

Reduceren administratieve lasten: meer dan schrappen van regelgeving

‘Het belangrijkste probleem is dat de zorgsector met teveel tegelijk bezig is. Daardoor is er weinig tijd om met echt zinnige dingen bezig te zijn’ (citaat uit een van de interviews).

06-0398

Utrecht, juni 2006

Inhoud

	Samenvatting	7
	Inleiding	11
	Deel 1: Generieke bevindingen en oplossingsrichtingen	
1	Generieke bevindingen en oplossingsrichtingen	25
	Beleefde administratieve last heeft meer oorzaken dan regelgeving alleen	25
	Generieke conclusies geven zicht op brede schakering oorzaken irritaties	33
	Onderzoeksbevindingen geven perspectief op oplossingenreeks	36
	Deel 2: Bevindingen en oplossingrichtingen voor de informatieuitwisseling in het zorgproces	
2	Indicatiestelling en zorgtoewijzing	45
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	45
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	45
	Irritatiefactoren	46
	Irritaties	46
	Oplossingen	47
3	AWBZ-brede zorgregistratie	49
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	49
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	49
	Irritatiefactoren	50
	Irritaties	50
	Oplossingen	51
4	Eigenbijdrageregeling	53
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	53
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	53
	Irritatiefactoren	54
	Irritaties	54
	Oplossingen	54
	Deel 3: Bevindingen en oplossingrichtingen voor de bekostiging en verantwoording in de AWBZ	
5	Zorgcontractering	57
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	57
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	57
	Irritatiefactoren	58
	Irritaties	58
	Oplossingen	59

6	Verantwoording aan het zorgkantoor	61
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	61
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	62
	Irritatiefactoren	62
	Irritaties	62
	Oplossingen	64
7	Bevoorschotting en nacalculatie	65
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	66
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	66
	Irritatiefactoren	66
	Irritaties	66
	Oplossingen	67
8	Kaderregeling AO-IC	69
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	69
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	69
	Irritatiefactoren	70
	Irritaties	70
	Oplossingen	71
9	Bouw, huisvesting, Wet toelating zorginstellingen en College sanering ziekenhuisvoorzieningen	73
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	73
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	73
	Irritatiefactoren	74
	Irritaties	74
	Oplossingen	74
	Deel 4: Bevindingen en oplossingrichtingen voor het realiseren van veranderingen in de AWBZ	
10	Vorbereiden nieuwe vormen van financiering	77
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	77
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	77
	Irritatiefactoren	78
	Irritaties	78
	Oplossingen	79
11	Implementeren van nieuwe wet- en regelgeving	81
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	81
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	82
	Irritatiefactoren	82
	Irritaties	82
	Oplossingen	82

12	Invoeren Wet maatschappelijke ondersteuning en DBC's	85
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	85
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	85
	Irritatiefactoren	86
	Irritaties	86
	Oplossingen	87
	Bevindingen en oplossingsrichtingen voor algemene wet-en regelgeving en 'overige'	
13	Enquêtes, onderzoeken en monitors	91
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	91
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	92
	Irritatiefactoren	92
	Irritaties	92
	Oplossingen	92
14	Tabakswet	95
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	95
	Irritatiefactoren	95
	Irritaties	96
	Oplossingen	96
15	Warenwet	97
	Last, omvang en waarde voor de organisatie	97
	Wet- en regelgeving, proces en actoren	97
	Irritatiefactoren	97
	Irritaties	98
	Oplossingen	98
	Bijlagen	
A	Tabellen omvang, waarde en index	101
B	Geraadpleegde literatuur	105

Samenvatting

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is een onderzoek uitgevoerd naar de door zorgaanbieders in de AWBZ beleefde administratieve lasten. Behalve meer inzicht in de beleefde lastendruk diende het onderzoek ook inzicht te bieden in mogelijke oplossingen. Het ministerie heeft besloten het onderzoek op een innovatieve wijze vorm te geven, om op die manier tot inzichten te komen die additioneel zijn aan wat er op dit moment al bekend is over het vraagstuk. Daarom is onder meer afgesproken om een brede definitie van administratieve lasten te hanteren: niet alleen de objectief meetbare last, maar ook de als zodanig beleefde lasten, en niet alleen de last als gevolg van de regelgeving zelf, maar ook de last als gevolg van bijvoorbeeld de wijze van invoering. Verder is gekozen voor een onderzoek met een sterk interactief karakter: er is nauw samengewerkt met zorgaanbieders en 'lastenveroorzakers', vanuit de gedachte dat communicatie de eerste stap op weg naar reductie is.

Uitvoering onderzoek

Het onderzoek, uitgevoerd door PricewaterhouseCoopers, It Cares en M&I/Kompas was erop gericht om in korte tijd en met een zo gering mogelijke belasting van instellingen zoveel mogelijk materiaal op te leveren. Daarom is na een desk research allereerst een sessie in de zogenoemde versnellingskamer georganiseerd, zodat binnen één middag een grote hoeveelheid informatie beschikbaar kwam. Op grond van die informatie hebben wij een (gebruiksvriendelijke en snel in te vullen) vragenlijst ontwikkeld en als internetvragenlijst toegezonden aan de medewerkers van 22 AWBZ-instellingen. De respons was zeer hoog: 125 medewerkers hebben de vragenlijst ingevuld. Vervolgens hebben wij de 14 onderwerpen geselecteerd die werden ervaren als een zware belasting. Over deze onderwerpen is met vijf instellingen uitgebreid gesproken, in de vorm van in totaal dertig interviews. Tijdens het gehele onderzoek is intensief samengewerkt met zorgaanbieders en ZBO's.

Er is gevraagd naar de omvang van de administraties, maar ook naar de waarde van de verplichte administratie voor de eigen bedrijfsvoering van de instelling. Een verplichte administratie die voor de bedrijfsvoering van de instelling van weinig belang is, veroorzaakt meer last dan een administratie die voor de instelling van groot belang is.

Alle gegevens zijn door de onderzoekers geordend en geanalyseerd. Per onderwerp is een zogenoemde lastenkaart opgesteld, met een overzicht van ervaren belasting, irritatiefactoren en oplossingen.

Het instrumentarium dat de onderzoekers hebben gebruikt, is overgedragen aan het ministerie. Op die wijze kan het onderzoek na verloop van tijd worden herhaald, om te zien of de druk is afgenomen.

Resultaten onderzoek

Opvallend vonden de onderzoekers het feit dat de lastendruk voor minder dan de helft bleek te worden veroorzaakt door de regelgeving op zich (omvang en inhoud van de regelgeving of als overbodig ervaren regelgeving), en voor meer dan de helft door andere factoren. Een daarvan is de wijze van invoering: teveel veranderingen tegelijk, onvoldoende gelegenheid tot implementatie. Ook bleek de irritatie soms veroorzaakt te worden doordat het de instellingen niet duidelijk is waarom de regel is zoals die is. In een aantal gevallen lijkt het er verder op of vooral het achter de regelgeving liggende zorgsysteem de ervaren last veroorzaakt; een voorbeeld is de opvatting dat de zorgaanbieder geen taak zou moeten hebben in de eigenbijdrageregeling. Voor de regelgeving op decentraal niveau, bijvoorbeeld de verantwoording aan de zorgkantoren, doet de lastendruk zich vooral voelen voor de instellingen die met meerdere zorgkantoren te maken hebben. De druk wordt veroorzaakt doordat elk zorgkantoor op een andere manier informatie opvraagt. Samengevat leidt dit tot de volgende vijf irritatiefactorengroepen:

- a Structuurfactoren: onvrede en onduidelijkheid;
- b Aantal veranderingen: veranderbaarheid en scepsis;
- c Wijze waarop veranderingen worden doorgevoerd: regie ontbreekt;
- d Samenhang: versnippering van decentrale regelgeving en dubbele uitvraag;
- e Overbodige regelgeving: controles gebaseerd op wantrouwen, regels zonder nut.

Daarmee tekent zich een aantal generieke oplossingen af, die niet zijn gebonden aan een specifiek onderwerp maar die voor nagenoeg alle onderwerpen kunnen gelden.

Oplossingsrichtingen

De onderzoekers adviseren het ministerie van VWS drie oplossingsrichtingen: het versterken van het zelfregulerend vermogen in de zorgketen, het onderhoud aan wet- en regelgeving en het verder versterken van het verandermanagement bij het doorvoeren van wijzigingen in wet- en regelgeving.

1. Stimuleer het zelfregulerend vermogen en de ontkokering van de keten

Een aantal van de ervaren administratieve lasten hebben betrekking op irritaties die naar het oordeel van de onderzoekers opgelost kunnen worden binnen de huidige wet- en regelgeving. Voorbeelden hiervan zijn de irritaties over de procedures rondom de herindicaties en de vervolgindicaties en het verkrijgen van toestemming van het zorgkantoor voor het verlenen van incidentele zorg. De afstemming in de zorgketen verloopt soms moeizaam en organisaties weten elkaar lang niet altijd te vinden om gezamenlijk de problemen op te lossen. Wij adviseren het ministerie van VWS om een project te starten waarin partijen in een regio met elkaar gaan zoeken naar oplossingen voor de administratieve lasten binnen de huidige wet- en regelgeving. Wij stellen voor met zorgaanbieders, overheden, ZBO's en instellingen te bespreken dat zij elkaar meer aanspreken op elkaars taken en verantwoordelijkheden en dat zij over de schotten van de eigen verantwoordelijkheden heen kijken.

Citaat: 'Bij een controle werd de temperatuur van een koelkast gemeten: Boven de 2 ° C. Maar de koelkast stond in een algemene ruimte en was leeg. Toch kreeg de organisatie een boete. Waar zijn we mee bezig?'

2. Onderhoud aan wet- en regelgeving

In het onderzoek zijn irritaties bij zorgaanbieders naar voren gekomen over de bestaande wet- en regelgeving. Wij adviseren om onderhoud te plegen aan de bestaande wet- en regelgeving in de vorm van: het schrappen van overbodige wet- en regelgeving, het differentiëren van verantwoordingsverplichtingen, het harmoniseren van verantwoordingsverplichtingen en het toegankelijk maken van bestaande datasets.

Per administratieve last is regelgeving geïdentificeerd die door zorgaanbieders als overbodig wordt ervaren. Voorbeelden daarvan zijn de HACCP, de bouwnormeringen en onderdelen van de materiele controles die door de zorgkantoren uitgevoerd worden. Wij adviseren onderhoud te plegen aan deze regelgeving. Uiteraard geldt dat voor elke regel een afweging gemaakt moet worden tussen het wegnemen van de administratieve last en de irritatie bij de zorgaanbieder tegenover de doelstelling van de regelgever.

Wij adviseren om de verantwoordingsverplichtingen voor instellingen die een aantal jaren achter elkaar hebben aangetoond dat zij aan alle eisen voldoen te verminderen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de verantwoordingsverplichting aan het zorgkantoor.

Wij adviseren om versnipperde regelgeving te harmoniseren. Deze oplossingsrichting lijkt een paradox in zich te hebben: om decentrale regelgeving te harmoniseren en daarmee de administratieve lasten te reduceren, lijkt extra (overkoepelende) regelgeving nodig. Beter is het om voor een dergelijke harmonisatie zoveel draagvlak te creëren, zodat de oplossing als het ware van onderop ontstaat en een gezamenlijke afspraak de plaats in kan nemen van de extra regelgeving. Mogelijke voorbeelden zijn de spelregels van zorgkantoren voor zorgcontractering en de brandveiligheidsvoorschriften per brandweerregio.

Voor zover aan de instellingen gevraagd wordt om gegevens te leveren die ook langs andere weg worden gevraagd, bevelen wij aan om – onder voorwaarden - de toegankelijkheid van de al bestaande gegevensbronnen te vergroten. Dat kan door deze bronnen een meer openbaar karakter te verlenen of door het opvraagproces te faciliteren.

3. Versterken van het verandermanagement

Verandermanagement is een vak op zich, dat echter nog niet altijd een prominente rol speelt bij de invoering van regelgeving. Het gaat bijvoorbeeld om het vormen van coalities met het veld, het werken vanuit een visie en het zorgvuldig begeleiden van de implementatie. Wij bevelen aan om verandermanagement bij het ministerie een integraal onderdeel van de invoering van wijzigingen in regelgeving te laten zijn, zoals dat nu bijvoorbeeld wordt gedaan bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging en de WMO.

Een specifiek aandachtspunt bij het doorvoeren van veranderingen is communicatie. De communicatie over regelgeving (ook al langer bestaande regelgeving, maar zeker de nieuwe) kan een extra impuls gebruiken. Dat vermindert irritatie die wordt veroorzaakt door onduidelijkheid of door onvrede met de structuur achter de regels. Een voorbeeld is de communicatie over de Kaderregeling AO/IC. Bij de zorgaanbieders is onvoldoende bekend dat deze regeling op termijn kan leiden tot aanzienlijke lastenreductie. Moderne communicatiemiddelen, zoals een website waarop ook veelgestelde vragen worden beantwoord, kunnen een nuttige rol vervullen. Al tijdens het onderzoek bleek dat irritatie

vermindert door intensieve communicatie en samenwerking. Wij raden dan ook sterk aan om een communicatie-offensief te starten, specifiek gericht op de gesignaleerde onduidelijkheden.

De communicatie wordt des te krachtiger naarmate beter wordt aangegeven vanuit welke visie de betreffende regelgeving is opgesteld en op welke wijze de regelgeving bijdraagt aan de te bereiken doelen. In dat kader stellen we voor te gaan werken met een jaarscript. Een jaarscript (of desgewenst een meerjarenscrip) is een gezamenlijk opgesteld planningsoverzicht dat alle nieuwe regelgeving bevat waarmee de zorgaanbieders in het komende jaar zullen worden geconfronteerd. In het jaarscript wordt ook de achterliggende visie toegelicht en eventuele verbanden weergegeven ('deze regel is een voorloper van die', 'met invoering van deze regel komt die regel te vervallen'). Het jaarscript heeft drie functies:

- a het dwingt de opstellers om op voorhand na te gaan wat de instellingen te wachten staat en of dit voor de instellingen haalbaar is;
- b het biedt de instellingen duidelijkheid;
- c het fungeert als taakstelling: behalve de regels die in het script zijn opgenomen, worden geen nieuwe of gewijzigde regels ingevoerd tenzij daarover overeenstemming tussen alle partijen bestaat. De instellingen zeggen toe zich in te spannen de regelgeving in te voeren.

Citaat: 'Voorgesteld wordt om sneller en beter naar het veld te communiceren wanneer wijzigingen op stapel staan. Wat nu gebeurt is dat de zorgaanbieder gaat gokken op uitstel van initiatieven.'

Het rapport bevat naast deze generieke oplossingsrichtingen een aantal mogelijke oplossingen per onderwerp.

Wij willen deze samenvatting niet afsluiten zonder te hebben opgemerkt dat er op dit moment al een aantal projecten is gestart die perspectief bieden op de reductie van administratieve lasten. Voorbeelden zijn de mandatering van niet-complexe indicatietrajecten aan instellingen en de ontwikkeling van het jaardocument maatschappelijke verantwoording. De reductie van administratieve lasten is een onderwerp dat, zo hebben de onderzoekers kunnen constateren, alle betrokkenen na aan het hart ligt.

Inleiding

Het kabinet heeft zich tot taak gesteld om de administratieve lasten voor bedrijven met een kwart te verminderen. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) levert daaraan een bijdrage via een aantal onderzoeks- en actietrajecten.

Een van die trajecten is wat wordt genoemd het onderzoek Modelbedrijf AWBZ, waarbij onder modelbedrijf wordt verstaan een instelling die representatief mag worden geacht voor een van de sectoren in de AWBZ. Het onderzoek komt voort uit opmerkingen van de externe adviescommissie administratieve lasten in de zorg. Deze commissie, bestaande uit voorzitters van Raden van Bestuur van zorginstellingen, zorgverzekeraars en een patiëntenorganisatie, had onder meer geconstateerd dat er sprake is van een kloof tussen de administratieve belasting zoals die objectief op macroniveau kan worden berekend en de belasting zoals die door individuele instellingen en medewerkers wordt ervaren. Daarom heeft de minister toegezegd een onderzoek uit te voeren, waarin vooral de beleefde administratieve lasten centraal staan.

Het onderzoek had een drieledige vraagstelling:

- a identificeer de onderwerpen waar zorgaanbieders administratieve belasting door ondervinden;
- b ontwikkel een index waarmee de lastendruk kan worden gemeten;
- c geef suggesties voor oplossingen gericht op de reductie van administratieve lasten.

Het Adviescollege Toetsing Administratieve Lasten hanteert een definitie van administratieve lasten waarbij het uitgangspunt is dat deze zijn gerelateerd aan wet- en regelgeving. In dit onderzoek naar de beleefde administratieve lasten is een ruimer begrip van de administratieve lasten gehanteerd. De beleving van hoge administratieve lasten hoeft namelijk niet per definitie het gevolg te zijn van een specifieke wet of regel op zich, maar kan ook het gevolg zijn van andere factoren, zoals irritatie over de wijze van invoering en uitvoering door instanties. Ook de 'administratieve rompslomp' die niet direct terug te voeren is op wetgeving behoort tot de beleefde administratieve lasten.

Met deze brede benadering wil het ministerie het vraagstuk van de administratieve lasten op een nieuwe manier benaderen. Als zou blijken dat oorzaken van beleefde administratieve lasten zijn gelegen in andere factoren dan in de regelgeving op zich (en dat is inderdaad gebleken), zijn er ook andere oplossingen aangewezen dan alleen het schrappen van regelgeving. Bovendien heeft het ministerie verzocht om tijdens het onderzoek nauw samen te werken met zorgaanbieders en met instanties die de lasten 'opleggen'. Uitgangspunt is dat een goede communicatie op zich al irritatie wegneemt, en dat al via dit onderzoek een start gemaakt moet worden met een daadwerkelijk oplossingstraject.

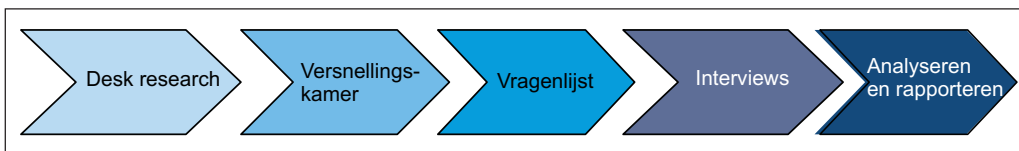
Onderzoeksverloop

Voor de uitvoering van het onderzoek was slechts een korte periode beschikbaar: van oktober tot en met december 2005. De onderzoekers zijn dan ook veel dank verschuldigd aan iedereen die bereid is gebleken om met voorrang aan dit onderzoek mee te werken: de medewerkers van de zorgaanbieders die de internetvragenlijst hebben ingevuld en de vertegenwoordigers van instellingen en ZBO's die hebben deelgenomen aan de versnellingskamer en de interviews. Verder danken wij de leden van de externe commissie die met hun indringende commentaar onze analyses hebben aangescherpt.

Fasering

Het onderzoek is uitgevoerd door PricewaterhouseCoopers, It Cares en M&I/Kompas. De fasering die in het onderzoek is aangebracht, is weergegeven in figuur I-1.

Figuur I-1: Fasering onderzoek beleefde administratieve lasten



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Desk research

Het onderzoek startte met een desk research, om zoveel mogelijk te kunnen uitgaan van inzichten die al beschikbaar zijn. Wij hebben onder meer gebruik gemaakt van de resultaten van het Alexanderproject en van de inzichten van de externe adviescommissie administratieve lasten in de zorg. De lijst met geraadpleegde literatuur is als bijlage B opgenomen.

Versnellingskamer

Vervolgens is een sessie georganiseerd waarin gebruik is gemaakt van Group Systems, een methode waarbij via het gebruik van een softwareapplicatie in korte tijd veel informatie van zorgaanbieders kon worden verzameld. Aan de versnellingskamer hebben bestuurders, Zorgmanagers, Controllers en uitvoerende medewerkers in de zorg van vijf verschillende zorgaanbieders deelgenomen. Vragen en stellingen zijn aan de deelnemers voorgelegd, en zij hebben daarop gereageerd door een score toe te kennen via de applicatie. De antwoorden zijn automatisch gestructureerd en aan de groep teruggekoppeld, zodat daarna een verdiepingsslag kon worden gemaakt. Na een aantal stemrondes hebben de deelnemers gediscussieerd over de onderwerpen die als meest relevant naar voren zijn gekomen. De term 'beleefde administratieve lasten' is geoperationaliseerd als de door de zorgaanbieders ervaren 'omvang' en 'waarde' van de administraties en de 'irritaties' die zij ervaren.

Aan de versnellingskamer is deelgenomen door vijf instellingen. Aan de deelnemers is een lijst met 34 mogelijk belastende onderwerpen voorgelegd met de vraag om per onderwerp aan te geven in welke mate zij administratieve belasting ervaren en in welke mate zij de administraties ervaren als waardevol voor de eigen bedrijfsvoering.

Vragenlijst

Aansluitend aan de versnellingskamer is een vragenlijst ontwikkeld en uitgezet. Gevraagd werd naar de beleving van de administratieve lasten en de irritaties. Het doel van de vragenlijst was te achterhalen van welke onderwerpen de zorgaanbieders het meeste last hebben en wat hier de oorzaken van zijn. Bovendien is op basis van de beantwoording een lastenindex ontwikkeld waarmee de ontwikkeling van de beleving van de administratieve lastendruk de komende jaren gevolgd kan worden. De vragenlijst is per internet uitgezet bij 22 instellingen, zodat het bereik zo groot mogelijk werd en de belasting van de respondenten zo gering mogelijk. De vragenlijst is door het instellingsmanagement uitdrukkelijk ook aan medewerkers op de werkvloer voorgelegd, dat wil zeggen medewerkers die zelf in hun dagelijks werk de administratieve lasten ervaren. Alle 125 medewerkers die zijn benaderd hebben de vragenlijst geretourneerd. De verdeling over de functiegroepen en sectoren is weergegeven in de nu volgende tabellen.

Tabel I-1: Respondenten per sector

Sector	Instellingen	Respondenten
Geestelijke gezondheidszorg	5	26
Gehandicaptenzorg	6	26
Thuiszorg, verpleging en verzorging	12	73
Totaal	22	125

Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Tabel I-2: Respondenten per functie

Functie	Aantal
Bestuurders	31
Controllers	22
Zorgmanagers	29
Uitvoerenden zorg	22
P&O-functionarissen	21
Totaal	125

Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Interviews

Uit de informatie die uit de versnellingskamer naar voren kwam, zijn door de onderzoekers de 14 onderwerpen geselecteerd die binnen de AWBZ-sfeer lagen en de meeste administratieve last bleken te genereren. Deze onderwerpen zijn nader onderzocht via uitgebreide interviews bij de vijf instellingen die aan de versnellingskamer hadden deelgenomen. In totaal zijn dertig interviews gehouden. Daarnaast is gesproken met een aantal 'lastenveroorzakers', te weten Zorgverzekeraars Nederland, het Centrum Indicatiestelling Zorg, het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting en het ministerie van VWS om de bevindingen vanuit de interviews en de vragenlijst te bespreken en van gedachten te wisselen over de oplossingsrichtingen.

Structurering en analyse

Met behulp van de verkregen informatie is voor elk van de 14 onderwerpen een kaart gemaakt, waarop schematisch en in steekwoorden de bevindingen zijn weergegeven. Bij elke kaart is een notitie met nadere informatie opgesteld.

Vervolgens hebben de onderzoekers alle informatie geanalyseerd en daaruit conclusies getrokken. Naast bevindingen die specifiek zijn voor een bepaald onderwerp, bleken er ook bevindingen te zijn die van toepassing waren op meerdere of zelfs alle onderwerpen.

De conclusies en aanbevelingen zijn besproken met zorgaanbieders en ZBO's, om zeker te stellen dat zij zich hierin herkennen en om zoveel mogelijk aanscherping te bereiken.

Rapportage en overdracht instrumentarium

Dit rapport vormt de afsluiting van het onderzoek.

Het onderzoeksinstrumentarium is overgedragen aan het ministerie, zodat het onderzoek indien gewenst kan worden herhaald en de resultaten kunnen worden vergeleken met die van het nu uitgevoerde onderzoek. Een door de externe commissie Administratieve Lasten in de zorg aangegeven aandachtspunt daarbij is de onderlinge afhankelijkheid van de scores, waardoor een vergelijking in de tijd moeilijk zou kunnen worden gerealiseerd. Zo kan onderwerp A in 2005 misschien laag scoren omdat er andere onderwerpen zijn die als nog belastender worden ervaren. Als deze laatste onderwerpen in 2006 niet meer aan de orde zouden zijn, zou onderwerp A misschien hoger scoren zonder dat er sprake is van objectieve verzwarening van de last. Dit punt is te ondervangen wanneer zoveel mogelijk wordt getracht om dezelfde personen die aan het onderzoek in 2005 hebben deelgenomen, ook uit te nodigen om aan het onderzoek in 2006 deel te nemen en daarnaast een controlegroep te vormen van personen die juist niet aan het onderzoek in 2005 hebben deelgenomen. De groep die de vragenlijst dan voor de tweede keer invult ontvangt in de vragenlijst dan de beantwoording van dit jaar, zodat bewust een lagere of hogere score gegeven moet worden en een verklaring daarvoor.

Een tweede aandachtspunt bij het bepalen van de lastenindex in een volgend jaar is wat te doen als er geheel nieuwe onderwerpen bij komen of oude vervallen. De verwachting van de onderzoekers is dat dit maar beperkt het geval zal zijn omdat de onderwerpen die nu in de index zitten de komende jaren blijven bestaan. Waar er nieuwe onderwerpen bijkomen of oude vervallen zal een herrekening van de lastenindex plaats moeten vinden.

