksgezondheid en Economische Zaken. De SEO adviseert het aantal regels te verminderen en de zorg te liberaliseren.

Stel dezelfde vraag over ‘minder regels’ aan het Ministerie van VWS en er komen harde cijfers op tafel. Het is aantoonbaar, aldus het ministerie, dat regelingen zijn en worden afgeschaft, verplichtingen vervallen en procedures gestroomlijnd. Eind 2007 zal maar liefst 21 procent van de administratieve lasten die op het werkveld van VWS in kaart zijn gebracht, verdwenen zijn. VWS vindt dus dat het serieus werk maakt van ‘minder regels’. In ‘het veld’ wordt daar in veel gevallen anders over gedacht.

Twee werelden dus met twee verschillende beelden. De Haagse werkelijkheid versus de beleving in de zorgsector zorgt niet zelden voor verwarring en scepsis. Hoe komt dat toch? Wat is de oorzaak van deze uiteenlopende beelden en werkelijkheden? Is het een gebrek aan communicatie? Een verschil in definities die gehanteerd worden? Of zit in beide werkelijkheden een waarheid verscholen?

In juli 2003 besloot het kabinet-Balkenende II dat elk departement een extern gemengde commissie moest instellen om de uitvoering van het terugdringen van de administratieve lasten te begeleiden en te bewaken. Tussen de commissie en het Ministerie van VWS is inmiddels een intensieve werkrelatie ontstaan. Na overleg met het ministerie heeft de VWS-commissie administratieve lasten in de zorg het initiatief genomen tot het maken van een publicatie om alle betrokkenen te informeren over de achtergronden, huidige stand van zaken en toekomstagenda van het proces van het terugdringen van administratieve lasten dat momenteel in volle gang is.

In deze publicatie worden de feiten tegen het licht gehouden en trachten we datzelfde licht te laten schijnen over de beleving in de beide werelden die toch ook weer één geheel vormen. Ook willen we een analyse maken van onderliggende ontwikkelingen die administratieve lasten veroorzaken. In het kader van deze publicatie is tijdens verschillende bijeenkomsten gesproken met een groot aantal personen en partijen in het zorgveld. Ook de leden van de VWS-commissie administratieve lasten in de zorg komen aan het woord vanuit de ervaringen in hun eigen dagelijkse werkomgeving. De weerslag daarvan is terug te vinden in een reeks van interviews en citaten die de tekst van deze brochure ‘omlijsten’.

**Loslaten**

De oplossing is volgens hem om als overheid dingen los te laten en er vanuit te gaan dat bijvoorbeeld mensen die een ziekenhuis runnen goede zorg leveren. Ze weten hoe dat het beste kan. Het is ook geen goed idee om de verzekeraars alleen verantwoordelijk te maken voor de kwaliteit van de zorg. Die hebben andere prioriteiten. Omdat je als overheid toch steeds achter de feiten aanloopt, moet je niet proberen zelf de problemen op te lossen maar dat overlaten aan de maatschappij. Je moet vertrouwen op de creativiteit van de anderen en weigeren oplossingen te bedenken. De belangrijkste functie van de regering en de ambtenaren is die van dienstbaarheid aan een republiek van burgers en die rol moeten ze weer vinden. Door als overheid niet alles te willen regelen kan er een vorm van ongelijkheid ontstaan. En dat daar een beetje willekeur bij zit, dat moeten we maar accepteren! Het gaat erom de verzorgingstaat zo in te richten dat diegenen die ook echt hulp nodig hebben, geholpen worden, maar dat niet automatisch iedereen alles krijgt.

Er is bewust gekozen om een brede inventarisatie te maken en niet alleen de Haagse wereld aan het woord te laten. Want één ding moet duidelijk zijn: 'minder regels' realiseer je niet vanuit een ivoren toren. Dat vergt een indringend samenspel tussen beleidsmakers en diegenen die in de praktijk met het beleid worden geconfronteerd. Maar ook tussen verschillende partijen in het zorgveld zelf: verzekeraars, zorgaanbieders, indicatie-instellingen en zelfstandige bestuursorganen.

Beleids- en regelmakers en partijen in het veld kunnen niet zonder elkaar als het gaat om het streven naar minder regels en lasten. Zij hebben elkaar nodig om een balans te bereiken tussen verantwoording en transparantie enerzijds en efficiëntie en effectiviteit anderzijds. De hoogste tijd dus om een brug te slaan tussen twee belevingswerelden waarin eigenlijk hetzelfde wordt nagestreefd.

“Voorkom wispelturige en strijdige handhaving door verschillende inspecties, door betere afstemming en meer centralisatie.”

**Top 10 meest hinderlijke regels van het Ondernemersklankbord Regeldruk, september 2005, Ministerie van Economische Zaken.**

# Florent Vlak

*Vivium Zorggroep*

## “Breng alle verantwoordingsvragen onder in één document”

**“Het hele jaar door krijgen we vragen van verschillende instanties. Van overheid, zorg verzekeraars, branchevereniging, cliëntenorganisatie en nog veel meer. Het zou een heel stuk schelen als al deze vragen waren gebundeld in één document.”**

Aan het woord is Florent Vlak, voorzitter van de Raad van Bestuur van de Vivium Zorggroep, een bundeling van zorginstellingen voor ouderen in t Gooi en de Noordelijke Vechtstreek.

Uit een recente inventarisatie blijkt dat we jaarlijks zo n 400 vragen krijgen. Het zijn vragen over de besteding van het geld, over de werkwijze, over hoe je met je cliënten omgaat. Noem maar op. Het is een begrijpelijke ontwikkeling die past in het tijdsbeeld. Je moet je kunnen verantwoorden en je organisatie moet daarom transparant zijn. Alleen het is de laatste jaren nogal ontaard en daar proberen we nu vanuit de commissie oplossingen voor te vinden.

### Jaardocument

Een van de aangedragen oplossingen, waar Vlak veel heil in ziet, is het uitbrengen van een Jaardocument : Wat we willen is dat alle verantwoordingsvragen van de verschillende instanties worden ondergebracht in één document. Een zorginstelling kan zich daarmee verantwoorden en hoeft dan niet het hele jaar door allerlei enquêtes in te vullen. Daarnaast pleiten wij er in de commissie voor om de verantwoordingsvragen te laten aansluiten bij de bestaande administratiesystemen in de zorg. We moeten vooral voorkomen dat er weer nieuwe administratie bij komt. Vlak hoopt dat deze aanbevelingen op korte termijn worden doorgevoerd. De politiek is nu aan zet.

### ICT

Volgens Vlak is er op dit moment nog geen voelbare afname van de administratieve lasten in de zorg. Toch zijn er recentelijk wel enkele belangrijke verbeteringen doorgevoerd. Vooral op het gebied van de ICT is winst geboekt. Zo hebben wij in de ouderenzorg in 2004 het AZR systeem\* geïntroduceerd. Het functioneert nog niet overal voor honderd procent, maar het zal op den duur beslist veel werk uit handen nemen. Het is een elektronisch systeem, geheel beveiligd, waarin allerlei informatie over de cliënt wordt opgeslagen. Het werkt als volgt: op het moment dat een persoon ouderenzorg nodig heeft, krijgt deze een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg. Daar zetten ze dit elektronisch door naar het zorgkantoor en naar de betreffende zorgaanbieder. Deze beantwoordt vervolgens, ook weer elektronisch, wanneer de cliënt in de zorg is opgenomen, wat voor een zorg deze krijgt, et cetera. Deze informatie gaat dan ook weer elektronisch naar de verzekeraar. Voorheen moest voor elke handeling een formulier in viervoud worden ingevuld, dat dan naar de verschillende instanties ging. Binnen de koste keren had je voor een cliënt een klapper vol met papieren en je moest voortdurend dezelfde gegevens invullen. Ook voor de cliënt zelf is dit een verbetering. Die hoeft niet meer keer op keer te vertellen waar hij woont, waar hij verzekerd is et cetera. Dat staat nu allemaal keurig in het systeem onder een nummer.

\* AWBZ brede Zorg Registratie

# 2

## Administratieve lasten: noodzaak én probleem

### VOORAF

Regulering en bureaucratie hebben in de eerste plaats een positieve functie. Dat is wellicht een merkwaardige uitspraak in een brochure als deze, maar het is goed om met die vaststelling te beginnen. Een samenleving kan niet zonder regels. Sterker nog, uit de samenleving komt regelmatig de roep om nieuwe regels of aanvullingen op bestaande regels. Het proces om administratieve lasten te verminderen is dan ook niet bedoeld om een regellose samenleving te creëren. Het is een aanval op 'te veel', soms zelfs veel te veel en op de vaak ongecoördineerde stapeling van lasten. Elke regel kan op zichzelf rationeel en logisch ogen, maar alle regels tezamen en van toepassing op één bedrijf (een zorginstelling) kunnen een resultaat opleveren met irrationele en soms absurde trekjes.

Stel aan willekeurige personen de vraag of ze vinden dat problemen die ze in de zorg ondervinden, verholpen moeten worden en ze zullen zonder aarzeling bevestigend antwoorden. Stel daar vervolgens tegenover dat dit impliceert dat daar ook kosten en een bepaalde mate van regelgeving en organisatie mee gemoeid zal zijn en ze zullen daarin berusten. De kunst is om de administratieve en organisatorische processen dusdanig te stroomlijnen dat dit de primaire processen niet belemmert en soms zelf ten goede komt. Dat vergt een grote inzet van alle partijen. Daarin hebben ook de media, belangengroepen, de samenleving in zijn geheel en als afspiegeling daarvan de Tweede Kamer, allemaal hun rol. In veel maatschappelijke en politieke debatten komt de zogeheten 'regel- en controlereflex' naar boven: de aandring om voor veel zaken regelgeving te ontwerpen of meer controle te vragen als er eens iets is gebeurd of misgegaan. Voor de zorg geldt dat ook. Of het nu gaat om de overheid, zorgverzekeraars of zorgaanbieders, het monster van de administratieve lasten dreigt bij alle partijen telkens weer de kop op te steken.

*Zonder regulering kan geen goede publiek toegankelijke en hoogwaardige zorg worden geleverd. Aan de andere kant veroorzaakt teveel regelgeving excessieve kosten, wat ten koste gaat van de ruimte om te ondernemen. Regels zijn nooit een doel op zich, maar altijd een middel tot het borgen van een publiek belang of het bereiken van een publiek doel. Een teveel aan regelgeving gaat ten koste van de naleving, waardoor het doel vaak wordt gemist. Het is dus de kunst om de balans te vinden.*

### PERCEPTIES EN DEFINITIES

Een belangrijk aspect van het streven naar minder regels, is het streven naar minder administratieve lasten (AL). Maar wat zijn nu eigenlijk administratieve lasten? In deze paragraaf bezien we het fenomeen administratieve lasten achtereenvolgens vanuit het dagelijkse spraakgebruik, volgens de definitie van de rijksoverheid en volgens de zorgsector.

#### Administratieve lasten in de publieke opinie

Wat zijn eigenlijk administratieve lasten in de ogen van het grote publiek, in het dagelijkse spraakgebruik? Meestal komt dan het formele begrip administratieve lasten niet als eerste naar boven, maar worden termen als 'rompslomp' en 'papierberg' gebruikt. In de term 'administratieve lasten' klinkt letterlijk door dat administratie een last is. In zijn algemeenheid wordt dan bedoeld op verplichte administratieve handelingen die door anderen zijn opgelegd en als nodeloos tijdrovend, bewerkelijk of nutteloos worden ervaren: invullen van formulieren, bewaren en gebruiken van gegevens, lange wacht- en toegangstijden, de kleine letters in contracten et cetera. Al deze administratieve activiteiten hebben duidelijk een andere gevoelswaarde dan de administratieve handelingen die je voor je eigen huishouding of beheer uitvoert, ook al kun je ook aan het uitvoeren van die handelingen een hekel hebben.

#### Administratieve lasten volgens de rijksoverheid

Het kabinet definieert administratieve lasten als volgt: 'Administratieve lasten zijn alleen die kosten voor het bedrijfsleven of burgers die nodig zijn om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid'. Dit omvat ook informatieverplichtingen aan derden (zoals aan consumenten). De term 'het bedrijfsleven' wordt hier breed geïnterpreteerd. Zo worden hiertoe bijvoorbeeld ook instellingen in de zorg gerekend.

## “Telesens bespaart kosten èn zorgt voor minder administratieve lasten”

### Henk Eigenbrood

*manager innovatie Sensire/Thuiszorg Groningen*

Thuiszorgorganisatie Sensire/Thuiszorg Groningen heeft een concept ontwikkeld waarmee zorg aan huis, op afstand geleverd, via de televisie de huiskamer binnenkomt. De naam is Telesens. “Dus geen computers, maar een beeldspraakverbinding met ons verpleegkundig callcenter via de eigen tv bij de mensen thuis,” zegt manager innovatie Henk Eigenbrood. Deze innovatieve vorm van zorgverlening is gepresenteerd aan het Innovatieplatform op 7 december 2005, waar premier Balkenende zal spreken over vernieuwingen in de gezondheidszorg.

De eerste ervaringen met Telesens zijn opgedaan in het oosten van het land. Daar hebben inmiddels tweehonderd cliënten van de thuiszorgorganisatie via hun tv een rechtstreekse verbinding met het callcenter van de organisatie. Per 1 januari 2006 wordt Telesens ook in het noorden van het land aan de klanten van Sensire/Thuiszorg Groningen aangeboden. Het gaat in eerste instantie voornamelijk om ouderen en mensen met een chronische aandoening. Zij kunnen voorlopig gebruikmaken van tele monitoring, tele registratie of de in de tv ingebouwde personenalarmering.

#### **Personenalarmering**

Neem bijvoorbeeld de personenalarmering, zegt Henk Eigenbrood. Op de tv bij de mensen thuis staat een kleine, professionele camera. Wanneer er iets is, kunnen mensen via de televisie contact zoeken met de verpleegkundige in het callcenter. De camera in de huiskamer kunnen we zwenken en laten inzoomen, zelfs op een medicijndoosje. Stel, iemand weet niet meer hoe vaak per dag hij of zij de medicijnen moet innemen. Vanuit het callcenter kan de verpleegkundige dit, na het inzoomen van de camera, op het doosje lezen. Zo kan een antwoord op de vraag worden gegeven, zonder dat iemand naar de cliënt toe gaat. Dit levert een directe besparing op. Maar ook wanneer iemand bijvoorbeeld gevallen is, kan dankzij de cameraverbinding de situatie vanuit het callcenter worden ingeschat en kan de benodigde hulp worden ingeschakeld.

#### **Tele monitoring**

De doorontwikkeling is inmiddels technisch gerealiseerd. Mensen kunnen gebruikmaken van zogeheten tele monitoring via de tv. Zij kunnen dan thuis bijvoorbeeld een eigen ECG maken of hun hartslag meten. De uitkomsten worden via de tv automatisch doorgegeven aan het callcenter. Eigenbrood: Is alles akkoord en is er niks bijzonders? Dan kunnen de specifiek voor dit doel opgeleide verpleegkundigen van het callcenter de cliënt geruststellen. Is er wel iets aan de hand, dan wordt de informatie doorgestuurd naar de arts/specialist, die vervolgens handelt. Technisch is er nog veel meer mogelijk en we willen op termijn de diensten dan ook uitbreiden. We zijn momenteel bijvoorbeeld in gesprek met een verzekeraar en specialisten om een proef te starten met duizend hartpatiënten in Groningen. »

Anders gezegd: bedrijven en burgers hebben in voorkomende gevallen de wettelijke verplichting om informatie te verzamelen, bij te houden en/of te verstrekken. Dat laatste kan gaan om informatieverstrekking aan overheidsinstanties en aan andere partijen. De kosten die bedrijven daarvoor moeten maken, zijn administratieve lasten, ongeacht het feit of zij die handelingen ook voor hun eigen bedrijfsvoering uitvoeren. Het maakt dus geen verschil of degene die de informatie moet registreren of verstrekken, daar nu wel of niet de zin van inziet of deze administratieve last ook zelf als 'rompslomp' ervaart. Een voorbeeld van een administratieve last zonder een interne functie voor de eigen bedrijfsvoering is de procedure die een zorginstelling moet doorlopen om een vergunning te krijgen voor een nieuwbouwproject. Een voorbeeld van een administratieve last (althans tot 2006) die samenvalt met een interne bedrijfsfunctie, zijn de kosten van het factureren en innen van de kosten van medische handelingen bij verzekerden of verzekeraars. Daarvoor bestaan nu nog regels in de Ziekenfondswet, waarmee ze wel tot de administratieve lasten wordt gerekend.

**Commissie-De Beer:**

*'De term administratieve lasten wekt onbedoeld de suggestie dat deze per definitie overbodig, niet noodzakelijk of onvermijdbaar zijn. De suggestie is in zijn algemeenheid onjuist en ook niet van toepassing op de zorgsector. Deze kenmerkt zich door een sterk publiek belang en de noodzaak tot borging daarvan. Daarmee correspondeert een zeker noodzakelijk niveau van administratieve lasten.'*

**Administratieve lasten volgens de zorgsector**

Net als het grote publiek geven functionarissen in de zorg een bredere betekenis aan administratieve lasten dan het kabinet. Voor hen zijn het alle administratieve handelingen die ingewikkeld en tijdrovend zijn en waarvan ze bovendien het nut soms niet of onvoldoende inzien. Dus wat formeel een administratieve last is in de 'Haagse' benadering van de rijksoverheid, wordt lang niet altijd als lasten ervaren, terwijl handelingen die daarbuiten vallen vaak ook als lasten gezien en beleefd worden. Voorbeelden van de bredere betekenis in de zorgsector zijn:

- De handelingen en registraties binnen het zorgproces: vastlegging patiëntgegevens, onderzoeksgegevens, diagnose, behandelplan.
- Voorbereiden en opstellen van een contract tussen een zorgaanbieder en een verzekeraar of zorgkantoor.
- Het aanleveren van gegevens aan brancheorganisaties in de zorg.
- Bemiddeling door een huisarts ten behoeve van een patiënt bij opname in een verpleeghuis of een ziekenhuis.
- Regelen van toestemming (machtiging) door een zorgverzekeraar om specifieke (dure) medicijnen aan een patiënt te verstrekken of een operatie te kunnen uitvoeren.
- Het niet aansluiten van een periode van een indicatie op de periode waarin werkelijk zorg geleverd wordt.
- Leveren van allerlei niet wettelijk verplichte informatie aan een zorgkantoor, zoals over de solvabiliteit et cetera ('early warning systeem').
- Het niet op elkaar aansluiten van informatiesystemen tussen zorgaanbieders en verschillende zorgkantoren.

