

AWBZ: naar eenvoud in uitvoering

Begrijpelijke informatie voor cliënten

Werkplezier voor professionals

Ruimte voor zorginstellingen

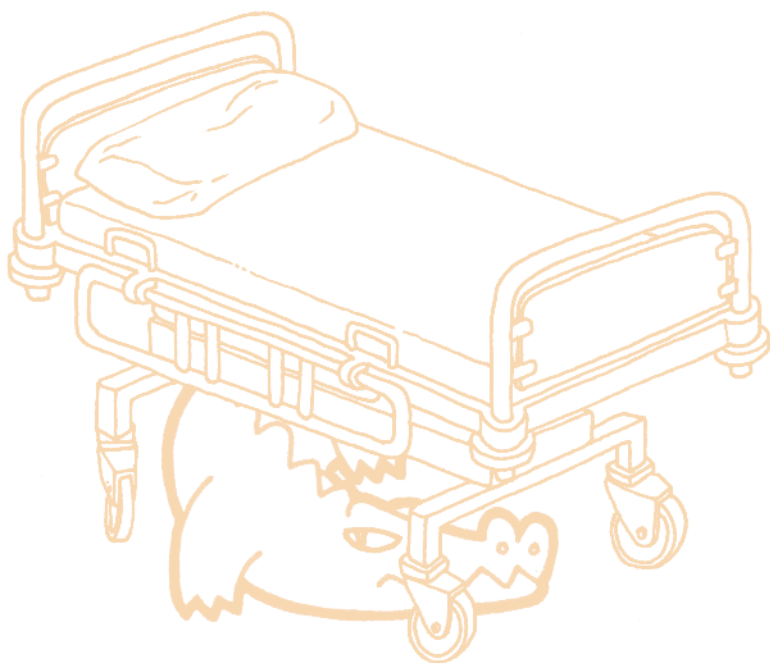
Actieplan voor vermindering van regeldruk, bureaucratie en administratieve lasten in de AWBZ





Inhoudsopgave

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Inleiding | 5 |
| 2 | Toegankelijkheid, cliëntvriendelijkheid en begrijpelijkheid voor burgers | 9 |
| 2.1 | Stroomlijning indicatieprocessen in zorg en sociale zekerheid | 9 |
| 2.2 | Begrijpelijke informatie voor cliënten | 10 |
| 2.3 | PGB en participatiebudget | 11 |
| 2.4 | Indicatiestelling in de AWBZ | 12 |
| 3 | Veranderprocessen: uitvoering centraal | 13 |
| 3.1 | PwC-onderzoek naar ervaren administratieve lasten bij zorgaanbieders en professionals | 13 |
| 3.2 | Een samenhangende veranderkalender voor de AWBZ | 14 |
| 3.3 | Tijd voor invoering | 15 |
| 3.4 | Betere communicatie over veranderingen | 17 |
| 4 | Meer ruimte voor professionals | 19 |
| 4.1 | Indiceren: meer vertrouwen op de professional | 19 |
| 4.2 | Omgaan met voedsel binnen zorginstellingen | 19 |
| 4.3 | Registratiedruk voor verzorgenden | 21 |
| 4.4 | Eigen bijdrage thuiszorg | 24 |
| 5 | Meer ruimte voor zorginstellingen | 25 |
| 5.1 | Minder bureaucratie in het samenspel tussen instellingen en zorgkantoren | 25 |
| 5.1.1 | Het aanbesteden van zorg | 25 |
| 5.1.2 | Zorginkoop vóór en niet tijdens de contractperiode | 26 |
| 5.1.3 | Afrekenen van het budget vereenvoudigen | 27 |
| 5.1.4 | Verantwoording en controle | 27 |
| 5.1.5 | Naar één set prestatie-indicatoren | 29 |
| 5.2 | Naar een nieuwe manier van bekostigen | 29 |
| 5.2.1 | Zorgzwaartebekostiging | 29 |
| 5.2.2 | Bouwregime en integrale tarieven | 30 |
| 5.3 | AWBZ Zorgregistratiesysteem | 31 |
| 5.4 | Enquêtes, monitors en onderzoeken | 32 |
| 5.5 | Subsidies uit het Europees Sociaal Fonds | 33 |
| 6 | Meldpunt en vliegende brigade | 35 |



Inleiding

De afgelopen maanden heb ik me uitgebreid laten informeren over het reilen en zeilen van de sector waarin AWBZ-zorg wordt verleend: de volksverzekering voor verzorging, verpleging of andere noodzakelijke en onverzekerbare zorg. Ik ben veel op werkbezoek geweest. Daarbij heb ik gepraat met professionals, mensen van zorginstellingen, burgers, cliënten, indicatiestellers, zorgverzekeraars en toezichthouders. Ik heb een goed beeld gekregen van de AWBZ-sector.

De mensen in de zorginstellingen werken er hard, met veel inzet en compassie. Er zijn opvallende verschillen in de manier van zorgverlening en de organisatie van het zorgproces. In de praktijk heb ik heel goede, maar helaas ook minder goede situaties gezien. Door kennis te nemen van die verschillen heb ik de overtuiging gekregen dat we in de AWBZ nog het één en ander kunnen verbeteren.

Ik wil aan de slag om een aantal verbeteringen door te voeren die hard nodig zijn. In grote lijnen bestaan die verbeteringen uit drie dingen:

1. De AWBZ wordt vraaggestuurd: de zorginstelling richt zijn aanbod in op de vraag van de cliënt.
2. De cliënt en de professional komen meer centraal te staan.
3. Onnodige bureaucratie verdwijnt.

In de praktijk krijgt de cliënt niet altijd de zorg die hij of zij vraagt – ondanks alle goede bedoelingen. De huidige betaling van de kosten binnen de AWBZ is nog te weinig vraaggestuurd. Cliënten moeten de mogelijkheid krijgen om een aanbod te vinden dat past bij hun zorgvraag, en om zelf de leiding te nemen als ze dat willen. Wat mij betreft krijgen professionals en zorginstellingen (binnen aanvaardbare financiële kaders) ook meer ruimte om in te spelen op de zorgvraag van cliënten.

“Geef mensen op de werkvloer ruimte, verminder de controle en beheersing en spreek ze meer aan op de inhoud van hun vak.”

Vitalis zorggroep

De cliënt krijgt een steviger positie, zodat er zoveel mogelijk zelfbeschikking is: de cliënt kiest zélf en oordeelt zélf over de kwaliteit van de zorg die hij of zij krijgt. Om de cliënt een sterkere positie te geven wil ik om te beginnen meer vormen van cliëntgebonden financiering introduceren. Dan moet dit natuurlijk wel eenvoudig zijn uit te voeren voor de cliënt, de professional en de zorginstelling. Door de zorgvraag van de cliënt te koppelen aan de financiering krijgt hij of zij een sterkere positie in verhouding tot de instelling. Daarnaast ga ik het zorgplan en de zorgovereenkomst juridisch verankeren.

De professionals in de zorg moeten centraal komen te staan bij het vormgeven en inrichten van de zorgprocessen en daarbij noodzakelijke regels. De professional (verpleger, verzorger, arts etc.) moet voldoende ruimte krijgen om zijn vak goed

uit te oefenen en een vertrouwensrelatie op te bouwen met de cliënt. De overheid moet vertrouwen uitstralen naar de zorgprofessional en zich dienstbaar opstellen naar het proces van zorgverlening. Van groot belang is dat de professionals meer werkplezier gaan ervaren en dat mede daardoor de zorg een aantrekkelijke sector blijft op de arbeidsmarkt.

Voorwaarde voor dit alles is dat de onnodige bureaucratie en regeldruk in de AWBZ verminderen. Ik schrijf 'onnodige', omdat wetten en regels op zich onmisbaar zijn: zij scheppen orde en geven zekerheid. Maar in het streven naar zekerheid en het vermijden van risico's is de regelgeving soms doorgeschoten.

De uitvoeringspraktijk van de AWBZ is veel te belastend geworden: voor de cliënten, voor de professionals en voor de instellingen.

Bovendien vormen te knellende wetten en regels een hindernis voor innovatie en voor het inslaan van nieuwe wegen.

Bij onnodige bureaucratie in zorginstellingen maak ik verschil tussen bureaucratie die een instelling van buitenaf krijgt opgelegd en bureaucratie door de eigen organisatie en werkprocessen van een instelling. Met dit actieplan richt ik me in de eerste plaats op de bureaucratie en regeldruk van buiten: de externe bureaucratie. Toch wil ik met dit plan ook de zorgaanbieders oproepen om zelf hun interne bureaucratie te lijf te gaan.



“De laatste jaren zijn de regels het uitgangspunt geworden. Hierdoor is het voor mijn medewerkers onnodig veel zwaarder geworden om hun werk met plezier te kunnen doen. Uiteraard geldt dit ook voor mij. Via een project hebben we de bureaucratie tot een minimum beperkt. Toch moet ik er zelf voortdurend alert op zijn om die bureaucratie niet weer het uitgangspunt te laten worden. De bureaucratie vind ik de meest schokkende negatieve ontwikkeling van de afgelopen jaren.”

Citaat uit conferentie 'Genoeg is genoeg'

Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) werkt aan het terugdringen van regeldruk en onnodige administratieve lasten. Later dit jaar komt de NZa met eigen initiatieven. Dit actieplan is met de NZa afgestemd en sluit goed aan op de aanpak daar. In dit plan geef ik aan hoe ik de onnodige bureaucratie en regeldruk op korte termijn wil wegnemen. Ik heb de Sociaal Economische Raad (SER) gevraagd om een advies over de toekomst van de AWBZ. Daarbij gaat het ook om de vraag hoe we de AWBZ zelf op de wat langere termijn zo kunnen aanpassen dat deze eenvoudiger en begrijpelijker wordt.

In afwachting van het SER-advies wil ik nu al een aantal zaken aanpakken; daarbij houd ik rekening met het voornemen om de uitvoeringsstructuur van de AWBZ (de rol van zorgkantoren) te veranderen. Vooruitlopend daarop neem ik alvast

maatregelen om de contractrelatie tussen zorgaanbieders en zorgkantoren te ontdoen van belastende en niet productieve bureaucratie.