Het onderzoeksinstrumentarium kan desgewenst ook worden gebruikt om een vergelijkbaar onderzoek in de curesector uit te voeren. Naar de mening van de onderzoekers is het instrumentarium daar na geringe aanpassingen geschikt voor. Een suggestie van een van de deelnemende instellingen was om een onderzoek naar administratieve lasten ook uit te voeren bij zorgkantoren en zorgverzekeraars.

Medewerking

Instellingen, ZBO's en leden van de externe adviescommissie hebben een cruciale bijdrage aan het onderzoek geleverd. Zij hebben in een korte periode veel tijd en energie in het onderzoek gestoken. De onderzoekers spreken daar hun grote waardering voor uit. Bijzonder waardevol was de deelname van de verschillende functiegroepen vanuit de instellingen: bestuurders, zorgmanagers, controllers, P&O-functionarissen en uitvoerenden zorg. Op deze wijze kon het vraagstuk vanuit verschillende invalshoeken worden benaderd.

Inhoudelijk onderzoekskader

Het onderzoek richtte zich op de administratieve lasten zoals die worden ervaren door AWBZ-instellingen. Onder AWBZ-instellingen worden in dit verband ook de GGZ-instellingen verstaan, zij het dat de vraagstelling vooral gericht was op de AWBZ-zorg die zij leveren.

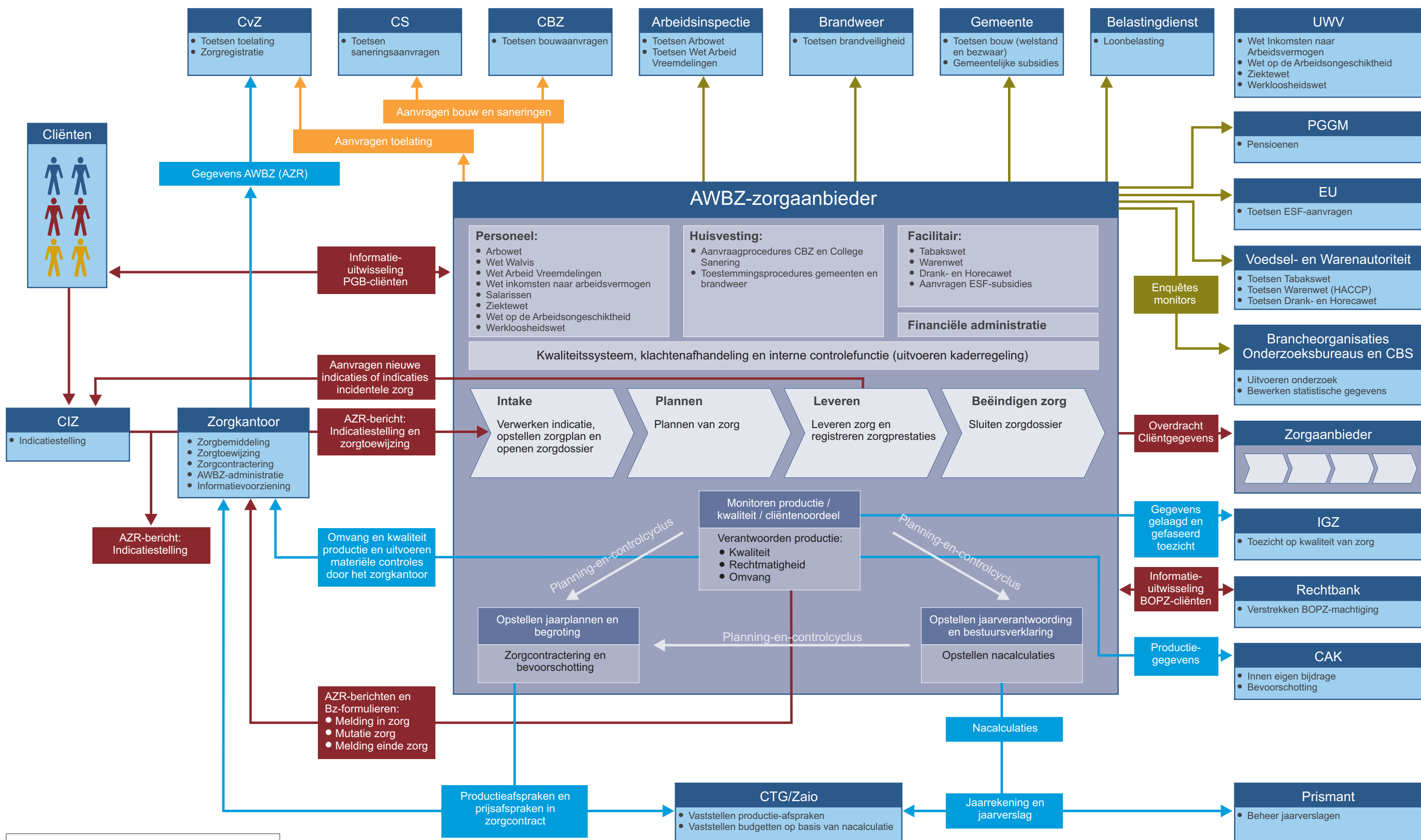
Overzicht administratieve lasten

De onderwerpen die het uitgangspunt voor het onderzoek vormden, zijn in het navolgende schema geordend. In het midden van het schema staat de zorgaanbieder, met het via pijlen aangeduide primair proces van intake, plannen van zorg, leveren van zorg en afmelden. Eveneens in het blok van de zorgaanbieder opgenomen zijn de ondersteunende processen (personeel, huisvesting, financieel en facilitair) met de in het onderzoek opgenomen lasten-onderwerpen. Ook de planning-en-controlcyclus is in dit blok weergegeven. Rondom de zorgaanbieder zijn alle actoren weergegeven waarmee informatie-uitwisseling plaats vindt. Dit betreft de informatie-uitwisseling in de zorgketen (proces van indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorglevering) en de informatie-uitwisseling over de zorgketen (bijvoorbeeld verantwoording aan zorgkantoren, CTG/Zaio en de Inspectie voor de Gezondheidszorg). Daarnaast wordt een aantal aanvraagprocedures onderscheiden op het gebied van de toelating en de (ver)bouw en zijn er meer generieke niet AWBZ specifieke administratieve verplichtingen zoals bijvoorbeeld de introductie van de Wet Walvis en de verantwoording van ESF-subsidies.

Figuur I-2: Onderwerpen administratieve lasten

Zie uitklapvel hiernaast

Administratieve lasten zorgaanbieders AWBZ in onderlinge samenhang



Legenda

- ➡ AWBZ-verantwoording
- ➡ Informatie-uitwisseling in de zorgketen
- ➡ Aanvraagprocedures
- ➡ Overige informatiestromen

Onderwerpen interviews

De 14 onderwerpen die zijn geselecteerd voor nader onderzoek, zijn weergegeven in onderstaande tabel. We hebben de onderwerpen geclusterd naar vier categorieën.

Tabel I-3: Onderwerpen administratieve lasten geselecteerd voor nader onderzoek

Categorie	
AWBZ-informatieuitwisseling in het zorgproces	Indicatiestelling en zorgtoewijzing
	De AWBZ-brede zorgregistratie (AZR)
	De eigenbijdrageregeling
AWBZ-bekostiging en verantwoording	Zorgcontractering
	Verantwoording aan het zorgkantoor
	Bevoorschotting en nacalculatie
	Kaderregeling AO-IC (Administratieve Organisatie en Interne Controle)
	Bouw/Huisvesting/de Wet toelating zorginstellingen/het College Saneringen
Realiseren van verandering in de AWBZ	Invoeren van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en DBC's
	Vorbereiden van nieuwe vormen van financiering
	Implementeren van nieuwe wet- en regelgeving
Algemene wet en regelgeving en overige	De Tabakswet
	De Warenwet
	Enquêtes, onderzoeken en monitors

Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Irritatiefactoren, omvang, waarde en index

Om de informatie over deze onderwerpen op een overzichtelijke manier te kunnen indelen, hebben wij in het onderzoek de irritaties ingedeeld naar irritatiefactoren. Dat hebben wij gedaan vanuit de gedachte dat het te grofmazig zou zijn om irritaties over administratieve lasten alleen te wijten aan irritatie over de regelgeving¹ die de administratieve last veroorzaakt. Juist het feit dat dit onderzoek betrekking heeft op beleefde administratieve lasten, maakt dat er mogelijk nog andere factoren in het spel zijn. Wij hebben de volgende factoren onderscheiden.

1 Het woord regelgeving vatten wij breed op: het gaat niet alleen om wetten en daaruit voortvloeiende formele regelgeving, maar ook om andere richtlijnen waaraan de instelling zich niet of moeilijk kan onttrekken, zoals verantwoordingseisen die het zorgkantoor stelt.

Tabel I-4: Irritatiefactoren

Irritatiefactor	Toelichting
Structuur AWBZ	De irritatie betreft niet zozeer de regel zelf, maar het hele systeem waar de regel deel van uitmaakt. Een voorbeeld is de irritatie over het feit dat cliënten een eigen bijdrage moeten betalen.
Omvang en inhoud regelgeving	Hier gaat het om de administratieve lasten in engere zin: het is de regel zelf die irritatie oproept.
Aantal veranderingen	De irritatie wordt vooral opgeroepen door het feit dat er veel veranderingen tegelijkertijd worden doorgevoerd.
Wijze waarop veranderingen worden doorgevoerd	Hier gaat het om bijvoorbeeld de communicatie over of de facilitering van veranderingen.
Samenhang	De irritatie wordt veroorzaakt door de relatie van de betreffende regel met andere regelingen (tegenstrijdigheid, onvoldoende afstemming).
Overbodige regelgeving	Regelgeving die als overbodig wordt ervaren omdat al op andere wijze in het gevraagde wordt voorzien.
ICT-ondersteuning	Irritatie over bijvoorbeeld als tekortschietend ervaren softwareapplicaties.

Bron: *Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005*

In het onderzoek is niet alleen gevraagd naar de omvang van de administraties, maar ook naar de waarde die de administratie heeft voor de bedrijfsvoering van de instelling. Een verplichte administratie die voor de bedrijfsvoering van de instelling van weinig belang is, veroorzaakt meer last dan een administratie die voor de instelling van groot belang is. Bovendien geldt dat instellingen als het gaat om belangrijke onderwerpen, vaak voor hun interne bedrijfsvoering ook al gegevens registreren. De door externe partijen opgelegde verplichtingen vormen dan geen of minder extra administratieve belasting.

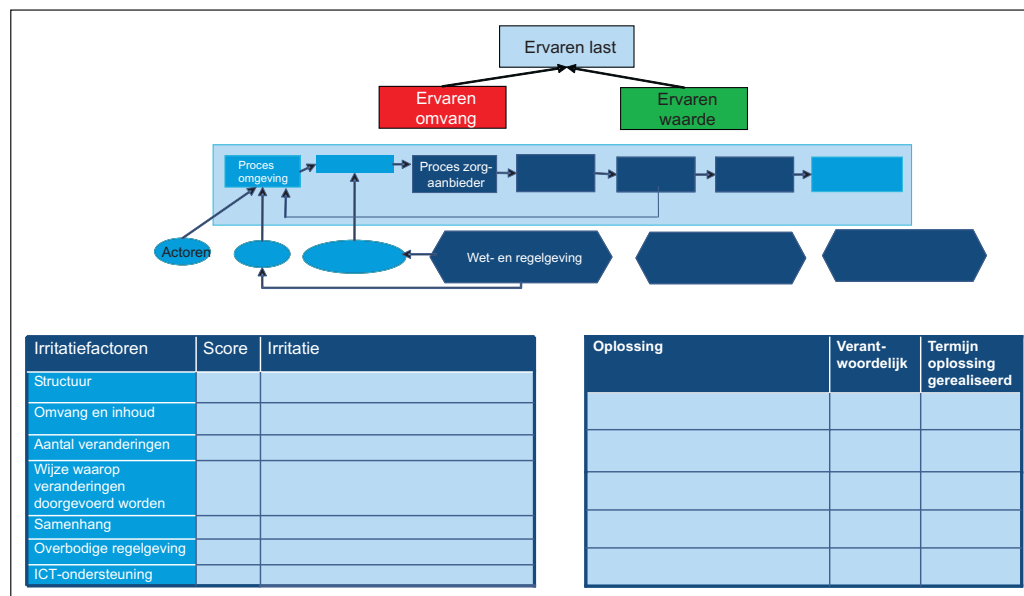
Met behulp van de scores op de omvang van de administraties en de waarde voor de instelling hebben de onderzoekers een lastenindex berekend. Deze index heeft twee doelstellingen. Ten eerste geeft de index per onderwerp zicht op de rangorde van de onderwerpen als het gaat om de beleefde administratieve lasten. Ten tweede maakt de gemiddelde index over alle onderwerpen het mogelijk om de beleefde administratieve lasten in de tijd te volgen. De index is voor 2005 op 100 gesteld, om de ontwikkeling de komende jaren eenvoudig te kunnen volgen.

De in het onderzoek genoemde oplossingsrichtingen zijn steeds zo concreet mogelijk geformuleerd en gekoppeld aan een of meer irritatiefactoren.

Lastenkaart

Voor elk van de geselecteerde onderwerpen is een lastenkaart gemaakt, die een overzicht geeft van de voor het onderwerp relevante informatie. Hieronder volgt ter illustratie een dummykaart.

Figuur I-3: Dummy lastenkaart



De lastenkaart wordt gelezen van boven naar beneden. Bovenaan is de ervaren last weergegeven, dat is de index die is berekend op grond van de ervaren omvang en de ervaren waarde. Hoe hoger de index, hoe hoger de last. Daaronder ziet u de omvang en de waarde, weergegeven met behulp van kleuren. Voor de ervaren omvang geldt dat rood een bovengemiddelde omvang weergeeft, geel een gemiddelde en groen een benedengemiddelde. Voor de ervaren waarde geldt dat rood een benedengemiddelde waarde aangeeft, blauw een gemiddelde en groen een bovengemiddelde.

In het midden van de kaart wordt het proces weergegeven waaruit de administratieve lasten voortvloeien, inclusief de actoren en de betreffende wet- en regelgeving.

In het onderste gedeelte staan links de irritaties en rechts de mogelijke oplossingen. De irritaties zijn geordend naar irritatiefactor en voorzien van een score. De score geeft de procentuele verdeling aan van de door de invullers van de vragenlijst gescoorde irritatiefactoren

Verder is aangegeven wie het voortouw zou kunnen nemen voor het bereiken van de oplossing en op welke termijn de oplossing gerealiseerd kan worden. Er worden drie termijnen onderscheiden: kort (binnen een jaar), middel (tussen één en twee jaar) en lang (meer dan twee jaar).

Afbakening onderzoek

Voor een goed begrip van deze rapportage ten slotte nog het volgende.

Wij hebben ons in het onderzoek gericht op de vraagstelling, dus de administratieve lasten en mogelijke oplossingsrichtingen. Daarbij zijn wij terughoudend geweest met het zoeken naar en rapporteren van oplossingen die structurele veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel zouden impliceren, of oplossingen die wij niet reëel achten. Het gaat immers om bruikbare oplossingen.

Wel wijzen wij erop dat oplossingen die vanuit het oogpunt van administratieve lasten optimaal zouden zijn, mogelijk toch minder geschikt zijn omdat ze op een ander punt weer ongewenste gevolgen zouden hebben. Er zal altijd een afweging gemaakt moeten worden. Een voorbeeld dat in de externe adviescommissie naar voren kwam was de toepassing van HACCP-normen in kleinschalige woonvormen. De toepassing van de strenge richtlijnen op het punt van registratie van de koelkasttemperatuur worden voor kleine woonvormen als zeer belastend ervaren (de woonvormen zijn opgezet als een gewoon gezin, waar deze richtlijnen ook niet worden gevolgd), maar aan de andere kant zijn de instellingen ook zeer beducht voor de gevolgen die het heeft als door het negeren van de richtlijnen bedorven voedsel wordt genuttigd en als daardoor cliënten zouden komen te overlijden. Een ander voorbeeld is de spanning die kan ontstaan tussen een sterk vereenvoudigde en gemandateerde indicatieprocedure enerzijds en de keuzevrijheid van de cliënt anderzijds.

In onze rapportage hebben wij eventuele risico's of mogelijke aandachtspunten bij de afweging op een aantal onderdelen aangegeven, maar omdat het onderzoek daar niet op was gericht, is geen volledigheid nagestreefd.

Het viel buiten het bestek van dit onderzoek om de oplossingen te kwantificeren in termen van te besparen uren of kosten. Een vergelijking met de nulmeting uit 2002 was helaas niet mogelijk, omdat de resultaten in dat project zijn geordend naar wet, en niet zoals in dit onderzoek naar de onderwerpen zoals die door de zorgaanbieders worden ervaren.

Opbouw van het rapport

Dit rapport kent de volgende opbouw. In het eerste deel gaan wij in op de generieke onderzoeksresultaten, zowel de ervaren administratieve lasten als de mogelijke oplossingen. In de 4 delen daarna komen veertien onderwerpen aan bod. De onderwerpen zijn geordend naar vier logische clusters: informatie-uitwisseling in het zorgproces, verantwoording en bekostiging, realiseren van veranderingen en algemene wet- en regelgeving. In de hoofdstukken over de te onderscheiden onderwerpen worden de generieke problemen en oplossingen niet opnieuw behandeld.

Deel 1: Generieke bevindingen en oplossingsrichtingen

1 Generieke bevindingen en oplossingsrichtingen

1.01 In dit hoofdstuk rapporteren wij de generieke bevindingen, dus de bevindingen die niet zijn gekoppeld aan één of enkele onderwerpen. In het eerste deel van het hoofdstuk beschrijven wij de ervaren lasten, in het tweede deel de oplossingsrichtingen.

1.02 Vooraf merken wij nog op dat de bevindingen die afkomstig zijn uit de verschillende onderdelen van het onderzoek (versnellingskamer, interviews en vragenlijst) een consistent beeld opleveren. De conclusie van de onderzoekers luidt dat er sprake is van voldoende robuustheid van de gegevens om verantwoorde generieke bevindingen te kunnen concluderen.

1.03 In een enkel geval zijn irritaties slechts door één of enkele personen aangegeven; in die gevallen hebben wij dit expliciet aangegeven, of de betreffende opmerkingen in de rapportage buiten beschouwing gelaten.

Beleefde administratieve last heeft meer oorzaken dan regelgeving alleen

1.04 De administratieve lasten zijn in drie fasen geïnventariseerd. Een eerste inzicht is verkregen via de versnellingskamer, concrete scores zijn toegekend via de vragenlijst en een verdieping is bereikt via de interviews.

Versnellingskamer toont eerste indeling onderwerpen

1.05 In de versnellingskamer hebben de deelnemers hun oordeel gegeven over de omvang van de administraties en de waarde voor de organisatie van 34 onderwerpen.

1.06 De onderwerpen zijn geclassificeerd zoals weergegeven in de nu volgende figuur. Er zijn vier categorieën onderscheiden: grote omvang gecombineerd met lage waarde, grote omvang met hoge waarde, kleine omvang met lage waarde en kleine omvang met hoge waarde. De volgorde van de onderwerpen binnen de cellen is alfabetisch.

Figuur 1-1: Classificatie onderwerpen in versnellingskamer

	Lage waarde voor bedrijfsvoering	Hoge waarde voor de bedrijfsvoering
Grote omvang	AZR Enquêtes / Monitors / Onderzoeken Implementatie van nieuwe wet- en regelgeving Kaderregeling AO-IC Warenwet Tabakswet Toezicht op wet- en regelgeving Verantwoording aan Zorgkantoor	Arbo AWBZ / WMO / DBC Bevoorschotting en nacalculatie Bouw / Huisvesting / WTZi / College Sanering ESF Indicatiestelling Jaarverslag / jaarrekening Voorbereiden nieuwe vormen van financiering WMCZ / inspraakorganen Wet WALVIS Zorgcontractering
Kleine omvang	BTW-plicht BZ-formulieren EB-regeling Drank- en Horecawet IGZ - toezicht Toelatingsprocedures CVZ PGB Verantwoording aan CTG/ZAio Wet Arbeid Vreemdelingen Wet Inkomsten naar Arbeidsvermogen Zorgtoewijzing	BOPZ Klachtenprocedures Tevredenheid klant Wet klachtrecht

Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

1.07 De deelnemers aan de versnellingskamer hebben geconcludeerd dat vooral de onderwerpen met een hoge omvang en lage waarde als zware administratieve last worden ervaren. Daarna zijn de onderwerpen met een hoge omvang en een hoge waarde het meest belastend. Op basis van deze classificatie is de keuze gemaakt om 14 onderwerpen verder te onderzoeken in de vorm van interviews.

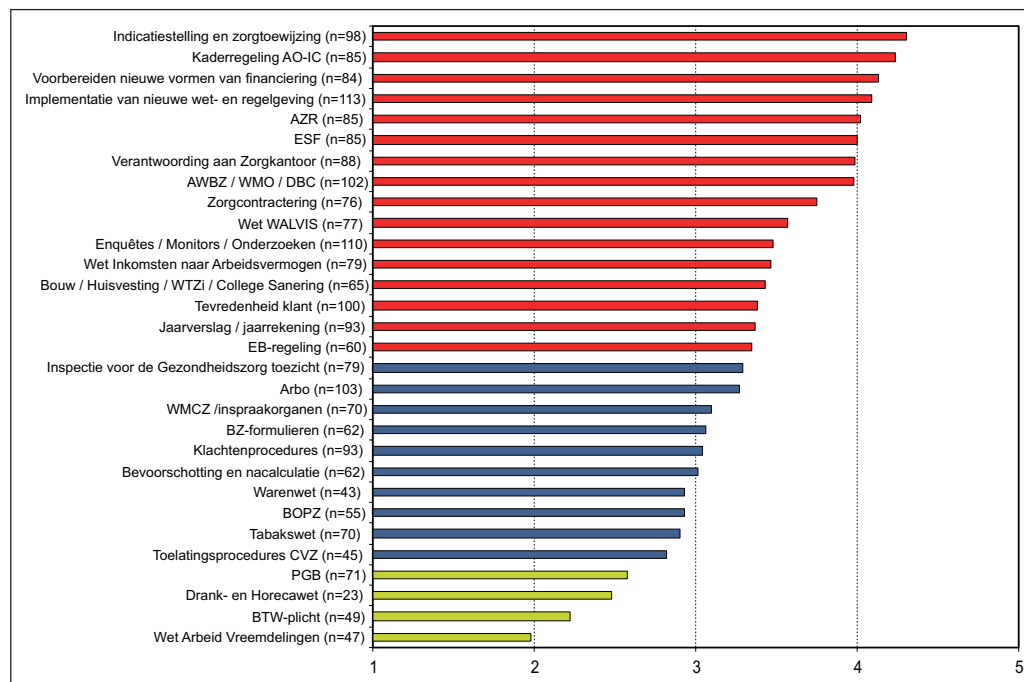
Scores omvang en waarde berekend op basis van vragenlijst

1.08 De antwoorden van de 125 respondenten zijn door de onderzoekers geanalyseerd en op basis daarvan zijn scores voor omvang en waarde berekend. Op basis van deze beide scores is de index voor de administratieve lasten berekend. Om dubbele onderwerpen te voorkomen is het aantal onderwerpen in de vragenlijst van 34 naar 30 teruggebracht.

Rangorde omvang administraties toont forse verschillen

1.09 De rangorde van de beleefde omvang en waarde van de administraties zijn in de navolgende figuren weergegeven. De scores rondom het gemiddelde zijn blauw gekleurd. In de figuur over de lasten zijn de bovengemiddeld scorende onderwerpen rood gekleurd en de benedengemiddeld scorende onderwerpen groen. In de figuur over waarde zijn de bovengemiddeld scorende waarden groen gekleurd en de benedengemiddeld scorende waarde rood. De bijbehorende tabellen met de scores zijn in de bijlage opgenomen.

Figuur 1-2: Rangorde beleefde omvang administraties



Legenda: 1=zeer klein, 2=klein, 3=gemiddeld, 4=groot, 5=zeer groot

Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

1.10 De omvangscores lopen uiteen van 1,98 tot 4,31. De top 3 van de beleefde omvang van de administraties bestaat uit:

- a de indicatiestelling en zorgtoewijzing;
- b de Kaderregeling AO-IC;
- c de voorbereiding van nieuwe vormen van financiering.

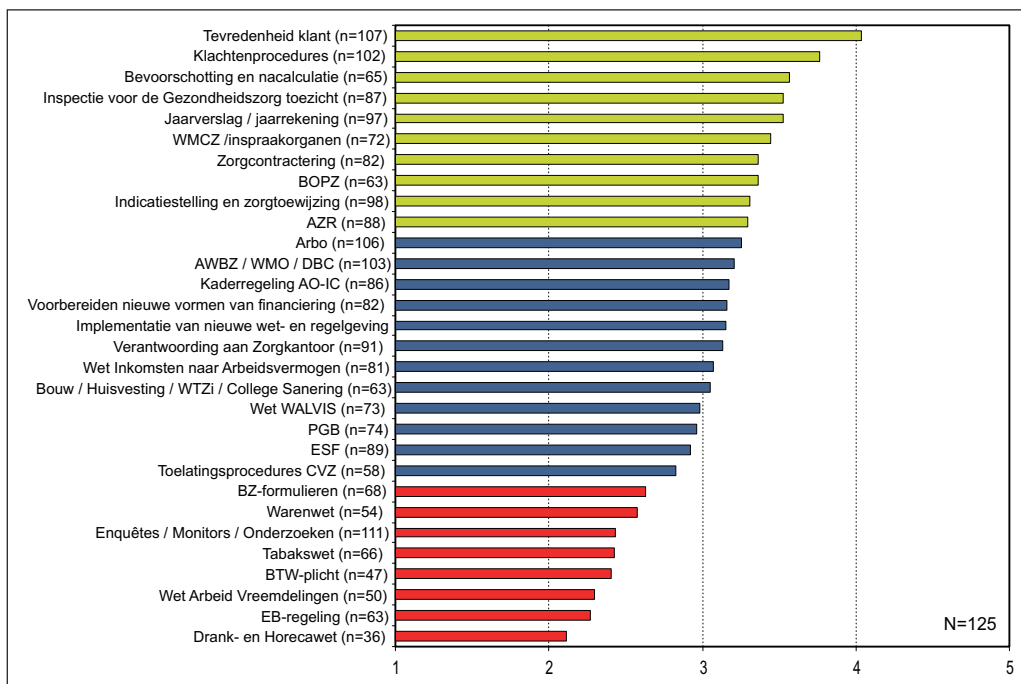
1.11 Opvallend is dat vooral een hoge omvang wordt ervaren voor de onderwerpen die nieuw zijn, die een verandering uitdrukken of waar onlangs een wijzigingen in is doorgevoerd.