Voor al deze lasten geldt dat deze niet onder de 'Haagse' definitie vallen, maar in de zorgsector wel degelijk ook als onderdeel van het probleem worden gezien. Maar soms is ook sprake van grijze gebieden waarbij niet altijd direct te herleiden valt in welke mate bijvoorbeeld een bepaalde informatievraag – van VWS, van een zelfstandig bestuursorgaan in de zorg (waaronder het College voor zorgverzekeringen) of van een zorgkantoor – is te herleiden tot een wettelijke regel.

Daarnaast ervaren zorginstellingen en beroepsbeoefenaren veranderingen in regels en invoering van nieuwe systemen ook als een administratieve last. Hierbij kan gedacht worden aan het inlezen in informatie over nieuwe regels, het volgen van instructies en cursussen, het aanpassen van de eigen bedrijfsprocessen en het aanpassen van ICT-applicaties.

### Administratieve lastenverlichting

Zeer binnenkort kunnen op Telesens aangesloten cliënten thuis ook hun eigen dossier inkijken. We ontwikkelen op dit moment namelijk ons eigen EPD tje, dat later aan te sluiten is op het grote Elektronisch Patiënten Dossier, vervolgt Henk Eigenbrood. Dit betekent vereenvoudiging van de administratieve lasten, want de verpleegkundige of verzorgende kan direct na afloop van de behandeling of zorg alles direct registreren via de tv bij de klant thuis. Daar kan het EPD via de tv worden opgevraagd en kunnen de gegevens ter plekke worden ingevoerd. Dit betekent niet alleen een besparing op de reistijd – men hoeft hiervoor niet meer apart naar het kantoor – maar biedt tevens helderheid en transparantie voor de cliënt. Die ziet wat er wordt geregistreerd.

---

**Wat momenteel ontbreekt is een overkoepelend financieringssysteem, waaruit investeringen in innovatieve ideeën kunnen worden bekostigd**

---

### Financiering

Tot slot heeft Eigenbrood nog een wens: een betere stroomlijning van de financiering. Als voorbeeld noemt hij de innovatie waaraan thuiszorg met Telesens nu werkt en waar op termijn meerdere partijen voordeel van zullen hebben. Dit betekent dat wij investeren in een infrastructuur en in diensten waarvan anderen straks ook de vruchten plukken. Want wanneer er via Telesens meer eenvoudige medische metingen thuis, door de klant zelf gedaan kunnen worden, betekent dit onder andere dat mensen niet onnodig artsen en specialisten hoeven te bezoeken en hun schaarse tijd gebruiken. Zo blijft bij specialisten meer tijd over voor de echte, zware analyses, diagnoses en behandelingen. Per klant kan dit een besparing opleveren van polibezoek en eventueel zelfs verkorte ziekenhuisopnames. Met het toenemend aantal chronisch zieken en ouderen krijgen zowel artsen, specialisten als ziekenhuizen hierdoor ruimte om iedereen te kunnen blijven helpen zonder enorme wachtlijsten. Wat momenteel ontbreekt is een overkoepelend financieringssysteem, waaruit investeringen in innovatieve ideeën kunnen worden bekostigd. Voorlopig zitten we nog met gescheiden financieringssystemen voor thuiszorg en ziekenhuizen. Om tot een oplossing te komen zijn we wel in gesprek met meerdere partners in de zorgketen, waaronder zorgverzekeraars.



## TOT SLOT

We kunnen constateren dat wat het kabinet onder administratieve lasten verstaat, iets anders is dan wat het grote publiek en de mensen in de zorg eronder verstaan. Het grootste verschil wordt gevormd door de formele lijn die gevolgd wordt door het kabinet en de opvattingen die het grote publiek en de zorgsector er op nahouden. Het kabinet heeft het over kosten die gemaakt moeten worden om wettelijk verplichte informatie vast te leggen of te verstrekken. Echter, buiten deze ‘Haagse’ werkelijkheid zijn administratieve lasten hetzelfde als ‘administratieve rompslomp’: alle administratieve verplichtingen, die als last worden ervaren en waar de gebruiker het nut niet van inziet en die ook nog eens ingewikkeld zijn.

In de discussie over administratieve lasten spelen definities, verschillende werkelijkheden, uiteenlopende perspectieven, schijngestaltes en beleving dus voortdurend een grote rol. Als iedereen zich daarvan maar bewust is, hoeft dit een goed gesprek en het vinden van oplossingen niet in de weg te staan.

“De veronderstelling dat uitvoerders misbruik maken van discretionaire bevoegdheden en hun inhoudelijke kennis aanwenden om de eigen belangen te waarborgen, leidt tot instituties om toe te zien op een correcte uitvoering van taken. Dit kan als een vorm van geïnstitutionaliseerd wantrouwen worden beschouwd die niet passend is in een omgeving die behalve doelmatigheid ook een maatschappelijke oriëntatie tot opdracht heeft.”

**Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid**  
**Bewijzen van goede dienstverlening**  
**8 november 2004**

“Voor onze nieuwe wantrouwensamenleving betalen we allang onze prijs: in controles, in afrekeningen, in zinloze expertises en klankbordgroepen die op ieder initiatief worden losgelaten, in een almaar toenemende regelgeving en bureaucrativering, in een afname van durf en flexibiliteit.

Wantrouwen is in veel gevallen ook aanmerkelijk duurder dan vertrouwen, zelfs als men het risico incalculeert dat vertrouwen zo nu en dan beschaamd wordt. Vertrouwen is een wisselwerking. Van beneden naar boven, maar evenzogoed van boven naar beneden.

Wie durft te vertrouwen, verwerft gezag. Wie gezag heeft, krijgt vertrouwen. De wereld is gecompliceerd, maar dit soort zaken blijven vrij simpel.”

**Geert Mak**  
**Raiffeisenlezing**  
**31 maart 2004**

## Minder paperassen door AWBZ-brede Zorgregistratie

---

De AWBZ brede Zorgregistratie (AZR) is een landelijke systematiek voor het registreren en uitwisselen van berichten tussen het indicatieorgaan, het zorgkantoor en de zorgaanbieder. Met de AZR zijn de ketenpartners in staat het proces van zorgtoewijzing en zorglevering te ondersteunen, om zo de cliënten zo goed en efficiënt mogelijk van de geïndiceerde zorg te voorzien. Het zorgkantoor vervult een centrale rol in de regionale informatieketen.

Door het elektronisch uitwisselen van informatie via de AWBZ brede Zorgregistratie gaat een aantal handmatig in te vullen BZ formulieren vervallen. Voordat het BZ formulier kan vervallen, stelt het CVZ criteria op over de kwaliteit van het berichtenverkeer. Deze worden in de loop van 2006 bekendgemaakt via circulaires van het CVZ. Van de grootste administratieve lastenvermindering is sprake wanneer de informatie die vanuit de AZR betrokken wordt, direct wordt gekoppeld aan de interne bedrijfsvoering van de zorginstelling.

De AZR is nu nog volop in ontwikkeling. Er liggen zeker kansen om tot een aanzienlijke reductie van administratieve lasten te komen. Dit is wel afhankelijk van onder andere de mate waarin zorgkantoren hun bovenregionale verkeer op elkaar hebben afgestemd en van de mogelijkheden die de nieuwe systematiek biedt. Ook van invloed is hoe zorgaanbieders de eigen bedrijfsvoering op de informatiestromen van de AZR kunnen aansluiten.



# Floris Sanders

*Raad voor de Volksgezondheid & Zorg*

“In een moderne samenleving zijn regels en controle gewoon noodzaak”

**Regels, controle en verantwoording horen bij een moderne samenleving en een volwassen bedrijfsvoering, meent Floris Sanders, radioloog in het Diaconessenhuis in Utrecht en tot 11 2006 voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. “De zorg is een sector waar 45 miljard in omgaat. Dat is meer dan 12% van het bruto nationaal product. Dan kun je niet zeggen: hier heb je het geld, we vertrouwen er op dat het goed wordt besteed.”**

Regels zullen er altijd zijn. Dat kan gewoon niet anders. De zorg is een sector waar zoveel geld in omgaat en het gaat om de gezondheid van mensen. Verantwoording voor je uitgaven en bedrijfsvoering zijn gewoon noodzakelijk. Maar teveel regels kunnen de bedrijfsvoering belemmeren en daar proberen we vanuit de commissie iets aan te doen aldus Sanders. Hoewel dit niet eenvoudig is, zijn er volgens Sanders de afgelopen jaren toch enige resultaten behaald in de strijd tegen de bureaucratie. Om te beginnen zijn de machtigingen voor sommige dure behandelingen in het ziekenhuis voor een deel afgeschaft. Een hele verbetering. Het systeem bracht een enorme administratie met zich mee en kon de behandeling behoorlijk ophouden.

## **Bouwprocedures**

Een ander punt waarop volgens Sanders beslist verbetering in is opgetreden is de hele gang van zaken rond nieuwbouw. Door het geheel aan wet en regelgeving rond nieuwbouw duurde het vaak jaren voordat je een bouwplan mocht gaan uitvoeren. Dat geldt op zich voor elke sector, maar in de zorg speelt dan nog mee dat elk project eerst door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen moet worden gekeurd. Deze instantie geeft vervolgens een advies af aan het ministerie, dat uiteindelijk beslist of je mag starten. Die hele procedure kan jaren duren. Recentelijk zijn de procedures bij het college vereenvoudigd waardoor het gelukkig sneller gaat. Bovendien ligt er een voorstel om de verplichting voor keuring door het college af te schaffen. Het wordt dan een instantie waar je advies aan kunt vragen, maar dat is niet noodzakelijk. Een ontwikkeling die logisch is in een sector waar marktwerking meer ruimte krijgt.

## **Nieuw woud van regels**

Daar waar oude regels verdwijnen, komen er vaak weer nieuwe voor in de plaats. Sanders: Je ziet dat de overheid terugtreedt als het gaat om regelgeving. Gevolg is dat andere partijen, zoals verzekeraars, juist weer meer vragen gaan stellen om hun risico te beperken. Dat zie je bijvoorbeeld bij de introductie van de dbc's waar verzekeraars geen genoegen willen nemen met een totaalprijs maar ook alle details van de prijsopbouw willen inzien. En vaak wordt het dan nog ingewikkelder dan voorheen. Dat risico zit er natuurlijk ook in als straks de overheid haar bemoeienis met nieuwbouwprojecten beperkt en zich niet meer garant stelt voor de kapitaalslasten. Dan zal de bank meer willen weten, om zekerheid te krijgen. De VWS commissie administratieve lasten in de zorg probeert partijen te wijzen op hun verantwoordelijkheid om de leegte die ontstaat door het terugtrekken van de overheid, niet op te vullen met een nog dichter woud aan verantwoordingsregels. Probeer het verantwoordingssysteem zo licht en efficiënt mogelijk te houden.

# 3

## Het perspectief van de rijksoverheid

De aanpak van de administratieve lasten door de rijksoverheid heeft al een voorgeschiedenis van langer dan tien jaar. Voor de zorgsector is sinds het begin van deze eeuw een aanpak tot ontwikkeling gekomen.

### 1998 - 1999

Hoewel het tweede kabinet Balkenende het terugdringen van de administratieve lasten tot topprioriteit heeft verheven, was er in politiek Den Haag al eerder aandacht voor deze steeds maar groter wordende problematiek. Het tweede kabinet Kok stelde immers reeds in november 1998 de Commissie administratieve lasten in. Deze bracht in november 1999 haar rapport uit. Dit leidde tot meer aandacht voor (overbodige) administratieve lasten en het instellen van het AdviesCollege Toetsing Administratieve Lasten (Actal). Deze commissie adviseert departementen om de omvang en de ontwikkeling van de administratieve lastendruk te meten en bij te houden.

### 2001

#### Instelling commissie-De Beer

Het Ministerie van VWS stelde vervolgens in 2001 de Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector, de commissie-De Beer, in. Deze commissie heeft vijf wetten op het terrein van de gezondheidszorg onderzocht op administratieve lasten:

- De Ziekenfondswet (ZFW);
- De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- De Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG);
- De Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV);
- De Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ).

### 2002

#### Eindrapport commissie-De Beer

In 2002 heeft de commissie-De Beer het eindrapport van haar bevindingen aan de minister van VWS aangeboden. Dit rapport bevat een groot aantal voorstellen om de administratieve lasten in de zorgsector te verlagen. De commissie-De Beer heeft naar nalevingskosten en uitvoeringskosten gekeken en registreerde in deze wetten € 690 miljoen aan administratieve lasten. Het rapport bevatte een grondige analyse van de belangrijkste lasten met concrete aanknopingspunten voor verlichting en vermindering. Maar het rapport illustreerde ook indringend waarom het Nederlandse zorgstelsel met zijn publieke sturing en kaders en private uitvoering de neiging heeft veel administratieve lasten op te roepen. Volgens de commissie zijn de meer grijpbare oorzaken van administratieve lasten in de zorgsector te herleiden naar drie thema's, te weten: beleid en praktijk, verantwoording en controle en informatiebehoefte en informatieverwerking.

De belangrijkste oorzaken van administratieve lasten liggen volgens de commissie-De Beer in een onvoldoende aansluiting tussen de beleids- en uitvoeringspraktijk en het feit dat de consequenties van nieuw beleid vaak onvoldoende zijn doordacht. De commissie signaleerde ook een complexe uitvoeringspraktijk met een enorme behoefte aan informatie in verhouding tot de ervaren relevantie en tal van interpretatiekwesties door onduidelijke definiëring of teksten. In de sector, zo oordeelde de commissie bestaat bovendien een sterke belangstelling voor verantwoording en controle en dan met name controles op rechtmatigheid in plaats van op doelmatigheid. De oorzaken van administratieve lasten vormen, volgens de commissie, ook de weg naar de oplossingen. In die oplossingen ligt een dubbele opdracht besloten: preventie en onderhoud enerzijds en aandachtspunten voor de uitvoeringspraktijk anderzijds.

### 2003

#### Kabinetbrede aanpak

Twee citaten uit het Hoofdlijnenakkoord van Balkenende-II, juli 2003:

*'In de zorg horen de behoeften van patiënten en cliënten centraal te staan en moet de professionaliteit van medewerkers tot haar recht komen. De administratieve lastendruk, de bureaucratie en overhead in alle onderdelen van de zorg moeten fors omlaag. Geld en tijd moeten aan patiënten en cliënten worden besteed, niet aan bovenmatige overhead, formulieren en kantoren.'*

## Kritisch en met gezond verstand met regels omgaan

---

### *Commissie Deregulering en Deritualisering van het Leids Universitair Medisch Centrum*

De interne commissie Deregulering en Deritualisering van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) doet aanbevelingen tot afschaffing of aanpassing van regelingen of rituelen. Daarnaast ziet de commissie er op toe dat het proces van verbeteren goed verloopt door, waaraan de orde, de effectiviteit van aanbevolen maatregelen te monitoren. De commissie is samengesteld uit vertegenwoordigers vanuit divisies, diensten en leden van de Raad van Bestuur. De commissie vergaderde voor het eerst op 1 maart 2004 onder voorzitterschap van prof. dr. O.J.S. Buruma.

Deregulering en deritualisering betekent niets meer of minder dan kritisch en met gezond verstand met regels omgaan. Doel is de organisatie beter te maken en leuker om in te werken. Medewerkers worden aangespoord om via bijvoorbeeld intranet knelpunten te signaleren en te melden. De commissie pakt deze vervolgens op en kijkt wat er mee gedaan kan worden. Wanneer de regel moet blijven bestaan wordt nut en noodzaak hiervan toegelicht, onder andere via de nieuwsbrief Regelmaat. Verder stimuleert de commissie de kritische doorlichting van alle protocollen. Bij een eerste marginale toetsing die de vakgroep neurologie heeft uitgevoerd, bleek bijna veertig procent van de 263 protocollen overbodig.

Ook is bijvoorbeeld gekeken of het nu nodig is om mobiel bellen overal in een ziekenhuis te verbieden. Nee dus: er zijn zones zoals de Intensive Care en de OK die verboden gebied blijven, wat door stickers duidelijk is aangegeven. In de rest van het ziekenhuis mag gewoon mobiel gebeld worden.

*'Een verlaging van de administratieve lasten voor bedrijven en burgers in de komende kabinetsperiode met een kwart ten opzichte van 31 december 2002, zal per ministerie taakstellend worden toebedeeld. Het aldus vastgestelde administratieve lastenplafond zal worden gehandhaafd.'*

In juli 2003 besloot het kabinet-Balkenende II dat elk departement:

- een nulmeting van administratieve lasten (peildatum eind 2002) moest maken;
- twee reductiescenario's moest maken: van 25 en 35 procent;
- een extern gemengde commissie moest instellen om de reductieplannen te toetsen en de uitvoering te bewaken.