Het terugdringen van de regeldruk en bureaucratie vraagt boven alles een andere mentaliteit en aanpak: niet alleen bij de overheid, ook bij uitvoeringsinstanties en bij zorginstellingen. Vertrouwen is hierbij voor mij het sleutelwoord. Onnodige bureaucratie is vaak 'gestold wantrouwen' en belast ook de relatie tussen de cliënt en de professionals. De regels die nodig zijn moeten in dienst staan van de zorg en niet het zorgproces belemmeren, zoals ze nu vaak doen. Bij de uitwerking en implementatie van de verschillende onderdelen van dit actieplan betrek ik de desbetreffende uitvoeringsinstanties en branche- en cliëntenorganisaties. Met deze aanpak wil ik ook bereiken dat professionals meer plezier in hun werk krijgen en dat cliënten makkelijker toegang krijgen tot de AWBZ, zonder onnodige belemmeringen en met begrijpelijke informatie.

“Het uitvoeren van registraties is niet het probleem, maar het moment op de dag waarop dit moet. Alles komt tegelijkertijd op me af.”

EVV'er Meavita zorggroep

Ik begin dit actieplan met verbeteringen die gericht zijn op de cliënten van de AWBZ: ouderen, gehandicapten en cliënten in de ggz (§ 2). Daarna ga ik in op het verbeteren van de manier waarop we veranderingen in de AWBZ doorvoeren (§ 3). Vervolgens komen specifieke acties aan de orde voor de aanpak van bureaucratie die professionals (§ 4) en zorginstellingen (§ 5) ervaren. Ik sluit af met twee initiatieven om bureaucratische knelpunten in de AWBZ op het spoor te komen en op te lossen (§ 6).

Dr. J. Bussemaker





Toegankelijkheid, cliëntvriendelijkheid en begrijpelijkheid voor burgers

Stroomlijning indicatieprocessen in zorg en sociale zekerheid

Chronisch zieken, ouderen, gehandicapten en ggz-cliënten zijn vaak afhankelijk van voorzieningen, uitkeringen en vergoedingen van de overheid. Die voorzieningen en regelingen zijn ondergebracht bij verschillende ministeries, uitvoeringsinstanties of gemeenten. Mensen moeten dus vaak meerdere keren voorzieningen aanvragen en daarbij steeds dezelfde gegevens aanleveren over hun situatie. Cliënten vinden het erg belastend om te moeten zoeken naar voorzieningen én om telkens opnieuw aanvraagprocedures te moeten doorlopen, met alle formulieren en (medische) onderzoeken die daarbij horen.

“Ruim eenderde van de mensen met matige of ernstige beperkingen weet niet hoe ze voorzieningen moet regelen en heeft moeite met het zoeken van informatie of het uitvoeren van eenvoudige administratieve handelingen (...). Er is echter ook een aanzienlijke groep die meldt dat niemand binnen het eigen netwerk hen goed kan adviseren bij het zoeken naar de juiste voorziening.”

Meedoen met beperkingen, rapportage gehandicapten 2007, SCP

De ministeries van VWS en SZW en hun uitvoeringsinstanties willen dit probleem aanpakken met hun programma ‘Stroomlijning indicatieprocessen in zorg en sociale zekerheid’. Deze aanpak sluit ook goed aan bij de aanbevelingen uit het ontwerpadvies van de Werkgroep arbeidsparticipatie Wajonggerechtigden (Wajong) van de Sociaal Economische Raad (SER).

Het programma Stroomlijning Indicatieprocessen bestaat uit drie onderdelen:

- Er komt een nieuwe website, www.regelhulp.nl. Op de site komt informatie over zorgvoorzieningen en sociale zekerheid, die we ordenen vanuit de vraag van de cliënt. Ook kunnen cliënten via één digitaal formulier meerdere voorzieningen tegelijkertijd aanvragen.
- We ontwikkelen een indicatiedossier of -paspoort, waardoor de betrokken organisaties zoals UWV, CIZ, CWI en gemeenten informatie over één en dezelfde cliënt kunnen uitwisselen.
- UWV, CIZ, CWI en gemeenten gaan samenwerken bij het stellen van indicaties in proefprojecten. Al afgeronde proefprojecten laten zien dat samenwerking nuttig is, maar dat deze meer geïntegreerd en meer structureel moet worden. Vanaf januari 2008 zullen de betrokken indicatiestellers binnen een vervolgproject in één loket gaan samenwerken, zodat de cliënt het intakeproces voor meerdere voorzieningen sneller en op één plek kan doorlopen.

Op 18 juli heb ik samen met mijn collega Aboutaleb van SZW een brief aan de Tweede Kamer gestuurd over de tussenresultaten van het programma en de vervolgstappen (Tweede Kamer, 29 515, nr. 203).

Effect

- Chronisch zieken, gehandicapten en ouderen kunnen vanaf medio 2008 via www.regelhulp.nl informatie vinden over alle beschikbare voorzieningen en vervolgens de voorzieningen direct aanvragen. In de periode 2009 - 2011 zullen steeds meer cliënten ervaren dat informatie die ze al hebben aangeleverd en onderzoeken die al zijn gedaan opnieuw worden gebruikt door andere indicatiestellers – natuurlijk alleen met hun toestemming.

Begrijpelijke informatie voor cliënten

De regelgeving in de AWBZ is voor cliënten ingewikkeld; we leggen hem ook niet goed genoeg uit. In de keten van de vraag tot de levering van zorg komen mensen veel partijen en veel uitvoeringsregels tegen: huisarts, CIZ, zorgkantoor, zorgaanbieder, CAK. Deze keten is ondoorzichtig, doordat elke partij los van de ander communiceert en geen enkele partij de regels begrijpelijk genoeg weet uit te leggen.

“Vanaf de eerste dag in een AWBZ-instelling bent u de inkomensafhankelijke lage eigen bijdrage volgens artikel 14 verschuldigd, na zes maanden, onder aftrek van vooropnamen in een andere AWBZ-instelling of ziekenhuis bent u de inkomensafhankelijke hoge eigen bijdrage volgens artikel 4 verschuldigd.”

Uit een brief van een zorgkantoor

Op 4 juli 2007 heb ik met het CIZ, CAK en enkele zorgkantoren een intentieverklaring ondertekend om de communicatie in de AWBZ-keten binnen twee jaar structureel te verbeteren. Het eerste doel van de intentieverklaring is om teksten van het CIZ, CAK en zorgkantoren te gieten in een taal die begrijpelijk is voor 95% van de bevolking. Daarbij hoort een AWBZ-woordenboek, waarmee we zorgen dat iedereen hetzelfde bedoelt met een bepaald begrip. Het tweede doel is om een eind te maken aan de vaak onsamenhangende stortvloed aan verbrokkelde informatie die de cliënt nu krijgt. Ook onderzoeken we of er één loket kan komen voor alle vragen over de AWBZ. De intentie-overeenkomst van 4 juli is te vinden op www.minvws.nl, actueel, alle publicaties.

Effect

- Burgers vinden de communicatie over de AWBZ vanaf 2009 eenduidig en begrijpelijk.

PGB en participatiebudget

Op basis van de regeling persoonsgebonden budget AWBZ kunnen mensen die AWBZ-zorg nodig hebben een persoonsgebonden budget (pgb) aanvragen. Nu blijkt dat een relatief kleine groep burgers bij deze aanvraag veel administratieve lasten ervaart. Dat komt voor een belangrijk deel door de manier waarop ze de bestedingen moeten verantwoorden. Op dit moment werken verschillende organisaties aan verlaging van de administratieve lasten die cliënten ervaren. Ik heb een overzicht van de maatregelen gegeven in mijn brief aan de Tweede Kamer van 12 december 2006.

Administratieve lasten

De administratieve lasten rond de verantwoording van de bestedingen uit het pgb zijn op twee manieren verlaagd. Om te beginnen hoeven aanvragers minder vaak verantwoording af te leggen. Budgethouders met een netto budget van minder dan 5.000 euro, die eerst viermaal per jaar verantwoording moesten afleggen, hoeven dat nu nog maar tweemaal per jaar te doen. Voor budgethouders met een budget tussen de 2.500 en 5.000 euro is het aantal keren teruggebracht van tweemaal naar eenmaal per jaar. Budgethouders met een budget onder de 2.500 euro, die vroeger jaarlijks moesten verantwoorden, hoeven helemaal geen verantwoording meer af te leggen.

Verder bekijken we momenteel of we de processen rond het pgb per computer kunnen gaan afhandelen. Een digitaal pgb kan de administratieve lasten verlagen, doordat budgethouders gegevens nog maar eenmaal hoeven in te vullen. Instanties kunnen de gegevens vervolgens opnieuw gebruiken. Dit kan de budgethouder én het zorgkantoor veel tijdswinst opleveren.

Ervaren lasten

Aan het verminderen van de ervaren lasten rond de uitvoering van het pgb werken we binnen het 'Project verbetering communicatie in de AWBZ-keten' (zie § 2.2). Een goede communicatie tussen bijvoorbeeld zorgkantoor en budgethouder kan verbetering brengen in de manier waarop het zorgkantoor de budgethouders informeert (brieven, informatiemateriaal), in het uitvoeringsproces van toekennen, verlenen en verantwoorden, en in de manier waarop kantoormedewerkers de budgethouders telefonisch te woord staan. In deze processen gaat overigens heel veel goed, maar er zijn dingen voor verbetering vatbaar.

Participatiebudget

Voor mensen met beperkingen bestaan naast regelingen voor zorg ook veel regelingen op andere terreinen, zoals hulpmiddelen, vervoer, onderwijs en arbeidsintegratie. Aanvragen, indicatiestelling, bekostiging en verantwoording werken voor al deze regelingen weer anders. Dat brengt voor burgers veel ergernis en (ervaren) administratieve lasten met zich mee. Binnen het kabinet onderzoeken mijn collega's en ik of een participatiebudget een verbetering kan geven voor mensen met beperkingen. Dan gaat het om hun keuzemogelijkheden,

hun ervaren kwaliteit van leven én hun administratieve lasten. Een participatiebudget is een bedrag waarmee een cliënt met indicatie zelf de benodigde zorg, hulp, ondersteuning en werkvoorzieningen kan inkopen. Er zijn geen 'schotten' tussen de verschillende delen van het participatiebudget. Vanuit VWS zijn we in samenwerking met SZW en OCW begonnen met twee proefprojecten, waarin we het pgb AWBZ combineren met de WIA werkvoorzieningen en de leerlinggebonden financiering (het 'ruzakje').