1.12 Duidelijk benedengemiddelde omvang van de administraties worden ervaren als het gaat om:

- a de PGB-regeling
- b de Drank- en Horecawet;
- c de BTW-plicht;
- d de Wet Arbeid Vreemdelingen.

Klantonderzoeken scoren het hoogst in rangorde waarde voor de organisatie

Figuur 1-3: Rangorde beleefde waarde administraties voor de organisatie



Legenda: 1=zeer klein, 2=klein, 3=gemiddeld, 4=groot, 5=zeer groot

Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

- 1.13 De scores lopen uiteen van 2,11 tot 4,04. De meeste waarde wordt toegekend aan:
- a tevredenheidsonderzoeken onder cliënten;
 - b klachtenprocedures;
 - c bevoorschotting en nacalculatie.

1.14 Geen van deze drie onderwerpen staat erg hoog op de lijst met beleefde omvang van de administraties. Opvallend is dat voor de onderwerpen die niet specifiek zijn voor de zorg dat daar een lage waarde voor de bedrijfsvoering wordt ervaren, zoals de tabakswet en de drank- en horecawet.

Citaat: De klant staat bij ons centraal. Bij het reduceren van de administratieve lasten mogen we niet vergeten dat de klant zelf daarbij een belangrijke rol kan spelen, kijk bijvoorbeeld naar het zorgleefplan. Het is dan wel van groot belang dat klanten geïnformeerd worden over de veranderingen en dat zij betrokken worden bij de implementatietrajecten.

- 1.15 De laagste waarde wordt toegekend aan:
- a de Drank- en Horecawet;
 - b de eigenbijdrageregelingen;
 - c de Wet Arbeid Vreemdelingen.

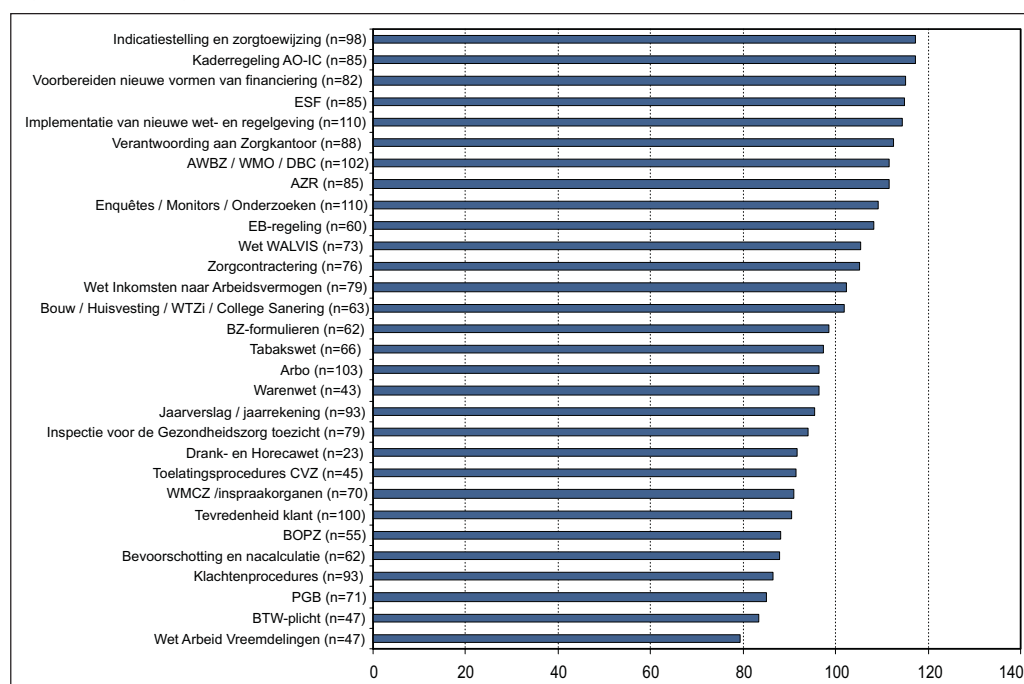
1.16 De Drank- en Horecawet en de Wet Arbeid Vreemdelingen staan laag op de lijst met beleefde omvang van de administraties; de omvang van de administratie van de eigenbijdrageregelingen scoort iets boven het gemiddelde.

Hoogste administratieve lasten voor de indicatiestelling en zorgtoewijzing en de kaderregeling

1.17 De index, de administratieve last dus, is berekend door de omvang van de administraties en de waarde ervan te combineren. De omvang hebben wij twee maal zo zwaar laten meewegen bij het berekenen van de index als de waarde. Dit hebben wij gedaan op basis van de bevindingen van de versnellingskamer waarin is geconcludeerd dat in eerste instantie de ervaren omvang de administratieve last bepaalt en in tweede instantie de ervaren waarde. Vervolgens hebben wij, voor een inzichtelijke vergelijking over de jaren heen, de gemiddelde index van 2005 op 100 gesteld.

1.18 In de volgende figuur is de rangorde van de lastenindex in 2005 opgenomen.

Figuur 1-4: Rangorde index 2005



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

1.19 Opvallend is dat bovenaan in de rangorde van de administratieve lasten veel onderwerpen staan waar onlangs grote veranderingen zijn doorgevoerd (Kaderregeling, AWBZ-brede zorgregistratie) en onderwerpen die gaan over het doorvoeren van veranderingen (voorbereiden nieuwe vormen van financiering, implementeren nieuwe wet- en regelgeving en voorbereiden WMO en DBC's). Dit vatten de onderzoekers op als een signaal dat de beleefde administratieve lasten wel eens meer over veranderingen zouden kunnen gaan dan over regelgeving.

1.20 De index van 2005 is op 100 gesteld. In de vragenlijst is gevraagd naar de ervaren omvang per onderwerp in 2004. Voor de waardebeleving zijn we er van uit gegaan dat deze dezelfde is geweest als in 2005. Vergelijken met de index van 100 in 2005 staat de index in 2004 op 92,1. De grootste toename in 2005 is te zien bij de Kaderregeling (deze was nog niet van toepassing in 2004).

Citaat: 'Eén jaarrekening voor iedereen zou voldoende moeten zijn. De bestuursverklaring is een goede toevoeging. De Kaderregeling voegt verder niets toe, integendeel. De huidige regeling nodigt ertoe uit om de uitkomst deels afhankelijk te maken van wat het zorgkantoor wil horen. Daarnaast komt het toetsingskader teveel uit de ziekenhuiswereld.'

Verschillen tussen de functiegroepen en de sectoren zijn niet groot

1.21 Wij zijn nagegaan of er verschillen zijn in de beleving van de administratieve lasten tussen de functiegroep en tussen de AWBZ-sectoren. Tabel 1-1 bevat een overzicht van de top vijf van de hoogste ervaren administratieve last per functiegroep.

Tabel 1-1: Top vijf ervaren administratieve last per functiegroep

	Bestuurder	Zorgmanager	Controller	Uitvoerende zorg en teamleiders	Medewerker P&O
1	Enquêtes, Monitors en Onderzoeken	Kaderregeling AO-IC	Indicatiestelling en zorgtoewijzing	Voorbereiden nieuwe vormen van financiering	Implementatie van nieuwe wet- en regelgeving
2	Kaderregeling AO-IC	Indicatiestelling en zorgtoewijzing	Verantwoording aan Zorgkantoor	Wet Inkomsten naar Arbeidsvermogen	ESF
3	ESF	Implementatie van nieuwe wet- en regelgeving	Kaderregeling AO-IC	Kaderregeling AO-IC	Wet WALVIS
4	Voorbereiden WMO en DBC	ESF	Voorbereiden nieuwe vormen van financiering	Indicatiestelling en zorgtoewijzing	Enquêtes, Monitors en Onderzoeken
5	Indicatiestelling en zorgtoewijzing	AZR	AZR	Implementatie van nieuwe wet- en regelgeving	Tabakswet

Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

1.22 Tabel 1-1 laat zien dat er verschillen zijn tussen de functiegroepen, hoewel die verschillen niet groot zijn. Er is geen enkel onderwerp dat in elke top vijf voorkomt. De kaderregeling AO-IC en indicatiestelling en zorgtoewijzing komen allebei vier keer voor en de ESF-subsidies en het implementeren van nieuwe wet- en regelgeving komen allebei drie keer voor. Verder zijn er een aantal opvallende administratieve lasten per functiegroep:

- a de enquêtes, monitors en onderzoeken en het voorbereiden van de WMO en de DBC's voor de bestuurders;
- b AZR voor de zorgmanager;
- c Verantwoording aan het zorgkantoor, voorbereiden van nieuwe vormen van financiering en de AZR voor de Controllers;
- d Het voorbereiden van nieuwe vormen van financiering en de Wet Inkomsten naar Arbeidsvermogen voor uitvoerende medewerkers zorg en teamleiders;
- e De enquêtes, monitors en onderzoeken, de Wet WALVIS en de Tabakswet voor de P&O medewerkers.

1.23 Tabel 1-2 bevat de top 10 administratieve lasten per AWBZ-sector.

Tabel 1-2: Top 10 beleefde administratieve lasten per AWBZ-sector

Onderwerp	Alle sectoren	GGZ	GZ	TZV&V
Indicatiestelling en zorgtoewijzing	1	4	8	1
Kaderregeling AO-IC	2	3	1	3
Vorbereiden nieuwe vormen van financiering	3	2	9	4
ESF	4	5	7	2
Implementatie van nieuwe wet- en regelgeving	5	1	NA (12)	5
Verantwoording aan Zorgkantoor	6	6	2	7
AWBZ / WMO / DBC	7	7	3	8
AZR	8	NA (11)	4	6
Enquêtes / Monitors / Onderzoeken	9	10	5	9
EB-regeling	10	9	6	10

Bron: *Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005*

1.24 De verschillen tussen de sectoren zijn heel klein. De gemiddelde index voor elk van de AWBZ-sectoren ligt dicht bij de 100, waarbij de index voor de gehandicaptensector net boven de 100 is (en daarmee net bovengemiddeld) en de index voor de overige twee AWBZ-sectoren net onder de 100. De top 10 van de beleefde administratieve lasten lijkt ook sterk op elkaar.

1.25 Voor de TZ-en-V&V-sector zijn alle onderwerpen in de top 10 gelijk aan de onderwerpen in de top 10 over alle sectoren. Dit wordt mede veroorzaakt doordat 12 van de deelnemende zorgaanbieders uit deze sector afkomstig zijn.

1.26 Het implementeren van nieuwe wet- en regelgeving komt niet voor in de top 10 voor de gehandicaptenzorg. Deze plaats wordt ingenomen door het onderwerp bouw. Opvallend is de relatief hoge administratieve last die in de gehandicaptenzorg ervaren wordt bij het voorbereiden van nieuwe vormen van financiering. Uit de interviews komt naar voren dat dit vooral komt door het stoppen van de 'vraaggestuurde bekostiging' en het uitstellen van de intramurale zorgzwaartebekostiging.

1.27 De AZR komt niet voor in de top 10 van de GGZ-sector. GGZ-instellingen hebben ook minder te maken met de AZR omdat dit alleen van toepassing is op het AWBZ-deel van hun productie. Daarvoor in de plaats komt de Tabakswet. Uit de interviews blijkt dat dit te maken heeft met het feit dat er in de GGZ relatief veel gerookt wordt door zowel door cliënten als medewerkers.

Zorgaanbieders ervaren administratieve verplichtingen verschillend

1.28 In de beantwoording van de internetvragenlijst en de interviews zijn verschillen in beleving van administratieve lasten tussen zorgaanbieders naar voren gekomen. Niet alle zorgaanbieders ervaren evenveel last voortvloeiend uit de administratieve verplichtingen. Een aantal organisaties is actief bezig om de eigen bedrijfsvoering te optimaliseren en passend te maken op de nieuwe vragen die vanuit de omgeving gesteld worden. Deze organisaties scoren vooral hoger op de ‘waarde’ die gehecht wordt aan de administratieve verplichtingen. Zij erkennen de toegevoegde waarde van een deel van de administratieve verplichtingen voor hun eigen bedrijfsvoering. Zo ervaren zij bijvoorbeeld de administratieve verplichtingen rondom de productie-administratie en verantwoording als minder belastend.

40% van de irritatiefactoren gevormd door inhoud van de regelgeving

1.29 In de vragenlijst is de invullers gevraagd aan te geven welke irritatiefactoren de administratieve last veroorzaken. Daarbij konden de invullers meer dan één irritatiefactor aankruisen. De analyse van de irritatiefactoren leverde het volgende beeld op:

Tabel 1-3: Irritatiefactoren

Irritatiefactoren	
Structuur	12%
Omvang en inhoud	28%
Aantal veranderingen	13%
Wijze waarop veranderingen worden doorgevoerd	15%
Samenhang	15%
Overbodige regelgeving	12%
ICT-ondersteuning	6%

Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

1.30 Opvallende bevinding is dat de omvang en inhoud van de regelgeving en de overbodige regelgeving samen goed zijn voor 40% van de gescoorde irritatiefactoren, maar dat de overige 60% wordt veroorzaakt door andere factoren.

Citaat: ‘Een grote bron van irritatie vormt het tijdsaspect van de terugkomst van de resultaten. Het tijdspad voor de aanlevering is wel dwingend, maar niet andersom. En wat nog erger is: er is geen mogelijkheid iets te doen, wanneer je het niet eens bent met de resultaten. Deze worden gewoon gepubliceerd.’

14 onderwerpen geselecteerd

1.31 Uit de 30 onderwerpen zijn voor nadere verdieping in de interviews 14 onderwerpen geselecteerd. Deze selectie is uitgevoerd op basis van de bevindingen van de versnellingskamer: de onderwerpen waarvan werd aangegeven dat die de hoogste omvang hadden en de laagste waarde zijn geselecteerd. Bovendien is voorrang gegeven aan de onderwerpen die specifiek voor de AWBZ zijn en relatief goed te beïnvloeden. De ESF-procedures zijn om die reden niet verder uitgewerkt in het onderzoek.

Interviews geven achtergrondinformatie bij gemeten scores

1.32 De resultaten uit de interviews zijn verwerkt in de generieke conclusies en de bevindingen op de lastenkaarten. Ook de in dit rapport opgenomen citaten zijn afkomstig uit de interviews.

Generieke conclusies geven zicht op brede schakering oorzaken irritaties

1.33 Hoofdconclusie is dat naast de omvang en inhoud van de regelgeving ook andere factoren een grote rol spelen. Hieronder volgt een overzicht van deze andere irritatiefactoren.

Structuurfactoren: onvrede en onduidelijkheid

1.34 Onvrede met het zorgsysteem of met de rolverdeling is strikt genomen geen administratieve belasting, maar wordt door de zorgaanbieders wel daaronder geschaard. Voorbeelden zijn onvrede met het opleggen van eigen bijdragen aan cliënten en het toekennen van een taak daarin aan de zorgaanbieders, of het uitvoeren van indicaties door het CIZ in plaats van door de eigen organisatie.

Citaat: 'Het zorgkantoor mag altijd schuiven en veranderen, de zorgaanbieder nooit.'

Citaat: 'De zorgsector is erg afhankelijk van de politiek. Lange termijn agenda's lopen tot de datum van de eerstvolgende verkiezingen en maken out-of-the-box discussies over systeemwijzigingen onmogelijk. De overheid communiceert niet duidelijk genoeg over haar visie. Dit zouden we niet moeten accepteren!'

Citaat: 'Het gedrag van de cliënt verandert. Het rappelleren door cliënten neemt toe, omdat ze het niet eens zijn met de basis voor de eigenbijdrageheffing: de hoeveelheid geleverde uren. Vaak gaan wij meteen over tot creditering, want dat is eenvoudiger en goedkoper dan alles te gaan uitzoeken!'

1.35 Herhaaldelijk bleek uit het onderzoek dat bij partijen onduidelijkheid heerst over inhoud en wijze van invoering van nieuwe regelgeving, over de planning ervan, maar vooral ook over het nut van de regelgeving. Dit geldt ook wanneer er wél informatie is verspreid. Blijkbaar bereikt de informatie de betrokkenen niet voldoende, of is men niet voldoende overtuigd.

Aantal veranderingen: verandermoeheid en scepsis

1.36 Regelgeving buitelt over elkaar heen, het ene is nog niet ingevoerd of het andere komt er alweer aan. Het invoeren van nieuwe of gewijzigde regelgeving wordt, zo blijkt uit het onderzoek, door de instellingen vaak ervaren als een te technische exercitie waarbij geen rekening wordt gehouden met de praktijk. Het is dan niet zozeer de regel zelf die irritatie wekt, maar de wijze waarop de regel wordt ingevoerd. Men is vooral beducht voor de veranderingen die de regel met zich meebrengen. Regelgeving wordt niet eerst getoetst op administratieve gevolgen en er is onvoldoende tijd om tot goede implementatie te komen. De bekostiging van de zorg in de GGZ-sector is illustratief voor het aantal veranderingen die doorgevoerd moeten worden: de introductie van de zorgverzekeringswet en daaraan gekoppeld de DBC's, de voorbereiding van de WMO en de zorgzwaartebekostiging voor de intramurale zorg.

De overheid voert teveel veranderingen tegelijkertijd door en eist van instellingen dat zij dit ook doen. De mensen op de werkvloer zijn steeds meer met administreren bezig. De overheid zou nauwkeuriger moeten monitoren wat de verhouding is tussen tijd beschikbaar voor zorg en de tijd nodig voor administratie bij uitvoerenden. Dat is een goede indicator voor de ervaren last.

Wijze waarop veranderingen worden doorgevoerd: regie ontbreekt

1.37 De instellingen zijn van mening dat de regie op de veranderingen ontbreekt. Nieuwe regels sluiten slecht aan bij bestaande of zijn daarmee soms zelfs in strijd. Inspanningen die zijn verricht om een nieuwe regel in te voeren worden in één klap waardeloos als blijkt dat het toch weer net even anders wordt. Een voorbeeld is de invoering van de functionele bekostiging in de gehandicaptenzorg. Had de sector zich eerst voorbereid op de vraaggestuurde bekostiging, op het laatste moment bleek dat de AWBZ-functies en klassen daarvoor in de plaats zouden komen. Kort daarna werd besloten om de (intramurale) bekostiging niet rechtstreeks op de functies en klassen te baseren, maar op de Intramurale Zorgarrangementen. Na een aantal proeftrajecten is vlak voor de invoering het proces tijdelijk stopgezet, om te onderzoeken of niet toch een andere clustering mogelijk zou zijn. Deze nieuwe clustering leek, in combinatie met een tariefstelling per AWBZ-sector, sterk op de bekostiging van de verpleeg- en verzorgingsdagen van vóór het tijdperk van de AWBZ-functies. Op dit moment wordt opnieuw nagedacht over de IZA's.

Citaat: 'Een voorbeeld is het zogenaamde faseverschil. De overheid heeft iets "ingevoerd", dit wil zeggen over de invoering gecommuniceerd. Het veld moet dan nog beginnen, terwijl de overheid intussen weer met iets nieuws komt.'

Citaat: 'De kamer en haar ministeries zijn zelf een belangrijke veroorzaker van administratieve lasten. Zij beseffen dit nog onvoldoende. Wat we in de sector nodig hebben, is een attitudeverandering van de politiek.'

1.38 Een ander aspect dat met regie te maken heeft, is de constatering dat er ook binnen de regelgeving op rijksniveau nog geen eenheid van taal is. Een voorbeeld is de definitie van het begrip ‘instelling’. In de Klachtwet is die definitie net even anders dan in de Wet Medezeggenschap Cliëntenraden, en de Inspectie Gezondheidszorg hanteert weer een andere definitie. In de situatie waarin de zorgaanbieders geacht worden zich ‘op instellingsniveau’ te verantwoorden (dus niet op het niveau van de holding) kan dit een probleem zijn. Een ander voorbeeld: voor hetzelfde zorgaanbod wordt in de indicatiestelling een andere terminologie gehanteerd dan in de bekostiging en weer een andere terminologie dan in de eigenbijdrageregeling. Dat leidt tot dubbele registraties, conversietabellen en misverstanden die later weer opgelost moeten worden.

Samenhang: versnippering van decentrale regelgeving en dubbele uitvraag

1.39 AWBZ-instellingen worden vooral geconfronteerd met versnipperde regelgeving als het gaat om gedecentraliseerde richtlijnen, als zij te maken hebben met meerdere organisaties die elk hun eigen regels hanteren over dezelfde onderwerpen.

1.40 Een voorbeeld is de verantwoordingsinformatie die aan zorgkantoren geleverd moet worden. Ieder zorgkantoor of in elk geval iedere concessiehouder hanteert daarvoor zijn eigen informatieset, maar instellingen die met meerdere zorgkantoren te maken hebben, moeten over een en hetzelfde onderwerp verschillende registraties bijhouden en op verschillende momenten rapporteren. Zelfs de definities kunnen verschillen. Dit probleem klemt des te meer, nu steeds meer zorgaanbieders door fusie een bovenregionaal werkgebied hebben.

Citaat: ‘WMO is toch weer een extra schot. De instelling heeft goede relaties met de gemeentes. Maar het bestuur en de lokale managers krijgen nu te maken met 48 gemeentes in plaats van 2 zorgkantoren.’

1.41 Een ander voorbeeld is de regelgeving rond de brandveiligheid. Elke brandweerregio heeft zijn eigen normen, hetgeen als belastend wordt ervaren voor instellingen die in meerdere regio’s intramurale capaciteit exploiteren of willen realiseren. Hetzelfde geldt voor het beleid van de welstandscommissies in de verschillende gemeenten, en voor andere bouwprocedures.

Citaat: ‘Een specifieke last die wij ervaren is het gebrek aan samenwerking tussen het CBZ, College Sanering en het CTG. Wij zijn bezig met de instandhouding en herontwikkeling van een terrein. Deze instanties wachten onnodig op elkaar met het geven van adviezen. CBZ heeft een advies nodig van het College Sanering voordat CBZ een advies kan geven aan het CTG om de kapitaalslasten in het budget te verwerken.’

1.42 De ergernis over incidentele informatievragen is groot. Het blijkt dat de informatievragende partijen soms onvoldoende op de hoogte zijn van de informatie die al wordt verzameld, en daardoor opnieuw hun vragen gaan stellen. Soms hanteren zij net weer andere definities en peildata, zonder dat dat voor hun onderzoek nodig zou zijn. Het nut van de vele enquêtes wordt lang niet altijd ingezien.

Overbodige regelgeving: controles gebaseerd op wantrouwen, regels zonder nut

1.43 Soms is het niet zozeer de regelgeving of de invoering die tot irritatie leidt, maar het feit dat de regels zo generiek in hun toepassing zijn. Het uitgebreid bevragen van een zorgaanbieder die zijn zaak niet op orde heeft, heeft een duidelijk nut. Maar voor zorgaanbieders die jaren achter elkaar hebben aangetoond dat zij aan alle eisen voldoen, kan het toezicht wel wat minder, vinden de instellingen. De verantwoordings- en controlesystematieken zijn volgens de zorgaanbieders gebaseerd op een gebrek aan vertrouwen in het handelen van zorgaanbieders. Er zijn allerlei dubbelingen in de controles (accountant, CTG/Zaio, zorgkantoor, Inspectie voor de Gezondheidszorg) die ook nog eens een keer voor iedereen gelijk toegepast worden.

1.44 Uiteraard mogen bovengenoemde oplossingsrichtingen er niet toe leiden dat de inspanningen om overbodige regelgeving te schrappen, op een laag pitje worden gezet. Overbodige regelgeving is nog steeds een duidelijke bron van ergernis. Dat geldt zowel voor het invoeren van als overbodig ervaren regels als voor het achterwege laten van het schrappen van oude regels bij het invoeren van nieuwe.

Citaat: 'De Warenwet is een rigide gebeuren en dat geldt soms ook voor de handhaving. Voor een kapot tegeltje krijgt de instelling € 1000 boete. Nederland schiet door op incidenten.'

Citaat: 'De overheid is met de minutenregistratie doorgeschoten. Deels hebben de zorgaanbieders dit een beetje zelf over zich afgeroepen. Met name de intramurale zorg heeft de deur lang dichtgehouden naar de buitenwereld toe.'

Onderzoeksbevindingen geven perspectief op oplossingsreeks

1.45 De onderzoekers concluderen op grond van de bevindingen in de eerste plaats dat het schrappen van regels alléén het vraagstuk van de administratieve lasten niet kan oplossen. Er is daarnaast behoefte aan oplossingen die tegemoetkomen aan bijvoorbeeld de irritatie over het invoeren van veranderingen of over de onduidelijkheid en het gebrek aan regie. Overigens willen wij daarmee niet de illusie wekken dat de beleefde administratieve lasten ooit geheel kunnen worden weggenomen. Vooral de irritatie die voortkomt uit onvrede met het achterliggende zorgstelsel is met dit type maatregelen niet te verhelpen.

1.46 Met het benoemen van de oplossingsrichtingen betekent niet dat er op dit moment niets in die richting gebeurt. Integendeel, er zijn voorbeelden van acties die perspectief bieden op een duidelijke lastenreductie. De belangrijkste daarvan zijn de introductie van het jaardocument maatschappelijke verantwoording, het harmoniseren van de informatieuitvraag door de overheid en het stroomlijnen van het gebruik van begrippen en definities in het proces van indicatiestelling, productieregistratie en verantwoording. De oplossingsrichting zoals hieronder beschreven zijn bedoeld als ondersteuning van en aanvulling op deze acties.