Het Ministerie van VWS heeft naar aanleiding van het besluit van het kabinet een onderzoeksbureau de opdracht gegeven een nulmeting uit te voeren naar de administratieve lasten voortvloeiend uit de bestaande wet- en regelgeving van het ministerie. De nulmeting vond plaats op basis van een standaardkostenmodel waarmee, redenerend vanuit de formele wet- en regelgeving, de omvang van de administratieve lasten per wet en per regel werd bepaald. Er is bijvoorbeeld niet gekeken naar de mate waarin regels daadwerkelijk worden nageleefd, of lasten ook als zodanig ervaren worden, of naar de mate waarin informatieverplichtingen samenvallen met informatievastlegging voor de eigen bedrijfsvoering. De nulmeting moet dus gezien worden als een zeer gesystematiseerde en geobjectiverde manier om de werkelijkheid van de administratieve lasten in 2002 weer te geven. De nulmeting heeft waardevolle inzichten opgeleverd, die vanwege de omvang van het onderzoek per wetgevingsdomein zijn beschreven in vier deelrapportages over de vier belangrijkste 'beleidsdomeinen' van VWS: de gezondheidszorg; de maatschappelijke zorg (inclusief AWBZ); medische ethiek en overige; en gezondheidsbescherming.

## 2004

### **Uitkomsten nulmeting**

In de meting zijn alle regels in één keer onder de loep genomen. In totaal is tijdens de nulmeting gekeken naar bijna 1.700 wetten, algemene maatregelen van bestuur (AMvB's), regelingen, circulaires en beleidsregels. Zeshonderd van deze regels kennen administratieve lasten. Voor de zorg werd een totaalbedrag van ruim € 1,4 miljard aan administratieve lasten becijferd.

Op basis van de nulmeting heeft VWS in de loop van 2004 en 2005 in twee etappes – in samenspraak met de VWS-commissie administratieve lasten in de zorg – een programma ontwikkeld voor het terugdringen van administratieve lasten in het VWS-domein.

### **Het VWS-programma**

In een brief aan de Tweede Kamer van 13 april 2004 (Tweede kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 515, nr. 6) werd de eerste reeks van maatregelen aangekondigd. Het programma met reductiemaatregelen werd gecompleteerd met de brief van 11 maart 2005 (Tweede kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 515, nr. 60), waarin de minister aan de Tweede Kamer meldde dat het ministerie in totaal ongeveer 21 procent aan reductie van administratieve lasten zal realiseren, voor een bedrag van per saldo ruim € 650 miljoen. Verreweg de meeste reductie daarvan wordt gehaald in de zorg door deregulering en het beter laten verlopen van gegevensuitwisseling. In de onderstaande tabel zijn alle maatregelen op het gebied van de zorg opgesomd en van de meeste actuele ramingen voor de lastenreductie voorzien (stand 8 november 2005).

Ook zijn lastentoenames, dat wil zeggen nieuwe administratieve lasten opgenomen. Daartoe behoren de invoering van Diagnose Behandelcombinaties in de ziekenhuizen, de no claimregeling en de spelregels voor inrichting van administratieve organisatie en interne controle bij AWBZ-instellingen. Deze nieuwe administratieve lasten zijn verdisconteerd in het totale reductiebedrag.

## “Administratie moet afgeleide zijn van patiëntenzorg”

---

### Maria Hintzbergen

*hoofd Projectenbureau Planning & Control, UMCG*

Ik ben voorstander van het werken op basis van dbc's, maar wil dat doen zonder extra administratieve belasting. Daar heb je ICT voor nodig en daaraan wordt in de zorgsector minder geld uitgegeven dan in andere sectoren. Het gaat overigens niet alleen om geld – al zullen er nog miljoenen in ICT moeten worden geïnvesteerd – maar ook om de complexiteit. Dit productsysteem is tien jaar geleden bedacht. In de tussentijd is de administratie in de zorg, onder meer vanwege alle aanvullende wet- en regelgeving, zeer complex geworden.

Een denkfout in het dbc-systeem is dat wordt uitgegaan van een enkelvoudige behandeling, door één specialist, terwijl wij een toename zien van multidisciplinaire behandeltrajecten. Voor één patiënt kun je dus meerdere dbc's hebben. Gestuurd door inkomenspolitiek raakt dit steeds verder opgeknipt: iedere behandelaar wil zijn eigen dbc. Nog even en we zijn terug bij de verrichtingen. Bovendien heeft invoering van het systeem ook z'n weerslag op de patiëntenzorg. Er zijn artsen die eerder twintig patiënten op een ochtendspreekuur zagen en nu achttien, omdat de administratieve last door de dbc's is toegenomen. Het is een ingewikkeld systeem. De dbc's zullen dan ook nog lange tijd een extra handmatig uit te voeren administratieve belasting betekenen. In een ziekenhuis is patiëntenzorg het primaire proces. De administratie en declaratie zou daarvan een afgeleide moeten zijn, optimaal ondersteund door ICT.



<b>Vermindering van administratieve lasten in mln. euro's</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>A Deregulering</b>					
<i>Ziekenfondswet, Zorgverzekeringswet en Wet op de geneesmiddelen</i>					
Schrappen regels voor declaratieverkeer				-341	
Afschaffen modelovereenkomst en contracteerplicht			-15	-37	
Schrappen informatieverplichtingen inschrijvingsbesluit	-9	-9			
Schrappen van procedurele toegangsvoorwaarden zorg	-30			-42	
Vereenvoudigen receptenverkeer WOG				-85	
Schrappen informatieverplichtingen Zfw				-29	
<i>Stroomlijning jaarverantwoording voor zorginstellingen</i>				-21	
<i>AWBZ en Maatschappelijke Zorg</i>					
Vereenvoudiging eigen bijdrage AWBZ				-51	
Verbeteren indicatiestelling				-7	
Reductie informatiebepalingen kortdurende GGZ					-4
<i>Sanering gegevensbepaling WOG</i>				-30	
<i>Vereenvoudiging bouw</i>					
Vereenvoudiging en digitalisering bouwprocedures			-6		
Invoering Wet toelating zorginstellingen				-28	
<i>Wijziging Wet ambulance vervoer</i>				-3	
<b>B Stroomlijning informatievoorziening</b>					
Wet op de Geneesmiddelenvoorziening: schrappen informatiebepalingen			-11		
Effecten AWBZ-zorgregistratie en Burger Service Nummer (BSN)	-6			-34	
Diverse ICT-ontwikkelingen			-9		
<b>Totaal per jaar</b>	<b>-44</b>	<b>-9</b>	<b>-41</b>	<b>-708</b>	<b>-4</b>
<b>Totaal gestapeld</b>		<b>-53</b>	<b>-93</b>	<b>-801</b>	<b>-805</b>
<b>Nieuwe administratieve lasten</b>					
No claim			9		
Volume-effect ZVW				35	
Nieuwe informatieverplichtingen Zvw				50	
dbc's ziekenhuizen en ggz			21	pm	pm
kaderregeling AO/IC AWBZ			56		
Initiële extra lasten BSN				3	
<b>Totaal per jaar</b>	<b>0</b>		<b>86</b>	<b>88</b>	
<b>Totaal gestapeld</b>		<b>0</b>	<b>86</b>	<b>174</b>	<b>174</b>
<b>Totaal effect op lasten</b>					<b>-631</b>

Wat opvalt aan het programma is dat het overgrote deel van de lastenverminderingen in 2006 gerealiseerd moet worden. 2006 wordt dus in zekere zin het jaar van de waarheid. Dat geldt zeker voor de lastenreducties die samenhangen met de invoering van de Zorgverzekeringswet. Veel van de reducties hangen samen met het verdwijnen van overheidsregels voor processen die binnen en tussen instellingen wel blijven bestaan, zoals het declaratieverkeer.

#### Het VWS-programma en het rapport De Beer

De commissie-De Beer heeft haar stempel gezet op de VWS-aanpak van administratieve lasten in de zorg. Veel aanbevelingen van de commissie zijn terug te vinden in het administratieve lasten-reductieprogramma van VWS.

# Iris van Bennekom

*Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie*

## “Voor de burger is het allemaal erg ingewikkeld”

Voor veel chronisch zieken, gehandicapten en ouderen is het aanbod aan zorg niet meer te overzien. “Door de veelheid aan loketten zien ze door de bomen het bos niet meer”, vertelt Iris van Bennekom, directeur van de Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie (NPCF).

Van Bennekom is van mening dat de administratieve lasten voor de burger die zorg nodig heeft, de afgelopen jaren enorm zijn toegenomen. Ik sprak laatst iemand die zei: ik heb twee beperkingen. De ene is die dwarslaesie, de ander is die enorme kast met papier. Volgens Van Bennekom komt dit vooral door de toename van het aantal loketten in de zorg en daarbuiten. Voor elk probleem is er ander loket. Als chronisch zieke of gehandicapte krijg je al gauw met meerdere loketten te maken. Voor de Zorgverzekering moet je onderhandelen met je verzekeraar, voor de AWBZ gelden weer andere regels en heb je te maken met een indicatiestelling. Heb je dan ook nog maatschappelijk ondersteuning nodig, dan is daar straks weer een apart loket voor: de Wmo. En overal is de eigen bijdrageregeling weer anders. Sommigen hebben dan ook nog extra voorzieningen nodig, hun woning moet worden aangepast en ze moeten ook nog een uitkering aanvragen. Weer naar andere instanties, opnieuw formulieren invullen en vaak nieuwe keuringen. Het is echt een enorme klus voor die mensen, die het toch al niet makkelijk hebben.

### Zorgverzekering

Door de instelling van steeds meer nieuwe loketten is de keuzevrijheid van burgers wel toegenomen. Van Bennekom: Dat wel, maar voor veel mensen is het zo ingewikkeld, dat ze niet weten wat ze moeten kiezen. Burgers kunnen nu voor de Zorgverzekering een zorgtoeslag aanvragen, dat is toch weer een extra handeling. Een aanvullende verzekering kiezen, eigen risico bepalen. Het is jammer dat er bij het voortraject voor deze nieuwe wet geen toetsing op administratieve lasten voor burgers is gedaan. Ik zou graag zien dat er straks alsnog wordt onderzocht hoe dit nu uitpakt. Nemen de lasten voor de burger toe, is het ongeveer gelijk, of is het minder geworden?

### Regionale steunpunten

Volgens Van Bennekom is het probleem van de administratieve lasten niet zo eenvoudig op te lossen. Het zou goed zijn als eens grondig wordt uitgezocht of het mogelijk is het systeem te versimpelen. Kunnen we, vanuit de basis, een aantal procedures aan elkaar koppelen? Ik verwacht niet dat dit zo simpel is en het zal niet snel veranderen. Daarom ben ik een voorstander van het instellen van regionale steunpunten, waar burgers terecht kunnen voor ondersteuning. Laagdrempelige kantoren, waar ze je helpen de weg te vinden in het enorme zorgveld. Waar je advies krijgt en waar ze de formulieren alvast voor je kunnen invullen. Dat is toch wel het minste wat we kunnen doen.

- Op het gebied van de *bouwprocessen in de zorg* zijn of worden de aanbevelingen van de commissie-De Beer in drie stappen gerealiseerd. Er is inmiddels digitale gegevensuitwisseling over bouwvoornemens met het College bouw. De vervanging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen door de Wet toelating zorginstellingen vergroot vanaf 2005 de eigen ruimte voor zorgaanbieders om zonder toetsing beslissingen te nemen over renovaties. Ook is een begin gemaakt met voorbereidingen van de terugtrekking van betrokkenheid van de rijksoverheid bij bouwprocessen in de zorg, waardoor de bijbehorende administratieve lasten geleidelijk geheel zullen verdwijnen.
- De aanbeveling om bij de *indicatiestelling in de AWBZ* meer gebruik te maken van protocollering, standaardisering en mandatering, is door de vorming van het Centrum indicatiestelling zorg volop in uitvoering. Daardoor kunnen indicatieprocessen sneller en voorspelbaarder verlopen.
- De invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) maakt een einde aan de bewerkelijke *mutatieprocessen* rond in- en uitschrijving van verzekerden voor Ziekenfondswet en verzekerden op grond van de Wet op de toegang zorgverzekeringen. Zorgaanbieders hoeven in hun administratieve processen geen onderscheid meer te maken tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. De controle op verzekeringsgerechtigheid is vereenvoudigd door RINIS en het gebruik van het SOFI-nummer (in het kader van de Zvw) te schrappen.
- De *machtigingen* voor ziekenhuisopname zijn per 1 januari 2003 afgeschaft. Met ingang van volgend jaar verdwijnen ook de procedurele toegangsvoorwaarden voor het verlenen van tandheelkundige zorg en de verstrekking van medische hulpmiddelen. In de Zvw blijft de toegang tot medisch-specialistische zorg verbonden aan de voorwaarde dat eerst verwijzing door de huisarts heeft plaatsgevonden.
- Op het gebied van de *farmacie* worden verouderde regels voor apothekers geschrapt in de nieuwe Wet op de Geneesmiddelen (in behandeling bij de Tweede Kamer). Daarnaast heeft het digitale recept een formele basis gekregen en vermindert de digitale uitwisseling van recepten tussen arts en apothekers de administratieve lasten. Het elektronisch medisch dossier en het elektronisch voorschrijfsysteem geven op dit punt nieuwe impulsen.
- De *subsidiereregelingen* op grond van de ziekenfondswet en de AWBZ zijn of worden beëindigd en waar nodig omgezet in reguliere zorgaanpakken, waardoor er een einde komt aan de dubbele geldstromen richting zorgaanbieders en verzekeraars.
- De aanbevelingen van de commissie-De Beer op het gebied van het *declaratieverkeer* in de zorg hebben geleid tot een apart programma van acties en maatregelen dat in de loop van 2006 tot realisatie komt.
- De aanbeveling om het aantal *enquêtes* terug te dringen heeft mede als input gediend voor het bundelen van verantwoordingen van zorginstellingen tot één jaardocument met ingang van het jaar 2006. Daarnaast zijn convenanten in de maak om de overige informatievragen richting zorgaanbieders tot een minimum te beperken en te kanaliseren.
- De verplichte *jaarverslaggeving* zou zich naar het oordeel van de commissie-De Beer verder moeten ontwikkelen tot hét centrale instrument waarlangs zorgaanbieders zich verantwoorden over beleid en resultaten, zowel financieel als inhoudelijk. De afgelopen anderhalf jaar is een nieuw geïntegreerd verantwoordingsdocument voor AWBZ-instellingen en ziekenhuizen ontwikkeld, dat voor het eerst over het jaar 2006 voor alle instellingen zal worden gehanteerd.

Het grootste deel van de aanbevelingen van de commissie-De Beer is dus na een aanvankelijk wat aarzelende start met voortvarendheid door VWS ter hand genomen.

### **Een start met de aanpak van administratieve lasten voor burgers**

Inmiddels heeft de rijksoverheid ook een start gemaakt met een vergelijkbare aanpak van administratieve lasten voor burgers. Ook daar zijn nulmetingen uitgevoerd en programma's ontwikkeld. Afgelopen zomer heeft de minister van VWS een brief met voorgenomen maatregelen voor het VWS-terrein naar de Kamer gestuurd (Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 29 515, nr. 89). Voor de zorg staat de aanpak van administratieve lasten voor mensen die meer dan gemiddeld op de zorg zijn aangewezen centraal: chronisch zieken, ouderen, gehandicapten. Belangrijke aan te pakken bronnen van administratieve lasten zijn de indicatiestellingsprocedures, herhaalrecepten bij chronische medicatie en de administratie van persoonsgebonden budgetten. De zorgtoeslag komt in de brief als een nieuwe administratieve last aan de orde, maar wel in de verwachting dat toekenning ervan na het eerste jaar voor mensen minder belastend zal worden.

## Zorgverleners en zorgverzekeraars vinden elkaar

---

### *Veilige communicatie in de zorg*

VECOZO, dat staat voor VEilige COmmunicatie in de ZOrg, is begin 2002 opgericht door een aantal zorgverzekeraars, met als doel om een veilige communicatie in de zorg mogelijk te maken. Dit gezamenlijke initiatief is ontstaan vanuit de behoefte om het administratieve traject van zowel zorgverleners als zorgverzekeraars te vereenvoudigen.

Zo kunnen zorgverleners van bijna 12 miljoen verzekerden door heel Nederland het verzekeringsrecht en NAW gegevens bij de aangesloten zorgverzekeraars opvragen. In haar declaratie portaal heeft VECOZO zelfs een dekking van zo'n 15 miljoen verzekerden. Ook het opzoeken en controleren van AGB codes behoort tot de diensten. Met het oprichten van VECOZO is een belangrijke schakel tussen zorgverleners en zorgverzekeraars ontstaan. Dit staat garant voor de sleutelwoorden: efficiency, veiligheid, gemak en betrouwbaarheid.

VECOZO heeft de volgende toepassingen ontwikkeld:

- Declaratieverkeer
- Controle verzekeringsrecht
- MedDos, een pilot over een elektronisch medicatiedossier
- Bestandscontrole van de verzekerden bij een verzekeraar
- Een berichtenbox

Bij VECOZO zijn aangesloten de zorgverzekeraars Aegon, Aevitae, Agis, Allianz, CZ, DSW, Fortis ASR (De Amersfoortse, AMEV, Stad Rotterdam en Woudsend), de Friesland, IZA, IZR, Menzis (Amicon, Geové en AnderZorg), ONVZ, OZ, Trias, Univé en VGZ. Voor het indienen van declaraties zijn ook aangesloten: Achmea Zorg (Zilveren Kruis Achmea, Groene Land Achmea, OMS, SBZ), AXA Zorg, DeltaLloyd, OHRA, Salland en VVAA.



## “Regel toezicht vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar”

---

### Ruben Wenselaar

*Raad van Bestuur Menzis*

Ik wil graag het thema toezicht er uit lichten. De overheid wil het toezicht opnieuw inregelen. Wij zeggen: pak door. Het is nú de tijd om alle partijen bij elkaar te zetten. Voeg het bericht van alle wetten samen, stel vervolgens je eisen rond toezicht op èn werk met eenduidige definities, formats en tijdplanningen. Hierdoor wordt de kwaliteit van het toezicht verbeterd.

Doe dit alles vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar. Kom als toezichthouders tot één loket. Als het zover is, mogen ze bij ons de gegevens aftappen uit de digitale bestanden. Wij willen wel transparant zijn, maar hebben bezwaar tegen de manier waarop dit nu van ons wordt verlangd. De werkwijze is niet helder en administratief zeer bewerkelijk.