Effect

- De burgers leggen minder vaak en veel eenvoudiger verantwoording af over de besteding van PGB's en hoeven minder tijd te besteden aan het beheer van hun pgb. Zij krijgen betere ondersteuning en voorlichting over het gebruik van het pgb.

Indicatiestelling in de AWBZ

Burgers en ook professionals hebben veel klachten over de indicatiestelling voor de AWBZ. Die klachten gaan onder meer over te lange doorlooptijden, onduidelijkheid over de toegevoegde waarde van het CIZ en de lengte van de perioden tussen herindicaties. Ik heb op 29 mei 2007 een brief over dit onderwerp naar de Tweede Kamer gestuurd (TK, 30 800 XVI, nr. 145). Verder komt dit punt ook aan de orde in § 4.1 van dit actieplan.



Veranderprocessen: uitvoering centraal

PwC-onderzoek naar ervaren administratieve lasten bij zorgaanbieders en professionals

In opdracht van VWS heeft PwC vorig jaar in kaart gebracht welke administratieve lasten zorginstellingen (en de professionals daarbinnen) in de uitvoering van de AWBZ ondervinden. Het rapport met bevindingen en aanbevelingen is op 6 februari 2007 naar de Tweede Kamer gestuurd (Tweede Kamer, 29 515, nr. 182). Het beeld dat uit het rapport naar voren komt, sluit goed aan bij wat ik zelf in de sector heb gezien en gehoord.

Het onderzoek heeft een top-10 van de belangrijkste lasten opgeleverd (zie blz. 32 van het rapport). De maatregelen die ik in dit actieplan neem zijn gericht op deze top-10 en voor een deel op (daarmee samenhangende) onderwerpen die lager gescoord hebben. In het schema hieronder staan voor de hele top-10 de maatregelen kort beschreven, met een verwijzing naar de paragraaf in dit actieplan waar deze aan de orde komen.

| Nr | Top-10 ervaren lasten | Maatregelen | Wanneer klaar | Verwijzing Actieplan |
|----|--|---|---------------|----------------------|
| 1 | Indicatiestelling en zorgtoewijzing | Eenvoudiger en sneller indicatieproces | 2008 | § 2.4, en § 4.1 |
| 2 | Kaderregeling Administratieve Organisatie/Interne Controle | Eenvoudiger verantwoordingsproces | 2008 | § 5.1.4 |
| 3 | Vorbereiden nieuwe vormen van financiering | Opstellen veranderagenda, invoering redelijke invoeringstermijnen, specifieke aandacht voor vernieuwing van de bekostigingsstructuur AWBZ en betere communicatie | 2007 | § 3 |
| 4 | Subsidiëring uit het Europees Sociaal Fonds (ESF) | Eenvoudiger aanvraag | 2007 | § 5.5 |
| 5 | Invoering van nieuwe wet- en regelgeving | Invoering redelijke invoeringstermijnen en vaste verandermomenten | 2007 | § 3.2 |
| 6 | Verantwoording aan het zorgkantoor | Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) wordt het centrale verantwoordingsdocument. Afschaffen Early Warning systeem. Materiële controle alleen bij gaten in verantwoording. | 2008 | § 5.1.4 |
| 7 | Het grote aantal veranderingen | Meer aandacht voor veranderingmanagement door opstellen agenda, invoering van redelijke invoeringstermijnen en betere communicatie | 2007 | § 3 |
| 8 | AWBZ Zorgregistratiesysteem | Maatregelen al genomen | 2007 | § 5.3 |
| 9 | Enquêtes, monitors en onderzoeken | Invoering Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en invoering regie op informatie-uitvraag | 2008 | § 5.4 |
| 10 | Eigen bijdrage thuiszorg | Formats productieverantwoording CAK en zorgkantoren harmoniseren | 2008 | § 4.4 |

De onderwerpen 3, 5 en 7 in de tabel hebben betrekking op het thema veranderen en komen in deze paragraaf aan bod. Los van deze top-10 is een meer algemene conclusie uit het rapport dat meer dan de helft van de ondervonden lastendruk heeft te maken met veranderingen in de regels en de manier waarop die veranderingen worden doorgevoerd. De administratieve lasten door wijzigingen zijn dus groot. Ik trek hieruit de conclusie dat we niet alleen onderhoud moeten plegen aan het regelsysteem en de uitvoering van de AWBZ. Ook de manier waarop we veranderen moet beter. Om die reden ga ik daar in deze paragraaf apart op in.

Daaraan voorafgaand nog één opmerking. Ik vind het belangrijk dat we met de uitvoering van dit actieplan ook daadwerkelijk merkbare resultaten gaan boeken. Ik wil het onderzoek van vorig jaar daarom over ongeveer twee jaar herhalen. Mijn streven is dat de administratieve lasten, zoals zorgaanbieders en professionals die op dat moment ervaren, dan duidelijk zijn afgenomen. Ik streef daarbij naar een reductie met 25% ten opzichte van de index van beleefde lasten die in het PwC-rapport is opgenomen (stand 2006).

Een samenhangende veranderkalender voor de AWBZ

Een opvallende conclusie van het PwC-rapport is dat instellingen en professionals hoge administratieve lasten ervaren door veranderingen. Er zijn volgens de geïnterviewden te veel veranderingen in de AWBZ, zonder centrale regie en zonder voldoende samenhang. De nummers 3, 5 en 7 uit de top-10 hebben met dit thema te maken.

“Het belangrijkste probleem is dat de zorgsector met te veel tegelijk bezig is. Daardoor is er weinig tijd om met echt zinnige dingen bezig te zijn.”
Citaat van geïnterviewde in PwC-onderzoek

Medewerkers van instellingen (waaronder ook de professionals) moeten naar hun gevoel te veel tijd besteden aan verandering van regels, procedures en werkwijzen. Dan gaat het bijvoorbeeld om nieuwe regels voor de verantwoording van besteding van budgetten en voor de betaling van prestaties, maar bijvoorbeeld ook om nieuwe informatievragen over kwaliteit. De professionals hebben het gevoel dat deze tijd ten koste gaat van de aandacht voor de zorgverlening. Nu is veranderen nodig en onvermijdelijk. Maar bij de overheid vergeten we nog wel eens dat al die veranderingsprocessen allemaal samenkomen bij de instellingen en de professionals. We maken vaak ook te veel ‘beleidsdrukte’. Daarom wil ik de komende jaren meer rekening houden met het ‘opnamevermogen’ van de sector; de dosering en timing van veranderingen wil ik daarop afstemmen. Verder wil ik de samenhang tussen veranderingen goed en steeds opnieuw zichtbaar maken. Tenslotte is ook belangrijk dat we het op elkaar inwerken van veranderingen met elkaar goed ‘managen’. Een duidelijke veranderagenda is voor dit alles onmisbaar.

Daarom ben ik samen met de brancheorganisaties bezig een toekomstagenda 2007 - 2011 voor de AWBZ in brede zin op te stellen. Die toekomstagenda geeft een vertaling van de prioriteiten die ik in het begin van dit actieplan heb genoemd. Instrumenten die daarbij aan de orde komen zijn onder meer zorgzwaarte-bekostiging, integrale prestatiebekostiging inclusief kapitaallasten en meer cliëntgebonden financiering. Naast deze trajecten uitleggen en plannen wil ik vooral ook de samenhang tussen de trajecten duidelijk maken en bewaken. Daarbij kijk ik niet alleen naar de samenhang tussen AWBZ-trajecten, maar ook naar de samenhang tussen trajecten in de AWBZ, Wmo en Zorgverzekeringswet. Ook is aan de Sociaal Economische Raad om een advies gevraagd over de toekomst van de AWBZ. Dit advies zal te zijner tijd worden betrokken bij het opstellen van de toekomstagenda.

Op basis van deze toekomstagenda gaan we – ook in samenspraak met het veld – een veranderekalender maken, die we regelmatig herzien. Bij die herziening zijn uitvoerbaarheid (de belasting van het veld) en samenhang steeds belangrijke aandachtspunten.

Effecten

- In de zomer van 2007 stellen we een toekomstagenda voor de AWBZ op en communiceren we daarover met het veld, waardoor het 'spoorboekje voor de AWBZ' voor de komende jaren in grote lijnen duidelijk is.
- De veranderekalender, die op de toekomstagenda is gebaseerd, stellen we in het najaar van 2007 op en wordt periodiek geactualiseerd. Deze kalender geeft instellingen en professionals houvast bij de oriëntatie op en voorbereiding van veranderingen.
- We gaan vanuit VWS de samenhang tussen veranderingen beter managen.

Tijd voor invoering

Ervaringen van hoge administratieve lasten ontstaan volgens het onderzoek ook door de manier waarop we veranderingen invoeren (nummers 3 en 5 uit de top-10). Bij veranderingen introduceren mijn ministerie, NZa, CIZ of CVZ nieuwe regels - bijvoorbeeld over de manier van bekostigen. Vervolgens gaan zorgaanbieders zich voorbereiden op de daadwerkelijke invoering, met aanpassing van de bedrijfsvoering en registraties. Soms ondersteunt de overheid ze daarbij met hulpmiddelen, maar soms ook niet (als de inschatting is dat de verandering relatief eenvoudig is). Die manier van werken levert bij de instellingen allerlei irritaties op: ze ervaren onder meer dat de overheid te weinig oog heeft voor de effecten op de sector en te weinig rekening houdt met de doorlooptijd die de instelling nodig heeft. Ook vinden ze dat ze onvoldoende gelegenheid krijgen voor invoering en dat de planning vaak te krap is.



“Er is te weinig tijd voor invoering, er worden onvoldoende mensen uit het veld bij de voorbereiding betrokken.”

“Zoek invoeringsaspecten goed uit. Haal eerst de kinderziektes eruit en voer pas in als het systeem voor minimaal 98% goed is.”

“De overheid moet niet alleen laten meedenken, want dat gebeurt al. Maar dan moet zij ook willen luisteren, ook naar kleine dingen. Bagatelliseren is een slecht middel.”

