

Aanpak Bureaucratie in de langdurige zorg

'Meer tijd voor de cliënt'



Mei 2011

1 Vooraf

Formeel

In het MTDLGZ is in februari jl. gesproken over de invulling van de RA opdracht 'experiment regelarme instellingen'. Tevens is daarbij afgesproken om tot een samenhangende aanpak van de bureaucratie in de langdurige zorg te komen, waarbij de verschillende relevante directies elk een onderdelen zullen oppakken. Deze afspraak is gemaakt aan de hand van een powerpoint presentatie. Dit plan van aanpak dient als uitwerking van deze powerpoint presentatie.

Waarom dit document

Eén van de voornaamste klachten uit het veld is die over de bureaucratie. In de media, het politiek debat, maar ook tijdens werkbezoeken, in gesprekken met het veld, steeds weer komt de bureaucratie terug als een van de meest nijpende problemen in de langdurige zorg. Uiteraard worden door de overheid reeds (jarenlang) activiteiten ondernomen om de bureaucratie te verminderen. Deze activiteiten worden echter vanuit een overheidsdefinitie van bureaucratie ondernomen, die voor het veld niet tot herkenning leidt en zeker geen vermindering van de administratieve lasten tot gevolg heeft gehad.

Rond het thema bureaucratie bestaan vanuit de overheid vele opvattingen. Sommigen vinden dat bureaucratie een noodzakelijke uiting is van noodzakelijk administratieve handelingen die in het bedrijfsleven als 'doodnormaal' worden ervaren. Er zijn er die van mening zijn dat de overheid nauwelijks een verantwoordelijkheid in deze heeft. Anderen ondernemen activiteiten om de bureaucratie te verminderen. Tegelijkertijd neemt echter de frustratie onder professionals toe. Deze frustratie leidt tot aversie jegens overheid(sbeleid) en is daarmee ondermijnend voor (de legitimiteit van het) systeem en beleid. Zie ook het onderzoek naar de beleving van de langdurige zorg in Nederland (Anker, 2009). De constatering in 2009 was derhalve dat een andere benadering nodig was.

Vanaf medio 2009 is verkend welke aanpak wel effectief zou zijn voor de vermindering van de administratieve lasten. Wij hebben bij zorgaanbieders en zorgkantoren enkele personen geïnventariseerd waarvan bekend is dat zij bereid zijn om in een betrouwbare vertrouwelijkheid met VWS te willen spreken. Het gaat om bestuurders, controllers, teamleiders, zorgverleners (verpleegkundigen maar ook een verpleeghuisarts), zorginkopers, enz. Deze verkenningen zijn uitgevoerd door DGLZ, WJZ en LZ.

Mede op basis van hetgeen daar is gepresenteerd heeft onderzoek plaatsgevonden; waaronder het Werken aan de Zorg (WADZ, Plexus, 2010) onderzoek en het onderzoek naar de wijze waarop de ZZPs zijn ingevoerd (Casemix, HHM, zorgaanbieders: 2010, zorgkantoren: 2011).

2 Inhoudsopgave

1	Vooraf	2
2	Inhoudsopgave	3
3	Waar komt de bureaucratie vandaan?	5
4	Meerdere perspectieven op overheidsverantwoordelijkheid	7
5	Eerdere beleidsinitiatieven	8
6	De visie: hoe komen we tot minder bureaucratie	9
7	Aanpak	9
7.1	Korte termijn	9
7.1.1	Zorgaanbieders: goede voorbeelden opsporen en zichtbaar maken	9
7.1.2	Zorgaanbieders: Terechte klachten nu aanpakken	10
7.1.3	Zorgaanbieders: indicatiestelling AWBZ	10
7.1.4	Zorgaanbieders en zorgkantoren: tariefvereenvoudiging	11
7.1.5	Zorgaanbieders en zorgkantoren: AGB codering	11
7.1.6	Zorgaanbieders: Traject jaardocument	11
7.1.7	Zorgaanbieders: Project informatievoorziening	12
7.1.8	Clënten: Regelhulp: hulp aan cliënten bij zelfsturing	12
7.1.9	Gemeenten: Vervolg gezamenlijke beoordeling/lokale initiatieven	12
7.2	Middellange termijn	13
7.2.1	Zorgaanbieders: Experiment regelarme instellingen	13
7.2.2	Zorgaanbieders / zorgkantoren: AZR onderzoek	14
7.2.3	Zorgkantoren: standaardisering	14
7.2.4	Gemeenten: debat over standaardisering gekoppeld aan overheveling begeleiding	15
7.3	Lange termijn	17
7.3.1	Van wantrouwen naar vertrouwen	17
7.3.2	High penalty	18
7.3.3	Toezichtvisie IGZ	18
7.3.4	Clearinghouse	19
8	Organisatie	20
9	Planning	22
10	Indicatoren voor succes, betrokkenheid veld en kwantificering	22
10.1	Indicatoren voor succes	22
10.1.1	Maak het waar!	22
10.1.2	Beleving in het veld	23
10.1.3	Politieke aandacht	23
10.2	Betrokkenheid van het veld	23
10.2.1	Bestuurlijke binding ZBO's	23
10.2.2	Brainstormgroep DGLZ	23
10.2.3	Klankbordgroep ZZPs	23