Wat de optimalisering van de zorgverlening betreft, denk ik dat er meer nodig is dan alleen het reduceren van de administratieve lasten. Je moet een aantal zaken anders organiseren. Ook al heb je een goed ICT systeem, maar doe je verder niks aan ontschotting en verandering van de financieringsstromen, dan gaat dat niet lukken.

# 4

## Het perspectief van het zorgveld

### 'ER KOMEN STEEDS MEER ADMINISTRATIEVE LASTEN'

Wie naar de feiten en de cijfers kijkt, kan constateren dat het Ministerie van VWS zich belangrijke inspanningen getroost om de zorgsector te ontdoen van overbodige regels en lasten en daarin ook resultaat boekt. Het rapport van de commissie-De Beer uit 2002 wordt voor het grootste deel uitgevoerd en daarnaast zijn ook nog andere maatregelen tot ontwikkeling gebracht. Van de € 1,45 miljard aan administratieve lasten die in 2002 op basis van de nulmeting voor de zorgsector in kaart zijn gebracht moet eind 2007 zo'n € 660 miljoen verdwenen zijn: dat wil zeggen 45%.

Toch valt in het zorgveld al enige tijd te beluisteren dat mensen het gevoel hebben dat de administratieve lasten tot dusverre alleen nog maar verder toenemen. En dat ze nog weinig merken van het VWS-programma ter vermindering van de lasten- en regeldruk. Ook wordt betwijfeld of het terugdringen van lasten wel gaat lukken.

Een gemakkelijke verklaring die daarvoor gegeven zou kunnen worden is dat het overgrote deel van de lastenreductie pas in 2006 en 2007 gerealiseerd wordt, en dan dus ook pas ervaren kan worden. Toch lijkt daarmee niet het volledige antwoord gegeven.

### IN GESPREK MET HET ZORGVELD

Om tot een verdieping van inzichten te komen hebben de VWS-commissie administratieve lasten in de zorg en VWS samen in de loop van 2005 een viertal regionale bijeenkomsten over het thema administratieve lasten georganiseerd. In deze bijeenkomsten discussieerden beroepsbeoefenaren en vertegenwoordigers van zorginstellingen, zorgverzekeraars en zorgkantoren over de ontwikkeling van administratieve lasten.

Deze bijeenkomsten hadden mede tot doel in kaart te brengen wat de gevolgen zijn van de deregulering van VWS voor een aantal processen die zich tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspelen.

Tijdens bijeenkomsten in Noordwijk en Laren werd met de care-sector gesproken over de administratieve lasten en in Tilburg en Groningen vond het overleg plaats met de cure-sector. Tijdens de bijeenkomsten werd in elk geval één ding duidelijk: bij alle partijen bestaat een enorm commitment om écht iets te doen aan het terugdringen van de administratieve lasten in de zorg. Tevens realiseren alle partijen zich dat men elkaar daarbij hard nodig heeft. In het onderstaande overzicht zijn de belangrijkste conclusies uit de regionale bijeenkomsten samengevat. In een bijlage bij deze brochure zijn de punten die naar voren zijn gebracht meer en detail opgenomen.

### REGIONALE BIJENKOMSTEN CARE-SECTOR, 11 MEI 2005 IN NOORDWIJK EN 21 JUNI 2005 IN LAREN

- **Positieve ontwikkelingen:** de bundeling van verplichte rapportages in één jaardocument maatschappelijke verantwoording, de toegenomen aandacht van het CTG/Zaio voor administratieve lasten en de VWS-voornemens uit de brief Integrale tarieven (verder dereguleren van het bouwregime).
- **Implementatielasten:** VWS heeft vaak geen idee van de praktische implementatielast voor instellingen van het doorvoeren van nieuw beleid. Instructies en beleidsregels komen volgens de instellingen stevast veel te laat en soms zelfs nadat de regel van kracht zou moeten zijn geworden. Een besluit nemen betekent nog niet dat dit meteen gerealiseerd is. Veranderingen buitelen over elkaar heen of worden niet afgemaakt. Daardoor wordt te weinig draagvlak gecreëerd, ontstaat op de werkvloer weerstand en ergernis en gaan transitieprocessen vaak ten koste van de zorgverlening. Voorbeeld: de voorgenomen invoering van de functiegerichte bekostiging, vervolgens de ontwikkeling van het instrument IZA's (Intramurale zorgarrangementen) en daarna de keuze voor het systeem van zorgzwaartebekostiging. Andere voorbeelden die genoemd zijn: het tempo waarin de Wmo wordt ingevoerd en het veel te laat afkomen van instructies/hulpmiddelen voor het opstellen van het nieuwe jaardocument in de pilotfase ervan.

# Jack Thiadens

*Martini Ziekenhuis Groningen*

## “Reguleren is ook de kunst van het loslaten”

**“Als over vijf miljoen jaar archeologen graven rond Groningen en ze stuiten op een groot gebouw, dan hoop ik dat ze direct kunnen zien dat het een ziekenhuis was en niet denken dat hier ooit een papierfabriek heeft gestaan.”** Jack Thiadens, voorzitter van de Raad van Bestuur van het Martini Ziekenhuis in Groningen, schetst lachend waar het om draait bij **administratieve lasten in de zorg.**

Thiadens werkt sinds 1989 in de zorg en vanaf 1995 als bestuurder in ziekenhuisinstellingen. Sinds 1998 is hij verbonden aan het Martini Ziekenhuis Groningen. In die periode heeft hij de administratieve lastendruk sterk zien toenemen. Thiadens: Het past in een tijd waarin je verantwoording moet afleggen over de dingen die je doet. Wat doe je voor je geld? Je moet natuurlijk inzichtelijk maken waar je het geld aan hebt besteed. Het is niet altijd de overheid, die daarvan de veroorzaker is. Ook verzekeraars, branchevereniging, de accountant, de inspectie en een hele reeks bureaus stellen ons vragen. Allemaal prima, maar we schieten echt door. Dat kost ongelooflijk veel tijd, die je niet aan directe patiëntenzorg kunt besteden. We moeten met elkaar afvragen hoe we die tendens kunnen ombuigen, zodanig dat het veld ook echt een vermindering van de lastendruk ervaart. Wat is nu echt nodig? En wat is overbodig of kan simpeler?

### Knelpunten in beeld

De VWS commissie administratieve lasten in de zorg, waar Jack Thiadens deel van uitmaakt, hield zich de afgelopen anderhalf jaar bezig met een goede inventarisatie van de oorzaken van de gevoelde lastendruk. De commissie is goed op weg. Een prima voorzitter hebben we in Martin van Rijn en verder een goede groep commissieleden, zowel vanuit VWS als breed vanuit het veld. We hebben voor de zorg goed op een rijtje gezet waar de grote knelpunten zitten en hoe dit verbeterd kan worden. We hebben duidelijk in beeld wat eenvoudiger kan of wat er afgeschaft kan worden. Het is een zorgvuldige overweging. Want het is natuurlijk niet de bedoeling, dat als je iets afschaft, er vijf nieuwe regels voor terugkomen. Sommige zaken kunnen gewoon niet anders. Neem de Warenwet, die bijvoorbeeld voorschrijft dat je tot op de milliliter nauwkeurig op een etiket vermeldt wat er inzit. Dat gaat over veiligheid. Je hebt dan ook te maken met Europese regelgeving. Daar mag je niet zomaar aankomen.

### Haagse exercitie

Maar bij de regelgeving voor de bouw, de verslaglegging of bij het systeem van machtigingen en declaraties, kan het allemaal een stuk simpeler, meent Thiadens. De regelgeving schiet soms te ver door. Definieer vanuit een vertrouwen wat je voor goede verantwoording van elkaar wilt weten; doe dat verstandig en niet vanuit achterdocht. Teveel staat tot in detail vast, terwijl je best verantwoordelijkheid aan de instellingen of de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren zelf kunt overlaten. Reguleren is ook de kunst van het loslaten. De VWS commissie administratieve lasten in de zorg heeft nu een helder overzicht van de verbeterpunten. Nu komt er een nieuwe fase: de uitvoering. Het is niet de bedoeling dat het een Haagse exercitie blijft. Het wordt tijd dat we de lastenvermindering niet alleen als voordelen financieel inboeken, maar dat men het ook gaat merken in de zorg. Op dit moment is dat nog niet het geval. Als het Kabinet haar taakstelling van 25 % vermindering van administratieve lasten serieus neemt, moeten er nu beslissingen worden genomen en gaan we daarvan in de komende twee jaar zeker iets merken.



- **Samenhang en leiderschap:** VWS schetst onvoldoende een samenhangend perspectief voor de vele transitieprocessen die gaande zijn en coördineert de implementatielast onvoldoende.
- **Regie binnen VWS (en zijn colleges) en tussen ministeries:** Men verwacht krachtige regie bij toezichtactiviteiten vanuit VWS, inspecties, colleges en andere ministeries. Er gebeurt te veel dubbel en ongecoördineerd.
- **Loslaten:** VWS laat op veel terreinen los, maar in de ruimte die daardoor ontstaat bij zorgkantoren, verzekeraars en gemeenten (Wmo), groeien en bloeien nieuwe vormen van administratieve lasten en bureaucratie. Aanbieders en zorgverzekeraars zouden echter wel degelijk zelf iets kunnen doen aan het beheersen van die lasten.
- **ICT:** meer regie op invoering van nieuwe geautomatiseerde systemen, zoals het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem (AZR).
- **Toezicht:** voer gedifferentieerd toezicht in (IGZ, zorgkantoren), waarbij een instelling beloofd wordt met lage verantwoordingslasten als deze zijn zaken op orde heeft.

## REGIONALE BIJENKOMSTEN CURE-SECTOR, 24 MEI 2005 IN TILBURG EN 24 OKTOBER IN GRONINGEN

- **Contractering:** Dit vergt steeds meer tijd bij en inzet van aanbieders en verzekeraars. De verschillen tussen contracten zijn vaak klein en de lasten ervan hoog. Draagt dit wel bij tot betere zorg? Contractering moet wel een echte kans krijgen. Het is in potentie een goed middel om wensen van verzekerden/patiënten tot uitdrukking te brengen en prijs en (kwaliteits)prestaties in onderlinge samenhang vast te leggen. Naar verwachting kristalliseert op den duur een overzichtelijk aantal contractvormen uit.
- **Toezicht en verantwoording:** Controle en toezicht bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars schieten hun doel vaak voorbij. Steekproefcontroles zijn te omvangrijk en zekerheidseisen te hoog, terwijl de echte risico's op andere terreinen liggen (kwaliteit van de indicatie). De controle rond de dbc's neemt volgens het zorgveld absurde vormen aan. Vertrouwen in plaats van wantrouwen en proportioneel toezicht op basis van risicoanalyses moeten meer ruimte krijgen. Verzekeraars dreigen onder het nieuwe stelsel veel hogere toezichtslasten te krijgen door de toename van het aantal toezichthouders en het niet aansluiten van normen en definities.
- **Machtigingen door verzekeraars voor verlening en vergoeding van zorg:** schaf deze af en vervang deze door materiële controle of de bestuursverklaring.
- **Dbc's:** de administratieve lasten van het invoeringsproces zijn ook door de ziekenhuizen zelf onderschat. De invoering van dbc's heeft het belang van ICT-investeringen voor het stroomlijnen van administratieve processen geïllustreerd. In deze fase van de dbc-invoering is sprake van dubbele lasten: elektronische en papieren nota's en het voortbestaan van de functiegerichte budgettering. Daar moeten we snel van af.
- **Zorgverlening:** Artsen en verpleegkundigen krijgen steeds meer administratieve verplichtingen, bijvoorbeeld de identificatieplicht voor de verzekerde. Dit kost veel tijd. Bij acute hulpverlening is dit bovendien vaak niet doenlijk.
- **Gedeelde verantwoordelijkheid:** Binnen instellingen en tussen aanbieders en verzekeraars moet permanent overleg zijn over administratieve lasten die met de beste bedoelingen ontstaan, maar vaak geen doel meer dienen of in samenhang contraproductief zijn.
- **Indicatiestelling:** Deze verloopt nu volgens thuiszorginstellingen vaak 'rommelig'. De aanlevering van indicaties kan effectiever, ook door gebruik van ICT. Dat kan een besparing opleveren van vijf tot zeven procent.

### Samengevat

In de bijeenkomsten werd het beeld bevestigd dat de ervaring is dat de administratieve lasten blijven toenemen. Voor een deel is dat te verklaren doordat er de afgelopen jaren veel implementatielasten zijn geweest door veranderingen van regels en systemen (zoals de dbc's en het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem). Daarnaast zijn er veel klachten over voortgaande stapeling van toezicht, controle en verantwoording. Het toenemend belang van contractvorming wordt onderkend, maar er zijn veel kanttekeningen over de efficiëntie van contractprocessen. Er bestaat optimisme over de stapsgewijze afbouw van overheidsregels voor bouwprocessen en over de integratie van verantwoordingsdocumenten. Kortom: een gemengd beeld. Aan de ene kant herkenning van een belangrijk deel van het programma ter vermindering van lasten, aan de andere kant zorgen over nieuwe lasten, de lasten van het veranderen en de toenemende lasten van marktprocessen.

## College Bouw pakt papierberg aan

---

Het aanvragen van bouwvergunningen door zorginstellingen is sinds eind 2004 een stuk gemakkelijker geworden. Zorginstellingen hoeven hun bouwaanvragen met bijbehorende tekeningen niet meer op papier en in meervoud bij het College bouw ziekenhuisvoorzieningen of het ministerie van VWS in te dienen. Indiening per e-mail of cd-rom is enkelvoudig en voldoende. Volgens berekeningen scheelt de versimpeling de zorgsector jaarlijks zo'n 6 miljoen euro aan kosten.

De aanvraagformulieren voor een verklaring en/of een vergunning zijn door het Bouwcollege gestroomlijnd en vereenvoudigd. Zo wordt naar uitsluitend informatie gevraagd die voor de behandeling relevant is. Bovendien bieden de intelligente formulieren nieuwe extra's, zoals automatische berekeningen en controle op volledigheid en juistheid. Dit zorgt ervoor dat instellingen na indiening geen extra informatie meer hoeven aan te leveren. Een belangrijke oorzaak voor vertraging is daarmee weggenomen. Met behulp van de digitale aanvraagformulieren kan de doorlooptijd van bouwinitiatieven verder worden verkort.

Het digitale formulier staat op [www.bouwcollege.nl](http://www.bouwcollege.nl). Instellingen krijgen alleen die vragen voorgelegd die op het betrokken initiatief van toepassing zijn. Reeds bekende informatie (naam en adresgegevens, huidige toelating) wordt bij opening van de formulieren automatisch ingevuld en hoeft alleen op juistheid en volledigheid te worden gecontroleerd. Gegevens die eerder bij een verklaringsaanvraag zijn ingevuld, kunnen op eenvoudig worden ingelezen in de aanvraag schetsontwerp/vergunning. Verder zijn helpteksten met toelichtingen opgenomen, evenals links naar onder meer de meest recente basiskwaliteitseisen. De formulieren zijn zodanig ingericht dat een overgang naar nieuwe regelgeving (WTZi) eenvoudig is door te voeren.

Op dit moment is al een redelijk aantal aanvragen digitaal bij het Bouwcollege ontvangen. De reacties van klanten zijn over het algemeen positief. Intern heeft dit geleid tot minder stapels papier. Momenteel is het Bouwcollege bezig met verbeteringen en wordt een aantal andere formulieren gedigitaliseerd.

### **‘Bewijzen van goede dienstverlening’**

Dat de problematiek van lastendruk in de hele publieke sector speelt, wordt treffend geïllustreerd door het rapport ‘Bewijzen van goede dienstverlening’ van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) uit 2004. De Raad stelt hierin dat de verantwoordingsplicht een doel op zichzelf is geworden. Afrekenen staat centraal en de bureaucratische en juridische gevolgen zijn voor de professionals. Het risico is groot dat niet de inhoud maar het voldoen aan procedures leidend wordt.

Het systeem van toezicht en controle veronachtzaamt het gedeelde en relationele karakter van de maatschappelijke dienstverlening. Omdat veel publiek geld en menskracht nodig is voor perfectionering van toezicht, controle en verantwoording, zijn er ook nog eens onverantwoord hoge kosten aan verbonden. Controle is een doel op zich geworden en de kwaliteit van de dienstverlening is er niet of nauwelijks mee gediend. Naar het zich laat aanzien zijn de kosten van de achterdochtige bejegening van instellingen en professionals groter dan de baten.

De WRR pleit voor *checks and balances*, die enerzijds recht doen aan het gemengde en relationele karakter van de maatschappelijke dienstverlening en die inspelen op het verbeterings- en vernieuwingspotentieel en anderzijds effectieve correctiemechanismen bevatten. Volgens de Raad moeten hierbij vijf principes richtinggevend zijn:

- 1 Organiseren van kennisallianties.
- 2 Investeren in variatie en innovatieve praktijken.
- 3 Organiseren van actieve en betrokken tegenspelers.
- 4 Zorgen voor gepaste openbare verantwoording.
- 5 Toezicht samenhangend, sober en selectief maken.

## “Straks zijn we meer met administratie bezig dan met zorgverlening”

---

### Jos Blox

*voorzitter Raad van Bestuur Elkerliek ziekenhuis*

Het nieuwe dbc systeem is de facto niet fraudegevoeliger dan het oude verrichtingensysteem. In het A segment (90%) dienen de dbc tarieven alleen ter vulling van het budget. Als een ziekenhuis al zou willen frauderen, wordt het er in ieder geval financieel niet beter van. Toch wordt juist dáár een enorme AO/IC controleapparaat op gezet. De omvang van de verplichte steekproefcontrole is zo groot dat straks meer ziekenhuismedewerkers met administratie bezig zijn dan met zorgverlening.