- 1.47 Wij onderscheiden drie generieke oplossingsrichtingen:
- a Vergroten van het zelfregulerend vermogen in de zorgketen.
 - b Onderhoud aan de wet-en regelgeving;
 - c Versterken van het verandermanagement.

1. Stimuleer het zelfregulerend vermogen en de ontkokering van de keten

1.48 Naast maatregelen in de sfeer van de regelgeving zelf en in de sfeer van de invoeringstrajecten bevelen wij aan om aandacht te besteden aan de wijze waarop partijen met elkaar omgaan. Als taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk zijn, moeten partijen elkaar daar ook op aan willen spreken. Dat zou moeten leiden tot wederzijds begrip en een minder rigide toepassing van de regelgeving. Deze oplossingsrichting zou bijvoorbeeld kunnen helpen bij het reduceren van de administratieve lasten rondom herindicaties en vervolgindicaties en het verkrijgen van toestemming van het zorgkantoor voor het leveren van incidentele zorg.

1.49 Wij bevelen het ministerie van VWS op dit punt aan om een aantal projecten te starten in regio's waarin zorgaanbieders, zorgkantoren, CIZ, CT/Zaio samen participeren in het verbeteren van de informatie-uitwisseling en verantwoording in de regio. De irritaties die zorgaanbieders op dit punt ervaren en die in deel 2 tot en met 5 van dit rapport in detail zijn uitgewerkt kunnen daarvoor als kapstok dienen.

Citaat: 'Gemeenten en zorgkantoren moeten worden gestimuleerd om uniform te werken. Zonder uniformiteit zullen wij worden geconfronteerd met een zeer groot aantal onderhandelingspartijen die ons elk hun eigen spelregels en procedures zullen opleggen met grote administratieve lasten tot gevolg.'

Citaat: 'Er zijn te grote verschillen tussen zorgkantoren. Een vergelijkbare cliënt kan in de ene regio een andere hoeveelheid zorg krijgen dan in de andere. Ook worden in sommige regio's instellingen tegen elkaar uitgespeeld door de toekenning van de A- of een B-status.'

2. Onderhoud aan wet-en regelgeving

1.50 In deel 2 tot en met 5 van dit rapport wordt per administratieve last een groot aantal verbetervoorstellen gedaan. Wij adviseren uiteraard deze oplossingsrichtingen ter hand te nemen. In deze detailoplossingen zijn een aantal rode draden te onderscheiden: het schrappen van overbodige wet- en regelgeving, het differentiëren van verantwoordingsverplichtingen, het harmoniseren van versnipperde regelgeving en het toegankelijk maken van bestaande datasets. Deze lichten we hier toe.

1.51 Per onderwerp is regelgeving geïdentificeerd die overbodig is en vaak gebaseerd is op een gebrek aan vertrouwen in het handelen van de zorgaanbieders. Een voorbeeld hiervan zijn vormen van materiele controle door zorgkantoren op de rechtmatigheid van de verleende zorg.

1.52 In een aantal situaties hebben de onderzoekers geconcludeerd dat onder het schrappen van regelgeving ook kan worden begrepen: het vervangen van als overbodig ervaren regels door regels die wél als relevant worden ervaren. Regelingen die vastleggen op welke wijze iets moet gebeuren, worden als minder zinvol ervaren dan regelingen die vastleggen wat de uitkomst van de inspanningen zou moeten zijn. Een voorbeeld is het vervangen van verantwoording van processen door verantwoording van prestaties.

Citaat: ‘Op de eerste plaats zijn goede afspraken nodig over het gewenste resultaat. Daarbij moet worden afgestapt van de huidige voor alles en iedereen gelijksoortige en gedetailleerde administratie voor alle cliënten voor alle 365 dagen/uren en minuten per jaar. Laat de systematiek voor registratie en verantwoording beter aansluiten bij de praktijk (op de werkvloer).’

1.53 De Inspectie Gezondheidszorg heeft een begin gemaakt met het zogenoemde gefaseerd en gelaagd toezicht. Eerst wordt er een quick scan gehouden, en alleen als de uitkomsten daartoe aanleiding geven, wordt er verder onderzoek verricht. Dit principe kan mogelijk verder worden uitgewerkt en een rol spelen bij de reductie van lasten. Instellingen die een aantal jaren achtereen hebben aangetoond dat zij aan alle eisen voldoen, zouden daarna kunnen volstaan met een lichtere vorm van verantwoording en toezicht. Dit zou bijvoorbeeld ingevoerd kunnen worden bij de verantwoording door de zorgaanbieders aan het zorgkantoor.

1.54 Een concrete mogelijkheid lijkt zich voor te doen bij de verdere invoering van het jaardocument maatschappelijke verantwoording biedt op dit moment kansen. Instellingen die het jaardocument volledig invullen, worden nu al vrijgesteld van andere verplichtingen, en bezien zou kunnen worden of dit systeem nog verder kan worden uitgebreid door bijvoorbeeld ook de verantwoording naar gemeenten, zorgkantoren en de nacalculatie voor het CTG/Zaio meer in het jaardocument te betrekken.

1.55 Om ook op dit punt het zelfregulerend vermogen van de sector te versterken, kan worden overwogen om te inventariseren welke instellingen op het punt van registratie en verantwoording als best practice kunnen worden beschouwd. Zij kunnen de andere instellingen voorzien van tips.

1.56 De instellingen zouden harmonisatie van versnipperde decentrale regels zeer op prijs stellen. Het gaat dan om verantwoordingsverplichtingen, maar ook om spelregels voor zorgcontractering en uitwisseling van AZR berichten. Om de administratieve lasten van de zorgaanbieders in de toekomst niet te vergroten bevelen wij ook aan om voor de WMO een landelijk productieregistratie en verantwoordingssystematiek te ontwikkelen.

Citaat: ‘De instelling moet voor extramuraal zowel aanleveren aan het zorgkantoor, namelijk de monitor, als aan CAK. Het zorgkantoor vraagt een periode van een maand, het CAK van 4 weken.’

Citaat: ‘De organisatie vraagt zich af, hoe kan het zijn dat het zorgkantoor alhier alle berichten afkeurt terwijl het softwarepakket (Gino) in Rotterdam niet tot problemen leidt. (AZR).’

1.57 Harmonisatie kan op twee manieren worden bereikt.

1.58 Een benadering van bovenaf zou kunnen leiden tot een extra regel, een overkoepelende regel die kaders stelt voor de gedecentraliseerde richtlijnen. Daarmee zou de paradox ontstaan dat extra regelgeving de administratieve lasten zou moeten oplossen. Bovendien heeft een dergelijke constructie het nadeel dat ingegrepen wordt in de beleidsvrijheid van de gedecentraliseerde regelgevers (in dit geval de zorgkantoren), terwijl er aan die beleidsvrijheid beleidsoverwegingen ten grondslag liggen.

1.59 Een alternatief is dat de gedecentraliseerde organisaties (zorgkantoren en gemeenten) zelf afspraken maken over harmonisatie. Op die wijze hebben zij zelf invloed op de inhoud van de nieuwe richtlijnen, terwijl toch harmonisatie wordt bereikt.

1.60 Om te voorkomen dat dubbele uitvraag nodig is bevelen de onderzoekers aan om bestaande datasets zoals die vanuit de AZR, het CIZ en het jaardocument zorg beter toegankelijk te maken. Het zullen vooral de instellingen en de brancheorganisaties zijn die hier een stap moeten maken.

1.61 Een voorbeeld van een project waar al over een dergelijke brede toegankelijkheid wordt gesproken, is de maatschappelijke verantwoording. Via de opstelling van het daarbij behorende dataprotocol overleggen partijen met elkaar in hoeverre de database waarin de verantwoordingsgegevens worden opgeslagen, een openbaar karakter kan krijgen.

Citaat: 'Al de huidige enquêtes en informatievragen veroorzaken constante last en irritatie. Ze hebben meestal niets te maken met de basisprocessen en zijn van beperkt nut voor de organisaties waar de operationele processen plaatsvinden. De wens van ons: stem nu eens met elkaar af wanneer iedereen iets wilt weten, eenmalig en voor iedereen.'

3. Versterken van het verandermanagement

1.62 Vanuit de gedachte dat juist het invoeren van veranderingen veel irritatie oproept, is de suggestie ontstaan om het invoeren van regelgeving veel meer dan voorheen te plaatsen in de context van het verandermanagement. Er is veel bekend over de weerstanden die veranderingen op kunnen roepen en de wijze waarop deze kunnen worden voorkomen of weggenomen, maar die kennis en ervaring wordt nog niet altijd ingezet in het regelgevingstraject. De onderzoekers bevelen aan om zo spoedig mogelijk het verandermanagement te versterken.

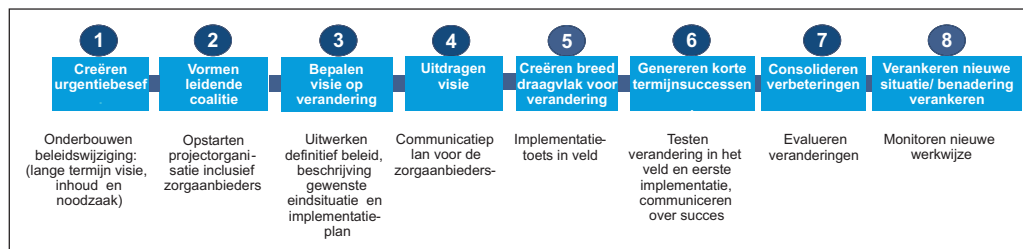
1.63 Binnen het vakgebied verandermanagement wordt het acht-stappenmodel van Kotter veel gebruikt als referentie voor het succesvol doorvoeren van veranderingen. De acht stappen zijn:

- a Creëren urgentiebesef;
- b Vormen leidende coalitie;
- c Bepalen visie op de te realiseren verandering;
- d Uitdragen visie;
- e Creëren breed draagvlak voor verandering;
- f Genereren korte termijn successen;
- g Consolideren verbeteringen;
- h Verankeren nieuwe situatie/benadering verankeren.

1.64 Een concrete aanbeveling is om de grote veranderingsprojecten (jaardocument, zorgzwaartebekostiging, overheveling deel van de GGZ naar de curatieve zorg, invoeren DBC's) door te lichten op de mate waarin invulling is gegeven aan de acht factoren voor het succesvol doorvoeren van veranderingen. Een concrete mogelijkheid is verder het bevorderen van de competenties op het gebied van verandermanagement bij het ministerie van VWS. Het inzetten van die competenties in de genoemde grote projecten kan veel irritatie voorkomen.

1.65 Ter illustratie van de operationalisering van het acht stappenmodel volgt hieronder een figuur met het stappenplan van Kotter, gekoppeld aan concrete suggesties voor operationalisering in de verandertrajecten van het ministerie.

Figuur 1-7: Factoren en stappen verandermanagement



Bron: Kotter, 1995, *Eight steps to transforming your organisation*

1.66 Communicatie is een belangrijk onderdeel van verandermanagement. De onderzoekers raden sterk aan een extra impuls te geven aan de communicatie tussen overheid en andere partijen, waaronder zorgaanbieders en tussen overheidsinstanties onderling. Het waarom en hoe van nieuwe regels zal nog duidelijker en nog beter afgestemd op de ontvanger moeten worden. Van al langer bestaande regels zal het waarom en hoe opnieuw onder de aandacht moeten worden gebracht. Datzelfde geldt voor communicatie over bijvoorbeeld het uitblijven van verwachte veranderingen, want ook dat kan irritatie oproepen.

Citaat: ‘Als de overheid haar planning niet haalt, dan moet zij ook de “druk van de ketel” halen bij de zorginstellingen. Dit gebeurt nu niet. Sterker nog, onze druk neemt toe omdat wij door het verschuiven van de planning van de overheid nog minder tijd hebben voor het doorvoeren van de verandering in onze organisatie.’

1.67 Een voorbeeld is dat van de eigenbijdrageregeling, waar de irritatie deels voortkomt uit het feit dat men het nut van een eigen bijdrage op zich betwijfelt, of van mening is dat de instelling hierin geen taak zou moeten hebben. In het project Alexander is al eens onderzocht welke consequenties het zou hebben als de eigen bijdrage zou worden afgeschaft of als een globalere regeling zou worden gehanteerd. Er is toen geconcludeerd dat dit zou leiden tot een forse premiestijging of tot inkomstenderving of -verschuiving van de lasten per cliëntengroep; dat werd ongewenst geacht. Deze conclusie lijkt bij de instellingen nauwelijks bekend en kan dus nadrukkelijker dan tot nog toe het geval is geweest, worden gecommuniceerd.

1.68 Een ander voorbeeld is de introductie van de Kaderregeling. Het doel van de Kaderregeling is het verbeteren van de betrouwbaarheid van de productieregistratie van de instellingen. Op het moment dat de instellingen zelf de rechtmatigheid, juistheid en volledigheid van de productie op orde hebben, kunnen de materiele controles door het zorgkantoor komen te vervallen. Bovendien kan dan overgegaan worden naar een systematiek waarbij de instelling zijn inkomsten krijgt op basis van facturering van de productie. Daarmee kan de huidige procedure van bevoorschotting en nacalculatie via het CTG/Zaio komen te vervallen. De Kaderregeling kan zo op termijn tot een reductie van administratieve lasten leiden. Bij zorgaanbieders is dit toekomstperspectief niet bekend en wordt de Kaderregeling ervaren als weer een extra en overbodige controle.

1.69 Winst kan ook worden geboekt door de communicatie over de resultaten van incidentele informatievragen beter terug te koppelen. Instellingen ontvangen dan iets terug voor hun inspanningen.

Citaat: 'Daar waar een terugkoppeling plaats vindt, komt deze te laat, na negen maanden of langer. Dan heb je er niets meer aan.'

1.70 Wij stellen voor om door te gaan op de weg om voor de communicatie meer en meer de moderne technieken te gaan gebruiken. Juist de doelgroep die wordt geconfronteerd met registratie- en verantwoordingsverplichtingen, is een groep die gebruik maakt van ICT en dan ook kennis kan nemen van berichten die langs die weg worden gecommuniceerd. Een website met veelgestelde vragen of een dagelijkse tip bij het opstarten van een programma zijn concreet te realiseren activiteiten.

1.71 Bij succesvol verandermanagement is het van belang om de regie op de veranderingen in de regelgeving te borgen. Wij stellen voor om een zogenoemd jaarscript op te stellen. Een jaarscript is te zien als een verdere uitwerking van de onlangs door VWS uitgegeven fact sheet ontwikkelingen in de AWBZ 2006. Dit is een gezamenlijk opgestelde kalender waarin exact wordt weergegeven met welke veranderingen in de regelgeving de instellingen het komende jaar wordt geconfronteerd en wat dat voor hem betekent. Een meerjarenkalender behoort ook tot de mogelijkheden. De kalender is voorzien van een toelichting op de samenhang tussen de activiteiten, een tijdsplanning en een rolverdeling. De opstelling van de kalender is een gezamenlijk proces, omdat het gaat om een afspraak. De regelgevers verplichten zich om naast de in de kalender opgenomen activiteiten geen wijzigingen in de regelgeving op te nemen, tenzij alle partijen het daarmee eens zijn (bijvoorbeeld omdat het leidt tot een verdere reductie van administratieve lasten). Ook in calamiteitssituaties kan van de afspraak worden afgeweken. Omgekeerd zeggen de instellingen toe zich te zullen inspannen om de aangekondigde veranderingen tijdig in te voeren. Op deze wijze stimuleert een jaarscript het 'zelfregulerend vermogen' van de zorgsector. Partijen kunnen elkaar aanspreken op duidelijk overeengekomen activiteiten en worden uitgenodigd gezamenlijk tot oplossingen te komen.

Citaat: 'Vorbereiding van deze nieuwe financieringsvormen kost veel tijd, als je braaf alles zou doen wat van je gevraagd wordt. Soms voorzie je dat iets niet doorgaat (IZA's) en laat je het dus liggen.'

1.72 Een dergelijk jaarscript biedt alle partijen houvast, en stelt de instellingen in staat zich goed voor te bereiden. Daarnaast dwingt het de regelgevers goed te letten op de samenhang (of juist het ontbreken ervan). Effecten van de ene verandering op de andere verandering worden goed zichtbaar. In plaats van een geïsoleerde regel moet het denken in termen van de gehele zorgketen centraal komen te staan. Het jaarscript nodigt uit om te werken vanuit een integrale visie op regelgeving.

1.73 Het jaarscript kan verder dienen als instrument om het juiste tempo van verandering te kiezen, in het perspectief van alle veranderingen die in het script zijn aangegeven. Wij stellen voor om het tempo te baseren op de tijdsyclus van planning en control in de instellingen. Op die wijze wordt het minste inbreuk gepleegd op de reguliere bedrijfsvoering en komen de veranderingen niet op tijdstippen dat de instellingen vanwege andere verplichtingen er onvoldoende aandacht aan kunnen besteden.

1.74 Het element 'eenheid van taal', genoemd als een van de aspecten van de regiefunctie, is een element dat bij de invoering van nieuwe regelgeving kan worden meegenomen. Elke wijziging in de regelgeving is een kans om te komen tot harmonisatie van definities. Wij bevelen dus niet aan om van de eenheid van taal een aparte actie te maken, zodat regelingen alleen om die reden moeten worden opengebroken.

1.75 Een concrete aanbeveling voor het ministerie van VWS is om met alle regelgevers op korte termijn te starten met het voorbereiden van het jaarscript voor 2007.

1.76 Binnen de overheid wordt momenteel onderzoek verricht naar het Common Commencement Dates (CCD) systeem. Met dit systeem kan de overheid met de sector communiceren over verandertrajecten en bijbehorende tijdsplanningen. Instellingen kunnen in het CCD-systeem opvragen welke regelgeving op de organisatie van toepassing is, welke regelgeving in voorbereiding is en wat de verwachte invoerdatum is. Wij adviseren om te verkennen of een dergelijk systeem geschikt is voor de communicatie over het jaarscript.

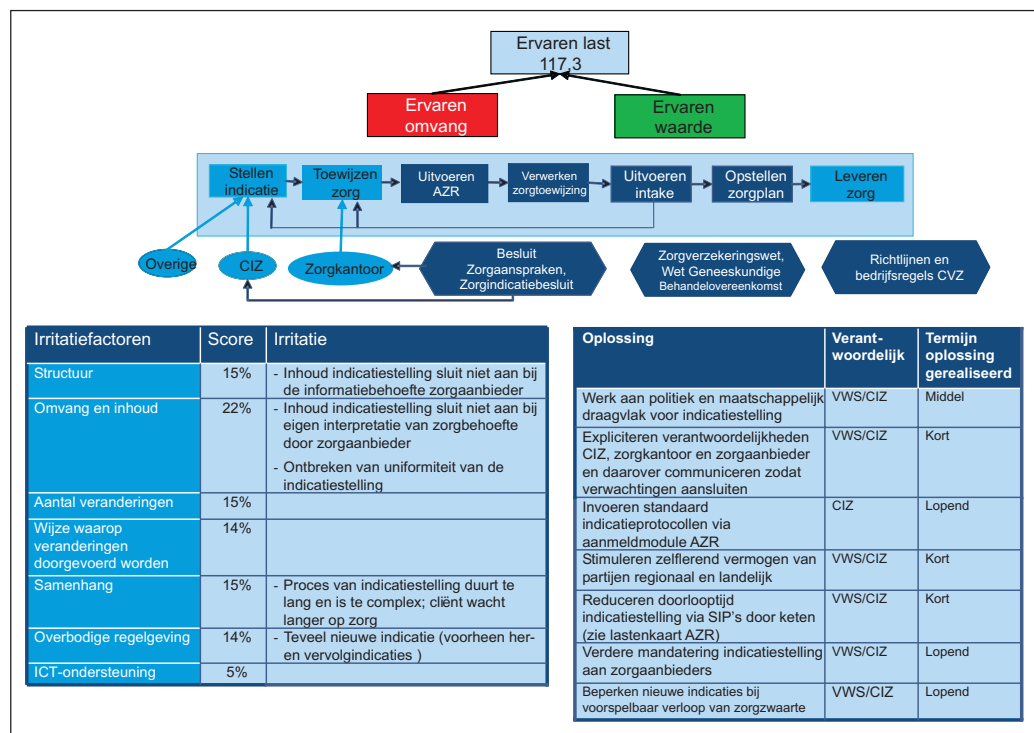
Deel 2: Bevindingen en oplossingsrichtingen voor de informatieuitwisseling in het zorgproces

Voor dit cluster zijn drie onderwerpen geselecteerd waarvoor door de zorgaanbieders een relatief zware last wordt ervaren: indicatiestellingen en zorgtoewijzing, de AWBZ-brede zorgregistratie en de Eigenbijdrageregeling. Deze onderwerpen zijn in diepte-interviews met zorgaanbieders en 'veroorzakers' besproken om de irritaties en de oplossingsrichtingen te identificeren.

2 Indicatiestelling en zorgtoewijzing

2.01 In dit hoofdstuk en de daaropvolgende wordt steeds één specifiek onderwerp behandeld. De beurt is als eerste aan de indicatiestelling en zorgtoewijzing, omdat dit het onderwerp is met de hoogste lastenindex, dus de zwaarst ervaren last. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 2-1: Lastenkaart indicatiestelling en zorgtoewijzing



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

2.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 117,3. De gemiddelde index voor 2005 is op 100 gesteld. De ervaren omvang en de ervaren waarde voor de bedrijfsvoering worden als bovengemiddeld ervaren (respectievelijk rood en groen gekleurd).

Wet- en regelgeving, proces en actoren

2.03 Het belang van de indicatiestelling voor de zorgaanbieder is groot omdat een geldige indicatie een voorwaarde is voor bekostiging van de instelling.

2.04 De wet- en regelgeving legt niet alleen de bevoegdheden van partijen vast, maar ook onder meer de inhoud en de wijze van de berichtgeving, de termijnen waarbinnen de indicatie moet zijn afgerond. Het indicatiebericht wordt door het CIZ naar het zorgkantoor gestuurd. Na controle wijst het zorgkantoor de zorg toe, waardoor voor de cliënt de mogelijkheid wordt geopend om zich te melden bij een zorgaanbieder. Zorgkantoren hanteren niet allemaal dezelfde toewijzingsprocedure; soms bemiddelt het zorgkantoor actief, soms wordt de naam van de cliënt op een speciale website geplaatst, zodat de zorgaanbieders de cliënt zelf kunnen benaderen.

Citaat: 'Wij hebben één van onze medewerkers een laptop gegeven. Zij staat 's morgens vroeg op, om thuis op internet te kunnen zien welke nieuwe cliënten er op de website staan. Dan kunnen wij als eerste contact opnemen en hebben we meer kans om de cliënt binnen te halen.'

2.05 De zorgaanbieder houdt vervolgens een intakegesprek. Als de zorgaanbieder en de cliënt van mening zijn dat er andere zorg nodig is dan was geïndiceerd of toegewezen, wordt opnieuw contact opgenomen met het CIZ of het zorgkantoor. Dat is ook het geval als de indicatietermijn om is, of als de zorgzwaarte verandert.

2.06 In relatie tot de administratieve lasten is het van belang om op te merken dat er een traject is ingezet om het indicatieproces te vereenvoudigen. Een deel van de indicaties wordt gemandateerd aan de zorgaanbieders en er wordt steeds meer gewerkt volgens standaardindicatieprotocollen via de aanmeldmodule van de AZR. Verder loopt er een traject om bij een voorspelbaar verloop van de zorgzwaarte te komen tot een vereenvoudiging van de nieuwe indicaties.

2.07 Belangrijkste actoren zijn naast de zorgaanbieder het CIZ en het zorgkantoor.

Irritatiefactoren

2.08 De verhouding tussen de verschillende irritatiefactoren is ongeveer gelijk aan de gemiddelde verhouding. Het percentage irritaties veroorzaakt door de structuur is iets bovengemiddeld.

Irritaties

2.09 Een irritatie die te maken heeft met het systeem achter de indicatiestelling, is verwoord als 'de inhoud van de indicatiestelling sluit niet aan bij de informatiebehoefte van de zorgaanbieder'. De indicatie is geformuleerd in termen die voor de zorgaanbieder nog onvoldoende concreet zijn om er een zorgplan op te baseren. Daardoor ontstaat bij de zorgaanbieder de gedachte dat hij de indicatiestelling nog eens over moet doen, en dat zonder enige financiële tegemoetkoming.

2.10 Deze opvatting sluit niet aan bij de bedoeling achter de indicatiestelling. De taak van het CIZ is claimbeoordeling, op hoofdlijnen vaststellen waar de cliënt recht op heeft. Het is vervolgens aan de zorgaanbieder om de indicatie te vertalen in een concreet aanbod.

2.11 Een irritatie die te maken heeft met de inhoud van de regelgeving, is dat de inhoud van de indicatie naar de mening van de zorgaanbieders niet altijd en uniform is. Het CIZ zou te weinig deskundig zijn om met name over de wat complexere indicaties (in de intramurale maar ook in de extramurale zorg als gevolg van de visie “langer thuis blijven wonen”) een goed oordeel te kunnen geven. Het zou dan ook beter zijn, zo vinden zorgaanbieders, als die indicaties overgelaten worden aan de zorgaanbieders en als daarop – ter borging van de objectiviteit – steekproefsgewijs zou worden gecontroleerd.

2.12 Daarnaast zou het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing te lang duren, vooral als er spoed geboden is. Als de zorgaanbieder een cliënt wel in zorg neemt maar er later blijkt dat er meer zorg is geleverd dan waar de cliënt volgens het CIZ recht op heeft, kan de instelling financiële risico's lopen.