“Een voorbeeld is het zogenaamde faseverschil. De overheid heeft iets ‘ingevoerd’, dat wil zeggen over de invoering gecommuniceerd. Het veld moet dan nog beginnen, terwijl de overheid intussen weer met iets nieuws komt.”

Citaten van geïnterviewden in het PwC-rapport

De wens bij mensen in de sector om bij het veranderen van regels de uitvoering en uitvoerbaarheid meer centraal te stellen, vind ik reëel. In de praktijk gebeurt het te vaak dat beleidsvorming en het maken en beslissen over regelgeving meer tijd kosten dan gepland en dat deze tijd afgaat van de beschikbare tijd voor de invoering.

Ik vind draagvlak voor nieuwe regels erg belangrijk. Daarmee kunnen de nieuwe regels immers sneller effectief zijn en ontstaan er minder problemen bij de invoering. Daarom wil ik bij verandering van bestaande regels en invoering van nieuwe regels vanaf nu een aantal algemene principes gaan aanhouden. Veranderingen binnen de AWBZ voer ik op 1 januari of 1 juli van een kalenderjaar door. 1 juli zal ik als invoeringsdatum alleen gebruiken voor regelgeving die niet gebonden is aan de jaarcyclus van instellingen. Deze twee vaste momenten van invoering geven instellingen de mogelijkheid om de onvermijdelijke administratieve lasten over het jaar te spreiden.

Voor een zorgvuldige invoering van veranderingen (en dan vooral de meer complexe) op deze twee vaste momenten zijn drie dingen nodig: politieke besluitvorming, het ontwerpen en testen van uitvoerbare regels en het organiseren van een goed werkend uitvoeringsproces. In de politieke besluitvorming stellen we (op hoofdlijnen) de inhoud van de regelgeving vast. Voor het maken van de uitvoeringsregels en een zorgvuldige invoering is ruwweg telkens een kwartaal nodig. Dat betekent dat de politieke besluitvorming een half jaar vóór het kalenderjaar klaar moet zijn. NZa, CVZ en soms de wetgever zelf (AmvB's, ministeriële regelingen) stellen vervolgens uiterlijk drie maanden later de (uitvoerings)regels vast en communiceren daarover. De zorginstellingen en zorgkantoren hebben dan een kwartaal de tijd om de invoering in hun eigen bedrijfsvoering zorgvuldig te regelen. Voorzover de nieuwe regels de cliënten raken, kunnen die via voorlichting tijdig geïnformeerd worden en kan men zich daarop instellen. In het geval van AmvB's moet ook nog rekening gehouden worden met voorhangprocedures bij het parlement. Binnen VWS zullen we in de planning van wijziging of toevoeging

van ingewikkelde regels rekening houden met dit principe. Het gevolg is dat als de beleidsvorming, de politieke besluitvorming of het ontwerpen en testen van regels vertraging oplopen, de ingangsdatum ook een half of een heel jaar opschuift. Als we de uitvoerbaarheid en effectiviteit van regels centraal stellen, is dat onvermijdelijk.

Het gaat hier om algemene uitgangspunten. Bij zeer ingrijpende veranderingen van stelselmatige aard (waaronder nieuwe wetten of omvangrijke wetswijzigingen) en het testen van nieuwe instrumenten en werkwijzen zal meer tijd nodig zijn dan een half jaar. Voor het afschaffen of aanpassen van een regel is juist weer niet altijd een voorbereidingstijd van drie maanden nodig. Sommige regelaanpassingen maken onderdeel uit van het jaarlijkse proces van voorbereiding, behandeling en vaststelling van de VWS-begroting, waarvoor ook andere termijnen gelden dan de hiervoor genoemde.

Effect

- **Zorginstellingen weten op tijd wat er gaat veranderen en kunnen zich dus beter voorbereiden. Daardoor zullen ze minder administratieve lasten ervaren.**

Betere communicatie over veranderingen

Uit het onderzoek blijkt dat de manier waarop we communiceren over veranderingen in regelgeving invloed heeft op de administratieve lasten die medewerkers van zorginstellingen ervaren. Natuurlijk willen de zorginstellingen zich op tijd kunnen voorbereiden op nieuwe regels, de achtergrond voor die regels snappen en ook de context en samenhang tussen nieuwe ontwikkelingen zien.

“We stellen voor dat het ministerie sneller en beter met het veld communiceert wanneer er veranderingen op stapel staan. Wat nu gebeurt is dat de zorgaanbieder gaat gokken op uitstel van initiatieven.”

Citaat van een geïnterviewde in het PwC-rapport



Ik stel vast dat de communicatie bij grotere verandertrajecten (Wmo, zorgzwaartebekostiging) over het algemeen goed is. Maar bij de veranderingen die minder in het oog springen is de communicatie vaak verbroken, komt hij van verschillende bronnen en is hij onvoldoende afgestemd. Daarom publiceert mijn ministerie inmiddels aan het eind van elk jaar een factsheet, waarin we de belangrijkste veranderingen in de AWBZ-sector voor het komende jaar toelichten. Om de noodzakelijke verbeteracties verder te verdiepen en te concretiseren hebben we vanuit VWS ook al met instellingen gepraat over het thema communicatie.

Op basis van de situatie zet ik onder andere de volgende acties op de rit:

- De huidige informatie op de VWS-website over de AWBZ vullen we in de loop van 2007 aan met meer concrete en actuele informatie over de verschillende verandertrajecten die lopen, die gericht is op instellingen en professionals. Uiteraard in samenhang met de eerder genoemde verandercalender. In de nieuwe informatie staat centraal wat we wanneer van instellingen verwachten, waarom de veranderingen plaatsvinden en wat de samenhang is met andere ontwikkelingen.
- Bij VWS zullen we, in overleg met de ZBO's in de AWBZ (CIZ, NZa, CAK, CVZ), uiterlijk begin 2008 zorgen voor een betere aansluiting tussen de informatie die verschillende instanties leveren, een consequente en logische onderlinge verwijzing naar informatie op de verschillende websites en het zonedig meer gezamenlijk communiceren over specifieke onderwerpen.

Effecten

- Instellingen zijn goed geïnformeerd over veranderingen in de zorg en kunnen zich hierop voorbereiden.
- Instellingen ervaren een eenduidige communicatie vanuit VWS en de zorg-ZBO's.



Meer ruimte voor professionals

Indiceren: meer vertrouwen op de professional

Het rapport 'Reduceren administratieve lasten: meer dan schrappen van regelgeving' meldt dat zorginstellingen de administratieve lasten rond de indicatiestelling en zorgtoewijzing in de AWBZ ervaren als de zwaarste lasten. Het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing is volgens de professionals in zorginstellingen te lang en erg omslachtig. Informatie uit indicaties van het CIZ sluit vaak onvoldoende aan bij de informatiebehoefte van de zorgaanbieder: die ervaart dat hij de indicatie moet overdoen.

“Inderdaad, wij doen de indicering opnieuw, maar dat doe je bij een verpleegen verzorgingshuis toch altijd? Het CIZ kan best volstaan met een wat minder volledig beeld. Veel belangrijker is de snelheid: wanneer eindelijk de stap genomen is naar het verzorgingshuis, moeten de formaliteiten niet langer dan twee weken hoeven duren.”

Een geïnterviewde in het PwC-onderzoek

Ook burgers klagen over de omslachtigheid van indicatieprocessen: te veel betrokkenen, te veel schijven, te weinig toegevoegde waarde van het CIZ.

Op 29 mei 2007 heb ik de Tweede Kamer een brief gestuurd over vereenvoudiging van de indicatiestelling. Daarin noem ik twaalf maatregelen die op de korte termijn een duidelijk eenvoudiger indicatiestelling in de AWBZ moeten opleveren. Daarnaast laat ik onderzoeken welke verdere stappen de indicatiestelling op de (middel)lange termijn verder kunnen vereenvoudigen.

Effect

- Indicaties worden de komende twee jaar geleidelijk aan sneller verleend en in steeds meer gevallen door de meest betrokken professional op basis van protocollering door het CIZ, waarbij het CIZ (steekproefgewijs) achteraf toetst. Waar mogelijk krijgen indicaties een langere geldigheid, waardoor minder vaak geïndiceerd hoeft te worden. Het proces van indicatieverlening verloopt over minder schijven, is voor alle partijen transparanter en wordt veel minder belast door administratieve wachttijden.

Omgaan met voedsel binnen zorginstellingen

Een administratieve last die zorgverleners vaak noemen betreft de regels in het kader van de hygiënecode voor het klaarmaken en serveren van maaltijden in zorginstellingen. Deze code is een vertaling voor zorginstellingen van (Europees bepaalde) algemene regels in de Warenwet en wordt in opdracht van de sector zelf door het Voedingscentrum beheerd. De klachten over deze regels betreffen veelal de toepassing van deze regels (met als overbodig ervaren verplichte registraties) bij decentrale maaltijdbereiding danwel in kleinschalige woonvormen.

“In een woning waar een aantal van onze cliënten woont, moeten wij de vleeswaren per stuk verpakt aanleveren en mogen we iets dat uit de koelkast is geweest, niet meer terugzetten.”

Citaat geïnterviewde in het PwC-rapport

Aan deze klachten is al het een en ander gedaan. Zo is er inmiddels een aparte, meer toegespitste hygiëncode voor kleinschalige woonvormen, waarin geen registratieverplichtingen zijn opgenomen, maar alleen (eenvoudige) gedragsvoorschriften.

“De voedingsassistent die bij mij op de afdeling werkt moet dagelijks handtekeningen zetten om daarmee aan te tonen dat zij het aanrechtblad heeft schoongemaakt, de broodtrommel heeft gereinigd en dergelijke. Zij komt soms niet toe aan hulp bij het eten omdat zij op grond van de hygiëncode vele formulieren moet bijhouden.”

Een citaat uit Zorgvisie van juli 2007

Ook is de eerder genoemde code voor zorginstellingen dit jaar door het Voedingscentrum geëvalueerd, mede naar aanleiding van de klachten over hoge administratieve lasten. Op grond daarvan is het Voedingscentrum nu doende de code aan te passen, waarbij de verplichte registratie voor dagelijkse schoonmaakactiviteiten komt te vervallen. Overigens was deze verplichting in 2001 mede op verzoek van het werkveld in de code gekomen, omdat men behoefte had aan een vorm van controle.