Een heel ander punt is dat er sprake van is dat patiënten zich bij de dokter moeten identificeren met hun paspoort. Duur opgeleide artsen zijn straks een groot deel van hun tijd bezig met dit soort zinloze werkzaamheden. Het aantal patiënten dat niet verzekerd is en op de verzekering van een andere patiënt van de doktersdiensten gebruikmaakt, is immers zeer klein. En als er dan toch gecontroleerd moet worden, waarom dan niet door de polikliniekassistente?



# Jos de Beer

GGZ Nederland

“We moeten oppassen dat nieuw beleid niet leidt tot nieuwe lasten”

Het verminderen van de administratieve lasten in de zorg is geen eenvoudige opgave, meent Jos de Beer, directeur GGZ Nederland, de branchevereniging voor instellingen in de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg. “Door alle veranderingen in de zorg komen er steeds weer nieuwe lasten bij. Je ruimt het één op, maar elders duiken er weer nieuwe op. We moeten oppassen dat nieuw beleid niet leidt tot nieuwe lasten.”

Jos de Beer vervulde de laatste jaren diverse bestuurlijke functies in de zorg en was voorzitter van een onafhankelijke commissie die van 2000 tot 2002 onderzocht hoe de administratieve lasten in de zorg teruggedrongen kunnen worden. In feite een voorloper van de huidige commissie. Ondanks alle inspanningen van de afgelopen jaren is er volgens De Beer nog geen sprake van een duidelijke vermindering van de lastendruk in de zorg. Er is een verschil tussen de Haagse werkelijkheid en de werkelijkheid die gevoeld wordt op de werkvloer. De overheid maakt duidelijk, door middel van lijstjes met cijfers, dat er sprake is van een lastenvermindering. Die cijfers kloppen ook wel, maar het veld voelt dat niet zo. Ik ben pas tevreden als er iemand uit het veld opstaat die zegt: ja, voor het eerst sinds jaren merken we een vermindering van de regeldruk. Dat is helaas nog niet gebeurd. Het probleem is ook niet eenvoudig op te lossen, meent De Beer: Daar is een cultuuromslag voor nodig. Als zorgaanbieder moet je nu eenmaal verantwoording afleggen over je werkzaamheden en de besteding van het geld. Nu vraag je aan de politiek om een deel van die verantwoordingsverplichting los te laten. Dat zijn moeilijke beslissingen.

## Toch ook successen

Toch zijn er, volgens De Beer, de afgelopen jaren wel degelijk successen behaald.

Het declaratieverkeer tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars is aanzienlijk verbeterd. Voorheen gebeurde dit met de hand. Daar werden veel fouten bij gemaakt, waardoor er weer een nieuwe declaratie moest komen. Veel gedoe. Door het systeem slimmer in te richten en door gebruik van ICT is op dit punt beslist winst geboekt. Ook het afschaffen van machtigingen is een verbetering: Tot voor kort moesten er nog machtigingen worden verstrekt om iemand bijvoorbeeld in het ziekenhuis te laten opnemen. In de praktijk gebeurde het regelmatig dat de machtiging pas kwam als de patiënt het ziekenhuis al had verlaten. Veel werk voor niets dus.

## Nieuwe zorgverzekering

Nu gaat volgend jaar de nieuwe zorgverzekering in. Betekent dit nu weer een extra administratieve lastenpost? De Beer: Voor de burger wel. Die kan een zorgtoeslag aanvragen, toch weer een extra handeling. Verder kan hij kiezen tussen verschillende pakketten. Prima, maar het kost wel even moeite. Hoe de balans zal uitpakken voor de instellingen en de verzekeraars, is moeilijk te zeggen. Ik verwacht niet dat het schokkend zal zijn. Geen vermeerdering, maar ook geen vermindering. Pluspunt is dat het verschil tussen particulier en Ziekenfonds verdwijnt. Je hebt dan niet meer dat bepaalde groepen, zoals studenten of flexwerkers, het ene keer in het Ziekenfonds zitten en daarna weer particulier verzekerd zijn. Een voordeel, zowel voor de burger als voor zorginstelling en verzekeraar.

# 5

## Naar een gezamenlijke analyse en aanpak van de ontwikkeling van administratieve lasten

### VAN TWEE PERSPECTIEVEN NAAR ÉÉN

#### Optische vertekening

Zorgveld en rijksoverheid kijken vanuit verschillende perspectieven naar problemen en oplossingen van de administratieve lasten. Die perspectieven staan zeker niet haaks op elkaar, maar er zijn wel interessante verschillen. Zo'n verschil is de gehanteerde definitie van administratieve lasten. Voor het veld gaat het om alle overbodige rompslomp, ongeacht de vraag of die nu afkomstig is van de rijksoverheid, van contracten met of eisen van verzekeraars of van andere partijen. Tegelijkertijd ziet het zorgveld 'Den Haag' of het Ministerie van VWS nog wel als de hoofdoorzaak van het bestaan van hoge administratieve lasten. Het Ministerie van VWS hanteert voor zijn programma ter reductie van administratieve lasten - uiteraard - de officiële administratieve lastendefinitie van het kabinet, die inhoudt dat alle informatieverplichtingen die voortvloeien uit wet- en regelgeving tot de administratieve lasten worden gerekend.

Deze 'begripsdiffusie' leidt ertoe dat een deel van het reductieprogramma van VWS bestaat uit maatregelen die in de ogen van het veld niet of nauwelijks een reductie opleveren. Een optische vertekening dus. Dat geldt met name voor het schrappen van regels voor de vormgeving van transacties tussen verzekeraars en aanbieders: machtigingen, contracten en declaraties. 'Haagse' lasten verdwijnen, maar de transacties tussen partijen blijven bestaan en dus ook de kosten daarvan, zij het vaak in een andere vorm en omvang. VWS heeft hier zelf ook oog voor. Zo schreef de minister van VWS op 11 maart 2005 aan de Tweede Kamer: *'We moeten er alert op zijn dat minder administratieve lasten vanuit de overheid niet leiden tot nieuwe vormen van onnodige markt bureaucratie tussen partijen in de zorg.'* En: *'We moeten voorkomen dat administratieve lastenvermindering alleen een Haagse werkelijkheid blijft. Veldpartijen zijn wellicht in eerste instantie geneigd de gebruikelijke, door de overheid opgezette systemen in stand te houden. In dat geval betekent het schrappen van de informatieverplichting uit wet- en/of regelgeving nog niet automatisch minder bureaucratie en meer ruimte voor de zorgverlening. Veel informatie die de overheid nu vraagt blijft nodig in het bedrijfsvoeringsproces van een instelling en blijft dus bestaan'*. Hierin klinkt de erkenning door dat het schrappen van informatieverplichtingen geen gevolgen hoeft te hebben voor de onderliggende bedrijfsprocessen en dat het vervolgens aan marktpartijen is om die bedrijfsprocessen zo vorm te geven dat de lasten (transactiekosten) ervan zo laag mogelijk zijn.

De signalen vanuit de regionale bijeenkomsten over de toenemende administratieve intensiteit van de contracteerprocessen geven aan dat hier nog wel een 'uitdaging' ligt. Er is nog een tweede bron van optische vertekening. Bij het schrappen van administratieve lasten wordt geen rekening gehouden met de mate waarin de regels nog 'levend' zijn. Zo zijn er altijd regels die door de tijd zijn ingehaald en niet meer relevant zijn. Het oogsten van dit laaghangende, 'overrijp' fruit (bijvoorbeeld bij een deel van te schrappen gegevensbepalingen in de WOG) telt echter net zo hard mee in de vermindering van de administratieve lasten als de regels die de mensen dagelijks in de praktijk van de zorg ervaren. In de cijfers over administratieve lasten is dit verschil niet terug te vinden.

#### De neiging implementeren te onderschatten

Een tweede verschil in perspectief zien we terug in de manier waarop VWS en zorgveld aankijken tegen de (administratieve) lasten van invoering van veranderingen in de zorg, zoals bij de modernisering van de AWBZ en de herziening van het zorgstelsel. Het ministerie realiseert zich dat veranderingen in het zorgveld lasten meebrengen, maar heeft de neiging die vanuit het eigen perspectief (dat van de beleidsmaker) te onderschatten. Interessant is ook dat die incidentele veranderlasten (hoe omvangrijk ook) niet meetellen voor de optelsom van de administratieve lasten. Voor de invoering van de dbc's in de ziekenhuizen zijn die eenmalige lasten wel berekend (€ 110 miljoen), maar deze zijn niet zichtbaar in de ontwikkeling van het saldo van lastenreducties en lastenverzwaringen. Het zorgveld heeft dus wel een punt als het aangeeft dat de intensieve transitieperiode waarin de zorgsector zich bevindt, ertoe leidt dat de administratieve lasten in brede zin in ieder geval tijdelijk toenemen.

## “Landelijke standaarden gedijen niet in een klimaat van marktwerking”

---

**Roel Termeer**

*apotheker De Reeshof*

In openbare apotheken is de administratieve lastendruk al jaren prominent aanwezig en breidt zich de laatste tijd steeds verder uit. Daarbij gaat het onder meer om contractering met alle verzekeraars, polisaanspraken, de vraag waar de patiënt verzekerd is, machtigingen, et cetera. Vanaf 2006 komt daarbij: is de patiënt wel verzekerd? Het achteraf herdeclaren bij de juiste verzekeraar of bij de patiënt zelf is niet meer mogelijk. Het gokken op de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde zal leiden tot vele twijfelachtige debiteuren bij zorgverleners. De vraag ziekenfonds of particulier? wordt vervangen door bent u verzekerd? En zo ja bij wie en voor wat, en kan dat vóór het moment van hulpverlening ook worden aangetoond? Landelijke standaarden gedijen niet in een klimaat van marktwerking en ieder voor zich. Juist nú de administratieve lasten willen verminderen, is als het aandragen van wat pleisters bij een ernstig verwonde gezondheidszorg.



### **Meer openheid over nieuwe lasten**

Redelijk gelijkvormig zijn de perspectieven van zorgveld en VWS over recentelijk toegenomen lasten. Zowel de AWBZ-instellingen (kaderregeling Administratieve Organisatie/Interne controle) als de ziekenhuizen (dbc's) zijn dit jaar geconfronteerd met nieuwe lasten, die te maken hebben met het geleidelijk invoeren van systemen van prestatiebekostiging. Zowel volgens de ervaren lastenbalans van het veld als de lastenbalans van VWS is 2005 dus een jaar van lastenverzwaring. Wel valt op dat deze lastenverzwaringen in de presentatie vanuit VWS minder aandacht krijgen dan de lastenverminderingen. In de brief van 11 maart 2005 waren deze verzwaringen nog niet becijferd; in een brief van 8 november 2005 (Tweede kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 515, nr. 104) aan de Tweede Kamer inmiddels wel. Bij een beleid gericht op verminderen van administratieve lasten- en regeldruk past ook dat VWS kan uitleggen dat sommige nieuwe regelingen dusdanige voordelen hebben dat de extra administratieve lasten als gevolg daarvan (tijdelijk) 'op de koop toe' genomen moeten worden en dus verdedigbaar zijn.

### **Gedeelde perspectieven**

Zorgveld en VWS delen het optimisme over een aantal 'doorbraken' in het kader van lastenvermindering die in het verschieft liggen. Voorbeelden daarvan zijn de nieuwe Zorgverzekeringswet die zorgt voor het integreren van twee soorten van verzekeringen (particulier en ziekenfonds), de nieuwe inrichting van het declaratieverkeer (zonder overheidsregulering) waar alle betrokken partijen aan werken, de introductie van de maatschappelijke verantwoording met één jaardocument voor zorginstellingen en het op termijn geheel verdwijnen van de regelgeving voor de bouw. Voor deze doorbraken – maar ook voor veel andere onderdelen van het reductieprogramma van VWS – geldt echter dat de effecten ervan tot dusverre nog maar beperkt merkbaar zijn voor zorgaanbieders en verzekeraars. De winst in termen van structureel lagere administratieve lasten en kosten zal pas in 2006 en latere jaren verzilverd kunnen worden.

### **Het overbruggen is al begonnen**

De verschillende perspectieven zijn dus deels bij elkaar te brengen. Inmiddels heeft het ministerie ook de stap gezet naar een verbreding van het eigen programma voor de reductie van administratieve lasten. Dit gebeurt niet alleen door acties te formuleren naar aanleiding van knelpunten die in de regionale bijeenkomsten naar voren zijn gebracht. Er zijn daarnaast ook afspraken gemaakt tussen VWS en de branche-organisaties in de AWBZ over de aanpak van een aantal knelpunten, bijvoorbeeld op gebied van indicatiestelling en de contracteerprocessen. Verder loopt ook een onderzoek bij een aantal representatieve AWBZ-instellingen om, aan de hand van ervaren knelpunten, met regels en voorschriften tot een aanvullend actieprogramma te komen.

### **VAN BEELD NAAR ANALYSE: ONDERLIGGENDE ONTWIKKELINGEN**

Uit gesprekken die we in de zorgsector gevoerd hebben en uit ervaringen die leden van de VWS-commissie administratieve lasten in de zorg in hun eigen omgeving hebben opgedaan, is ons duidelijk geworden dat er ten opzichte van de inventarisatie door de commissie-De Beer en de nulmeting van VWS nieuwe vormen van administratieve lasten zijn ontstaan en sommige al bestaande lasten problematischer zijn geworden. Wij verbinden deze lasten aan een aantal ontwikkelingen die in de zorg zichtbaar zijn.

### **Transitieproces van oud naar nieuw stelsel**

Zorgaanbieders en verzekeraars ervaren inspanningen om aan nieuwe spelregels, vereisten, systemen, wettelijk regels et cetera te kunnen voldoen als administratieve lasten. De laatste jaren is zoals eerder aangegeven sprake van een omvangrijk en veelomvattend veranderingsprogramma in de zorg, dat zichtbaar wordt in een – per jaar – toenemend aantal implementaties. De veranderingen hebben onder meer betrekking op de vernieuwing van bekostigingssystemen, introductie van nieuwe informatie- en registratiesystemen, wijziging van het verzekerde pakket, veranderingen in de wijze van contracteren en introductie van marktprikkels en vormen van vraagsturing. Instellingen geven aan moeite te hebben om het tempo van veranderingen bij te benen. Naarmate implementatie- en voorbereidingstermijnen korter zijn, nemen de ervaren lasten ook toe. Daar komt nog bij dat in de overgang van een aanbodgeruleerd systeem naar een meer vraag- en marktgeoriënteerd systeem het probleem ontstaat van een dubbele belasting: de spelregels van het oude stelsel zijn nog niet opgeruimd, maar de sector ervaart wel de extra lasten van het meer marktgeoriënteerde systeem.

# Theo Kralt

*Stichting Philadelphia Zorg*

## “Geef zorgaanbieders meer eigen verantwoordelijkheid”

**“Door de enorme stroom van nieuwe wetgeving die ook nog de komende jaren over ons heen komt, zal de bureaucratie in de zorg niet afnemen. Ik vrees dat deze eerder zal toenemen.”**

Aan het woord is Theo Kralt, vice voorzitter van de Raad van Bestuur van de Stichting Philadelphia Zorg, een van de grootste zorgaanbieders in de sector voor verstandelijk gehandicapten. Kralt is daarnaast ook bestuurslid van het Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg. Als het gaat om administratieve lastenvermindering in de nabije toekomst, is hij niet optimistisch: De overheid heeft ervoor gekozen in een relatief korte periode veel veranderingen door te voeren. De organisatorische aanpassingen die daarvoor nodig zijn, kosten altijd veel tijd en leiden tot extra bureaucratie. Neem de nieuwe kaderregeling AO/IC AWBZ. Hiervoor hebben we onze administratieve organisatie en interne controle aanzienlijk moeten aanpassen. Nog niet duidelijk hierbij is hoe we ons volgens deze nieuwe regeling volgend jaar en de jaren daarna precies moeten gaan verantwoorden. Het zal er waarschijnlijk op neerkomen dat we straks een individuele urenregistratie per cliënt moeten bijhouden. Dit is echter niet nodig voor alle cliënten. Voor een deel kan dat ook op jaarbasis.

### **Opnieuw indiceren**

Ook de instelling van centrale indicaties door het Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg heeft het afgelopen jaar geleid tot extra administratie. Op zich een goede ontwikkeling om te streven naar meer uniformiteit in de indicatiestelling. Daar ben ik beslist voor, maar op dit moment betekent het wel dat een deel van onze cliënten, en dat zijn er ongeveer 7300, opnieuw geïndiceerd moeten worden. Ik vind het jammer dat de introductie van het CIZ niet gelijk gekoppeld is aan het bekostigingssysteem. Dat zou een enorme vereenvoudiging van het administratieve systeem kunnen betekenen.

### **Overheidscontrole concentreren**

Volgens Kralt moet de VWS commissie administratieve lasten in de zorg vooral verdergaan met zijn werkzaamheden. Juist nu er zoveel op ons af komt is de commissie nodig om te beoordelen of alles nog redelijk in banen is te leiden door de organisaties. Binnen de commissie heeft Kralt gepleit voor meer verantwoordelijkheid voor de zorgaanbieders:

Maak de zorgorganisaties slagvaardiger, met een eigen vermogen, sterk kader en geef ze meer verantwoordelijkheid. Probeer daarnaast de overheidscontrole te concentreren door deze neer te leggen bij één partij, bijvoorbeeld de zorgkantoren. Je kunt er ook voor kiezen om het bij VWS te houden, maar voorkom dan dat er meerdere instanties naast elkaar voortdurend de zorgaanbieders controleren en informatie opvragen. We moeten nu te vaak aan te veel verschillende instanties verantwoording afleggen. En dat kost onnodig veel tijd en geld.

Belangrijk in dit verband is het management van de verwachtingen vanuit VWS. Zolang de belangrijkste systeem- en stelselveranderingen niet volledig zijn geïmplementeerd en zijn 'ingedaald' in instellingen en tussen partijen, is er onvermijdelijk sprake van een periode van verhoogde administratieve lasten.