2.13 Als overbodige regelgeving ervaren de zorgaanbieders de regels voor nieuwe indicaties van cliënten die al in zorg zijn (voorheen herindicaties of vervolgindicaties genoemd). Voor elke indicatie moet weer het volledige traject worden doorlopen, met alle lasten en financiële risico's van dien.

Oplossingen

2.14 Een eerste oplossing is het communiceren van de werkelijke rolverdeling binnen de indicatiestelling. Misverstanden kunnen dan uit de weg geruimd worden. Overigens bleek uit het onderzoek dat de meningen van de zorgaanbieders niet steeds gelijklopend waren. Sommigen zouden het liefst terugkeren naar de situatie waarin de indicaties door de zorgaanbieders werden gesteld, anderen zijn voorstander van een strikte scheiding en ervaren het niet als een extra last om zelf een intakegesprek met de cliënt te houden.

Citaat: 'Inderdaad, wij doen de indicering opnieuw, maar dat doe je in ons geval van verpleeg- en verzorgingstehuis toch altijd? Je maakt kennis, contact, het hoort allemaal bij het proces. Daarom kan het CIZ ook 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.'

2.15 Het vraagstuk van de inhoudelijke aansluiting tussen de interpretatie van het CIZ en die van de zorgaanbieders en de uniformiteit van de indicatiestelling wordt voor de 'eenvoudigere casussen' opgelost door het traject van de standaardindicatieprotocollen en het gebruik van kennissystemen en beslismomen door het CIZ. Het CIZ werkt op dit moment aan het invoeren hiervan. Voor de meer 'complexe casussen' heeft het CIZ een traject ingezet gericht op deskundigheidsbevordering van haar eigen medewerkers.

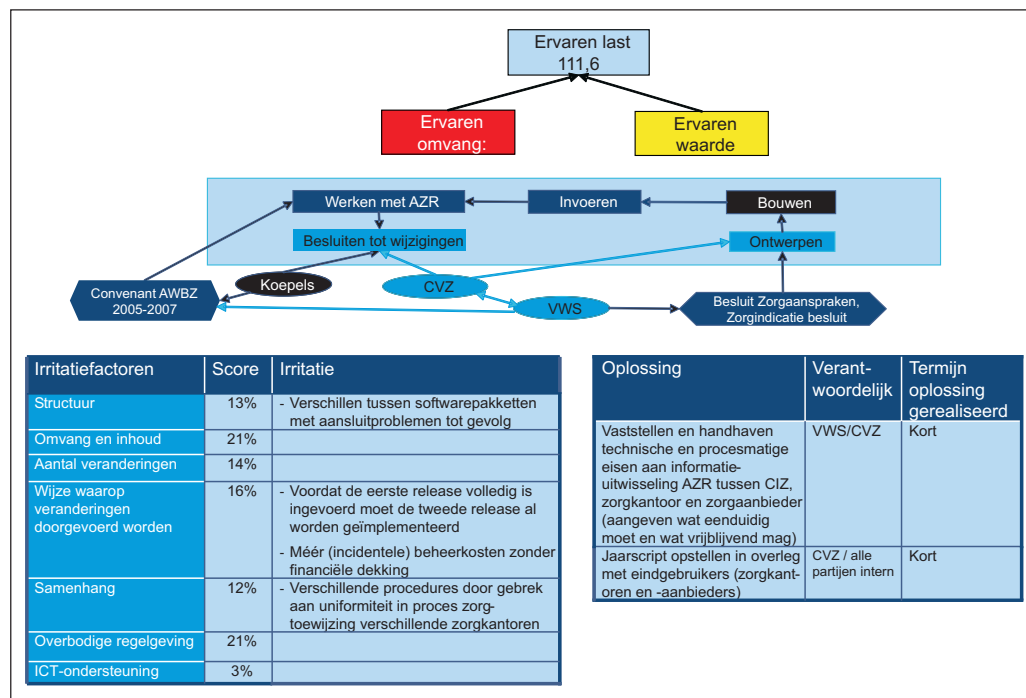
2.16 De snelheid van de indicatiestelling kan worden verbeterd door technische en procesmatige eisen te stellen (en deze te handhaven!) aan de informatieuitwisseling in het kader van de AZR. Zie voor meer informatie hierover de lastenkaart AZR. Ook een verdere mandatering van de indicatiestelling aan de zorgaanbieders zou hieraan een bijdrage leveren. Daarbij dient wel te worden bedacht dat de onafhankelijke indicatiestelling destijds is ontwikkeld onder meer omdat de keuzevrijheid van de cliënt erdoor zou toenemen.

2.17 De overige oplossingen worden nader beschreven als onderdeel van de generieke oplossingen in hoofdstuk 1.

3 AWBZ-brede zorgregistratie

3.01 De AZR is een regeling die gefaseerd wordt ingevoerd. Dat blijkt vanuit het oogpunt van administratieve lasten voordelen, maar ook nadelen te hebben. De administratieve last wordt als bovengemiddeld ervaren. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 3-1: Lastenkaart AZR



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

3.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 111,6. De gemiddelde index voor 2005 is op 100 gesteld. Deze hoge index wordt vooral veroorzaakt door de hoge omvang van de administratieve last; de ervaren waarde voor de organisatie is gemiddeld.

Wet- en regelgeving, proces en actoren

3.03 De AZR was oorspronkelijk bedoeld voor de registratie van wachtlijstgegevens. Later werd de registratie van zorgtoewijzing daaraan toegevoegd, en op dit moment wordt de toevoeging van eigenbijdrageheffing en bekostigingsgegevens voorbereid. Maximaal éénmaal per jaar wordt er een nieuwe release ingevoerd. Een aantal bestaande registratieverplichtingen zijn of worden na invoering van de AZR opgeheven.

3.04 Bij de invoering van de AZR is een groot aantal partijen betrokken: overheid, ZBO's en brancheorganisaties. Er is een convenant gesloten waarin een gezamenlijke inspanning is vastgelegd en waarin afspraken zijn gemaakt over termijnen van voorbereiding.

Irritatiefactoren

3.05 In de verhouding tussen de verschillende irritatiefactoren valt op dat een relatief groot percentage is gelegen in de factor 'overbodige regelgeving'.

Irritaties

3.06 De betrokkenheid van partijen bij de invoering van de AZR wordt door zorgaanbieders gewaardeerd. Ook het feit dat gekozen is voor een gefaseerde invoering in plaats van een majeure operatie in één keer, wordt positief beoordeeld. Er is echter ook een keerzijde. Het invoeringstraject wordt tegelijkertijd beschouwd als weinig daadkrachtig en erg langdurig. De voorzichtige start blijkt ruimte te hebben geboden voor interpretatieverschillen. Bovendien is de complexiteit zo hoog, dat er een aantal kinderziektes is opgetreden waar de zorgaanbieders mee worden geconfronteerd.

3.07 Een van de concrete irritaties is het feit dat er verschillende softwarepakketten voor de AZR in gebruik zijn. Dat is bewust beleid van de overheid geweest (voorkómen van monopolies), maar het gevolg is dat er aansluitingsproblemen zijn tussen zorgaanbieders en zorgkantoor of tussen CIZ en zorgkantoor. Dit probleem speelt vooral bij zorgaanbieders die te maken hebben met meerdere CIZ-regio's of meerdere zorgkantoren, die niet dezelfde pakketten gebruiken.

3.08 Ondanks het feit dat afspraken over het tempo van invoering zijn gemaakt, vinden zorgaanbieders dat nieuwe releases al moeten worden ingevoerd voordat de vorige goed en wel in gebruik zijn genomen. Daar komt nog bij dat soms al op voorhand bekend is dat onderdelen van een nieuwe release weer moeten worden aangepast.

3.09 Irritatie komt verder voort uit het feit dat elke nieuwe release leidt tot de noodzaak om financieel te investeren, maar dat daar geen compensatie voor wordt geboden. Het meest gevoelig liggen de investeringen die nodig zijn vanwege het suboptimale functioneren van de AZR (kinderziektes) of vanwege het feit dat er nog doublures zijn: de BZ-formulieren, die zouden worden afgeschaft, moeten nog steeds worden ingevuld naast de AZR.

3.10 Een aantal zorgaanbieders maakt melding van een tekortschietende communicatie vanuit het zorgkantoor.

Citaat: 'De organisatie is niet tevreden over het beheer van het softwaresysteem. Dit systeem ligt er regelmatig uit. Het zorgkantoor informeert de zorgaanbieder niet over de oplostijd. Maar ook in het geval van regulier onderhoud krijgt de organisatie niet vooraf bericht. Wanneer de instellingen echt met AZR gaan werken, verwachten wij fikse problemen.'

3.11 Tot slot wordt gewezen op de soms tegenvallende uniformerende werking van de AZR. Blijkbaar was de verwachting dat van de AZR een harmoniserende invloed zou uitgaan op zorgtoewijzingsprocessen, indicatieprocessen of spelregels voor zorgcontractering. In de praktijk blijkt dat er ook met een AZR nog grote verschillen kunnen optreden.

Oplossingen

3.12 Als oplossing zien wij vooral een krachtdadig optreden van de overheid en/of het College voor zorgverzekeringen als het gaat om het stellen van eisen aan de informatieuitwisseling via de AZR. Door het ontwikkelen van concrete programma's van eisen zou het gebrek aan aansluiting tussen softwaresystemen op korte termijn uit de wereld geholpen moeten kunnen worden en zouden de ketenpartijen gestimuleerd worden tot harmonisatie van hun informatievragen.

3.13 Naast een krachtdadig optreden dient VWS duidelijk te communiceren over het doel van AZR (waar dient het wél en niet toe), passend bij de verschillende taken en verantwoordelijkheden van de partijen. Hierbij dient het tot een minimum beperken van de informatieuitwisseling wel één van de basisprincipes te blijven. Een graadmeter hiervoor kan zijn de mate waarin de informatieuitwisseling in de keten aansluit op de AO/IC in de zorgorganisatie.

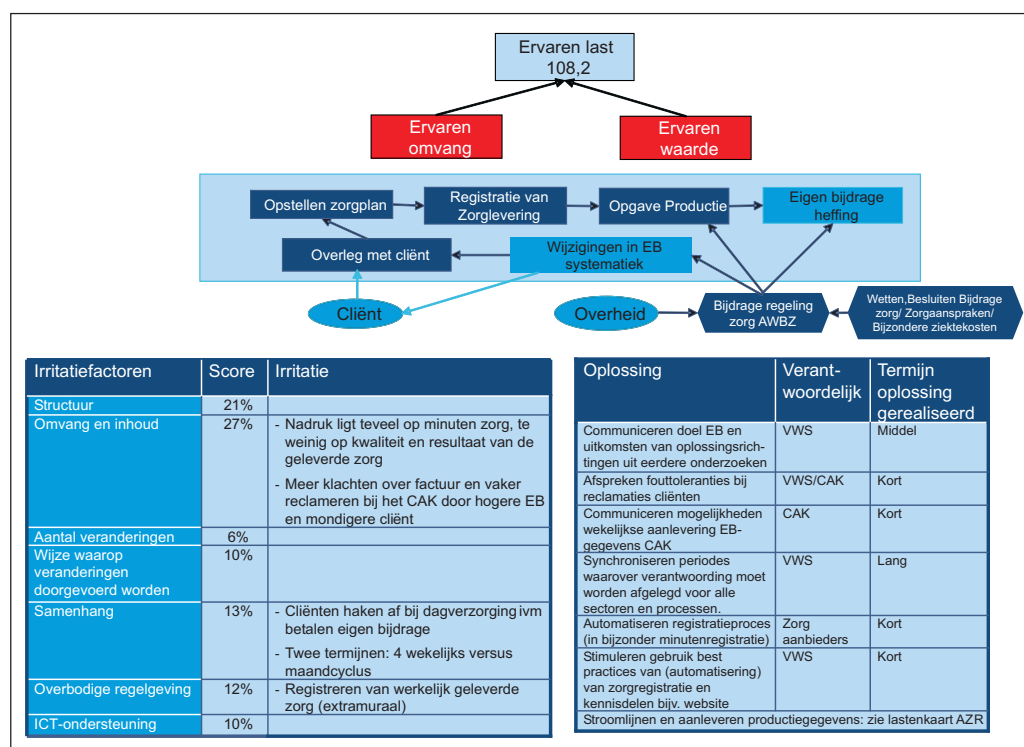
3.14 Verder dient zich hier vooral de oplossing 'jaarscript' aan. Herijking van het invoeringstraject en inbedding daarvan in een samenhangend jaarscript voor alle regelgeving waarmee zorgaanbieders te maken krijgen, moet een einde maken aan het voor het gevoel van de zorgaanbieders onvoldoende afgewogen invoeringstraject. Aanvullend raden wij aan om daarbij niet alleen de brancheorganisaties, maar ook de individuele zorgaanbieders en zorgkantoren te betrekken. En hoewel het proces zeker regionale componenten heeft, pleiten wij toch voor regie op landelijk niveau.

3.15 Tot slot wijzen wij nog op het al lopende traject om de huidige op de BIO-producten gebaseerde CAK-codes te vervangen door registratie via de AZR.

4 Eigenbijdrageregeling

4.01 De eigenbijdrageregeling wordt ervaren als een complexe regeling in zijn uitvoering, omdat voor het vaststellen van een eigen bijdrage een groot aantal soms moeilijk te genereren of te toetsen gegevens nodig is en vele partijen daarin een rol spelen. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 4-1: Lastenkaart eigenbijdrageregeling



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

4.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 108,2. De gemiddelde index voor 2005 is op 100 gesteld. Een als bovengemiddeld ervaren omvang van de administratieve last gaat gepaard met een als benedengemiddeld beschouwd belang voor de organisatie.

Wet- en regelgeving, proces en actoren

4.03 Voor de intramurale en de extramurale zorg gelden verschillende procedures. Niet alleen is de route anders, maar ook de grondslag: voor de extramurale zorg is het aantal geleverde zorgminuten bepalend, voor de intramurale zorg alleen het feit dat de cliënt in de instelling verblijft.

Irritatiefactoren

4.04 In vergelijking met de gemiddelde verdeling over de irritatiefactoren wordt de irritatie over de eigenbijdrageregeling voor een aanzienlijk groter deel veroorzaakt door structuurkenmerken (weerstand tegen het fenomeen eigen bijdrage of tegen de taak van een zorgaanbieder hierin). De irritatiefactor 'Aantal veranderingen' is hier relatief beperkt.

Irritaties

4.05 Het feit dat extramuraal de zorgminuten dienen als basis voor de eigen bijdrage, betekent voor de instellingen dat zij over een gedetailleerde tijdsregistratie moeten beschikken. Dat levert een aanzienlijke administratieve last op door de tijd die aan de registratie moet worden besteed. Ook speelt hier de twijfel over het nut van deze registratie: het accent zou te veel liggen op de hoeveelheid zorg en te weinig op de kwaliteit van de zorg. Er mag niet méér worden geleverd dan wat is geïndiceerd, en aandacht voor preventie staat onder druk. Zorgkantoren én cliënten letten volgens de zorgaanbieders te veel op de prijs.

4.06 Dat cliënten op de prijs gaan letten, blijkt uit de door zorgaanbieders gesignaleerde toename van het aantal klachten over of bezwaren tegen de hoogte van de eigen bijdrage. Als het argument daarbij is dat het aantal zorgminuten niet goed is vastgesteld, moet de instelling veel zoekwerk verrichten. Het CAK stelt in dit verband dat instellingen die goede elektronische hulpmiddelen gebruiken om de zorgtijd te registreren, nauwelijks met reclamaties worden geconfronteerd.

Oplossingen

4.07 De onvrede met het fenomeen eigen bijdrage kan (deels) worden weggenomen door meer inzicht te bieden in de functies die de eigen bijdrage heeft: behalve een drempel voor zorggebruik ook een onmisbare inkomstenbron in de AWBZ. Wij bevelen dus een communicatietraject aan.

4.08 Een aantal zorgaanbieders deed de suggestie om de relatie tussen zorgminuten en eigen bijdrage te verbreken en over te gaan op een meer globale wijze van vaststelling. Wij hebben, hoewel uitvoering van deze suggestie zeker zou bijdragen aan lastenreductie, een vermelding op de lastenkaart achterwege gelaten omdat het hier gaat om een wijziging in het zorgstelsel die buiten het bereik van dit onderzoek valt.

4.09 Klachten over een onjuist aantal zorgminuten kunnen worden verminderd door een beter gebruik van elektronische hulpmiddelen. Op dit punt zou gezocht kunnen worden naar best practices. Verder zou het klachten kunnen voorkómen als de inning van de eigen bijdrage zou worden versneld, zodat de cliënt zich de werkelijke situatie beter herinnert. Het is op dit moment al mogelijk om gegevens voor de eigen bijdrage wekelijks aan het CAK aan te leveren, maar deze mogelijkheid moet wellicht meer onder de aandacht worden gebracht. De suggestie van zorgaanbieders om een tolerantiemarge af te spreken (een foutmarge waarbinnen het CAK zelf kan corrigeren) blijkt op wettelijke bezwaren te stuiten.

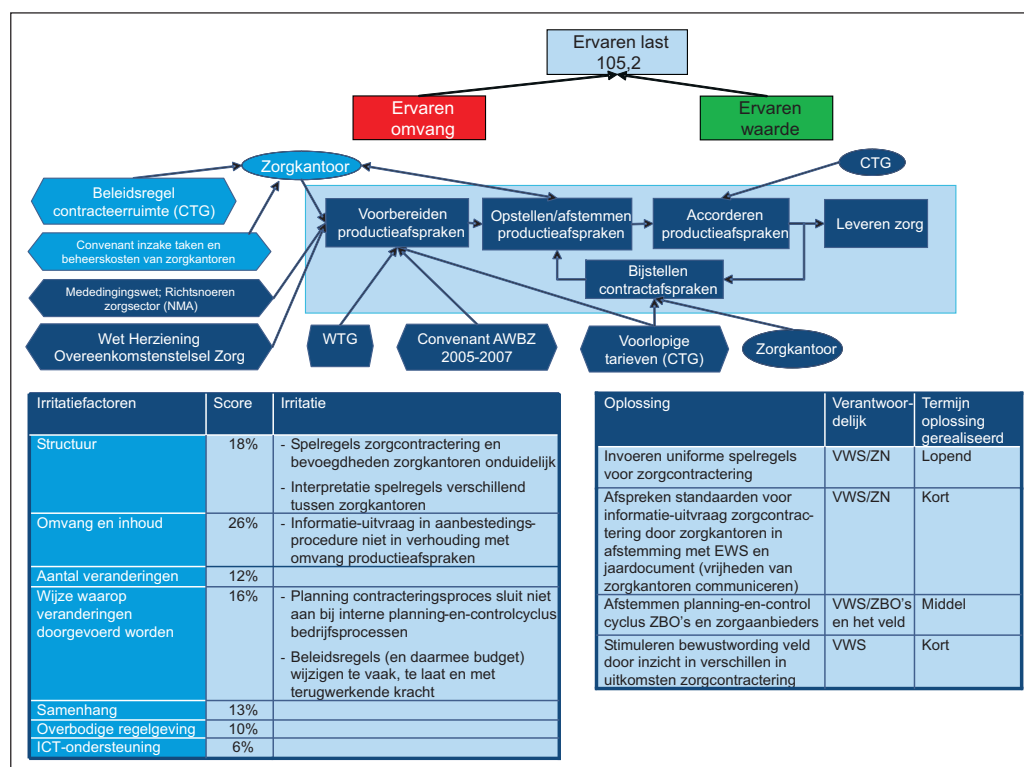
Deel 3: Bevindingen en oplossingsrichtingen voor de bekostiging en verantwoording in de AWBZ

Voor dit cluster zijn vijf onderwerpen geselecteerd waarvoor door de zorgaanbieders een relatief zware last wordt ervaren: Zorgcontractering, Verantwoording aan het zorgkantoor, Bevoorschotting en nacalculatie, Kaderregeling AO-IC en Bouw, huisvesting, Wet toelating zorginstellingen en College sanering ziekenhuisvoorziening. Deze onderwerpen zijn in diepte-interviews met zorgaanbieders en 'veroorzakers' besproken om de irritaties en de oplossingsrichtingen te identificeren.

5 Zorgcontractering

5.01 De productieafspraken die tussen zorgkantoren en zorgaanbieders worden gemaakt, worden geregeerd door enerzijds een aantal formele wetten en beleidsregels, en anderzijds minder formele regelgeving zoals een aantal convenanten en eigen spelregels van de zorgkantoren. N.b. Dit hoofdstuk heeft geen betrekking op de verantwoording aan het zorgkantoor; dit onderwerp wordt behandeld in hoofdstuk 6. De lastenkaart van de zorgcontractering ziet er als volgt uit.

Figuur 5-1: Lastenkaart zorgcontractering



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

5.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 105,2, dat is licht boven het gemiddelde van 100. De ervaren omvang is bovengemiddeld en de ervaren waarde eveneens.

Wet- en regelgeving, proces en actoren

5.03 Zorgcontractering is vooral een decentraal proces, waarin zorgkantoor en zorgaanbieder de belangrijkste actoren zijn. Daarnaast speelt het CTG/ZAio een rol.

Irritatiefactoren

5.04 Een relatief hoog percentage irritaties wordt veroorzaakt door de factor structuur. Er bestaat onduidelijkheid over de spelregels die zorgkantoren hanteren en er zijn te veel verschillen tussen de zorgkantoren. In een enkel interview kwam als achterliggende irritatie naar voren dat de zorgkantoren teveel een monopoliepositie hebben.

Citaat: 'De instelling is overgeleverd aan één zorgkantoor, hoezo marktwerking! Het zorgkantoor staat ondernemen niet toe. Budgetoverheveling tussen twee instellingen binnen deze groep van zorginstellingen zou vraag en aanbod in beide werkgebieden beter op elkaar doen aansluiten, maar dat mag dus niet. Het kromme is, dat een dergelijke overheveling bij andere zorgkantoorfamilies wel gebeurt.'

Irritaties

5.05 De irritatie over de onduidelijke en te veel uiteenlopende spelregels van de zorgkantoren is door de zorgaanbieders uitgebreid genoemd. Een citaat:

Citaat: 'Het zorgkantoor vroeg de organisatie het voortouw te nemen in het gezamenlijk in de regio opzetten van onvoorziene nachtcapaciteit. Wanneer dat is gelukt en in de pers is gepubliceerd, wil het zorgkantoor de invulling toch weer anders gaan doen.'

5.06 De aanbestedingsprocedures die sommige zorgkantoren op dit moment uitschrijven, leiden volgens de aanbieders tot hoge administratieve lasten omdat zeer veel gegevens moeten worden opgeleverd, ook gegevens waarvan men het verband met de aanbesteding niet ziet. Bovendien is de verhouding tussen inspanning en omvang van de te contracteren zorg soms zoek, zeker als het gaat om inschrijving op een voor de zorgaanbieder klein perceel.

Citaat: 'Wij moesten voor onze extramurale zorg van twintigduizend euro een bidboek invullen van meer dan 100 kantjes.'

5.07 Voor veel irritatie zorgt ook de timing van het contracteringsproces. Op basis van de begroting van het ministerie van VWS, die op de derde dinsdag van september openbaar wordt gemaakt, maakt het CTG/ZAio de vertaling in beleidsregels en contracteeruimte. Vervolgens komt er begin december een aanwijzing van de minister, waarna het CTG/ZAio half december de definitieve beleidsregels naar buiten brengt. De zorgaanbieder dient in januari zijn voorstel tot productieafspraken in, maar het zorgkantoor kan nog tot maart wijzigingen aanbrengen voordat het de productieaanspraken bij het CTG/ZAio indient. In de maand maart geeft het CTG/ZAio dan het budgetformulier uit, en pas dan weet de zorgaanbieder waar hij voor dat jaar aan toe is. Zorgaanbieders beschouwen dat als een fors risico. Bovendien sluit de timing in het geheel niet aan bij de planning-en-controlcyclus van de instelling. Zorgaanbieders geven aan dat het er op neerkomt dat zij hun in het najaar opgestelde begroting tweemaal bijstellen: bij het verschijnen van de beleidsregels en bij het vaststellen van het budget. Soms zijn er ook nog tussentijdse wijzigingen.

Citaat: 'Uitermate storend zijn de wijzigingen die op het laatste moment, tussen kerst en oud en nieuw, nog binnenkomen. Soms komt het voor dat deze regelingen in de loop van het jaar daarop weer teruggedraaid worden. Gevolg: onderproductie en het geld blijft op de plank liggen.'

Oplossingen

5.08 De meeste oplossingen liggen in de sfeer van harmonisatie van regelgeving en communiceren van spelregels. In hoofdstuk 1 is daar het nodige over gezegd. Voor wat betreft de communicatie wordt herhaalde malen verwezen naar het visiedocument dat het College toezicht zorgverzekeringen en het CTG/ZAio in november hebben uitgebracht². De af te spreken standaarden voor informatievragen zouden ook moeten gelden voor de aanbestedingsprocedures.

5.09 De afstemming van het contracteringsproces op de planning-en-controlcyclus van zorgaanbieders is een meer specifiek punt. Wij bevelen aan dat het CTG/Zaio vooruitlopend op begroting pro-formabeleidsregels voorbereidt, zodat de zorgkantoren en de zorgaanbieders eerder aan de slag kunnen.