De hygiëncode voor voedingsverzorging in woonvormen geeft duidelijke antwoorden op veelgestelde vragen, zoals over beleg en zuivel. Het zijn begrijpelijke en eenvoudige gedragsregels voor het bereiden en serveren van maaltijden en het omgaan met (gekoelde) etenswaren bij broodmaaltijden. Als binnen een instelling de teugels rond voedselverzorging moeten worden aangehaald (bijvoorbeeld naar aanleiding van opmerkingen van een inspectie) dan is het ook zaak om regels die tijdelijk worden ingesteld geen permanent karakter te geven. Ik hoop dat de instellingen minder lasten zullen ervaren door de informatie die het Voedingscentrum actief aan ze geeft en door het vervallen van de registratieverplichtingen.

Effect

- De registratielasten bij het omgaan met voedsel binnen instellingen zijn afgenomen en zullen nog verder afnemen. Door betere voorlichting hoeven de gedragsregels geen problemen meer op te leveren.



Registratiedruk voor verzorgenden

Het beeld bestaat dat verzorgenden in intramurale instellingen te veel administratie moeten doen en te weinig tijd overhouden om te doen waar ze goed in zijn en wat de cliënt verwacht, namelijk zorgen. Een precies beeld van wat in zorgteams dan aan administratie en registratie gebeurt, was er niet. Het onderzoek van PwC was primair gericht op administratieve lasten die van buiten op de instelling afkomen en dus niet op de professional en de interne bureaucratie van een instelling. Daarom heeft mijn ministerie in het voorjaar van 2007 – in samenspraak met onder andere ActiZ en Sting – aan onderzoeksbureau Ecorys opgedragen, in navolging van eerder onderzoek bij medisch-specialisten, een onderzoek te doen naar registratieverplichtingen op de werkvloer in de sector verpleging en verzorging. Het onderzoek had de vorm van een ‘quick scan’ bij negen zorginstellingen.

Er is in de quick scan gekeken naar registratieverplichtingen van teamleiders, verzorgenden, verpleeghuisartsen en eerst verantwoordelijk verzorgenden ofwel EVV'ers. Er zijn gesprekken gevoerd met 40 professionals. Het rapport naar aanleiding van dit onderzoek ('Zorgen' achter het bureau of zorg aan het bed?) is te vinden op de website van VWS: www.minvws.nl, actueel, publicaties. Het algemene beeld dat naar voren komt vanuit de quick scan is dat professionals te maken hebben met veel verschillende registratieverplichtingen die elk op zich niet veel tijd kosten. Echter, door het grote aantal verplichtingen nemen de registratieactiviteiten wel veel tijd in beslag. Professionals in de zorg zien wel heel duidelijk het nut en de noodzaak van de registratieverplichtingen. De meeste tijd gaat zitten in alle registraties die samenhangen met het bewonersdossier (formulieren intake, zorgplan & verpleegplan, dagrapportages en rapportages per doel/discipline). Daarmee samenhangende registraties betreffen de meldingen van incidenten, de herindicaties en kwaliteitswet zorginstellingen. Daarnaast zijn er verschillende eenmalige of periodiek terugkerende registratieverplichtingen die veel tijd hebben gekost en tot irritatie hebben geleid omdat die niet direct bijdragen aan het zorgproces; voorbeelden daarvan zijn het scoren van zorgzwaartes en de HKZ-certificering.

“Certificering van een organisatie betekent voor verzorgenden nog meer papierwerk, nog meer werkdruk en nog minder handen aan het bed.”
 Verzorgende van Carint

De belangrijkste registratieverplichtingen dragen bij aan het primaire proces. Registratieverplichtingen die niet direct (maar indirect) bijdragen aan het primaire proces kunnen wel leiden tot irritatie. Dagrapportages leiden tot veel irritatie. Toch is de conclusie dat professionals er het nut wel van inzien. Maar er zijn wel degelijk mogelijkheden om tijd te besparen. Met name verzorgenden ervaren te weinig tijd om hun registratieverplichting, de dagrapportage, goed te vervullen. Dit levert vermindering van plezier in het werk op.

“Het zou een idee kunnen zijn, dat verzorgenden met PDA's gaan werken. Hierdoor kost het minder tijd om te voldoen aan registratie-activiteiten”

“Wanneer er meer tijd zou worden besteed aan het goed invullen van de dagrapportage, dan leidt dat tot een grote tijdsbesparing in de andere activiteiten. Per saldo zou dit dan ook leiden tot een lagere werkdruk.”

Geïnterviewden in het Ecorys-rapport

Ecorys schetst een aantal oplossingen die kunnen leiden tot tijdsbesparing en de ervaren last van registratie: betere organisatie van het invullen van dagrapportages, meer ICT-toepassing (Electronisch Cliëntendossier), functiedifferentiatie en verminderen van de werkdruk (meer personeel), zodat er meer tijd is voor de dagrapportages. Aanbevelingen in het rapport: goede voorbeelden rondom het verminderen van registratielast elders toepassen, meer inzet van ICT, meer tijd vrijmaken voor verzorgenden en werken aan oplossingen in samenspraak met professionals. Conclusie is echter ook dat er grote verschillen zijn tussen zorginstellingen, hoe het werk is ingericht en op welke wijze wat wordt geregistreerd. Lokale oplossingen, verspreiden van goede voorbeelden en het stimuleren van zorginstellingen om zelf hun processen kritisch te beschouwen, zijn de meest voor de hand liggende opties.

Kijkend naar de uitkomsten van deze quick scan kom ik tot de volgende conclusies. Het beeld dat verzorgenden, door te veel en vaak overbodige registratieverplichtingen, veel te weinig tijd overhouden voor patiëntenzorg, moet op basis van dit onderzoek sterk worden genuanceerd. De meeste registraties op de werkvloer zijn onlosmakelijk verbonden met het primaire zorgproces. Dat neemt niet weg dat op veel plekken hoge registratiedruk wordt ervaren, zeker als ook de algemene werkdruk hoog is en van sommige verplichtingen het nut niet wordt ervaren of onvoldoende sprake is van feed-back over wat er mee gebeurt. Ik vind het daarom belangrijk dat de sector met dit onderwerp aan de slag gaat, omdat er wel degelijk verbetermogelijkheden zijn: kritisch, reflecterend kijken naar eigen werkprocessen, professionals meer betrekken bij de inrichting van registratieprocessen, leren van goede voorbeelden van anderen, inzet van ICT etc. Ik wil de vliegende brigade die later dit jaar van start gaat om de aanpak van de onnodige bureaucratie in de zorg te ondersteunen, vragen hier ook een rol in te gaan spelen.

Maar er zijn ook zaken waar we nu al vanuit VWS een bijdrage aan kunnen leveren.

De aanpak van de regel- en registratiedruk die van buitenaf op de zorginstelling afkomt, zoals ik elders in dit actieplan schets, zal enigermate kunnen bijdragen aan het verminderen van de registratiedruk voor verzorgenden op de werkvloer. Ik denk daarbij aan de verandering van het (her)indicatieproces en de ontwikkeling van eenduidige sets van prestatie-indicatoren per sector, waardoor ook de behoefte aan separate registraties ten behoeve van certificering kan afnemen.

Tegelijkertijd realiseer ik me dat de toenemende behoefte aan transparantie over kwaliteit en het steeds meer en professioneler gebruik maken van het instrument zorgplan (straks wettelijk verankerd en voorzien van waarborgen voor betrokkenheid van de cliënt) ook voor oplopende registratiedruk kan leiden. Bij die wettelijke verankering van het zorgplan wil ik het aantal informatieverplichtingen overigens tot het minimum beperken.

Als het gaat om het thema werkdruk en het daardoor ook onder spanning komen te staan van het vastleggen van onder meer de dagrapportages, verwacht ik positieve effecten van de toepassing van de zorgzwaartebekostiging (meer budget bij hoge zorgzwaarte, minder budget bij lage zorgzwaarte) en van de extra personele middelen die dit kabinet beschikbaar stelt voor zorghuizen. Bij het instrument zorgzwaartebekostiging wil ik nog nadrukkelijk aangeven dat het niet de bedoeling is dat dit tot urenregistratie (inputmeting) binnen instellingen gaat leiden, maar dat het om de uitkomsten van het zorgproces gaat: omvang en samenstelling van de zorg moeten passen bij de zorgzwaarte.

Een belangrijk instrument om de zorg rondom cliënten blijvend goed te organiseren is een zorgdossier. Tot nu toe zijn hiervan vooral veel papieren versies ontworpen. Sinds 2005 werkt de brancheorganisatie ActiZ samen met partners zoals Advisaris aan een elektronisch cliënten dossier (ECD), met ondersteuning van mijn ministerie. Met het dossier wil de sector de kwaliteit van zorg voor cliënten beter waarborgen en garanderen; daarnaast heeft het nog een aantal andere doelen. De overgang van papieren dossiers naar een Elektronisch Cliënten Dossier blijkt geen gemakkelijke opgave te zijn. Dit komt vooral doordat zorgorganisaties vaak te weinig kennis over automatisering hebben; daardoor voelen de medewerkers zich overgeleverd aan softwareleveranciers. Het traject dat ActiZ en samenwerkingspartner Advisaris hebben opgezet heeft een helder en eenduidig programma van eisen opgeleverd. Zo is de 'marktmacht' van de sector gemobiliseerd en zijn achttien softwareleveranciers een vraaggericht softwarepakket gaan ontwikkelen.

Het ECD geeft zorgaanbieders ook de mogelijkheid om informatie te combineren tot managementinformatie, informatie voor het jaardocument maatschappelijke verantwoording of kwaliteitsinformatie voor de indicatoren verantwoorde zorg. Daardoor is informatie die eenmaal is ingevoerd te gebruiken voor meerdere doelen en bovendien altijd op dezelfde manier geformuleerd. De sector verpleging en verzorging begint als eerste met het ECD; de gehandicaptenzorg sluit zich later aan om hun eigen plan van eisen te formuleren, op basis van het plan van eisen V&V. De verdere invoering van het ECD zal plaatsvinden met innovatiemiddelen. Een grote groep zorginstellingen begint nu al met de eerste fase van gegevensinvoer.