#### **Andere lasten door terugtreden van de overheid en meer marktwerking**

Hiervoor is aangestipt dat transactiekosten kunnen toenemen als gevolg van het schrappen van overheidsregels. Een goed voorbeeld daarvan is het stapsgewijs in verschillende deelsectoren van de zorg opheffen van de verplichting van verzekeraars tot het contracteren van zorgaanbieders en in samenhang daarmee het verdwijnen van de modelovereenkomsten. De rijksoverheid creëert ruimte voor partijen om naar eigen inzicht transacties vorm te geven. In die ruimte komen niet direct de meest optimale vormen en oplossingen tot stand. Huisartsen en ziekenhuizen geven aan dat zij geconfronteerd worden met veel grotere (onoverzichtelijke) variatie in vormgeving en inhoud van contracten van ziekenfondsen. Grotere instellingen in de care, die met meerdere zorgkantoren te maken hebben, zien in toenemende mate verschillen ontstaan in informatie-eisen die zorgkantoren in de contracten stellen. Daarnaast geldt dat het contracteerproces meer tijd vraagt. Inkoopafdelingen van verzekeraars zijn de afgelopen jaren aanzienlijk in omvang toegenomen en zorginstellingen en zorgverleners besteden meer tijd aan het onderhandelingsproces en het beoordelen van contracten. Voor een groot deel gaat het hier om bedoelde effecten: de zorginkoopprocessen met bijbehorende concurrentieprikkels moeten bijdragen aan een betere match tussen vraag en aanbod van zorg, een goede kwaliteit van zorg en het laag houden van de kosten. Maar nog lang niet overal is er een goede balans gevonden tussen de inhoudelijke kwaliteit van het contract en de transactiekosten ervan. Het laatste begrip geeft al aan dat we het hier niet hebben over administratieve lasten in formele zin, maar over marktlasten. Een ander voorbeeld op dit vlak betreft de machtigingen. De procedurele toegangsvoorwaarden voor ziekenhuisopname zijn drie jaar geleden afgeschaft, maar verzekeraars eisen inmiddels bij tal van behandelingen of verstrekking van bepaalde soorten van geneesmiddelen voorafgaand een vraag om toestemming door de ziekenhuizen aan de verzekeraar. De aanpak van het declaratieverkeer is een mooi voorbeeld van een gebied dat vanaf volgend jaar niet meer onder directe invloed van overheidsregelgeving staat, maar waarin wel door betrokken partijen (branches van aanbieders, zorgverzekeraars, VWS, CVZ) wordt samengewerkt om tot stroomlijning van gegevensuitwisseling en daarmee kostenvermindering te komen.

#### **Transparantie-eisen en prestatiebekostiging**

De samenleving vraagt in toenemende mate om inzicht in prestaties en kwaliteit van de zorg. Zorginstellingen zullen hierin ook zelf verantwoordelijkheid moeten nemen door meer actief openheid te betrachten over de geleverde kwaliteit en prestaties in relatie tot afgesproken normen en in vergelijking met andere instellingen. In het verlengde van deze ontwikkeling verandert ook de manier waarop de zorg aan zijn inkomsten komt. Bekostigingssystemen worden veel minder budget- en meer prestatiegeoriënteerd, waardoor ook betere onderlinge prestatievergelijking voor de inkoopende zorgverzekeraar of het zorgkantoor mogelijk wordt. In de ziekenhuizen is dit jaar de dbc-systematiek ingevoerd, waardoor ziekenhuisdirecties en zorgverzekeraars veel meer zicht krijgen op de productie en de prijzen van zorgproducten. Duidelijk was al dat de invoering van dat systeem hoge implementatielasten mee zou brengen, onder meer vanwege de investering in de nieuwe ICT-infrastructuur, die overigens ten goede komt aan de totale bedrijfsvoering van ziekenhuizen. Maar ook structureel zorgt het dbc-systeem vooralsnog voor hogere jaarlijkse lasten (€ 21 miljoen). Deze kunnen evenwel nog omlaag gaan, onder meer als er een einde komt aan het dubbele financieringssysteem en wanneer registraties in ziekenhuizen verder geïntegreerd kunnen worden. In de extramurale AWBZ-zorg is er inmiddels een op functies en prestaties gebaseerde bekostiging. Voor de intramurale AWBZ-zorg is een dergelijk systeem nog in ontwikkeling. Ook voor deze ontwikkeling geldt dat het belangrijk is dat verwachtingen goed gemanaged worden. Prestatiebekostiging en het transparant maken van resultaten op gebied van kwaliteit zijn niet mogelijk zonder het intensiveren van het aantal registratie- en administratiehandelingen. Het is niet reëel om te denken dat dit allemaal kan bij gelijkblijvende administratieve lasten. Tot op heden is dat te weinig gecommuniceerd en is ook te weinig informatie gegeven over de gevolgen voor de administratieve lasten bij de invoering van de desbetreffende regelingen. Het is belangrijk dat van de praktische ervaringen met de regels voor prestatiebekostiging geleerd wordt en dat bijstelling plaatsvindt op basis van een scherpe analyse van wat ten behoeve van prestatieverantwoording en bekostiging echt geadmistreerd en geregeld moet worden.

## Project Maatschappelijke verantwoording

---

De nieuwe Zorgverzekeringswet en de vernieuwing in de AWBZ plaatst partijen in een nieuwe rol met nieuwe verantwoordelijkheden. De zorginstellingen hebben een grotere verantwoordelijkheid voor de zorg. Daarbij past een meer transparante en eenduidige manier van verantwoorden.

Uit een inventarisatie bleek dat instellingen meer dan 30 jaarverantwoordingsdocumenten moesten opstellen. Zo is er een sociaal , klacht en kwaliteitsjaarverslag en zijn er jaarenquêtes, personeelsstatistieken, exploitatieoverzichten en nacalculatieformulieren. Dit leidde tot een grote administratieve lastendruk. Bovendien is de verantwoordingsinformatie op deze wijze weinig transparant.

Het project Maatschappelijke verantwoording heeft tot doel alle verantwoordings en informatieverplichtingen, waaraan zorginstellingen jaarlijks moeten voldoen, samen te voegen in één integrale jaarverantwoording. Instellingen kunnen zo maatschappelijke verantwoording realiseren en tegelijkertijd voldoen aan hun informatieverplichting richting verantwoordingspartijen. Deze jaarverantwoording van zorginstellingen verbetert de informatievoorziening van zorginstellingen aan stakeholders (door onder andere eenheid van taal en uniformering) en vermindert tegelijkertijd de administratieve lasten die met de jaarlijkse verantwoording zijn gemoeid.

Over het jaar 2006 zullen alle zorginstellingen in de AWBZ op deze nieuwe manier verantwoording af gaan leggen. Er wordt verder gewerkt aan een digitale invoermodule die via internet beschikbaar komt. Het staat instellingen vrij om al over het jaar 2005 volgens het nieuwe format te verantwoorden.

### **De risicosamenleving en stapeling van verantwoording en toezicht**

Een andere ontwikkeling van de afgelopen jaren is dat in de publieke sector steeds meer aandacht is gekomen voor incidenten, voor fouten en knelpunten. Er is en wordt van tijd tot tijd ook veel gezegd, geschreven en gespeculeerd over fraude in de zorg. De neiging in samenleving en politiek is om incidenten en fouten te vertalen in een roep om extra regels, extra registraties en informatieverplichtingen en extra toezicht of controle. Ook in de zorg is dat zichtbaar. Er is een neiging om de bewegingsvrijheid voor instellingen te beperken, zoals in de thuiszorg waarbij bijvoorbeeld voor een beperkte, tijdelijke verhoging van het aantal aan een cliënt te leveren zorgfuncties, een indicatie van het CIZ nodig is als grondslag voor de bekostiging van die extra zorg. Niet vertrouwen, maar wantrouwen lijkt het leidende beginsel voor de inrichting van regelingen en toezicht. Zorginstellingen en verzekeraars ervaren een stapeling van toezicht vanuit verschillende toezichthouders.

### **Bureaucratie binnen de zorg zelf**

Kwaliteit en innovatie zullen in toenemende mate essentiële 'drives' worden in de gezondheidszorg. Standaardisering en protocollering van diagnose- en zorgprocessen vanuit de beroepsgroepen en de ontwikkeling van (*evidence based*) richtlijnen, standaarden, protocollen en (uitkomst)indicatoren voor zorgverlening zijn daarbij een hulpmiddel: zowel voor het waarborgen van kwaliteit als voor het bekend maken en verspreiden van *best practices* en innovaties. Deze ontwikkeling is al een aantal jaren gaande. Toepassing van richtlijnen, standaarden en protocollen brengt het risico mee dat de zorgverlening verbureaucratiseert door registratiedwang en verantwoordingsplicht. Aan de andere kant kan deze ontwikkeling ook bevorderen dat de zorgverlener in een zorgketen beter gebruik gaat maken van eerder verkregen en vastgelegde informatie en de zorg voor de patiënt eenduidiger wordt en de uitkomst beter voorspelbaar.

In de regio Twente is uitgerekend dat in de zorgketen voor een knieoperatie (via de lijn huisarts, ziekenhuis, thuiszorg) zeventig maal registraties door zorgverleners plaatsvinden. Invoering van het elektronisch medicatiedossier en het daaropvolgend elektronisch patiëntendossier, kunnen bijdragen aan de stroomlijning van dit soort processen en vermindering van onnodig dubbel of meervoudig uitgevoerde handelingen.

Een ander aandachtspunt is de opkomst van Veiligheids Management Systemen voor zorginstellingen en de certificering daarvan. Ook daar is de administratieve vormgeving bepalend voor de mate van bureaucratiesering en de ervaren administratieve lasten.

### **Inzet van ICT**

ICT is een belangrijke kernvoorwaarde om de administratieve lasten terug te dringen. Om dit te bereiken zijn echter wel substantiële investeringen vereist, die overigens hoe dan ook noodzakelijk zijn om de achterstand van ICT in de zorgsector in te lopen. Investeringen in ICT kunnen deels worden gefinancierd via een terugdringing van administratieve lasten. Zodoende kan ICT worden ingezet als vliegwiel om het besparingspotentieel van de verbetervoorstellen te realiseren, de ICT in de zorg op een hoger niveau te brengen en daarmee de voorwaarden voor een structureel betere bedrijfsvoering te vervullen.

Ook VWS ziet ICT als een belangrijk hulpmiddel bij het terugdringen van de administratieve lasten. Het verder toepassen van ICT en het vereenvoudigen van processen zorgen voor het sneller invoeren, verzamelen en leveren van gegevens. VWS ondersteunt het vereenvoudigen van het declaratieverkeer tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Digitale uitwisseling van gegevens moet uiteindelijk een forse winst op de uitvoeringskosten gaan opleveren. Vooral meervoudig gegevensgebruik zal in de toekomst leiden tot een aanzienlijke inkrimping van de administratieve lastendruk en uiteraard ook tot minder fouten.

Daarnaast zijn het AWBZ-brede Zorgregistratiesysteem, het elektronisch voorschrijfsysteem, het elektronisch medicatie dossier (en daarop aansluitend het elektronisch patiëntendossier) en het Waarneemdossier huisartsen voorbeelden van innovaties die een veel doelmatiger onderlinge uitwisseling van gegevens voor professionals en instellingen in de zorg mogelijk maken.

### **Conclusie**

De zorgsector verkeert in een intensief veranderingsproces onder invloed van veranderende maatschappelijke verwachtingen en een steeds meer helder wordende nieuwe rolverdeling tussen zorgvragers, indicerende instanties, zorgaanbieders, verzekeraars en overheid.

# Joop Hendriks

*Agis Zorgverzekeringen*

**“We zitten midden in de overgangsfase naar marktwerking”**

**“De zorg zit in een fase van overgang van een centraal gestuurd budgetsysteem naar een systeem met marktwerking. Het kost tijd en geld om je organisatie daarvoor klaar te maken. De eerste jaren kun je dan ook geen vermindering van administratieve lasten verwachten.”**

Dat zegt Joop Hendriks, lid van de Raad van Bestuur van Agis Zorgverzekeringen. Als je onder administratieve lasten alleen die lasten verstaat die het gevolg zijn van regelgeving door de overheid, is er misschien wel sprake van een afname. Maar als je kijkt naar wat er in het veld wordt ervaren, is er geen sprake van een lastenvermindering. Dit komt omdat de zorgpartijen onderling weer nieuwe regels en voorschriften gaan opstellen.

## **Contracten**

Hendriks geeft toe dat ook de zorgverzekeraars daar aan meedoen. Je ziet dat de landelijke regelgeving op sommige punten verdwijnt, bijvoorbeeld als het gaat om modelovereenkomsten. Als zorgverzekeraar zet je daar dan een nieuw contract voor in de plaats. Zorgaanbieders vinden dat niet altijd leuk omdat ze dan met zo'n dertig verschillende zorgverzekeraars contracten moeten afsluiten. Dat begrijp ik best, maar het hoort nu eenmaal bij marktwerking. Nu moet je wel realiseren dat we in eerste instantie handelen vanuit een cultuur van wan trouwen. Blijkt na verloop van tijd dat je onderhandelt met een partij die zich netjes aan de regels houdt, dan groeit er ook een soort vertrouwen. En dat zal op termijn betekenen dat je weer wat losser met de regels omgaat. Maar dat kost wel even tijd.

## **Verantwoordelijkheid**

Volgens Hendriks is het belangrijk dat alle partners in het zorgveld zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid de administratieve lasten te beperken. Vanuit de commissie zetten we daar sterk op in. Zelf hebben we ook onze organisatie eens onder de loep genomen. Dat heeft ertoe geleid dat we de machtigingen voor bepaalde hulpmiddelen en behandelingen hebben afgeschaft. Het bleek dat we erg veel vragen stelden en dat dit tot weken vertraging kon leiden, terwijl er in de praktijk nauwelijks een verzoek werd afgewezen. Daar hebben we de streep door gezet. Twintig personen bij ons hielden zich daar mee bezig. Die kunnen dus nu op andere zaken worden ingezet.

## **Nieuwe lasten**

Hendriks verwacht dat de nieuwe Zorgverzekeringswet de eerste jaren wel voor extra administratieve werkzaamheden zal zorgen. Je krijgt verschillende polissen, meerdere vormen van eigen risico's. Dat maakt het toch ingewikkelder. Vorig jaar is dan ook nog de no-claim regeling ingevoerd. Daarvoor moeten we tussentijdse overzichten over een periode van twee jaar geven. De reden achter deze regel kan ik best begrijpen maar de uitvoering ervan is beslist zeer bewerkelijk. Dit jaar hebben bij Agis ook de dbc's hun intrede gedaan. Het is nog te vroeg om hier echt iets over te zeggen. Opvallend is wel dat we aanzienlijk minder declaraties binnen krijgen, dus het lijkt erop dat dit voor de zorgverzekeraar niet ongunstig uitpakt. Ziekenhuizen ervaren het systeem als zeer belastend. Ze zien het vooral als een alternatieve manier om het budget gevuld te krijgen. Op termijn gaat het er om de klant beter met kwaliteit te kunnen bedienen. Dan moet je wel kostprijzen berekenen. Maar ook dit hoort nu eenmaal bij marktwerking. Dan onderhandel je over producten en prijzen. Kwaliteit wint!

Deze periode gaat samen met verschijnselen die op zijn minst tijdelijk hogere administratieve lasten meebrengen, zoals implementatieprocessen, de overgang van budget-financiering naar prestatiefinanciering en het ontstaan – door het terugtrekken van de overheid – van nieuwe ruimte, zoals op gebied van contracteren, waarin partijen hun weg moeten vinden. Daarbij is ook nog sprake van een zoektocht – soms met vallen en opstaan – naar de invulling van de nieuwe rollen. Tegelijkertijd is er in de samenleving, bij de overheid, maar ook in de zorg zelf een sterke neiging om alle mogelijke risico's die bij het besteden van publieke middelen kunnen optreden en detail te beheersen. Daarvoor wordt een gevarieerde scala aan instrumenten ingezet, zoals een fijnmazige verantwoording, het niet toestaan van flexibiliteit in de aanwending van middelen en een toezicht dat zowel in horizontale als verticale verantwoordingsrelaties stevig wordt aangekleed. En naast dit alles is er ook nog de roep om transparantie over vergelijkende kwaliteitsindicatoren; een roep die zich in vele uiteenlopende gedaanten en – ook weer – informatievragen bij zorgaanbieders kan aanbieden.

Er is daarom alle reden om zeer alert te blijven op het fenomeen administratieve lasten. Het is belangrijk dat VWS het programma met maatregelen ter reductie uitvoert, maar dat is niet voldoende. Er moet krachtig tegenwicht geboden worden aan het tot irrationele hoogten opvoeren van eisen voor verantwoording en transparantie en aan de inzet van publieke middelen voor dat doel. Niet alleen door het ministerie en de politiek, maar ook door partijen in de zorg zelf, die ook door dit 'virus' geïnfecteerd kunnen raken bij de vormgeving van zakelijke transacties over de levering van zorg. Het steeds meer gedetailleerd afbakenen van de ruimte van zorgverleners en zorginstellingen zal naar de overtuiging van de commissie niet leiden tot betere of doelmatiger zorg maar wel tot te hoge en veelvormige administratieve lasten. Het geven van ruimte en vertrouwen zal daarom veel vaker moeten gaan prevaleren boven de neiging tot het vragen naar een nog betere verantwoording en nog meer toezicht.

Een kwestie van vertrouwen dus.

“Als we het maar hard genoeg roepen,  
wordt het misschien wel waar”

### Koo de Vries

*manager Economische Administratieve Zaken bij Sherpa*

Enige jaren geleden hield ik me, in het kader van een onderzoek door (toen nog) Coopers & Lybrand, bezig met administratieve lasten in de zorg. Een verrassende conclusie was dat alle administratieve lasten logisch voortvloeiden uit de regelgeving. Met andere woorden: zo lang je niets aan de regelgeving doet, zul je ook niets aan de administratieve lasten kunnen doen. En kun je wat aan die regelgeving doen? Ik ben pessimistisch, omdat er steeds meer verantwoording wordt gevraagd.