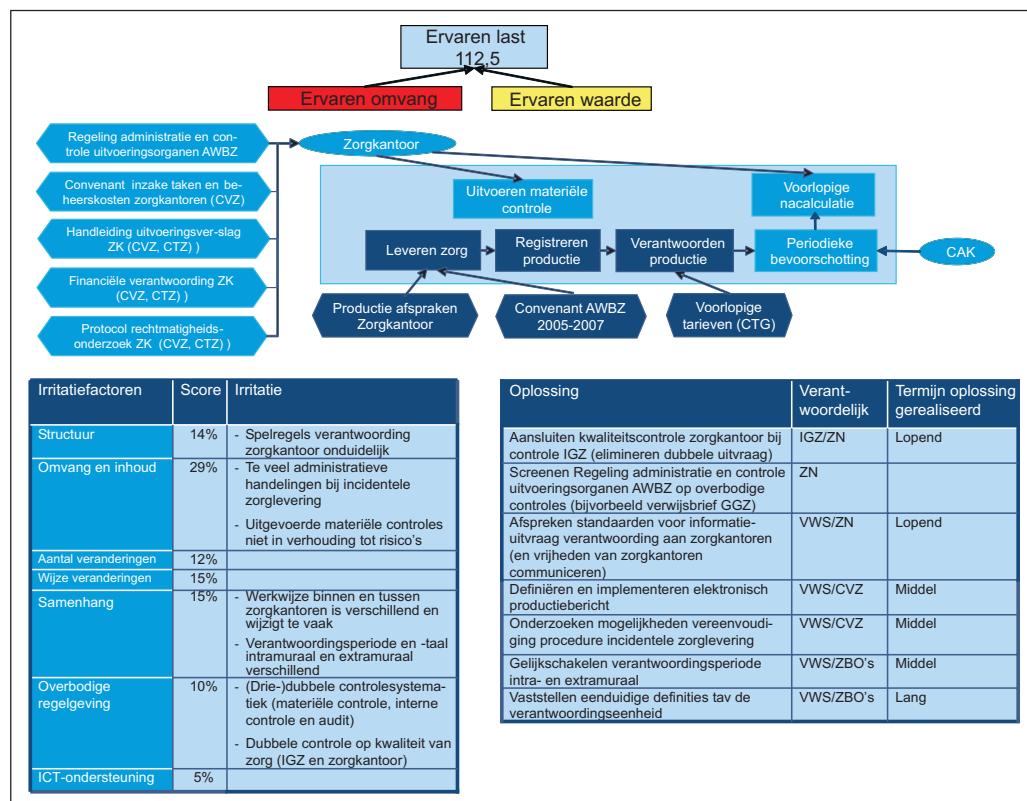
5.10 Het al genoemde jaardocument komt regelmatig naar voren als oplossing. Het streven om informatievragen die buiten het jaardocument om worden gesteld, zoveel mogelijk terug te dringen, moet volgens de zorgaanbieders vooral worden voortgezet.

2 *Visiedocument extramurale AWBZ-zorg, Analyse en aanbevelingen voor concurrentie.*

6 Verantwoording aan het zorgkantoor

6.01 De verantwoording door de zorgaanbieder aan het zorgkantoor wordt als een duidelijk bovengemiddelde last ervaren. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 6-1: Lastenkaart verantwoording aan het zorgkantoor



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

6.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 112,5 en is daarmee fors hoger dan de gemiddelde index van 100. De hoge index wordt vooral veroorzaakt door de hoge omvang van de administratieve last; de ervaren waarde voor de organisatie is gemiddeld.

Wet- en regelgeving, proces en actoren

6.03 Bij de verantwoording aan het zorgkantoor speelt een groot aantal wetten en regels een rol: het valt op dat de meeste daarvan regels zijn die door de ZBO's en zorgkantoren worden opgesteld. Verder valt op dat het zorgkantoor zelf ook gebonden lijkt aan allerlei regels. Vandaar ook de suggestie van een geïnterviewde, dat een onderzoek naar administratieve lasten bij de zorgkantoren misschien nog wel meer winst oplevert dan bij de zorgaanbieders.

6.04 Behalve de zorgkantoren speelt in het proces ook het CAK een rol. Deze organisatie wordt in de versnellingskamer en interviews niet of nauwelijks als lastenveroorzaker genoemd.

6.05 In het verantwoordingsproces, of althans in de daarmee gepaard gaande beleefde administratieve lasten neemt de materiële controle door het zorgkantoor een belangrijke plaats in. Met de term 'materiële controle' wordt bedoeld op de fysieke dossiercontrole die de zorgkantoren op locatie uitvoeren om de rechtmatigheid en juistheid van de opgegeven productie en kosten te toetsen (zie ook het hoofdstuk over de Kaderregeling).

Irritatiefactoren

6.06 De verhouding tussen de verschillende irritatiefactoren is ongeveer gelijk aan de gemiddelde verhouding.

Irritaties

6.07 In de eerste plaats geven de zorgaanbieders aan dat de spelregels die gelden voor de verantwoording aan het zorgkantoor, niet duidelijk zijn. Er ontbreekt iets aan de communicatie. Daarachter lijkt soms de opvatting schuil te gaan, dat zorgkantoor en zorgaanbieder in het strijdveld ongelijke kansen hebben.

Citaat: 'Het zorgkantoor mag altijd schuiven en veranderen, de zorgaanbieder nooit.'

Citaat: 'De zorgaanbieder moet alles precies op tijd leveren, maar vervolgens mag het zorgkantoor over de afhandeling net zo lang doen als hij wil.'

6.08 De materiële controles gaan de zorgaanbieders veel te ver. Een dergelijke intensieve controle past meer bij een situatie waarin het zorgkantoor grote risico's lopen, en dat is in de ogen van de zorgaanbieders niet het geval. Bovendien zou te vaak de suggestie gewekt worden dat omissies in de dossiervorming het gevolg zijn van kwade trouw.

Citaat: 'Bij ons ontbrak af en toe het indicatiebewijs in het dossier. Maar geen patiënt haalt het in zijn hoofd om rechtstreeks bij ons binnen te wandelen. Ze komen echt wel via de reguliere weg.'

6.09 Een tweede knelpunt bij de materiële controle is naar de mening van de zorgaanbieders, dat de interne audits en de controle via de externe audits (Kaderregeling, accountant) al meer dan voldoende zijn. De materiële controle door de zorgkantoren is daarmee overbodig, stellen zij. Datzelfde geldt voor de kwaliteitscontrole: het feit dat zowel de Inspectie Gezondheidszorg als het zorgkantoor die controleren, wordt gezien als een doublure.

Citaat: 'Het zorgkantoor wil zoveel informatie van ons, dat zij daardoor alle ins en outs zo goed kent dat zij, bijvoorbeeld bij een diabetesplan, voor ons de investeringsbeslissingen neemt in plaats van wijzelf.'

6.10 In dezelfde lijn ligt de opmerking van zorgaanbieders, dat zij voor de zogenoemde Early Warning Systems van de zorgaanbieder en voor de verantwoording dezelfde informatie tweemaal moeten aanleveren: een doublure dus. Bovendien zouden zij te weinig terugkoppeling ontvangen. Welke conclusies trekken de zorgkantoren uit de gegevens?

Citaat: 'We hebben weinig vertrouwen in het EWS. Er worden allerlei gegevens verzameld maar er gebeurt niks mee.'

6.11 De administratieve handelingen die moeten worden uitgevoerd bij incidentele zorgverlening worden door de zorgaanbieders als forse bron van irritatie genoemd. Incidentele zorgverlening is zorg die bijvoorbeeld wordt geboden aan cliënten met een zodanig hoge zorgzwaarte dat zij niet onder de reguliere klassenindeling van de indicatiestelling vallen. Het gaat slechts om een gering aantal cliënten, maar de kosten belopen al snel een of meerdere honderdduizenden euro's. Specifiek voor de GGZ geldt nog dat deze vorm van zorg in deze sector bijna niet voorkomt. Als het dan wel een keer het geval is, zijn er vele contacten met het zorgkantoor nodig om toestemming te krijgen. Het kan ook gaan (althans zo is het door geïnterviewden opgevat) om crisiszorg. De zorgaanbieder maakt het hele jaar kosten voor het beschikbaar houden van capaciteit, maar krijgt alleen betaald voor zover er daadwerkelijk gebruik van gemaakt wordt.

Citaat: 'Incidentele zorg met een hoge zorgzwaarte betreft de levering tot wel € 300.000 per cliënt. Vaak is slechts 5 % van deze kosten beïnvloedbaar. Desondanks moeten stapels papier worden ingevuld, terwijl verreweg het meeste geld gewoon via productieafspraken loopt.'

6.12 Als belangrijk knelpunt op het gebied van samenhang wordt het feit genoemd dat elk zorgkantoor zijn eigen werkwijze en spelregels heeft, en dat die ook nog eens herhaaldelijk veranderen. Zorgaanbieders die met meerdere zorgkantoren te maken hebben, moeten dan dezelfde gegevens op meerdere manieren registreren.

6.13 Een verschillende registratie is ook vereist voor intramurale en extramurale zorg. Dat ligt niet bij de zorgkantoren, maar is op landelijk niveau zo 'geregeld'. De verantwoordingsperiode is verschillend (vier weken versus een maand) en de terminologie verschilt. Er is geen eenheid van taal.

Oplossingen

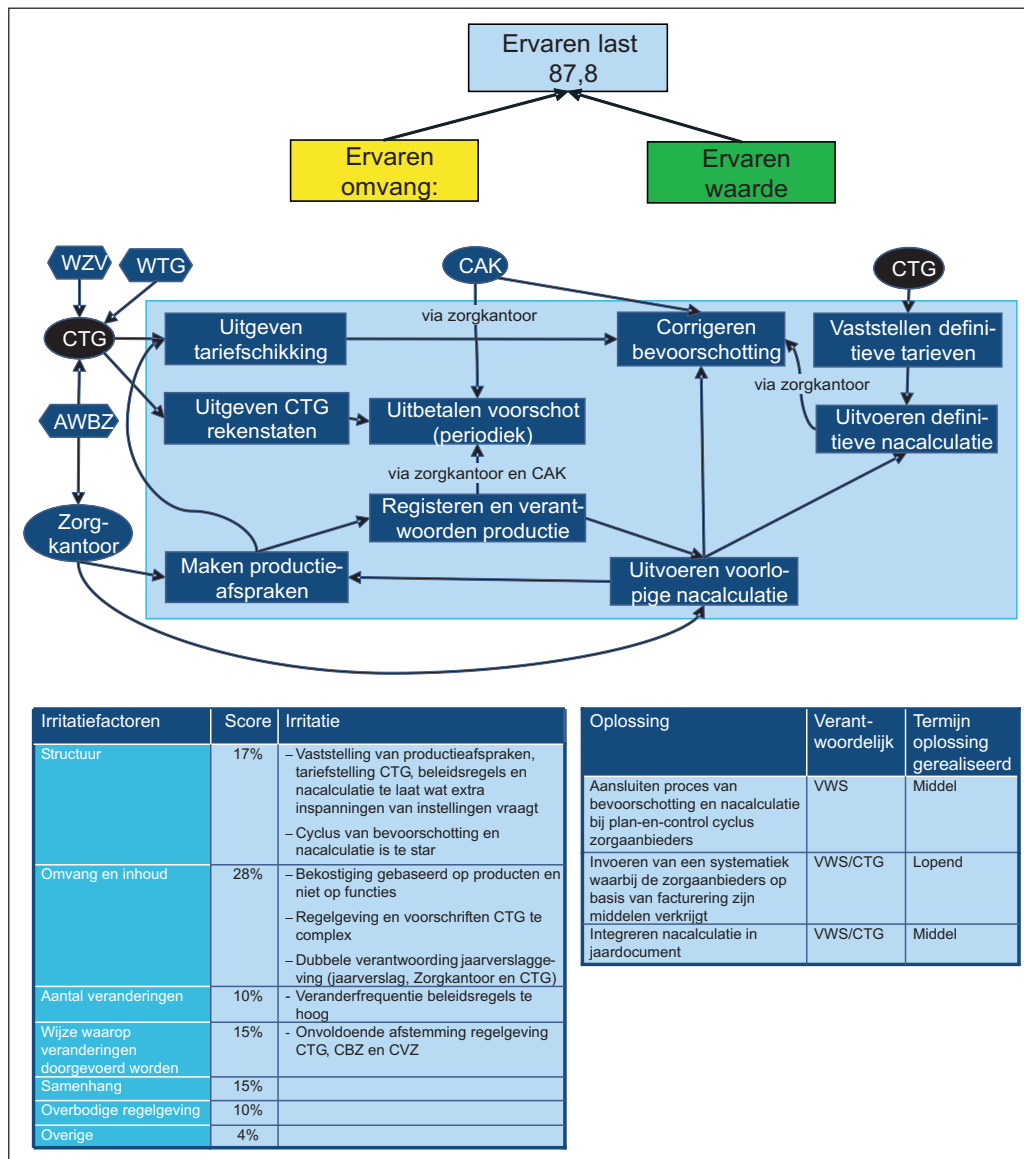
6.14 Het harmoniseren van spelregels en standaarden, het creëren van eenheid van taal en de ontwikkeling van een integrale controle- en verantwoordingssystematiek zijn oplossingen, die ook al in de generieke context staan benoemd. Deels is er sprake van een al lopend oplossingstraject. Het jaardocument is een voorbeeld van harmonisatie die tot lastenreductie leidt. Zorgaanbieders dringen erop aan dat zorgkantoren de verantwoording zoveel mogelijk via het jaardocument laten lopen, en anders in elk geval de definiëring afstemmen op die van het jaardocument. Wij onderschrijven dit. Aanvullend daarop bevelen wij aan om de begripsomschrijvingen in het jaardocument zelf óók na te lopen op doublures en onduidelijkheden.

6.15 De doublure in de kwaliteitscontrole is objectief gezien niet altijd een doublure: zorgkantoren vragen soms naar andere zaken dan de Inspectie. Toch kan ook hier een harmonisatie worden doorgevoerd. Vanuit de overheid is een toetsingskader afgesproken. Het jaardocument, de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) en het DBC InformatieSysteem (DIS) zijn benoemd als bronbestanden voor informatievragen. Wanneer vanuit VWS ten behoeve van beleid informatie nodig is, moeten deze in principe uit deze bronbestanden worden gehaald. Wanneer dit niet het geval is wordt door een toetsingscommissie beoordeeld of deze informatie reeds elders beschikbaar is en nodig is. Hierdoor wordt dubbele uitvraag voorkomen. VWS is in gesprek met de ZBO's om aan te sluiten bij dit toetsingskader.

7 Bevoorschotting en nacalculatie

7.01 Dit hoofdstuk van het rapport heeft betrekking op het proces van bevoorschotting en nacalculatie. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 7-1: Lastenkaart bevoorschotting en nacalculatie



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

7.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 87,8, de laagste index van de 14 onderzochte onderwerpen. De beleefde omvang van de last wordt als gemiddeld ervaren, de waarde voor de organisatie als bovengemiddeld.

Wet- en regelgeving, proces en actoren

7.03 Belangrijkste wetten zijn de AWBZ en de Wet Tarieven Gezondheidszorg met de daarop gebaseerde regelgeving. Het zorgkantoor maakt de productieafspraken en voert de voorlopige nacalculatie uit, het CAK betaalt de voorschotten uit en het CTG/ZAio zorgt voor de vaststelling van de tarieven en de uitvoering van de definitieve nacalculatie.

Irritatiefactoren

7.04 Structuurfactoren vormen een relatief groot deel van de irritatiefactoren.

Irritaties

7.05 Het proces van bevoorschotting en nacalculatie past niet bij de planning-en-controlcyclus van de zorgaanbieders, dit in het verlengde van de ontbrekende aansluiting tussen deze cyclus en de productieafspraken.

7.06 De registratie van de productie levert irritatie op omdat regelgeving van het CTG/ZAio niet duidelijk en te complex zou zijn, omdat CTG/ZAio, zorgkantoren en CAK elk weer andere eisen stellen. Bovendien is er geen eenheid van taal: voor de nacalculatie en bevoorschotting moet in verschillende eenheden worden geregistreerd, en dat zijn weer andere eenheden dan die worden gebruikt in de indicatiestelling.

7.07 Tot slot signaleren de zorgaanbieders dat dezelfde gegevens meerdere malen moeten worden aangeleverd, aan verschillende instanties.

Citaat: 'De geldstroom zou moeten worden gebaseerd op vertrouwen en toetsing op hoofdlijnen. Het huidige systeem is zo gek nog niet, maar we hebben wel te maken met een overheid die alleen maar hamert op betere (kwaliteit), meer (efficiency) en minder (budget). Dat constante gezeur is de grootste irritatiefactor.'

Oplossingen

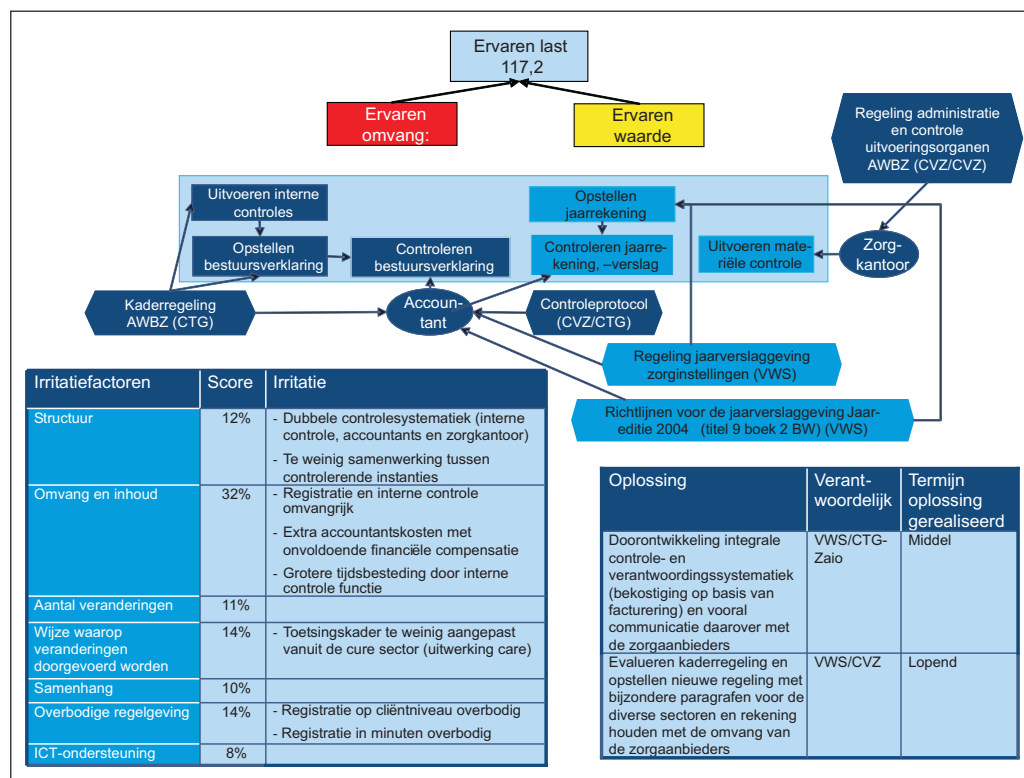
7.08 In het verlengde van de aansluiting tussen planning-en-controlcyclus van de instelling en de timing van de productieafspraken kan ook de bevoorschotting en nacalculatie worden aangesloten. Wanneer dat eenmaal is gebeurd, kan de integratie van de nacalculatieformulieren in het jaardocument voor een verdere stroomlijning zorgen.

7.09 Een al lopend traject (via de Kaderregeling) is de financiering van de instelling op basis van facturatie in plaats van op basis van bevoorschotting en nacalculatie. Het besef dat de Kaderregeling op deze wijze kan leiden tot een aanzienlijke lastenreductie, doet mogelijk ook de weerstand tegen deze regeling afnemen.

8 Kaderregeling AO-IC

8.01 De Kaderregeling AO-IC heeft betrekking op de registratie (en facturering) van productie. De ervaren last is de op één na hoogste. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 8-1: Lastenkaart Kaderregeling AO-IC



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

8.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 117,2. De gemiddelde index voor 2005 is op 100 gesteld. De hoge index wordt veroorzaakt door de hoge omvang van de administratieve last. De waarde voor de bedrijfsvoering wordt als gemiddeld ervaren.

Wet- en regelgeving, proces en actoren

8.03 De Kaderregeling beschrijft aan welke minimale eisen de administratieve organisatie van AWBZ-instellingen moet voldoen en welke controles moeten worden uitgevoerd om vast te stellen of een juiste, tijdige, rechtmatige en volledige registratie en facturatie van geleverde zorg plaatsvindt. Deze regeling stelt eisen aan de vastlegging, verwerking en facturatie van de zorgproductie, aan de processen op dat gebied en de controle erop. Het is dus bij uitstek een regeling die ingrijpt op de administratieve processen.

8.04 De regeling omvat zowel interne controles door de zorgaanbieder zelf, als externe controles door de extern accountant en door het zorgkantoor.

8.05 Belangrijkste actoren zijn naast de zorgaanbieder het CTG/Zaio, CVZ en het zorgkantoor.

Irritatiefactoren

8.06 De verhouding tussen de verschillende irritatiefactoren is ongeveer gelijk aan de gemiddelde verhouding, met dien verstande dat het percentage irritaties veroorzaakt door omvang en inhoud van de regeling bovengemiddeld is.

Irritaties

8.07 De driedubbele controlesystematiek in de Kaderregeling is tevens de grootste bron van irritatie. Zorgaanbieders ervaren de systematiek als een motie van wantrouwen aan hun adres. Bovendien vinden zij de regeling niet sporen met het streven van de overheid naar meer marktwerking: dit streven zou volgens hen moeten leiden tot een afname van de externe bemoeienis met de bedrijfsvoering en niet tot een toename, zoals nu het geval lijkt. Verder zijn zij van mening dat de Kaderregelling de aandacht afleidt van de kwaliteit van zorg: het gaat alleen nog maar om de kwaliteit van registraties, stellen zij. Zij vragen zich af of de overheid zich niet te veel laat leiden door de gebeurtenissen in de Verenigde Staten, waar een aantal boekhoudschandalen geleid heeft tot een – in de ogen van zorgaanbieders – ongenueanceerde heksenjacht.

8.08 Verder eist de regeling een gedetailleerde registratie en controle, hetgeen veel extra werk betekent. Accountants besteden meer tijd dan voorheen aan hun controles. Financiële compensatie voor dit alles wordt niet gegeven.

8.09 De zorgaanbieders stellen verder dat de regeling te veel is opgezet vanuit de curesector. De praktische uitwerking in de care is onvoldoende duidelijk.

8.10 Overbodig ten slotte vinden de zorgaanbieders het hoge detailniveau van de productieregistratie op cliëntniveau.

8.11 De controlesystematiek van de Kaderregeling was voor de zorgaanbieders aanleiding om in de interviews aandacht te vragen voor een onderwerp dat buiten het bereik van het onderzoek viel, en wel de controles door de verschillende inspecties. De controles worden ervaren als versnipperd, onvoldoende gericht op de uitkomsten van de zorg, en te gedetailleerd. Enkele citaten:

Citaat: 'Een echte inspectie houdt in dat de inspecteur onverwachts op de stoep staat en vervolgens de werkvloer opgaat om te kijken wat daadwerkelijk gebeurt en wordt vastgelegd.'

Voorbeeld: Een uitgevoerde Arbeidsinspectie hield in dat controle werd uitgevoerd op de roostermethode, volgens het principe van voortschrijdende cyclus. De hele ochtend zaten acht man om de tafel met de roosterplanning.....(dit wil zeggen: de planning, niet de realisatie!!!).'

Citaat: 'Het systeem van Controle en Inspectie roept om één totale oplossing. (.....) Deze inspectie zou liefst door één instantie voor alle belanghebbenden dienen te worden uitgevoerd en zou moeten worden uitgevoerd in een sfeer van samenwerken aan een betere gezondheidszorg; in plaats van het tevreden willen stellen van de inspecteur.'

Citaat: 'De conclusies van de inspecteurs zijn soms onnavolgbaar. De organisatie kreeg strafpunten voor een te laag ziekteverzuim.'

Oplossingen

8.12 Het viel de onderzoekers op dat de zorgaanbieders niet bekend lijken met het perspectief op lastenreductie dat de Kaderregeling biedt. Op het moment dat de instellingen zelf de rechtmatigheid, juistheid en volledigheid van de productie op orde hebben, kunnen de materiele controles door het zorgkantoor komen te vervallen. Bovendien kan dan overgegaan worden naar een systematiek waarbij de instelling zijn inkomsten krijgt op basis van facturering van de productie. Daarmee kan de huidige procedure van bevoorschotting en nacalculatie via het CTG/Zaio komen te vervallen. De administratieve lasten worden daarmee per saldo gereduceerd.

8.13 De onderzoekers bevelen sterk aan om dit perspectief van de Kaderregeling beter te communiceren. Ook kan gebruik worden gemaakt van de notie dat een aantal zorgaanbieders de Kaderregeling aangrijpt als een mogelijkheid om ook de interne sturing te verbeteren en het gebruik van ICT-ondersteuning te maximaliseren.