Effect

- Zorgverleners op de werkvloer krijgen de komende jaren meer tijd voor zorgverlening. Ze worden zo min mogelijk belast met administratieve verplichtingen en hun werkplezier neemt duidelijk toe.

Eigen bijdrage thuiszorg

Uit het onderzoek komt naar voren dat de zorgaanbieders de uitvoering van de eigen bijdrageregeling (nummer 10 van de top-10) te ingewikkeld vinden: er zijn te veel gegevens voor nodig en er spelen vele partijen een rol (aanbieder, zorgkantoor, CAK). De zorgaanbieders vinden de eigen bijdrage voor thuiszorg het meest belastend, omdat ze daarvoor de hoeveelheid geleverde zorg moeten registreren. Als de geleverde zorgtijd niet goed is vastgesteld, roept dat veel klachten en bezwaren van cliënten op.

“Het gedrag van de cliënt verandert. Cliënten maken steeds vaker bezwaar, omdat ze het niet eens zijn met de basis voor de eigen bijdrageheffing: de hoeveelheid geleverde uren. Vaak betalen wij meteen terug, want dat is eenvoudiger en goedkoper dan alles te gaan uitzoeken!”

Geïnterviewde in het PwC- onderzoek

Per 1 januari 2007 is de huishoudelijke verzorging overgegaan naar de Wmo. Gemeenten bepalen de eigen bijdrage daarvoor. De vaststelling en inning van die bijdragen is een taak van het CAK gebleven en in de Wmo is vastgelegd hoe gemeenten de eigen bijdragen moeten bepalen. Daardoor zijn nieuwe uitvoeringsproblemen in ieder geval voorkomen.

Ik kan de eigen bijdrage voor thuiszorg niet vereenvoudigen, omdat ik erg hecht aan betaling in verhouding tot de geleverde zorg en het inkomen. De eigen bijdragen zijn onmisbaar voor de (mede)financiering van de AWBZ. Ik wil wél beter gaan communiceren over het belang en de reden van de eigen bijdrage. Verder verwacht ik dat gegevens over de daadwerkelijk geleverde zorg, die zorgaanbieders moeten leveren aan het CAK, steeds meer kunnen samenvallen met gegevens die ook nodig zijn voor de productieverantwoording en de interne sturing van de instelling. Ik wil de komende maanden samen met CAK en Nza onderzoeken of we de verschillende ‘formats’, die er nu nog zijn voor verantwoording aan CAK en zorgkantoor, op één leest kunnen schoeien. Verder laat ik kijken of het mogelijk is om de eigen bijdrage sneller in rekening te brengen – iets dat ook uit het onderzoek naar voren komt.

Effect

- In de loop van 2008 en 2009 zullen zorginstellingen ondervinden dat zij minder administratieve handelingen hoeven te verrichten voor het doorgeven van de hoeveelheid geleverde zorg per cliënt, omdat deze gegevens aansluiten op eigen bedrijfsgegevens en gegevens ten behoeve van de productieverantwoording. Daardoor kan de eigen bijdrage ook sneller in rekening worden gebracht, hetgeen meer duidelijkheid oplevert voor de cliënt.

Meer ruimte voor zorginstellingen

Minder bureaucratie in het samenspel tussen instellingen en zorgkantoren

Het PwC-onderzoek laat zien dat zorgaanbieders veel knelpunten ervaren in het hele proces van contracteren tot en met verantwoorden van zorg. In dat proces vormen een of meer zorgkantoren de ‘tegenspeler’ voor een aanbieder, en stelt de NZa via beleidsregels de voorwaarden. De administratieve belasting laat zich vooral gelden bij de zorgcontractering (net buiten de top-10), de NZa-regeling voor administratieve organisatie en interne controle (nummer 2 uit de top-10) en de verantwoording aan het zorgkantoor (nummer 6 uit de top-10). Hieronder omschrijf ik kort de knelpunten en de maatregelen die ik zal nemen.

Het aanbesteden van zorg

Volgens het rapport ‘Reduceren administratieve lasten: meer dan schrappen van regelgeving’ geven de aanbestedingsprocedures, die sommige zorgkantoren uitschrijven voor zorgaanbieders, hoge administratieve lasten: de aanbieders moeten veel gegevens opleveren, ook gegevens die niets te maken hebben met de aanbesteding. De verhouding tussen inspanning en omvang van het contract is soms zoek.

“Wij moesten voor onze thuiszorg van € 20.000 een bidboek invullen van meer dan 100 kantjes.”

Een geïnterviewde in het PwC-onderzoek

Deze problemen zijn gedeeltelijk te wijten aan Europese regels. Gezondheidszorg valt daarin onder de zogenaamde B-diensten, en is daarmee ‘licht aanbestedingsplichtig’. Binnen deze regels kan elk zorgkantoor (concessiehouder) zijn aanbestedingsbeleid zelfstandig vormgeven. Om de inkoop van zorg te stroomlijnen hebben de zorgkantoren wel een gezamenlijk referentiekader voor 2007 opgesteld. Dat heeft duidelijk geholpen, maar toch ontstonden er grote verschillen tussen zorgkantoren. Zorgverzekeraars Nederland evalueert het contracteer- en inkoopbeleid 2007 op dit moment.

Aanbieders vinden dat er te veel onduidelijkheid bestaat over de spelregels die zorgkantoren hanteren. Ook vinden ze dat er te veel verschillen zijn tussen zorgkantoren. Zorgaanbieders moeten veel gegevens opleveren, die niet in verhouding zouden staan tot de omvang van de zorg die ze leveren. De aanbestedingsprocedures zorgen voor een zorgvuldig traject, maar laten de administratieve lasten van het inkoopproces bij zowel zorginstelling als zorgkantoor fors stijgen ten opzichte van het oude inkoopproces.

Ik wil samen met NZa en het veld (branches van aanbieders, zorgkantoren) verkennen of we het inkoopproces voor zorg eenvoudiger kunnen maken, op basis van een aantal uniforme spelregels.

Effect

- Zorginstellingen en zorgkantoren onderhandelen over de AWBZ-zorg via een eenduidige en eenvoudiger procedure en idem regels. De eerste resultaten zijn zichtbaar vóór het inkoopproces van 2008.

5.1.2

Zorginkoop vóór en niet tijdens de contractperiode

De timing van het contracteerproces tussen aanbieders en zorgkantoren geeft veel irritatie bij zorginstellingen, stellen de onderzoekers in het rapport. Op basis van de begroting van mijn ministerie stelt de NZa beleidsregels op en bepaalt zij de contracteerruimte voor de zorgkantoren. Deze regels en ruimte zijn pas medio december duidelijk, en soms nog later. Op basis daarvan moet de zorgaanbieder een voorstel indienen voor de levering van zorg. Pas in maart beslist het zorgkantoor (en vervolgens de NZa) daarover. Een zorgaanbieder loopt dus drie maanden lang risico, voordat er een contract ligt.

“Uitermate storend zijn de wijzigingen die op het laatste moment, tussen kerst en oud en nieuw, nog binnenkomen. Soms draait de Nza deze regelingen in de loop van het jaar weer terug. Gevolg: onderproductie en het geld blijft op de plank liggen.”

Een geïnterviewde in het PwC-onderzoek

Een probleem dat hier meespeelt is dat de begrotingscyclus van de overheid niet goed aansluit op de cyclus van productieafspraken en verantwoording van zorgaanbieders. Zorgaanbieders en overheid lijken gevangen te zitten in een vicieuze cirkel. Om productieafspraken te kunnen maken, hebben zorginstellingen informatie nodig over de contracteerruimte. Maar om de contracteerruimte te kunnen bepalen, heeft de overheid informatie van zorginstellingen nodig over het afgelopen jaar. Omdat deze informatie over het vorige jaar (te) laat binnenkomt, is ook de informatie voor het komende jaar te laat beschikbaar. Daardoor stelt de overheid de definitieve budgetten pas in het lopende kalenderjaar (april) vast. Deze vicieuze cirkel wil ik doorbreken. Ik wil zo snel mogelijk in de zomer via een rondzendbrief helderheid geven over de voorlopige contracteerruimte voor het volgende kalenderjaar. Dit moeten we nader uitwerken met alle betrokken partijen, zoals de NZa; verder is het alleen mogelijk als we ook de informatie van zorginstellingen op tijd binnen hebben. Het besluit over de contracteerruimte voor het volgende jaar valt voor Prinsjesdag en wordt vertaald in een najaarscirculaire, die direct na Prinsjesdag verschijnt, en waarin alleen nog een voorbehoud staat vanwege de behandeling en vaststelling van de begroting van mijn ministerie door de Tweede Kamer.

Hierdoor krijgt de NZa de gelegenheid om de beleidsregels over de contracteerruimte op tijd voor het komende jaar vast te stellen. Het contracteerproces loopt dan in het laatste kwartaal dat voorafgaat aan het contractjaar. De zorginstellingen kunnen de extra ruimte, die ze dan krijgen in het eerste kwartaal, gebruiken om de informatie over het jaar daarvoor op tijd aan te leveren.

Effect

- Zorginstellingen en zorgkantoren weten vóór 1 januari van het nieuwe jaar waar zij aan toe zijn, hoeven begrotingen niet meer bij te stellen en hebben minder 'drukte' in de eerste maanden van jaar.

5.1.3

Afrekenen van het budget vereenvoudigen

Het zorgkantoor vertaalt de gemaakte productieafspraken naar een budget van een instelling. De instelling krijgt dit budget uitgekeerd als voorschot. Afrekening van het budget gebeurt op twee momenten: vóór 1 maart na afloop van het jaar door het zorgkantoor (de nacalculatie op de geleverde productie) en vóór 1 oktober door de NZa (definitieve nacalculatie). Er is dus op verschillende momenten 'drukte' over het budget. Bij de NZa praat men al over de afschaffing van de definitieve nacalculatie.

Vanaf 2009 nemen we de nacalculatie op de geleverde productie (vroeger de voorlopige nacalculatie) op in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). De publicatie van het JMV vervroegen we in 2009 naar 1 maart.

Op langere termijn kan nacalculatie helemaal verdwijnen, als we de zorg gaan betalen op basis van geleverde zorg. Voorwaarde hierbij is de vervroeging van het contracteerproces. Daarnaast kunnen we de definitieve nacalculatie afschaffen.