Een tweede bevinding loopt parallel. Er zijn landen die een bepaalde uiting in hun naam opnemen. Het is frappant dat zij niet altijd zijn wat zij in de naam beweren. De DDR was niet democratisch en in de Volksrepubliek China heeft het volk weinig te vertellen. Nu zelfs de term Administratieve Lastenverlichting in de naam van wetten verschijnt (WALVIS) komt bij mij de gedachte op: als we het maar hard genoeg roepen, dan wordt het misschien wel waar.

Wat betreft de regionale VWS bijeenkomsten frappeerde mij het allermeeft dat er een Haagse werkelijkheid is en een buitenhaagse. In de Haagse werkelijkheid worden de administratieve lasten aantoonbaar verlicht. Hierin schijnt echter geen plaats voor de beleving van het veld dat de verantwoordingseisen niet worden afgeschaft, maar dat deze elders worden gelegd bijvoorbeeld bij het Zorgkantoor. Doorgaans worden die nieuwe verantwoordingseisen door dat Zorgkantoor dan uitgebreider dan de eerste van het ministerie. Het resultaat: teleurstelling aan beide kanten. Immers, het ministerie schaft zaken af en het veld ervaart de verandering als een verslechtering. En beide zijn waar.



# 6

## Een aanvullende agenda voor de beheersing en aanpak van administratieve lasten

Het terugdringen en beheersen van administratieve lasten in de brede zin des woords is een verantwoordelijkheid voor alle partijen in de zorg en niet alleen voor het ministerie van VWS. Daarom is het ook belangrijk om de aanpak van administratieve lasten niet te beperken tot de lasten in de 'Haagse' definitie, maar blijvend aan te sluiten bij de beleefde lasten op de werkvloer van de zorg, ongeacht de herkomst daarvan. Die beleefde lasten zijn een permanente, onmisbare toetssteen voor de werkbaarheid van regels van de overheid en van afspraken rond transacties tussen partijen in de zorg.

Gelet op het voorgaande doet de VWS-commissie administratieve lasten in de zorg de volgende aanbevelingen voor een aanvullende agenda voor de aanpak van administratieve lasten. Deze aanbevelingen zijn bestemd voor het ministerie, de zelfstandige bestuursorganen, indicerende instanties, de verzekeraars en de zorgaanbieders zelf.

- Manage de verwachtingen over de ontwikkeling van administratieve lasten. Niet alle nieuwe administratieve lasten zijn op voorhand verkeerd. Communiqueer dat transparantie-eisen, introductie van prestatiebekostiging en marktprikkels geleid hebben en zullen leiden tot hogere administratieve lasten en andere vormen van marktlasten en transactiekosten, maar dat die hogere lasten een duidelijk inhoudelijk doel dienen. Maar tegelijkertijd is de opgave om die nieuwe lasten wel te beheersen en van overbodige elementen te ontdoen.
- Maak implementatielasten als gevolg van transitie beheersbaar en voorspelbaar. Trek reële termijnen uit voor implementatie van in voorbereiding zijnde veranderingen. Faciliteer partijen waar nodig in het doorvoeren van veranderingen. Creëer na de transitiefase een lange periode van rust in het stelsel: laat veranderingen betijen en begin niet te snel met groot onderhoud en doorontwikkeling.
- Maak mede op basis van de uitkomsten van de regionale bijeenkomsten samen met de betrokken partijen voor de AWBZ-sector en Zvw-sector actieprogramma's die gericht zijn op het wegnemen van de ervaren administratieve lasten.
- Het project declaratiecasus verdient navolging in de manier waarop betrokken partijen samenwerken om transactiekosten in de zorg te verminderen. Brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars moeten bijvoorbeeld investeren in het innoveren van contracteerprocessen: maak meer gebruik van digitale hulpmiddelen, doe aan 'onritualisering' van verplichte nummers in contractprocessen, sluit aan bij bestaande informatiestromen (jaardocument), verleng contractperiodes en uniformeer zoveel als mogelijk de contractformats.
- Hetzelfde geldt voor machtigingsprocedures die tussen huisartsen, ziekenhuizen en medisch-specialisten enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds doorlopen worden om zekerheid te verkrijgen over de vergoeding van behandelingen of toekenning van hulpmiddelen. Deze machtigingen zouden moeten kunnen worden vervangen door gedragscodes, die steekproefsgewijs achteraf op naleving getoetst worden. Ook hier dus: overlaten.
- Denk na over een norm voor de maximale administratieve belasting die voor een (goed georganiseerde en goed functionerende) zorginstelling of beroepsbeoefenaar aanvaardbaar is, ook in relatie tot andere maatschappelijke sectoren.
- Geef binnen regels meer ruimte voor flexibiliteit en eigen verantwoordelijkheid. Voorkom dat uitvoerende instanties (verzekeraars, indiceerders, zorgaanbieders en toezichthouders) meer naar de letter dan naar de geest van de regels gaan handelen.

# Anton Westerlaken

's Heeren Loo Zorggroep

## “Het systeem is wantrouwend”

“We durven het in Nederland niet aan om zorginstellingen meer verantwoording te geven,” zegt Anton Westerlaken. Hij is voorzitter van de Raad van Bestuur van de 's Heeren Loo Zorggroep, een organisatie voor ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking. “Telkens als er iets meer vrijheid komt, wordt deze al snel weer tenietgedaan door een nieuwe golf van regelgeving, voorschriften, verantwoordingsvragen en controles.”

Vooral na ernstige incidenten worden de touwtjes weer strak aangetrokken, zegt Westerlaken, die ook lid is van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. We hebben dat gezien na de rampen in Enschede en Volendam en na het legionelladrama in Noord-Holland. Er komen dan vragen. Hoe kon dit gebeuren? Wie is hier verantwoordelijk voor? Waarom grijpt de overheid niet in? Gevolg: nieuwe voorschriften, extra toezicht. Begrijpelijk, maar soms schieten die regels hun doel voorbij. Wat goed is in de ene situatie kan in een andere situatie contra-productief of overbodig zijn. Om een voorbeeld te geven: voor de brandveiligheid hangen overal in instellingen bij nooduitgangen herkenbare groene bordjes. Zo vind je in een grote onoverzichtelijke ruimte in geval van brand snel de uitgang. Maar nu wonen steeds meer gehandicapten zelfstandig. Moet er dan in de huiskamer bij de deur ook een dergelijk bord hangen? Dat heb je thuis toch ook niet?

### Wantrouwend

Het huidige systeem is wantrouwend, vindt Westerlaken. Tot in detail wordt voorgeschreven hoe je moet werken. Voorbeeld: een paar jaar geleden kwam er extra budget vrij om meer dagbesteding voor mensen met meervoudige ernstige handicaps mogelijk te maken. Daar zat een enorme verantwoordingsdruk bij. Tot in dagdelen van drie uur moesten we laten zien waar het geld aan besteed was en wat er aan extra dagbesteding was gerealiseerd. Dat was een enorm arbeidsintensief gebeuren. Je had er ook voor kunnen kiezen om steekproefsgewijs te controleren.

### Definieer resultaat

Beter is het volgens Westerlaken, dat de overheid bij het beschikbaar stellen van budgetten het resultaat definieert: Geef duidelijk aan wat je doel is en geef aan hoe je dit wilt meten of controleren. Bijvoorbeeld: één keer in de twee jaar. Maar laat aan instellingen zelf over hoe ze dat doel willen bereiken. Zodra je exact gaat voorschrijven hoe instellingen iets moeten doen, leidt dat onmiddellijk tot een enorme bureaucratie. Er moet gerapporteerd worden, ICT-aanpassingen zijn nodig, urenregistraties, et cetera. Dat willen we nu juist voorkomen. Accepteer dat je niet alles weet, dat dingen soms anders gebeuren dan je je had voorgesteld en dat instellingen niet allemaal op dezelfde manier werken. Dit is een logisch gevolg van marktwerking. Wil je daar niet aan, dan had je ook geen marktwerking moeten instellen. Dat kun je er beter allemaal departementale afdelingen van maken. Bovendien wordt uit een zekere flexibiliteit bij de invulling van de zorg heel veel nieuws geboren waar de cliënt, en daar draait het uiteindelijk om, veel aan heeft.

Maar minder regels vanuit de overheid, betekent nog niet minder lasten, meent Westerlaken. Steeds meer instanties bemoeien zich met de zorg. Het toezicht stapelt zich op. En als de overheid loslaat, gaan de anderen juist weer meer trekken. Daar schiet je natuurlijk niets mee op. Dit is dan ook een serieus punt van aandacht.

- Kom tot een herontwerp van toezichtsnormen, -arrangementen en -activiteiten waarmee zorginstellingen nu geconfronteerd worden. Neem de dubbeling in toezicht vanuit College Tarieven Gezondheidszorg (straks Zorgautoriteit) en verzekeraars weg. Maak de afspraak dat materiële controles door verzekeraars niet meer plaatsvinden als uit de eigen bestuursverklaring – gecontroleerd door de accountant – van een instelling blijkt dat men zich heeft gehouden aan alle regels en contracten.
- Benut de nieuwe Wet Marktordening Gezondheidszorg, de nieuwe Zorgverzekeringwet en de rolverandering van het College voor zorgverzekeringen en andere colleges om alle bestaande beleidsregels die de afgelopen decennia zijn ontstaan opnieuw te beoordelen op noodzaak, wenselijkheid en eenvoud/uitvoerbaarheid.
- Er zijn binnen de zorgsector geen toegankelijk en permanente kanalen waarlangs klachten over regeldruk en administratieve lasten op de goede plek terecht komen. Daarom moet er landelijk een permanent ‘aanjaagteam’ komen waarin alle betrokken partijen deelnemen, waar uitvoeringsproblemen kunnen worden gemeld, vervolgens snel worden onderzocht en in samenspraak met de betrokken verantwoordelijke partij of instantie kunnen worden opgelost. Dergelijke aanjaagteams zouden ook op regionaal niveau gevormd kunnen worden voor specifieke knelpunten in de betreffende gebieden.
- Zoek een nieuwe balans tussen het beheersen van risico’s en het opleggen van administratieve verplichtingen. Zorginkopers en toezichthouders moeten bewustere keuzes maken op basis van risicoanalyses.
- Benut de kansen die het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem, het elektronisch medicatie dossier, het elektronisch patiëntendossier en het Waarneemdossier Huisartsen gaan bieden voor het uitwisselen van patiënt- en cliëntgebonden informatie. Het ministerie van VWS dient een krachtige regiefunctie te vervullen om de uitwisselbaarheid van informatie te verzekeren. De ICT-revolutie in de zorg is nog maar net begonnen en kan de komende decennia op grote schaal bijdragen aan het terugdringen van veel nu nog schijnbaar onvermijdelijke rompslomp. Daarbij geldt wel de randvoorwaarde dat zorgprofessionals meer durven te vertrouwen op informatie van collega’s of collega-instellingen.

## “Voor wie werken we nu eigenlijk?”

---

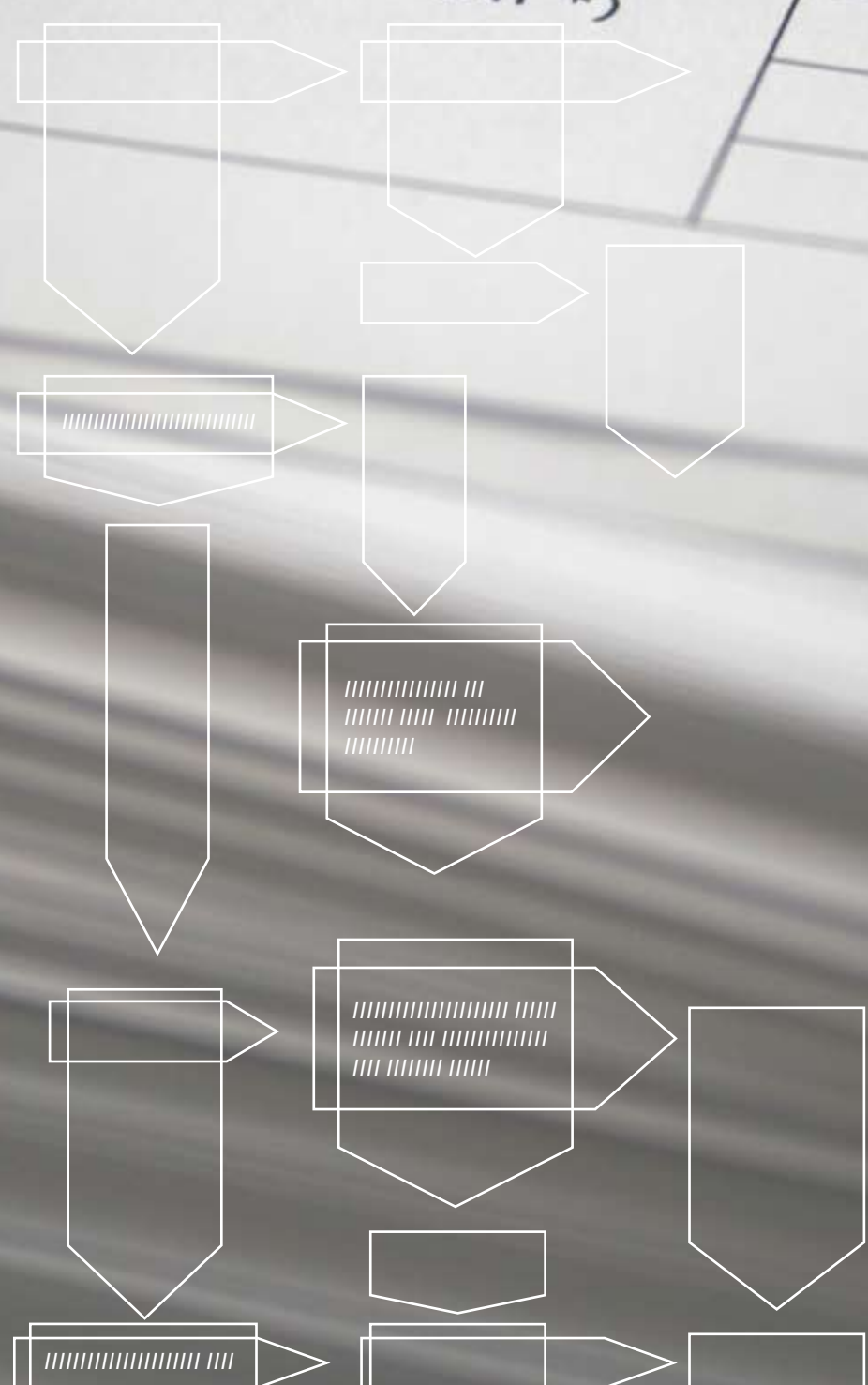
### Siety de Jager

*voorzitter Raad van Bestuur Amant wonen, zorg en dienstverlening*

Wat mij het meeste stoort is dat als er aan de ene kant lasten verdwijnen, deze aan de andere kant weer terugkomen. De centrale overheid vermindert de regeldruk, maar vanuit de gemeenten, zorgkantoren, inspecties en andere instanties neemt de controle alleen maar toe. Vaak net zo erg, of soms nog erger.

Om een voorbeeld te noemen: de brancheorganisatie deed bij ons onlangs een kwaliteitsonderzoek. De zorgkantoren komen binnenkort voor iets vergelijkbaars. Ook bedoeld om kwaliteit te meten, maar toch weer net even anders. Vervolgens zal ook de Inspectie voor de Volksgezondheid langskomen en onze instellingen aan een controle onderwerpen. Op een gegeven moment vraag je je af: voor wie werken we nou eigenlijk? We moeten ons constant verantwoorden voor wat we doen. Dat kost vreselijk veel tijd en geld. Laten we ons alsjeblieft bezighouden met datgene waar we voor zijn en waar we goed in zijn!

Benoem uw ziekte/  
aandoening/klachten \*)



# Mike Leers

*CZ Zorgverzekeringen*

## “We besparen al miljoenen”

**“ We willen dat de zorg toegankelijk is voor iedereen en stellen hoge eisen aan de kwaliteit. Tegelijkertijd moet het betaalbaar blijven, want er moet ook nog geld overblijven voor andere zaken zoals onderwijs en infrastructuur. Wil je dit bereiken, dan moet je wetten opstellen, met duidelijke regels en voorschriften. En daar vloeien nou eenmaal administratieve lasten uit voort.”**

Dat zegt Mike Leers, voorzitter van de Raad van Bestuur van CZ Zorgverzekeringen. Volgens hem zijn administratieve lasten een onvermijdelijk gevolg van de eisen die aan de zorg worden gesteld. De komende jaren zullen deze lasten niet minder worden, vreest hij. Er kan steeds meer. Bijna elke dag komen er nieuwe behandelmethoden of nieuwe medicijnen bij. Maar het kost wel geld en de economische groei is niet zodanig dat het allemaal maar vanzelfsprekend is. We zullen ons dus steeds vaker de vraag stellen: gaan we dit wel of niet vergoeden? En welke voorwaarden gelden er dan?

### Transparant

Leers begrijpt dat burger en zorgverlener administratieve lasten als hinderlijk ervaren, maar zonder gaat het niet, meent hij. Het hoort bij het feit dat je in een sector werkt die zich transparant wilt opstellen. Dan moet je inzichtelijk maken waar je mee bezig bent. Wij merken dat zorgverleners soms geïrriteerd zijn als we veel vragen stellen over een bepaalde verzekerde. Maar vaak is die informatie gewoon noodzakelijk om zorgvuldig te kunnen afwegen of een bepaalde behandeling of medicatie moet worden vergoed. We moeten nou eenmaal kritisch zijn om de kosten van de zorg enigszins in de hand te houden.