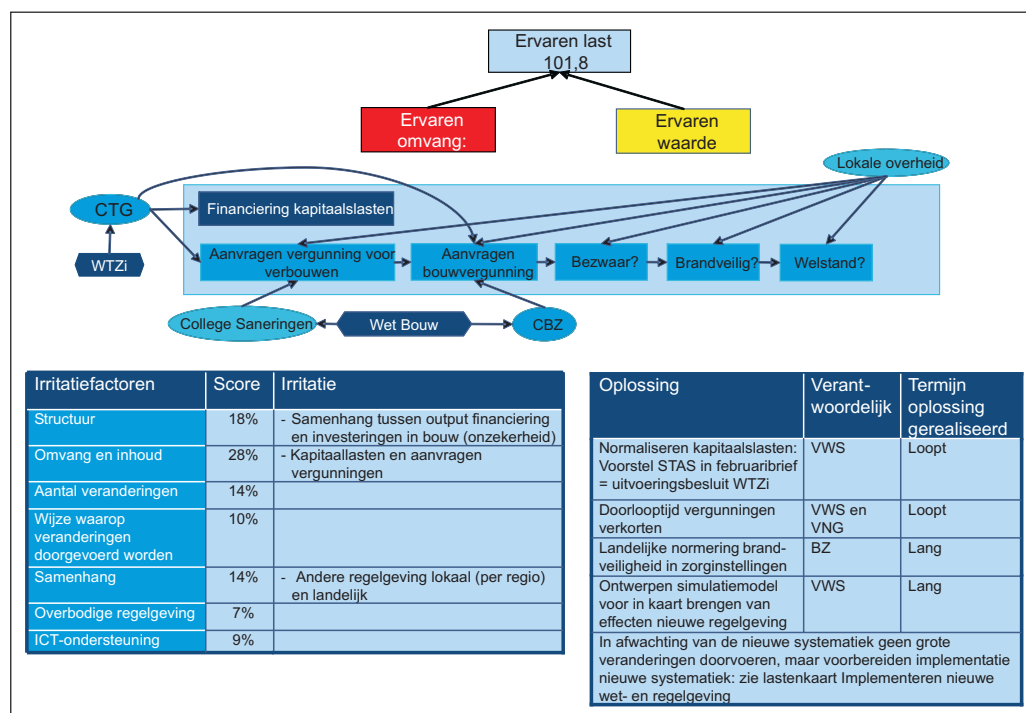
8.14 Parallel aan het communicatietraject dient naar onze mening een integrale controlesystematiek te worden ontwikkeld, een systematiek waarin inhoud en timing van de verschillende controles op elkaar worden afgestemd (via het jaardocument?) en waarin controles in evenwicht zijn met het risico dat men met de controles wil afdekken.

8.15 Lopend is de voorbereiding van een nieuwe kaderregeling voor de zorgaanbieders, waarin rekening gehouden wordt met de AWBZ specifieke kenmerken en de omvang van de organisatie. De evaluatie zal in Coziek verband uitgevoerd worden.

9 Bouw, huisvesting, Wet toelating zorginstellingen en College sanering ziekenhuisvoorzieningen

9.01 Het onderwerp dat in dit hoofdstuk wordt besproken, omvat de regelgeving op het gebied van bouw en huisvesting. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 9-1: Lastenkaart bouw en huisvesting



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

9.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 101,8, dat is ongeveer gelijk aan de gemiddelde index van 100. De beleefde omvang van de last wordt als bovengemiddeld ervaren, de waarde voor de organisatie als gemiddeld.

Wet- en regelgeving, proces en actoren

9.03 De wetgeving op het gebied van bouw en huisvesting is een combinatie van centrale wetgeving (in het bijzonder nu nog de WZV en op korte termijn de WTZI) en lokale wetgeving, op het niveau van gemeentes of brandweerregio's.

9.04 In de nabije toekomst gaat er op het terrein van de huisvestingsregelgeving voor de zorginstellingen veel veranderen: de kapitaallasten worden genormeerd en zullen een onderdeel gaan vormen van de zorgtarieven. Dit heeft grote consequenties voor de zorgaanbieder in termen van financiële risico's. Er wordt een reductie van administratieve lasten verwacht. De eerste stappen op weg naar deze situatie worden in 2006 al gezet met de invoering van de WTZi.

Irritatiefactoren

9.05 De irritatiefactor structuur scoort bij dit onderwerp bovengemiddeld.

Irritaties

9.06 Een belangrijke bron van irritatie is de onzekerheid die er bij de zorgaanbieders heerst over de consequenties van de nieuwe systematiek. Zij willen zich voorbereiden op de nieuwe situaties door de risico's beheersbaar te maken, maar er is volgens hen nog te veel onduidelijkheid.

9.07 Zolang de huidige vergunningenprocedure nog bestaat, is met name de lange doorlooptijd een probleem. Een traject om deze doorlooptijd te bekorten, loopt al enige tijd.

9.08 Een derde irritatie wordt gevormd door de verschillende procedures en beoordelingscriteria die worden gehanteerd door de actoren die zich met bouw en huisvesting bezighouden: het Bouwcollege, het College sanering, de brandweer, de lokale overheid inclusief welstandscommissies. Als een zorgaanbieder dan ook nog te maken heeft met meerdere brandweerregio's en gemeentes, levert dit een grote belasting op.

Oplossingen

9.09 Gezien de grote veranderingen die op het terrein van de bouw- en huisvestingsregelingen op stapel staan, ligt het niet voor de hand om nu speciale maatregelen te adviseren die deze veranderingen zouden doorkruisen of die na korte tijd zelf ook weer moeten worden aangepast. Wel is het een goed moment om te wijzen op het belang van een goede communicatie over de nieuwe regelgeving. Wij raden aan om, voor zover dit nog niet is gebeurd, een simulatieinstrument te ontwikkelen waarmee instellingen de consequenties voor hun organisatie kunnen berekenen. De verdere voorbereiding van de nieuwe regelgeving zou uitstekend opgenomen kunnen worden in het jaarscript.

9.10 Met name voor de brandveiligheidseisen wordt harmonisering van de nu versnipperde regelgeving bepleit. Het belang daarvan voor lastenreductie zal moeten worden afgewogen tegen de beleidsvrijheid van lagere overheden.

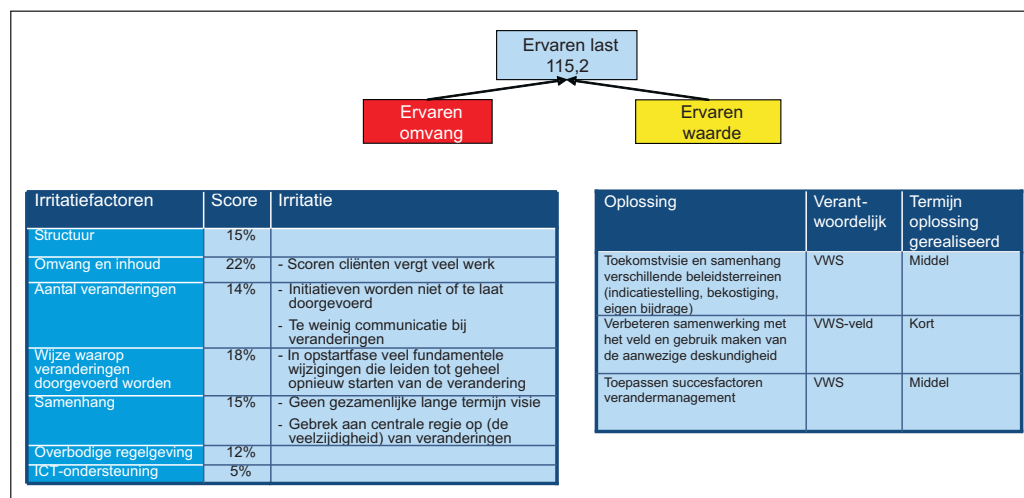
Deel 4: Bevindingen en oplossingsrichtingen voor het realiseren van veranderingen in de AWBZ

Voor dit cluster zijn drie onderwerpen geselecteerd waarvoor door de zorgaanbieders een relatief zware last wordt ervaren: Voorbereiden nieuwe vormen van financiering, Implementeren van nieuwe wet- en regelgeving en Invoeren Wet maatschappelijke ondersteuning en DBC's. Deze onderwerpen zijn in diepte-interviews met zorgaanbieders en 'veroorzakers' besproken om de irritaties en de oplossingsrichtingen te identificeren.

10 Voorbereiden nieuwe vormen van financiering

10.01 De voorbereiding van nieuwe vormen van financiering is een onderwerp met een wat algemeen karakter, dat echter expliciet naar voren komt als een onderwerp dat tot hoge ervaren administratieve lasten leidt. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 10-1: Lastenkaart voorbereiden nieuwe vormen van financiering



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

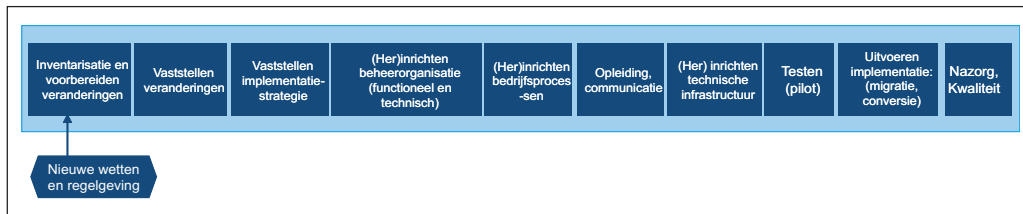
Last, omvang en waarde voor de organisatie

10.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 115,2 en is daarmee de op twee na hoogste. De gemiddelde index voor 2005 is op 100 gesteld. Deze hoge index wordt vooral veroorzaakt door de hoge omvang van de administratieve last; de ervaren waarde voor de organisatie is gemiddeld.

Wet- en regelgeving, proces en actoren

10.03 Omdat het bij deze lastenkaart om een meer algemeen onderwerp gaat, is er in de lastenkaart geen specifieke wet- en regelgeving benoemd, en ook geen proces. Wel wordt er in de interviews en de literatuur een modelproces geschetst. In de navolgende figuur wordt dit proces weergegeven.

Figuur 10-2: Modelproces nieuwe vormen van financiering



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

10.04 Het modelproces laat onder meer zien dat wijzigingen in de financiering niet alleen effect hebben op de zorgaanbieder, maar ook op andere actoren in de keten.

Irritatiefactoren

10.05 De verhouding tussen de verschillende irritatiefactoren is ongeveer gelijk aan de gemiddelde verhouding. Wel is het percentage irritaties dat wordt veroorzaakt door de wijze waarop veranderingen worden doorgevoerd, iets hoger dan gemiddeld.

Irritaties

10.06 Het doorvoeren van de beoogde veranderingen in de zorgfinanciering is een irritatiepunt dat in de literatuur, de versnellingskamer en de interviews veelvuldig aan de orde is gekomen. Enkele citaten ter illustratie.

Citaat: ‘Alle cliënten moesten worden gescoord voor de vraaggestuurde bekostiging, en toen..... ging het verhaal niet door.’

Citaat: ‘Er is te weinig tijd voor implementatie, er worden onvoldoende mensen uit het veld bij de voorbereiding betrokken en internationale kennis wordt niet gebruikt. De kloof tussen de beleidsmakers en ZBO’s aan de ene kant en de zorgaanbieders aan de andere kant is veel te groot en de branches doen te weinig om die kloof te dichten. Wat ontbreekt is een langetermijnvisie, waarnaar stapsgewijs toegewerkt wordt. Nu stapelt verandering zich op verandering.’

10.07 ‘Het steeds opnieuw initiëren van nieuwe vormen van financiering en het op het allerlaatste moment afblazen ervan zonder enige vorm van duidelijke communicatie’ is een bron van ergernis. De tweede irritatie betreft het feit dat er geen samenhang lijkt te bestaan tussen de bekostigingssystematiek en andere vernieuwingen, en dat er geen centrale regie op de veranderingen is. Zorgaanbieders zien zich geconfronteerd met verschillende financieringsvormen binnen de AWBZ (functies en zorgzwaarte), de zorgverzekeringswet (DBC’s en de WMO (prestatievelden). Dit betekent voor hen verschillende financiers met verschillende eisen ten aanzien van afrekening en informatieverstrekking.

Oplossingen

10.08 De oplossingen worden in feite beschreven in hoofdstuk 1 onder de generieke oplossingsrichtingen: het inzetten van verandermanagement, het opstellen van een jaarscript (en het bewaken van de uitvoering ervan) en het communiceren over veranderingen. Alleen op die wijze kan het vertrouwen worden hersteld. Specifiek voor dit onderwerp raden wij aan om meer gebruik te maken van de deskundigheid in het veld, bij voorkeur ook personen die rechtstreeks met de administratieve lasten worden geconfronteerd.

10.09 Bovenop de generieke oplossingsrichtingen wordt geadviseerd binnen één van de lopende programma's met betrekking tot wijziging van de bekostigingssystematiek (bijvoorbeeld de zorgzwaartebekostiging) aandacht te besteden aan het proces van contractering en facturering bij zorgaanbieders. Dit proces dient dusdanig te worden ingericht dat zorgaanbieders 'klaar' zijn voor meerdere financieringsvormen, zonder dat dit leidt tot verschillende werkwijze per financieringsvorm.

10.10 Tot slot nog enkele citaten ter aanvulling.

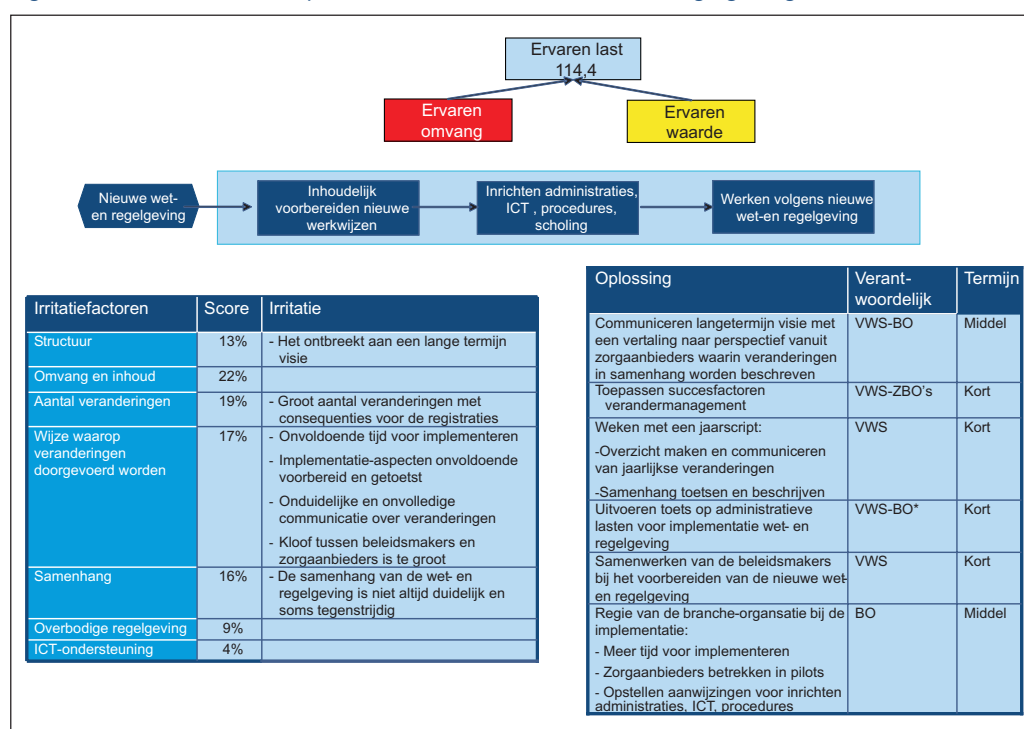
Citaat: 'Invoeringsaspecten moeten goed worden uitgezocht. Haal eerst de kinderziektes eruit en implementeer pas als het systeem voor minimaal 95% goed is.'

Citaat: 'Laat de brancheorganisaties een grotere rol spelen bij het toetsen van uitvoeringsaspecten. Maar betrek ook individuele zorgaanbieders erbij, en vooral ook mensen van de werkvloer.'

11 Implementeren van nieuwe wet- en regelgeving

11.01 Het implementeren van nieuwe wet- en regelgeving is net als de voorbereiding van nieuwe financieringsvormen een onderwerp met een algemeen karakter. Er is een overlap met andere onderwerpen, omdat de nieuwe wet- en regelgeving betrekking kan hebben op onderwerpen die ook afzonderlijk worden besproken, zoals de indicatiestelling. Toch wordt het onderwerp door de zorgaanbieders nadrukkelijk benoemd, reden waarom wij het als apart onderwerp bespreken. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 11-1: Lastenkaart implementeren van nieuwe wet- en regelgeving



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

11.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 114,4 en is daarmee de op drie na hoogste. De gemiddelde index voor 2005 is op 100 gesteld. De hoge index wordt vooral veroorzaakt door de hoge omvang van de administratieve last; de ervaren waarde voor de organisatie is gemiddeld.

Wet- en regelgeving, proces en actoren

11.03 Omdat het bij deze lastenkaart om een meer algemeen onderwerp gaat, is er geen specifieke wet- en regelgeving benoemd en is het proces in heel algemene termen weergegeven. Het komt erop neer dat de regelgevers de nieuwe wet- en regelgeving introduceren (door zorgaanbieders ook wel betiteld als 'over de schutting gooien'), en dat de zorgaanbieders zich vervolgens op de daadwerkelijke invoering voorbereiden met onder meer aanpassing van hun bedrijfsvoering en registraties. Soms worden daarbij door de overheid of de branches hulpmiddelen aangereikt, soms ook niet.

Irritatiefactoren

11.04 Vergeleken met andere onderwerpen worden als het gaat om de implementatie van nieuwe wet- en regelgeving veel irritaties veroorzaakt door het grote aantal veranderingen.

Irritaties

11.05 De irritaties die door de zorgaanbieders zijn benoemd, zijn algemeen van karakter maar daarom niet minder impactrijk: onvoldoende langetermijnvisie, te veel veranderingen, onvoldoende gelegenheid tot implementatie, onvoldoende communicatie en contact, onvoldoende onderlinge samenhang.

11.06 De instellingen zijn van mening dat de overheid te weinig rekening houdt met de effecten op de sector en andere partijen en de doorlooptijd die de instelling nodig heeft. De planning blijkt vaak te krap, vooral in de testfase. Ook wordt bij aanvang van een verandertraject onvoldoende getoetst of de verandering daadwerkelijk het gewenste doel bereikt. Projecten worden, als blijkt dat het doel niet bereikt kan worden, niet of niet tijdig genoeg afgebroken

Oplossingen

11.07 In hoofdstuk 1 worden de oplossingen voor deze algemene irritatiepunten beschreven: het verandermanagement, het jaarscript, de communicatie. Een concrete suggestie was om een jaarlijkse deadline in te stellen voor het opnemen van veranderingen in regelgeving voor het daaropvolgende boekjaar: wat op 1 november nog niet bekend is, moet een jaar wachten.

11.08 Wij vragen speciale aandacht voor de noodzaak van een goede samenwerking tussen overheid en veld, en voor de rol die brancheorganisaties kunnen spelen. Wat dit laatste betreft: de brancheorganisaties kunnen afspraken maken over het tempo en het tijdstip van invoering, zij kunnen zorgen voor het inschakelen van individuele zorgaanbieders bij voorbereiding en pilots, en zij kunnen handreikingen geven voor flankerende maatregelen op het gebied van bijvoorbeeld ICT-ondersteuning. Verder kunnen zij met de overheid de verwachte administratieve lasten bediscussiëren, zodat een beter inzicht ontstaat in de consequenties van de nieuwe regelgeving op dit punt. Een van de geïnterviewden zag voor de brancheorganisaties ook een duidelijke rol bij het opstellen van de langetermijnvisie op wet- en regelgeving: omdat van de overheid geen samenhangende meerjarenvisie verwacht kan worden (daarvoor moeten zij teveel rekening houden met de politiek en met de verkiezingen), kunnen brancheorganisaties samen met cliënten zorgen voor een zo overtuigende visie, dat beleidsmakers er niet omheen kunnen.

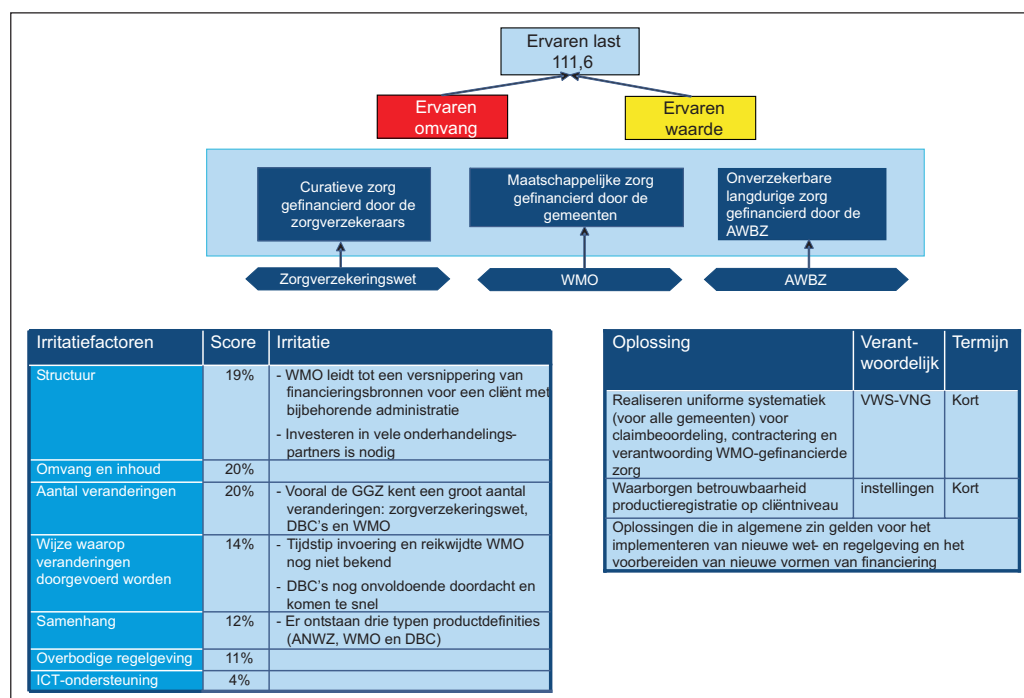
11.09 Tot slot nog een citaat ter aanvulling.

Citaat (betreft het toetsen van regelgeving op administratieve lasten): '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 andere conclusie is dat de sector zelf soms best kritischer mag zijn, ook naar het CTG/ZAio. De sector zou meer constructief preventief kunnen acteren.'

12 Invoeren Wet maatschappelijke ondersteuning en DBC's

12.01 Voor de AWBZ-sector gaat het vooral om de invoering van de WMO. Aan dit onderwerp is toegevoegd de voorbereiding op de invoering van de DBC's: voor de GGZ een proces waar men middenin zit, voor de andere AWBZ-sectoren een proces waar men in de keten mee wordt geconfronteerd. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 12-1: Lastenkaart invoering WMO en DBC's



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

12.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 111,6 en is daarmee duidelijk bovengemiddeld. De gemiddelde index voor 2005 is op 100 gesteld. De bovengemiddelde index wordt vooral veroorzaakt door de hoge omvang van de administratieve last; de ervaren waarde voor de organisatie is gemiddeld.

Wet- en regelgeving, proces en actoren

12.03 Het tijdstip van invoering van de WMO is nog onzeker. In de eerste fase wordt de enkelvoudige huishoudelijke hulp overgeheveld vanuit de AWBZ naar de WMO, in een latere fase volgen nog de overige huishoudelijke hulp en de begeleiding.

12.04 De WMO betekent voor de AWBZ-zorgaanbieders een nieuw schot tussen hun producten. Ook al ligt daaraan vanuit de overheid een onderbouwing aan ten grondslag, voor de zorgaanbieders heeft dit nieuwe schot consequenties voor financiering, registratie en verantwoording.

12.05 De DBC's gaan gelden voor de extramurale GGZ-zorg en de GGZ-zorg korter dan een jaar. Invoering is voorzien per 1 januari 2007.

Irritatiefactoren

12.06 Vergeleken met de gemiddelde verdeling zijn als het gaat om de invoering van WMO en DBC's veel irritaties gelegen in het aantal veranderingen en relatief weinig in de omvang en inhoud. Ook de achterliggende structuur leidt tot relatief veel irritatie.

Irritaties

12.07 De irritatie die in de structuur is gelegen, bestaat hieruit dat zorgaanbieders vinden dat de WMO leidt tot versnippering van zorg. Uit oogpunt van integrale zorg voor een cliënt zou de WMO een achteruitgang zijn. Daarnaast zullen zorgaanbieders in plaats van met enkele zorgkantoren, nu moeten gaan onderhandelen met een veel groter aantal gemeentes.

12.08 Daar komt voor de zorgaanbieders nog bij, dat naar verwachting alle gemeentes een eigen procedure zullen gaan hanteren, met eigen informatievragen en begripsomschrijvingen. Daarbij zou het de vraag zijn of alle gemeentes wel even deskundig zijn.

12.09 Door deze dubbele versnippering nemen de registratieverplichtingen naar de mening van de zorgaanbieders sterk toe. Bovendien sluit de planning-en-controlcyclus van de gemeentes niet aan bij die van de zorgaanbieders.

12.10 De irritatie die te maken heeft met het aantal veranderingen is het sterkst voelbaar in de GGZ. Deze sector wordt immers zowel met de WMO als met de DBC's geconfronteerd, en wellicht ook nog gelijktijdig.

12.11 Als het gaat om de wijze waarop de veranderingen worden doorgevoerd, irriteert vooral het feit dat de inwerkingtreding van de WMO al enkele malen is verschoven en dat op dit moment nog steeds niet duidelijk is of de nu geplande datum van 1 juli 2007 doorgaat. Door deze gang van zaken ontstaat een zeker cynisme bij zorgaanbieders.

Citaat: 'Je went eraan: tot op het laatste moment onduidelijkheid, inclusief mogelijk uitstel of afstel.'

12.12 Over de DBC's wordt opgemerkt dat ze eigenlijk nog niet invoeringsrijp zijn: de inhoud is nog onvoldoende doordacht en er is te weinig tijd om pilots uit te voeren.

12.13 De irritatiefactor die te maken heeft met samenhang, uit zich in irritatie over de verschillende typen productdefinities en verantwoordingsstromen die voor de aanbieder ontstaan.

Oplossingen

12.14 De meeste oplossingen voor de gesignaleerde irritaties hebben een generiek karakter en worden beschreven in hoofdstuk 1. De belangrijkste oplossingsrichting ligt in het harmoniseren van de mogelijk tientallen verschillende registratieverplichtingen die dreigen te ontstaan. Concreet bevelen wij aan om de verantwoording aan de gemeentes aan te laten sluiten bij de systematiek van het jaardocument. Aan de basis van het jaardocument ligt een transparante verantwoording ten grondslag die aansluit bij het ondernemerschap binnen de zorg. Zorgaanbieders kunnen vanuit deze basis gemeenten actief benaderen en aanbieden de verantwoording op deze zelfde basis te laten plaatsvinden.