Effecten

- Zorginstellingen en zorgkantoren hoeven geen definitieve nacalculatie meer in te vullen. Deze papierstroom verdwijnt.
- Het opnemen van nacalculatie in de gerealiseerde productie in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) betekent een vermindering van de papierstroom.

Verantwoording en controle

Het onderzoek laat zien dat zorgaanbieders hoge lasten ervaren door het hele proces van verantwoording en controle. Zorgaanbieders ervaren in de praktijk geen of onvoldoende samenhang in dat proces.

'Door die behoefte aan controle neemt het aantal regels enorm toe. Daarnaast veranderen ze zo vaak en zo snel dat het onduidelijk wordt wat wel moet en wat niet meer. Zo loop je als medewerker steeds achter de feiten aan.'

Citaat uit conferentie "Genoeg is genoeg"

Ik stel vast dat er in de loop van de jaren verschillende controle- en verantwoordingsinstrumenten op elkaar zijn gestapeld: het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (Regeling verslaggeving WTZi), de Wet Openbaarmaking uit Publieke middelen gefinancierde Topinkomens (WOPT), de kaderregeling voor administratieve organisatie en interne controle (AO-IC), AZR, standaard materiële controles door zorgkantoren, het Early Warning Systeem (EWS), eisen van zorgkantoren aan certificering, administratieve handelingen rond incidentele

zorgverlening, enzovoort, enzovoort. Verder geven de verschillende controles op kwaliteit door zorgkantoren, naast die van de IGZ, veel irritatie en administratieve lasten. Naast de set prestatie-indicatoren bestaat er op dit moment een woud aan kwaliteitskeurmerken - en géén van die keurmerken geeft de garantie dat de kwaliteit van de zorg op peil is. Ik wil dat de kwaliteitscontrole is gebaseerd op uitkomsten en niet op welke manier processen zijn georganiseerd (zie § 5.1.5).

Daar komt nog bij dat er op dit moment vier verschillende accountantsverklaringen worden opgesteld: bij de Jaarrekening, bij de nacalculatie, bij de geleverde productie én een voor het Centraal Administratie Kantoor Bijzonder Zorgkosten (CAK-BZ). Dat vind ik een doorgeschoten controlecultuur, waarin wantrouwen leidend is en uitsluiting van risico's voorop staat.

Ik wil deze lappendeken van controle en verantwoording snel terugbrengen tot een geheel dat hanteerbaar is voor instellingen en zorgkantoren. Het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, met een bijbehorende accountants- en bestuursverklaring, moet andere controlemechanismen overbodig gaan maken. Op basis van risicoanalyse wordt bepaald welke controles worden uitgevoerd. Let wel: Zorgkantoren kunnen best materiële controles blijven uitvoeren. De bedoeling is dat de standaard controles niet meer nodig zijn en dat kantoren alleen een materiële controle uitvoeren als het jaardocument onvoldoende zekerheid geeft.

Effecten

Door het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording vast te stellen als centraal verantwoordingsdocument, vervallen alle andere verantwoordingsstromen en wordt het aantal accountantsverklaringen teruggebracht van drie naar één per jaar. Voor instellingen heeft dat drie voordelen:

- **Betere aansluiting van de uitvraag op de bedrijfsvoering (planning & control) van de instellingen**
- **Eén moment van uitvraag per jaar in plaats van meerdere**
- **Lagere uitvoerings- en accountantskosten.**

Voor Zorgkantoren, NZa en VWS kan ik twee voordelen noemen:

- **De integrale verantwoording geeft een completer beeld van het functioneren van een instelling.**
- **De gegevens zijn beter van kwaliteit en sneller beschikbaar door de verantwoordingsdatum te vervroegen en de verantwoording te digitaliseren via DigiMV (het 'verantwoordingsportal' van het Jaardocument MV).**



Naar één set prestatie-indicatoren

In alle zorgsectoren is er behoefte aan service-informatie, inhoudelijke informatie op basis van zorginhoudelijke indicatoren en cliëntervaringen. Daarom werken partijen in diverse sectoren, verenigd in stuurgroepen, samen om de kwaliteitsinformatie over de zorg beschikbaar te maken. Het doel is om per sector één eenduidige en beknopte set van prestatie-indicatoren vast te stellen. In de afgelopen jaren hebben verschillende partijen al veel geïnvesteerd in het meten en registreren van kwaliteitsaspecten. Maar de aanpak was over het algemeen verbrokkeld, de resultaten waren niet openbaar of vergelijkbaar en de kwaliteit van de prestaties van de zorgsector was onduidelijk. AWBZ-instellingen klaagden dat ze voortdurend telkens wisselende vragenlijsten moesten invullen van verschillende partijen, zoals IGZ of zorgkantoren. We moeten de vele lopende initiatieven dus stroomlijnen, willen we voorkomen dat zorginstellingen steeds hogere administratieve lasten te verstouwen krijgen. Daarom hebben veldpartijen en overheid besloten om de kwaliteitsmeting nu gelijktijdig en integraal aan te pakken. Daarbij maken de partijen maximaal gebruik van de vele activiteiten die lopen en resultaten die al zijn bereikt, ook internationaal. In de hele zorg, en dus ook in de AWBZ, brengen we per sector alle betrokken partijen (patiënten, zorginstellingen, en zorgkantoren) bij elkaar om het eens te worden over de prestatie-indicatoren. In de AWBZ deelsector verpleging en verzorging heeft dit een samenhangende set kwaliteitsindicatoren opgeleverd (normen verantwoorde zorg). Vanaf 2008 passen we die normen integraal toe. In de gehandicaptensector en de GGZ-sector zijn vergelijkbare initiatieven van start gegaan.

Ik hecht eraan dat de prestatie-indicatoren centraal komen te staan bij het beoordelen van kwaliteit van de geleverde zorg door de verschillende partijen.

Ik zie weinig toegevoegde waarde in aanvullende en voor de instellingen vaak belastende keurmerken en certificering.

Naar een nieuwe manier van bekostigen

Op dit moment moderniseren we de bekostiging van de intramurale AWBZ.

De modernisering moet onder andere de bureaucratische lasten wegnemen die op verschillende plekken in het rapport zijn genoemd, zoals het ontbreken van één taal en één begrippenkader in de zorgketen. Het gaat dan om de invoering van 'zorgzwaartebekostiging' voor de zorg binnen de instellingen en afschaffing van het bouwregime.

Zorgzwaartebekostiging

Voor de AWBZ-zorg binnen de instellingen voeren we zorgzwaartebekostiging in. In 2007 treffen we de voorbereidingen. In 2008 maakt de AWBZ de overstap naar zorgzwaartebekostiging. Het uitgangspunt is dat de invoering per sector geen gevolgen heeft voor de budgetten.

Met zorgzwaartebekostiging streven we naar drie dingen:

- Prestatiebekostiging naar zorgzwaarte van de cliënt.
- Eén taal in de hele zorgketen: voor de indicatiestelling, bekostiging en verantwoording gebruiken we zorgzwaartepakketten. Zo neemt de transparantie toe en ontstaan er meerdere mogelijkheden voor vereenvoudiging van werkprocessen.
- Ruimte voor de zorgverlener en de cliënt bij de invulling van de dagelijkse zorg.

Zorgzwaartebekostiging levert uiteindelijk een bijdrage aan de versimpeling van de uitvoering in de AWBZ. Ik noem de punten die daaraan bijdragen:

- Eenheid van taal: door zorgzwaartebekostiging komt er in de hele keten één taal: zorgzwaartepakketten (zzp's). Dat gebeurt bij de indicatiestelling, de zorginkoop, de bekostiging, de registratie en de verantwoording.
- Eenvoudig systeem voor een grote groep cliënten: in totaal zijn er 45 zzp's voor 260.000 mensen die afhankelijk zijn van langdurige zorg in een zorginstelling.
- Eenvoudige uitvoering: om verantwoording af te leggen hoeft de zorgaanbieder alleen aan te geven hoeveel dagen hij een cliënt heeft verzorgd en in welk zorgzwaartepakket deze cliënt verzorging heeft gehad. Een urenregistratie is dus niet nodig: geen afzonderlijke registratie van uren en functies. Voor een gemiddeld verzorgingshuis betekent dit dat men drie à vier zzp's 'levert' en registreert. Wel moet de zorgaanbieder de indicatie van de cliënt vertalen in een passend zorgplan. Dit moet hij doen in samenspraak met de cliënten en hij moet het regelmatig evalueren.

Effect

- Een sterke vereenvoudiging van de uitvoering van de langdurige intramurale AWBZ zorg voor zorginstellingen, zorgkantoren en cliënten door eenheid van taal, eenvoud van het systeem en voor de cliënt verantwoording en verbeterd overzicht.

5.2.2

Bouwregime en integrale tarieven

Ik wil de kwaliteit van de zorg versterken door het ondernemerschap van zorginstellingen te vergroten en ze meer vrijheid te geven om tegemoet te komen aan de wensen van hun cliënten. Dat kan onder andere door integrale prestatiebekostiging in te voeren en het bouwregime af te schaffen. Hierdoor kunnen instellingen hun investeringen in gebouwen en inventaris beter afstemmen op de behoeften van hun cliënten. De instellingen krijgen de volledige verantwoordelijkheid om deze investeringen terug te verdienen; kapitaallasten worden integraal onderdeel van het tarief dat ze in rekening kunnen brengen voor geleverde zorg. Op 1 januari 2009 komt er integrale prestatiebekostiging voor intramurale AWBZ-instellingen en vervalt het bouwregime voor deze instellingen.

Afschaffing van het bouwregime betekent dat een groot deel van de administratieve lasten, waarmee instellingen nu te maken hebben bij bouw, wegvalt. Het gaat dan vooral om het regelen van een toelating met bouw op basis van de

Wet toelating zorginstellingen (WTZi), en om de procedures die de instelling moet doorlopen om een volledige nacalculatie van de kapitaallasten in het budget (WMG) te kunnen krijgen. Afschaffing van het bouwregime door invoering van integrale prestatiebekostiging leidt uiteindelijk ook tot lagere uitvoeringslasten. Het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) en het College Sanering Zorginstellingen (CSZ) blijven niet langer bestaan als afzonderlijke ZBO's.