### Digitaal declaratieverkeer

Dat neemt niet weg, meent Leers, dat we er naar streven om administratieve lasten waar mogelijk weg te nemen. Een goede stap in die richting is de introductie van een digitaal declaratiesysteem tussen zorgverleners en verzekeraars. Dit zogenaamde VECOZO systeem (Veilige Communicatie in de Zorg) is een aantal jaren geleden ontwikkeld door enkele verzekeraars met als doel het betalingsverkeer te versnellen en vereenvoudigen. Inmiddels is een groot deel van de zorgaanbieders op dit systeem aangesloten: bijna 80 procent van de ziekenhuizen, 73 procent van de fysiotherapeuten, 64 procent van de apotheken, 31 procent van de tandartsen, 40 procent van de AWBZ instellingen en 40 procent van de huisartsen. Van de huisartsenposten is 84 procent aangesloten. Zij kunnen via een beveiligde internetsite een declaratie verzenden naar één postbus, van waaruit de nota naar de betreffende zorgverzekeraar gaat. Daarna volgt de elektronische betaling, zonder tussenkomst van de verzekerde. Leers: Zo n 90 procent van alle nota's bij CZ, en dat zijn er zo n 55 miljoen per jaar, gaat nu digitaal. Dat is een besparing van miljoenen op de administratieve kosten! Voor de zorgverlener biedt het systeem het voordeel dat de betaling sneller en eenvoudiger gaat. Gevolg is wel dat de verzekerde pas achteraf een bericht krijgt dat de nota betaald is. Er zijn mensen die dat niet prettig vinden en die zelf hun handtekening willen zetten voordat er iets betaald wordt. Dat kan nog steeds, maar dat geeft wel veel administratie. Dat blijkt wel uit de cijfers: ongeveer 30 procent van ons personeel dat nota's verwerkt, houdt zich bezig met die tien procent nota's die nog niet digitaal gaan.

## Bevindingen VWS-commissie administratieve lasten in de zorg

Een inventarisatie van knelpunten en positieve ontwikkelingen op het gebied van administratieve lasten.

Bron: regionale bijeenkomsten voor de care en de cure en eigen bevindingen van leden van de VWS-commissie administratieve lasten in de zorg.

ONDERWERP	AWBZ	ZFW/ZVW
<b>Veranderingen/implementaties</b>	<p>Er zijn te vaak wijzigingen van regels en systemen. De samenhang is niet duidelijk. Implementatietermijnen zijn veel te kort. Beleidsregels worden te laat bekend gemaakt. Veel veranderingen blijken slecht doordacht. Implementatielast bij instellingen wordt onderschat en is bij VWS niet bekend.</p> <p>Er ontbreekt een samenhangend eindperspectief waarbinnen instellingen veranderingen kunnen plaats en waardoor ze beter kunnen anticiperen.</p> <p>Door de WMO krijgen instellingen er veel publieke opdrachtgevers/inkopers bij die allemaal eigen regels en informatievragen dreigen te hanteren. Een voorbeeld van terugtreden door VWS, waarbij de ruimte door gemeenten zeer verschillend wordt ingevoerd.</p> <p>In de overgang van aanbod- naar vraagsturing en van input- naar prestatiefinanciering worden nieuwe systemen ingevoerd zonder dat oude worden afgeschaft: gevolg is dubbele lasten.</p> <p>Scoren van IZA's heeft veel tijd van mensen op de werkvloer gevraagd.</p> <p>Voortdurende aanpassing van kwaliteits- en prestatie-indicatoren is een belasting voor instellingen.</p>	<p>Doe meer aan communicatie rond implementaties en transities.</p>
<b>Contracteren/capaciteitsbeslissingen</b>	<p>AWBZ-instellingen kunnen (gezamenlijk) zelf ook eisen stellen aan de inhoud van contracten het verloop van inkoopprocessen. Niet alles wat het zorgkantoor doet hoeft geaccepteerd te worden.</p> <p>Positief zijn de dereguleringen door de WTZI en de voornemens uit de brief Integrale tarieven.</p> <p>Er is een grote variatie ontstaan in de manier van contracteren door zorgkantoren. Inhoudelijke verschillen zijn niet zo groot, maar verschillende formats zorgen voor hoge AL.</p>	<p>Contracteren vraagt te veel tijd. Er zijn veel verschillende contractvormen, maar inhoudelijk zijn de verschillen miniem.</p> <p>Moet iedere fysiotherapeut en huisarts wel met zoveel verzekeraars contracteren? Kan het niet beperkt blijven tot de verzekeraars die 70 of 80% van het klantenbestand hebben?</p> <p>De contracteervrijheid leidt in de praktijk tot hogere lasten; van AL-vermindering is geen sprake.</p>

## “Niet de overheid, maar uitvoerende organen en verzekeraars stellen de meeste vragen”

---

**Stephan Valk**

*Raad van Bestuur Parnassia*

Het is niet de overheid die veel vragen stelt waardoor de administratieve lasten toenemen. Het zijn met name de uitvoerende organen en de verzekeraars die de meeste vragen stellen. Een verzekeraar vraagt bijvoorbeeld om een gedetailleerde offerte voor een bepaald zorgaanbod. In die offerte moet je een heleboel vragen beantwoorden. Dat doe je natuurlijk en graag omdat je als instelling wel wilt dat er geld binnenkomt zodat je deze zorg kan leveren. Als deze klant er om vraagt, dan geef je hem dus gewoon antwoord want anders haal je de opdracht niet binnen. Zo werkt het nu eenmaal in een markt. Dat is een logisch gevolg van marktwerking. Dit gaat natuurlijk wel ten koste van het geld dat aan de directe zorg kan worden besteed. Als zorgaanbieder gaat me dit aan het hart, maar ik kan dit niet alleen voorkomen. De enige die dit ècht kan beperken is de overheid. Alleen door stringent toezicht op wat er gevraagd mag worden in de totale keten zullen de administratieve lasten kunnen worden beperkt.



ONDERWERP	AWBZ	ZFW/ZVW
<b>Contracteren/capaciteitsbeslissingen (vervolg)</b>	Contracteerproces is in onbalans door monopoliepositie van zorgkantoren.	Voor fysiotherapeuten verloopt het contracteerproces moeizaam; de differentiatie in tarieven is bewerkelijk, maar bovendien gaat het maken van afspraken over directe toegankelijkheid moeizaam. Bij de restitutiepolis. Bij restitutiepolissen kan onduidelijkheid ontstaan over vergoeding en routing van declaraties.
<b>Bekostiging/declareren</b>	Te veel formulieren bij regelen van bekostiging voor kleinschalig wonen (bijv. in appartementen).	<p>De nota van een dbc is onbegrijpelijk: er staan specialisten op die de patiënt nooit gezien hebben.</p> <p>De dbc-invoering is op een ramp uitgelopen door de dubbele registraties en de dubbele bekostiging.</p> <p>Zorg straks voor een slimme verificatie van de vereveningsgegevens van verzekeraars op het punt van de inkomensituatie van verzekerde (uitkering, loon, inkomen, aow, pensioen et cetera).</p> <p>Nieuwe Zvw gaat zorgen voor het rondpompen van wanbetalers bij verschillende verzekeraars, die door de acceptatielicht een notoire wanbetaler toch zal moeten aannemen.</p> <p>Maak een eind aan hybride dubbele bekostiging van ziekenhuizen: dbc-facturen naast het oude FB-systeem.</p> <p>Er moet meer op basis van vertrouwen worden gewerkt. Het College Sanering Zorg vraagt zes bladzijden met gedetailleerde informatie om tot bouw van een eenvoudige dokterswacht over te gaan.</p> <p>Er is spanning tussen het budgetplafond in de zorg en toenemende mogelijkheden om over prijs en volume afspraken te maken.</p> <p>Rond de dbc's blijven veel dubbelingen bestaan in financiering en declareren (elektronisch en op papier).</p> <p>De steekproefsgewijze controle op de dbc's is een zware administratieve last.</p>
<b>Zorgverlening</b>	<p>Registratie ten behoeve van bepalen van eigen bijdrage is zeer tijdrovend. Er is een wanverhouding tussen opbrengsten enerzijds en perceptiekosten en AL anderzijds.</p> <p>Eigen bijdrage voor (jong) gehandicapten is zinloos, heeft geen remmende werking en kent relatief hoge perceptiekosten en AL.</p>	<p>Geef meer ruimte voor invulling identificatieplicht aan artsen en verpleegkundigen.</p> <p>Laat verzekeraars voorafgaande toestemming afschaffen en meer achteraf controleren op basis van steekproeven of vergelijking van ziekenhuizen. Geef meer ruimte voor protocollen.</p>

## Mobiele registratie spaart tijd en kosten

---

### *Thuiszorg De Friese Wouden*

De 700 zorgverleners van Thuiszorg De Friese Wouden (TFW) zijn uitgerust met een hand computer waarmee zij overal en altijd in contact kunnen blijven met kantoor. Met één druk op de knop kunnen de zorgverleners in het veld rechtstreeks hun werkzame uren registreren. Daarnaast hebben zij altijd de meest up to date planning direct bij de hand. Het project stelt zorgverleners in staat om efficiënter en effectiever te kunnen werken. Hiermee wil Thuiszorg De Friese Wouden tijd en geld besparen.

Met tienduizenden thuisbezoeken per jaar verlenen de medewerkers van TFW zorg aan duizenden cliënten in de regio. Alle informatie over de gemaakte bezoeken wordt nauwkeurig vastgelegd, een arbeidsintensieve bezigheid. Voorheen registreerden de zorgverleners van TFW hun werktijden handmatig. Iedere maand moesten er 4.000 ingevulde formulieren in de computer worden ingevoerd. Met de nieuwe mobiele dataoplossing is dat nu verleden tijd en worden deze primaire bedrijfsprocessen efficiënter en eenvoudiger ingericht. De gewerkte uren worden nu direct vanuit het veld geregistreerd en automatisch verwerkt. De gehele keten tussen urenregistratie en facturering verloopt voortaan volledig automatisch. Omdat TFW direct beschikt over actuele gegevens kunnen de medewerkers optimaal worden ingezet. De werkplanning wordt, voortdurend geactualiseerd, elektronisch beschikbaar gesteld.

Gerrit Baarda, ICT manager van Thuiszorg De Friese Wouden: Voor ons is dit een organisatie breed verander maar vooral verbetertraject om tot een snelle en eenvoudige urenregistratie te komen. Het betekent vergaande procesautomatisering en daarmee een maximale reductie van papierwerk. Hierdoor realiseren wij een forse kostenbesparing.

**Zorgverlening (vervolg)**

Indicatietaal sluit niet aan op de praktijk. Veel indicaties moeten worden overgedaan.

Er komt meer differentiatie in de aanvullende verzekeringen waardoor het voor zorgverleners veel moeilijker te overzien wordt welke behandeling bij een specifieke patiënt onder de aanvullende verzekering valt.

Mandaatformulieren voor indiceren door verpleegkundigen zijn veel te omvangrijk. Werk meer op basis van vertrouwen.

Er is vrees voor extra administratieve lasten door de twee polissoorten die er gaan komen: restitutie of natura.

Psychiatrisch patiënten moeten eigen bijdragen financieren met bijzondere bijstand. Opbrengst is laag, gedoe is groot.

Indicatiemachine is vastgelopen.

Veel indicaties komen 'rommelig' binnen bij aanbieders; 15% van de indicaties moet overgedaan worden, of worden verhelderd. Er is zeker 5 tot 10% productiviteitswinst in dat proces te boeken.

**Verantwoording/transparantie**

Er ontbreekt regie en coördinatie bij het vragen van informatie door VWS, IGZ en de zbo's aan zorginstellingen.

Ziekenhuizen hebben naast het jaardocument voor de zorg ook nog veel andere verantwoordingsverplichtingen, bijvoorbeeld op gebied van milieu, stralingsveiligheid en arbo.

Er is wildgroei aan uiteenlopende kwaliteitsindicatoren. Naast de IGZ vragen ook patiëntenorganisaties en verzekeraars om bepaalde indicatoren, die weer afwijkend kunnen zijn van die van de IGZ. Bovendien wordt er te veel gewijzigd op de prestatie- en kwaliteitsindicatoren.

Naast VWS sturen ook andere ministeries te veel enquêtes, zoals op gebied van gevaarlijke stoffen en de arbo.

De omvang en detaillering van het uitvoeringsverslag voor Zfw en AWBZ zijn onhanteerbaar geworden.

Door invoering van Zvw zullen enkele problemen met het huidige uitvoeringsverslag tot het verleden gaan behoren.

Kaderregeling administratie en interne controle van het CTG leidt tot veel extra werk en tot dubbelingen met toezichtsactiviteiten/informatievraag van zorgkantoren.

Protocol AO/IC voor dbc-systematiek leidt tot veel te bewerkelijke controles. Meer risicobeleid is nodig: waar zitten de echte risico's in de zorgketen?

Verantwoording over levering van gecontracteerde zorgprodukten in de extramurale zorg dreigt veel te gedetailleerd te worden.

Ontwikkeling jaardocument is zeer positief. Alleen uitvoering loopt slecht: invoertool is te laat beschikbaar en is kwalitatief onder de maat; in feite onwerkbaar.

De benchmark voor AWBZ-instellingen is vrijwillig opgezet, maar dreigt nu door de zorgkantoren tot een officieel, aanvullend instrument opgepakt te worden.

Voor kleinere bedragen zou de verantwoording erover navenant minder omvangrijk moeten zijn.

De verantwoordings- en registratieverplichtingen voor eiceldonatie zijn veel omvangrijker dan bij zaadcel-donatie, zonder dat daar goede redenen voor zijn.

## “Werken met IZA’s, een heel gedoe”

---

### Melina van Gunsteren

*projectleider Informatisering bij Stichting Duyn & Rhyn*

Vaak krijg ik het gevoel dat de mensen die nieuwe regels, voorschriften en protocollen bedenken niet weten hoe het er hier aan toe gaat. Om een voorbeeld te geven: in maart van dit jaar kregen we te horen dat we moesten gaan werken met een nieuw systeem van bekostiging, de zogenaamde IZA s (Intramurale Zorg Arrangementen). Hiervoor moest binnen vier weken een traject worden opgestart om voor alle cliënten die intramurale zorg krijgen, dat zijn er bij ons ongeveer 400, cliëntgegevens en indicatiegegevens aan te leveren. Het ging hier om gegevens die niet allemaal standaard in ons computersysteem staan.

Bovendien moest per cliënt een uitgebreide vragenlijst ingevuld worden. Dat moest gebeuren door iemand die de cliënt goed kent. We moesten heel snel al die personen op de hoogte stellen en kijken of ze wel stonden ingeroosterd. Dat was op zich al een heel gedoe. Daar kwam bij dat het taalgebruik van de vragenlijst niet was afgestemd op het personeel. Op internet zou een handboek met toelichtingen staan, maar dat was nog niet meteen klaar. Al met al was het dus onmogelijk om die vragenlijsten en gegevens binnen die termijn aan te leveren. Ook andere instellingen in het land hadden die ervaring en op grond daarvan is toen besloten het hele systeem maar uit te stellen.

ONDERWERP	AWBZ	ZFW/ZVW
ICT	<p>Onvoldoende regie bij uitrol AZR waardoor zorgkantoren nu met onderling verschillende applicaties zitten, die de communicatie met instellingen zeer bewerkelijk maken.</p> <p>AZR maakt eigen patiëntenadministratie nog niet overbodig.</p> <p>Er zijn veel ICT-kansen voor instellingen die met een duidelijke regie vanuit VWS gegrepen zouden moeten worden.</p> <p>Slecht functionerend AZR houdt papierstroom in stand.</p>	
Toezicht	<p>Toezicht is nog te veel eenheids-worst. Er moet meer op basis van risico-analyse gewerkt worden en meer volgens het principe van getrapd toezicht.</p> <p>De invoering en implementatie van de zorgbrede governance code is een goede stap voorwaarts, mits die gevolgd wordt door een terugtreden van toezichthouders op het moment dat de eigen governance van een instelling op orde is en tot goede resultaten leidt.</p> <p>Early warning systeem: zorgkantoren vragen te veel informatie en zouden zich meer moeten toeleggen op het jaardocument en niet over de hele linie zoveel moeten vragen met veel dubbeling t.o.v. verantwoording. Zorgkantoren vragen ook net weer verschillende dingen.</p> <p>Materiële controle door zorgkantoor is een te bewerkelijk proces met absurde trekjes.</p> <p>Eigen toezichtscampagne arbeidsinspectie voor verpleeghuizen is zeer belastend.</p>	<p>Toezicht bij ziekenhuizen door verzekeraars schiet zijn doel voorbij: controles en steekproeven zijn te omvangrijk.</p> <p>Toezicht moet stap terug doen als interne governance en toezicht/ controle op orde is.</p> <p>Er is voor verzekeraars een grote stapeling van toezicht. Er zou veel meer vanuit het perspectief van de instelling naar toezicht gekeken moeten worden: bijvoorbeeld gezamenlijk optrekken en gegevens delen door toezichthouders; harmonisatie van begrippen; tijdig helderheid over toetsingsnormen.</p>
Overig	<p>Warenwet en tabakswet zorgen voor absurde consequenties in kleinschalige woonvoorzieningen die meer lijken op een privaat huishouden dan op een zorginstelling.</p>	

**EEN KWESTIE VAN VERTROUWEN**

is een uitgave van de VWS commissie administratieve lasten in de zorg.

**Redactie en eindredactie**

Ministerie van VWS

Rob van Putten, Gert Warmerdam, Wouter van Zaane

Overheidsredactie.nl, Den Haag

Tel. (070) 452 53 90

**Interviews en verslaglegging**

Overheidsredactie.nl, Den Haag

Ingeborg Schuitemaker, Cecile Seignette, Tineke Hamming

**Ontwerp & fotografie**

hAAi, Rotterdam

**Fotografie portretten commissieleden**

Bart Versteeg, Den Haag

**Fotografie portret Paul Frissen**

Sander F. Wilde, Rotterdam

**Drukwerk**

OBT bv, Den Haag

**Contact**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Programmabureau Administratieve Lasten

**Bezoekadres**

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

**Postadres**

Postbus 20350

2500 EJ Den Haag

**Contact**

pal projectbureau@minvws.nl

**Internet**

www.minvws.nl

Den Haag, januari 2006