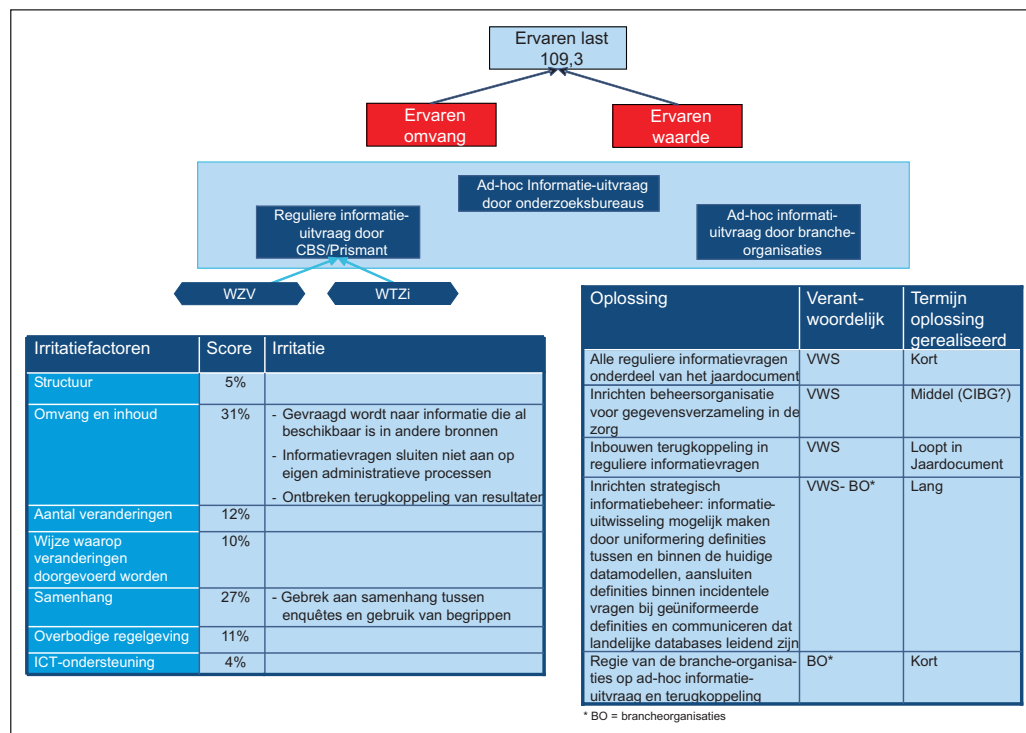
Bevindingen en oplossingsrichtingen voor algemene wet-en regelgeving en ‘overige’

Voor dit cluster zijn drie onderwerpen geselecteerd waarvoor door de zorgaanbieders een relatief zware last wordt ervaren: Enquêtes, monitors en onderzoeken, Tabakswet en Warenwet. Deze onderwerpen zijn in diepte-interviews met zorgaanbieders en ‘veroorzakers’ besproken om de irritaties en de oplossingsrichtingen te identificeren.

13 Enquêtes, onderzoeken en monitors

13.01 Met de term ‘enquêtes, onderzoeken en monitors’ wordt enerzijds bedoeld op de jaarlijks terugkerende informatieverzameling op wettelijke grondslag. Anderzijds wordt bedoeld op incidentele informatievragen, ingegeven door bijvoorbeeld Kamervragen of wetenschappelijk onderzoek. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 13-1: Lastenkaart enquêtes, onderzoeken en monitors



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

13.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 109,3. De gemiddelde index voor 2005 is op 100 gesteld. Een als bovengemiddeld ervaren omvang van de administratieve last gaat gepaard met een als benedengemiddeld beschouwd belang voor de organisatie.

Wet- en regelgeving, proces en actoren

13.03 De jaarlijkse uitvraag is gebaseerd op onder meer artikel 22 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen en op de Wet op de Statistiek. De voornaamste informatievragers zijn het Centraal Bureau voor de Statistiek en Prismant, deze laatste in zijn functie van beheerder van de informatie vanuit de enquêtes ex artikel 22 WZV; de brancheorganisaties zijn houders van deze enquêtes. Het CBS en Prismant hebben hun informatievraag overigens gebundeld.

13.04 De informatieverplichting zal vanuit de WZV overgaan naar de Wet toelating zorginstellingen (WTZI). De bedoeling is om het jaardocument maatschappelijke verantwoording steeds meer te gaan gebruiken als kristallisatiepunt voor informatievragen via enquêtes. De betreffende gegevens kunnen dan worden verkregen vanuit de database jaarverantwoording. Ook nu al zijn voor een aantal sectoren deze enquêtes al ondergebracht in het jaardocument, en zijn afspraken gemaakt over een reductie van het aantal vragen.

13.05 Incidentele informatievragers zijn onder meer het ministerie, ZBO's, zorgkantoren maar ook onderzoeksbureaus.

Irritatiefactoren

13.06 De verhouding tussen de verschillende irritatiefactoren wijkt sterk af van de gemiddelde verhouding. Het percentage irritaties dat wordt veroorzaakt door omvang en inhoud is hoger dan gemiddeld en dat geldt in nog veel sterkere mate voor het percentage irritaties dat wordt veroorzaakt door het gebrek aan samenhang.

Irritaties

13.07 Voor zowel de reguliere als de incidentele informatievragen geldt volgens de zorgaanbieders dat de aansluiting met de eigen administratieve processen onvoldoende is en de timing soms hoogst ongelukkig. De gevraagde gegevens zijn dan moeilijk te genereren. Verder wordt nogal eens een doublure geconstateerd: er wordt informatie gevraagd die al eerder voor een ander doel beschikbaar is gesteld.

13.08 Een tweede bron van ergernis is de veelheid aan informatievragen, die bovendien vaak net iets anders zijn geformuleerd. Daar komt nog bij dat de zorgaanbieder het nut van de vragen niet altijd kan inzien, en dat de zorgaanbieder ook zelden een terugkoppeling ontvangt. En als er dan een terugkoppeling komt, is er zoveel tijd verstreken dat de zorgaanbieder er weinig meer aan heeft. Sommige aanbieders reageren daarom ook alleen op een informatievraag als die een wettelijke grondslag heeft of als de organisatie zelf er duidelijk iets aan heeft.

Oplossingen

13.09 Het al genoemde jaardocument komt regelmatig naar voren als oplossing. Het streven om informatievragen die buiten het jaardocument om worden gesteld, zoveel mogelijk terug te dringen, moet volgens de zorgaanbieders vooral worden voortgezet.

Citaat: 'Je zou kunnen denken aan certificering voor het terugdringen van informatiebehoefte.'

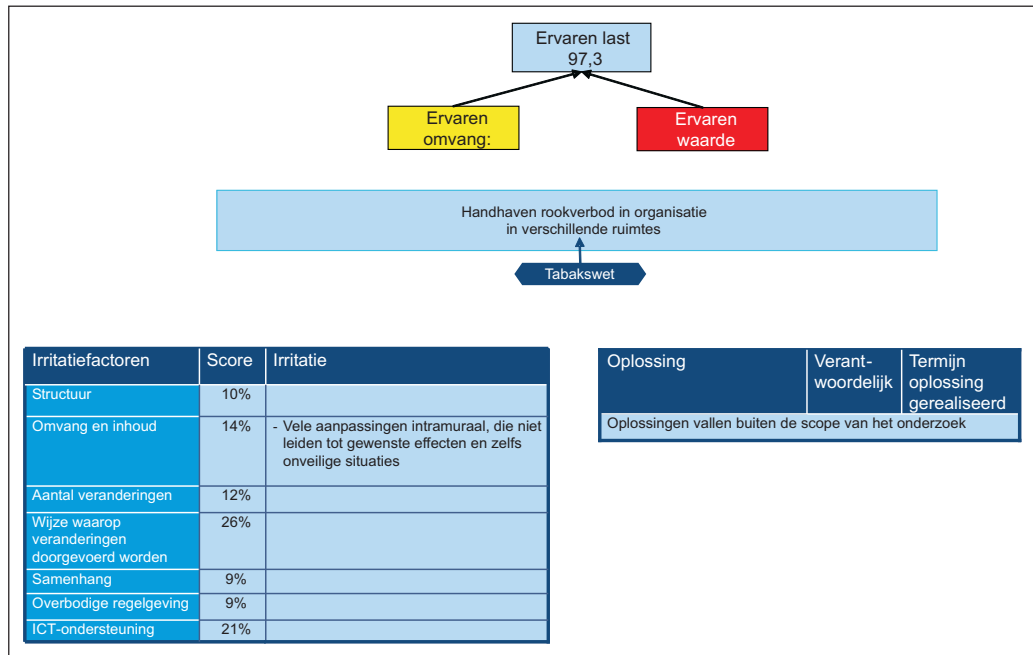
13.10 Te overwegen is het opzetten van een beheersorganisatie voor gegevensverzameling in de zorg: een organisatie die op grond van duidelijke formele afspraken tussen partijen gegevens verstrekt vanuit een landelijke database. Het CIBG is concreet genoemd als mogelijk in aanmerking komende organisatie. De wenselijkheid van stroomlijning moet hier worden afgewogen tegen het risico dat er wéér een organisatie met eigen regels en procedures ontstaat, die alleen maar een extra schakel vormt.

13.11 De stroomlijning die op deze wijze kan ontstaan, zal nog worden versterkt wanneer het ministerie van VWS in overleg met de brancheorganisaties concrete besluiten neemt over uniformering van definities. De brancheorganisaties kunnen verder een rol spelen bij de regie over incidentele informatievragen; zie voor een nadere toelichting op deze gedachte de paragraaf over generieke oplossingen in hoofdstuk 1.

14 Tabakswet

14.01 De Tabakswet schrijft onder meer voor dat zorginstellingen in publieke en centrale ruimtes een rookverbod moeten instellen en handhaven. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 14-1: Lastenkaart Tabakswet



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

14.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 97,3, dat is iets beneden de gemiddelde index van 100. De beleefde omvang van de last wordt als gemiddeld ervaren, de waarde voor de organisatie als laag.

Irritatiefactoren

14.03 Geen specifieke opmerkingen.

Irritaties

14.04 De uitvoering van de wet leidt tot praktische problemen. Er moeten bouwkundige aanpassingen worden gerealiseerd (waar geen compensatie tegenover staat) en de naleving moet worden gecontroleerd. De grens tussen een eigen appartement (waar roken is toegestaan) en een kleine woonvorm (waarvoor de Tabakswet geldt) is weliswaar duidelijk, maar wordt niet altijd als logisch ervaren. De wenselijkheid van een rookverbod wordt niet altijd onderschreven en de veiligheid wordt met deze regelgeving niet gediend, omdat cliënten nu vaker zonder toezicht op hun eigen appartement gaan roken.

Citaat: 'De instelling heeft rookvrije ruimtes ingericht. Voor personeel en bezoek vindt strikte handhaving plaats. Probleem is, dat de cliënten hier wonen. Handhaving is dan ook het grootste probleem. Het is toch irriterend voor de cliënten om steeds te moeten horen dat ze ergens wel of niet mogen roken. Meer principieel, moet je cliënten nu echt helemaal verbieden te roken? Daarnaast zien de medewerkers zichzelf niet puur als wetshandhavers.'

Citaat: 'De uitvoering van de Tabakswet leidt voor ons tot allerlei praktische problemen. In de gemeenschappelijke ruimten (huiskamers) mag niet meer gerookt worden. In de eigen ruimtes wel; dit zijn de slaapkamers. Deze slaapkamers moeten dan brandveilig gemaakt worden, onder meer door het plaatsen van rookmelders; dit leidt tot aanzienlijke kosten. Bij veel roken in de slaapkamers gaan deze brandmelders vaak onnodig af, met de daarbij behorende declaraties van de brandweer. Roken kost miljoenen!'

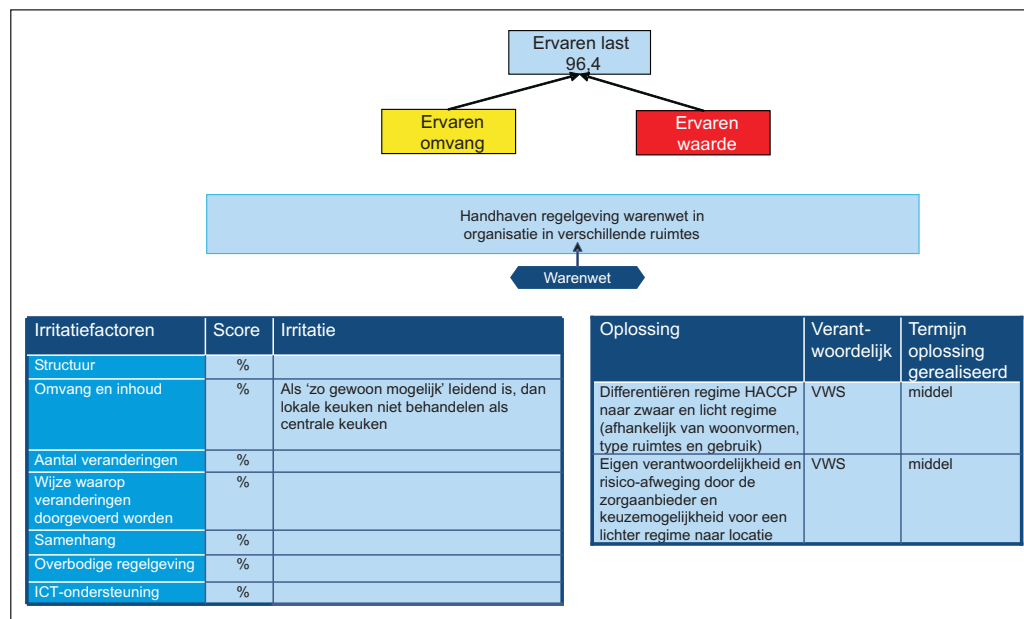
Oplossingen

14.05 De oplossingen voor de gesignaleerde knelpunten vallen buiten het bereik van dit onderzoek.

15 Warenwet

15.01 Dit hoofdstuk heeft vooral betrekking op de HACCP-code, de regels die de deugdelijkheid van levensmiddelen en andere consumentenproducten moeten borgen. De lastenkaart ziet er als volgt uit.

Figuur 15-1: Lastenkaart Warenwet



Bron: Onderzoek beleefde administratieve lasten 2005

Last, omvang en waarde voor de organisatie

15.02 De ervaren administratieve last - de index berekend op grond van de ervaren omvang en de waarde voor de organisatie - bedraagt 96,4, dat is lager dan de gemiddelde index van 100 en de op één na laagste index van de 14 onderzochte onderwerpen. De beleefde omvang van de last wordt als gemiddeld ervaren, de waarde voor de organisatie als benedengemiddeld.

Wet- en regelgeving, proces en actoren

15.03 De zorgaanbieders dienen de regels die voor hun organisatie voortvloeien uit de HACCP-code vast te leggen, te implementeren en te controleren..

Irritatiefactoren

15.04 Geen specifiek opmerkingen

Irritaties

15.05 Het knelpunt dat naar voren wordt gebracht, heeft vooral betrekking op situaties waarin het woonaspect een belangrijke rol speelt. Het gaat om de spanning tussen enerzijds het nabootsen van een 'gewone' gezinssituatie en anderzijds de verantwoordelijkheid van de instelling voor de veiligheid en gezondheid van de cliënten. De zorgaanbieders zijn van mening dat in het geval van kleinschalige woonvormen de balans te ver is doorgeslagen. Aan een gedecentraliseerde keuken zouden andere eisen gesteld moeten worden dan aan een centrale keuken.

Citaat: 'In een woning waar een aantal van onze cliënten woont, moeten wij de vleeswaren per stuk verpakt aanleveren en mag iets wat uit de koelkast geweest is, niet meer worden teruggezet.'

Oplossingen

15.06 De oplossing kan liggen in het differentiëren van de regelgeving: het creëren van een mogelijkheid tot versoepeling van de regelgeving (een lichter regime) voor kleine wooneenheden. De zorgaanbieder dient vervolgens zelf te kunnen aangeven of hij van die versoepeling gebruik maakt. Zo kan hij, mede gelet op het type cliënten, zelf een afweging maken tussen het streven naar genormaliseerd wonen (dat wijst in de richting van een licht regime) en het beheersen van gezondheidsrisico's (mogelijke gezondheidsschade door af te zien van het zwaardere regime).

15.07 De branche kan deze differentiatie zelf vormgeven door een eigen Hygiëncode te ontwikkelen. Dit is geregeld middels een algemene Europese verordening met mogelijkheid tot specifieke omstandigheden voor een branche of zelfstandig ondernemer. Dit kan worden voorgelegd aan en beoordeeld door de VWA en ondertekend door de minister. Met andere woorden zowel de branche als de zorgondernemer mogen wijzigingsvoorstellen indienen, die vervolgens door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport worden toe- of afgewezen.

Bijlagen

A Tabellen omvang, waarde en index

Tabel A-1: Omvang administratieve lasten 2004 en 2005

Onderdeel	Score 2004	Score 2005	Vershil	Mutatie
Arbo	3,03	3,27	-0,24	7,4%
AWBZ / WMO / DBC	3,34	3,98	-0,64	16,0%
AZR	3,28	4,02	-0,75	18,6%
Bevoorschotting en nacalculatie	2,93	3,02	-0,09	2,8%
BOPZ	2,78	2,93	-0,15	5,1%
Bouw / Huisvesting / WTZi / College Sanering	3,14	3,43	-0,30	8,6%
BTW-plicht	2,19	2,22	-0,04	1,7%
BZ-formulieren	3,10	3,06	0,03	-1,1%
Drank- en Horecawet	2,36	2,48	-0,11	4,6%
EB-regeling	3,31	3,35	-0,04	1,2%
Enquêtes / Monitors / Onderzoeken	3,30	3,48	-0,19	5,3%
ESF	3,21	4,00	-0,79	19,9%
Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht	3,01	3,29	-0,28	8,4%
Implementatie van nieuwe wet- en regelgeving	3,52	4,09	-0,57	13,9%
Indicatiestelling en zorgtoewijzing	3,82	4,31	-0,49	11,3%
Jaarverslag / jaarrekening	3,23	3,37	-0,13	4,0%
Kaderregeling AO-IC	2,84	4,24	-1,39	32,9%
Klachtenprocedures	2,75	3,04	-0,29	9,6%
PGB	2,44	2,58	-0,13	5,2%
Tabakswet	2,51	2,90	-0,39	13,5%
Tevredenheid klant	3,04	3,38	-0,34	10,1%
Toelatingsprocedures CVZ	2,72	2,82	-0,10	3,6%
Verantwoording aan Zorgkantoor	3,30	3,99	-0,69	17,2%
Vorbereiden nieuwe vormen van financiering	3,28	4,13	-0,86	20,7%
Warenwet	2,76	2,93	-0,17	5,7%
Wet Arbeid Vreemdelingen	2,07	1,98	0,09	-4,8%
Wet Inkomsten naar Arbeidsvermogen	2,88	3,47	-0,59	16,9%
Wet WALVIS	2,50	3,57	-1,07	30,0%
WMCZ /inspraakorganen	2,91	3,10	-0,19	6,0%
Zorgcontractering	3,25	3,75	-0,50	13,3%
Gemiddeld	3,04	3,46	-0,41	11,9%

Legenda: 1=zeer klein, 2=klein, 3=gemiddeld, 4=groot, 5=zeer groot

Tabel A-2: Waarde administratieve lasten 2005

Onderwerp	Waarde
Arbo	2,75
AWBZ / WMO / DBC	2,80
AZR	2,70
Bevoorschotting en nacalculatie	2,43
BOPZ	2,63
Bouw / Huisvesting / WTZi / College Sanering	2,95
BTW-plicht	3,60
BZ-formulieren	3,37
Drank- en Horecawet	3,89
EB-regeling	3,73
Enquêtes / Monitors / Onderzoeken	3,57
ESF	3,08
Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht	2,47
Implementatie van nieuwe wet- en regelgeving	2,85
Indicatiestelling en zorgtoewijzing	2,69
Jaarverslag / jaarrekening	2,47
Kaderregeling AO-IC	2,83
Klachtenprocedures	2,24
PGB	3,04
Tabakswet	3,58
Tevredenheid klant	1,96
Toelatingsprocedures CVZ	3,17
Verantwoording aan Zorgkantoor	2,87
Vorbereiden nieuwe vormen van financiering	2,84
Warenwet	3,43
Wet Arbeid Vreemdelingen	3,70
Wet Inkomsten naar Arbeidsvermogen	2,93
Wet WALVIS	3,01
WMCZ /inspraakorganen	2,56
Zorgcontractering	2,63
Gemiddeld	2,89

Legenda: 1=geen waarde, 2=weinig waarde, 3=matige waarde, 4=veel waarde, 5=essentiële waarde

Tabel A-3: Index 2004 en 2005

Onderwerp	Index 2005	Index 2004	Mutatie
Arbo (n=103)	96,4	91,4	5,03
AWBZ / WMO / DBC (n=102)	111,6	98,4	13,22
AZR (n=85)	111,6	96,0	15,53
Bevoorschotting en nacalculatie (n=62)	87,8	86,1	1,77
BOPZ (n=55)	88,1	85,0	3,10
Bouw / Huisvesting / WTZi / College Sanering (n=63)	101,8	95,7	6,13
BTW-plicht (n=47)	83,5	82,7	0,77
BZ-formulieren (n=62)	98,5	99,2	0,70-
Drank- en Horecawet (n=23)	91,8	89,4	2,38
EB-regeling (n=60)	108,2	107,4	0,82
Enquêtes / Monitors / Onderzoeken (n=110)	109,3	105,4	3,85
ESF (n=85)	115,0	98,5	16,48
Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht (n=79)	93,9	88,2	5,77
Implementatie van nieuwe wet- en regelgeving (n=110)	114,4	102,5	11,84
Indicatiestelling en zorgtoewijzing (n=98)	117,3	107,3	10,07
Jaarverslag / jaarrekening (n=93)	95,5	92,7	2,80
Kaderregeling AO-IC (n=85)	117,2	88,3	28,93
Klachtenprocedures (n=93)	86,3	80,3	6,08
PGB (n=71)	85,0	82,2	2,79
Tabakswet (n=66)	97,3	89,1	8,15
Tevredenheid klant (n=100)	90,5	83,5	7,06
Toelatingsprocedures CVZ (n=45)	91,5	89,4	2,10
Verantwoording aan Zorgkantoor (n=88)	112,5	98,3	14,24
Vorbereiden nieuwe vormen van financiering (n=82)	115,2	97,5	17,76
Warenwet (n=43)	96,4	92,9	3,49
Wet Arbeid Vreemdelingen (n=47)	79,5	81,4	1,96-
Wet Inkomsten naar Arbeidsvermogen (n=79)	102,3	90,2	12,18
Wet WALVIS (n=73)	105,4	83,2	22,24
WMCZ /inspraakorganen (n=70)	90,9	87,0	3,85
Zorgcontractering (n=76)	105,2	94,8	10,38
Totaal	100,0	92,1	7,87

B Geraadpleegde literatuur

- Projectgroep Alexander, eindverslag Project Alexander (concepteindrapport en bijlagen), 30 augustus 2005;
- Molenaarsoverleg, aangepaste versie afspraken molenaarsoverleg (afsprakenlijst);
- Domein I Bijlage III_IV PeQuniamodel (spreadsheet), versie 04-01-26 en 04-01-29
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, uitnodiging tot inschrijving inzake de aanbesteding ‘Onderzoek naar beleefde administratieve lasten bij modelbedrijven in de AWBZ/care’ in het kader van het Programma aanpak administratieve lasten van VWS (aanbestedingstekst), nr. 2005 – 107;
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, overzicht veranderingen in de AWBZ in 2006, versie 2 06102005 (conceptbrief aan zorgaanbieders AWBZ Nederland);
- Thuiszorg Rotterdam, Bureaucratie in de Thuiszorg (discussiestuk ten behoeve van de ministeries van Financiën en VWS), 22 augustus 2005;
- Commissie AL Zorg, Externe commissie AL Zorg: de grootste ergernissen en een enkele opsteker (rapport), 15 maart 2005;
- Commissie EGC, Overzicht leden Externe Gemengde Commissie (ledenlijst);
- Vietsch, Lambrechts en Van Miltenburg, nr. 85 motie van het lid Vietsch C.S. voorgesteld 27 november 2003 (motie), Tweede Kamer vergaderjaar 2003–200429 200 XVI nr. 85;
- CDA Tweede-Kamerfractie, 90 Voorstellen tot vermindering administratieve last en bureaucratie (rapportage), 20 september 2005;
- CDA Tweede-Kamerfractie en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 90 Voorstellen tot vermindering administratieve last en bureaucratie (rapport), versie “Negentig-Puntenplan CDA AL APB 19 sept VWSdeel.doc”;
- Hasekamp, Beperking administratieve lasten AWBZ (nota aan dhr Kaasjager), 10 oktober 2005;
- Balkenende, reactie top-3 Philadelphia Zorg, 05/478040 (brief aan mevr Ross), 15 september 2005;
- Sira Consulting BV., Inventarisatie knelpunten en verbetervoorstellen in de Sector Ziekenhuizen. Deelrapportage voor het onderzoek “Inventarisatie (AL-) reductie-mogelijkheden Modelbedrijven” (rapportage), versie 0.1, 4 maart 2005-10-27;
- De Jonge, Brief aan minister Balkenende, B0504-068 (brief aan dhr Balkenende), 17 mei 2005;
- Voedsel- en warenautoriteit, handhaving van de drank- en horecawet (voorlichtings-materiaal), informatieblad 47 / 22 juni 2005;
- Voedsel- en warenautoriteit, het rookverbod (voorlichtingsmateriaal), informatieblad 21 / 29 juni 2005-10-27;
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, warenwet (voorlichtingsmateriaal), <http://www.minvws.nl/dossiers/voedselveiligheid/warenwet>