Op 10 juli hebben de minister en ik de brief 'Met zorg ondernemen' naar de Tweede Kamer gestuurd. In die brief gaan we uitgebreid op dit onderwerp in.

Effecten

- Vanaf 2009 geen administratieve lasten bij de bouw en de verbouw.
- Door invoering van de integrale prestatiebekostiging nemen ook de uitvoeringslasten af.



AWBZ Zorgregistratiesysteem

De AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) bestaat uit afspraken (standaarden) over de gehanteerde taal en de manier van gegevensuitwisseling in de keten van de AWBZ. Doel is dat de registratiesystemen van de 66 CIZ-kantoren, de 32 zorgkantoren en de 3.000 zorgaanbieders met elkaar kunnen communiceren. De kantoren en instellingen voeren de AZR gefaseerd in. Dat betekent dat ze periodiek nieuwe versies (releases) invoeren. Aanvankelijk is de AZR ontworpen voor de registratie van wachtlijstgegevens. Inmiddels voegt de beheerder, het CVZ, er functies aan toe: indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorglevering, eigen bijdrageheffing en bekostigingsgegevens. Volgens het rapport zijn de belangrijkste irritaties over de AZR (nummer 8 in de top-10): aansluitingsproblemen tussen de diverse software-systemen, instabiliteit, plannings die uitlopen, versies die elkaar te snel opvolgen, onvoldoende regie en slechte communicatie door zorgkantoren.

"De organisatie is niet tevreden over het beheer van het softwaresysteem. Dit systeem ligt er regelmatig uit. Het zorgkantoor informeert de aanbieder niet hoeveel tijd het oplossen gaat kosten. En bij normaal onderhoud krijgt de organisatie niet vooraf bericht. Wanneer de instellingen echt met AZR gaan werken, verwachten wij fikse problemen."

Een geïnterviewde in het PWC-rapport

Inmiddels is er naar aanleiding van de kritiek vanuit het veld het nodige gebeurd. Mijn ministerie en het CVZ hebben de invoering van de laatste versie (2.1) strak geregisseerd. Het CVZ heeft de specificaties intensief met alle ketenpartners besproken en een grondige ketentest uitgevoerd. Versie 2.1 is dan wel een half jaar later in gebruik genomen dan oorspronkelijk gepland, maar dankzij de intensieve voorbereiding waren er geen noemenswaardige problemen met de invoering. Op dit moment gebruiken alle 3.000 ketenpartners AZR 2.1. Natuurlijk hebben zorgaanbieders behoefte aan samenhang bij het verder ontwikkelen van de AZR. Onlangs heeft mijn ministerie een kwaliteitsplan AZR

ontwikkeld, dat brede steun heeft gekregen van alle ketenpartners. Er is ook overeenstemming over de inhoud van de volgende versie, nummer 3. Het CVZ zorgt voor de planmatige invoering hiervan in 2008. In deze versie wordt de AZR de gegevensdrager voor de intramurale bekostiging (zorgzwaartepakketten).

De AZR geeft alleen aan welke informatie nodig is voor het functioneren van de keten (indiceren, toewijzen en leveren van zorg). Daarvoor is een minimale gegevensset afgesproken, die voldoet aan de specificaties van de AZR.

Ik vind het belangrijk om aan te geven dat de AZR een deel van de huidige papieren formulierenstroom gaat vervangen. Dan gaat het om de zogeheten BZ-formulieren, waarin we onder meer vastleggen wanneer cliënten de zorg binnenkomen en weer verlaten. In sommige regio's is dit al gebeurd. In de loop van 2007 moet in alle regio's het aantal BZ-formulieren omlaag. Dat zorgt voor een vermindering van de administratieve lasten.

Het CVZ zorgt voor de landelijke communicatie over de AZR (handboek en website). In de regio is het zorgkantoor de aangewezen partij om met zorgaanbieders te communiceren over de meer praktijkgerichte onderwerpen. De ervaringen met versie 2.1 laten zien dat er ook op dit punt verbeteringen zijn.

Effect

- De in het rapport gesignaleerde aanloopproblemen met het AZR zijn inmiddels grotendeels verholpen, waardoor het gebruiksgemak voor instellingen toeneemt.
- Door steeds betere benutting van het AZR neemt de papierwinkel (de uitwisseling van BZ-formulieren tussen instellingen en zorgkantoren) in de AWBZ dit jaar af.

Enquêtes, monitors en onderzoeken

Dit is nummer 9 uit de top-10. Alle enquêtes, monitors en onderzoeken leveren verschillende irritatiefactoren op. De omvang van veel onderzoeken speelt een rol. Maar ook het vragen naar de bekende weg, de gebrekkige aansluiting op de bedrijfsprocessen en het gebrek aan samenhang irriteren.

De afgelopen jaren hebben de partijen bij het convenant van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording laten zien dat onderzoeken ook efficiënt kan. Een groot aantal formulieren van verschillende gegevensvragers is gebundeld; daardoor zit er geen overlap meer in en is de aanlevering van gegevens eenvoudiger. Bij de samenstelling van het jaardocument kijken de opstellers naar het nut van de gevraagde informatie en maken zij ook duidelijk welke partijen de informatie opvragen en gebruiken.

Het Jaardocument staat model bij de aanpak van de overlast door informatie-vragen. Ik werk samen met de ZBO's aan beter hergebruik van beschikbare informatie en ook hier aan een betere aansluiting van de informatievragen op de bedrijfsprocessen van de zorginstellingen. Ik streef ernaar om ook hier ruim vóór de start van een kalenderjaar duidelijk te maken naar welke informatie we gaan

vragen. Ik kijk erg kritisch naar eventuele aanvullende informatievragen. Mijn houding is 'nee, tenzij', zoals mijn voorgangster al schreef in haar brief van 10 maart 2006. Door het project 'Samenhang beleidsinformatie' van mijn ministerie neemt het aantal enquêtes, monitors en onderzoeken de komende jaren sowieso af. Bij het verzamelen van gegevens staan drie kernvragen centraal: hoe staat het met de gezondheid van de Nederlandse burger, waar liggen voor Nederland de grootste gezondheidsrisico's en hoe presteert de gezondheidszorg? Ik laat me daarbij steeds meer leiden door de uitkomsten van de vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) en de tweejaarlijkse Zorgbalans.

In mei van dit jaar heb ik op internet een wegwijzer gelanceerd naar alle verschillende registraties in de zorg. De site www.zorggegevens.nl moet voorkomen dat onderzoekers, registratiehouders, informatiespecialisten en beleidsmakers naar de bekende weg vragen, door te laten zien welke gegevens de zorginstellingen al beschikbaar hebben gemaakt.

Effect

- Vanaf 2007 neemt de enquête- en informatiedruk voor instellingen geleidelijk af.

Subsidies uit het Europees Sociaal Fonds

Dit is nummer 4 uit de top-10 van de grootste administratieve lasten. Zorginstellingen geven aan dat ze een onevenredig uitgebreide administratie moeten bijhouden om een ESF-subsidie aan te vragen en te verantwoorden. Overigens is dit een regeling op het terrein van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Het Agentschap SZW heeft voor het nieuwe programma 2007 – 2013 een aantal maatregelen genomen om het aanvragen van subsidies voor arbeidsplaatsen en de administratieve handelingen makkelijker te maken. Het aanvraagformulier is digitaal: het zogenaamde E-formulier. Het Agentschap controleert het gebruik van de middelen, in plaats van de accountant van de aanvrager. Dat bespaart de aanvrager tijd en geld. De aanlevering van allerlei informatie voor evaluaties is eenvoudiger geworden door het sofi-nummer (straks burgerservicenummer) van de deelnemers op te vragen. De aanvrager levert die nummers geanonimiseerd in 'batches' aan het CBS. Vervolgens kan het CBS allerlei gegevens, die nodig zijn voor de verantwoording en de evaluatie, uit allerlei databases halen. Bij een einddeclaratie hoeft een aanvrager deze gegevens dan niet meer in te leveren. In de Handleiding Projectadministratie staan voorbeelden hoe de aanvrager de eigen administratie kan inrichten.

Effect

- Met ingang van 2007 is de administratieve druk voor het aanvragen en verantwoorden van ESF-subsidies afgenomen.



Meldpunt en vliegende brigade

Om de terugdringing van de bureaucratie en de vermindering van regeldruk te ondersteunen neem ik samen met de minister nog een tweetal aanvullende initiatieven.

Samen met de minister zal ik op de website van VWS een meldpunt Regeldruk en Bureaucratie openen voor professionals en zorgaanbieders. Hier kunnen zij knelpunten melden op het gebied van regelgeving, bureaucratie en uitvoeringsprocessen.

Zo blijven we op de hoogte van uitvoeringsproblemen en kunnen we zonodig aanvullende acties ondernemen. Maar het geeft ook de mogelijkheid om te communiceren aan welke problemen we samen met de sector werken en welke problemen snel kunnen worden weggenomen omdat er in de sector misverstanden zijn over regels of belemmeringen, die niet bestaan of al zijn weggenomen (de 'broodjes aap'). We willen ook reacties gaan vragen op bepaalde thema's, om gericht in kaart te kunnen brengen welke knelpunten er op bepaalde punten (bijvoorbeeld bij registratielasten) op de werkvloer bestaan.

Ik zie het meldpunt ook als een voortzetting van de communicatie met het veld over verbetering van de AWBZ. Instellingen en professionals die meldingen doen, krijgen binnen twee weken antwoord. Meldingen en antwoorden komen op de website.

Naast het meldpunt werken we ook met praktijkstages, waarin VWS-medewerkers een of twee dagen meelopen met de professionals op de werkvloer. Deze stages zijn erop gericht een beter beeld te krijgen van de effecten van beleid en regels hebben op de uitvoeringspraktijk voor professionals. De stages zullen ons ook meer zicht geven op knelpunten in de uitvoering, die de professional en de relatie tussen professional en cliënt belasten.

Verder wil ik, ook samen met de minister, komen tot een 'vliegende brigade' die in het zorgveld gaat bijdragen aan het oplossen en aanpakken van bureaucratieknelpunten. Hier komen we later dit jaar op terug.