10.2.4 Actieve communicatie: via 'In Voor Zorg!'	23
10.3 Kwantificering.....	24
11 Budget	26

3 Waar komt de bureaucratie vandaan?

Urgentie

Een van de voornaamste klachten uit het veld van de langdurige zorg is die over de bureaucratie, of beter: de ervaren administratieve lasten. In de media, het politiek debat, maar ook tijdens werkbezoeken, in gesprekken met het veld, steeds weer komt de bureaucratie terug als een van de meest nijpende problemen in de langdurige zorg. Er zijn reeds vele rapporten en analyses verschenen over ontstaan van bureaucratie en waar de verantwoordelijkheid voor het ontstaan van bureaucratie ligt. Bureaucratie ontstaat deels door regelgeving van de overheid, en deels door het veld zelf.

Bronnen van bureaucratie: overheid en veld beiden

Ten eerste is sprake van een cultuur van zekerheid zoeken. Als gevolg van incidenten ontstaat er een neiging bij zowel overheid als binnen instellingen om zekerheid te zoeken in het maken van nieuwe regels, die weer extra bureaucratie met zich meebrengen. Lang niet altijd ligt aan deze regels een analyse ten grondslag waaruit blijkt hoe groot het probleem is dat opgelost moet worden en op welke wijze zich dat verhoudt tot de extra bureaucratie.

Voor wat betreft de overheid vergroot de mediadruk deze reflex. De hoeveelheid nieuwsmedia is de afgelopen ca. 10 jaar behoorlijk toegenomen, en zal de komende jaren nog meer toenemen. Deze media heeft onderwerpen nodig en heeft alleen al daarom de neiging om incidenten op te blazen. Dit gecombineerd met het vorig punt, leidt te vaak tot – de roep om - extra regels en daarmee meer bureaucratie.

Doorgeschoten (beleids)regels zijn ook een bron van bureaucratie. De bedoeling van beleid is veelal niet het tot stand brengen van bureaucratie, maar leidt daar soms wel toe. De ZZPs zouden als voorbeeld gezien kunnen worden. Terwijl het uitgangspunt: reallocatie van middelen (eerlijker verdelen van middelen op basis van zorgzwaarte) een breed gedeelde doelstelling is, is het (vanuit de overheid onbedoelde) effect te vaak een minutenregistratie. Dit houdt soms ook verband de wijze waarop organen zoals CIZ en NZa (met goede bedoelingen overigens) de beleidsdoelstellingen naar concrete regels vertalen. Ook houdt het soms verband met de implementatievorm waarvoor instellingen kiezen, men wil dan maximaal binnen de regels blijven zonder na te gaan wat de strekking van het beleid is.

In een democratische rechtsstaat is het optreden van de (rijks)overheid onderworpen aan de regels van het recht. Deze gehouwenheid van de overheid aan zijn eigen rechtsregels leidt tegelijkertijd tot rechten voor de burger. Die burger moet zonnodig in het geweer kunnen komen tegen een overheid die haar eigen rechtsregels overtreedt. Een democratische rechtsstaat kan dan ook niet zonder rechtsregels en een bureaucratie functioneren, die deze rechtsregels ontwerpt, uitvoert, controleert en, waar nodig, handhaaft en sanctioneert.

Het voorgaande is overigens niet uniek voor de zorg. Deze effecten doen zich door de gehele samenleving voor.

Een effect hiervan in het veld is verzet tegen regels die als oneerlijk, onwerkbaar, onnodig of anderszins onwenselijk worden ervaren. Partijen vechten deze regels aan (in bezwaar, beroep, voor de rechter of anderszins). Het effect kan zijn nog meer regels om tegen te gaan dat er juridisch te veel mogelijkheden ontstaan.

Een andere bron van bureaucratie is de volgende. De langdurige zorg is in transitie. De afgelopen kabinetten hebben reeds tal van hervormingen doorgevoerd (WMO, Zvw, ZZPs, enz) en dit kabinet zal daarmee doorgaan (Kwaliteitsinstituut, begeleiding naar de gemeenten, uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekeren, enz). De doelstelling is steeds het hoofd bieden aan de maatschappelijke opgaven waarvoor Nederland zich geplaatst ziet. De focus van het beleid ligt dan ook op deze doelstelling, terwijl een bijkomend gevolg is dat de regels blijvend in verandering zijn. Andere regels betekenen nieuwe vormen van registratie, inkoop, verantwoording, controle, enz. Veel van deze veranderingen dienen bovendien in een krap tijdschema gerealiseerd te worden, waardoor de tijd ontbreekt om tegelijkertijd de administratieve lasten tegen te gaan. Dit uit zich in

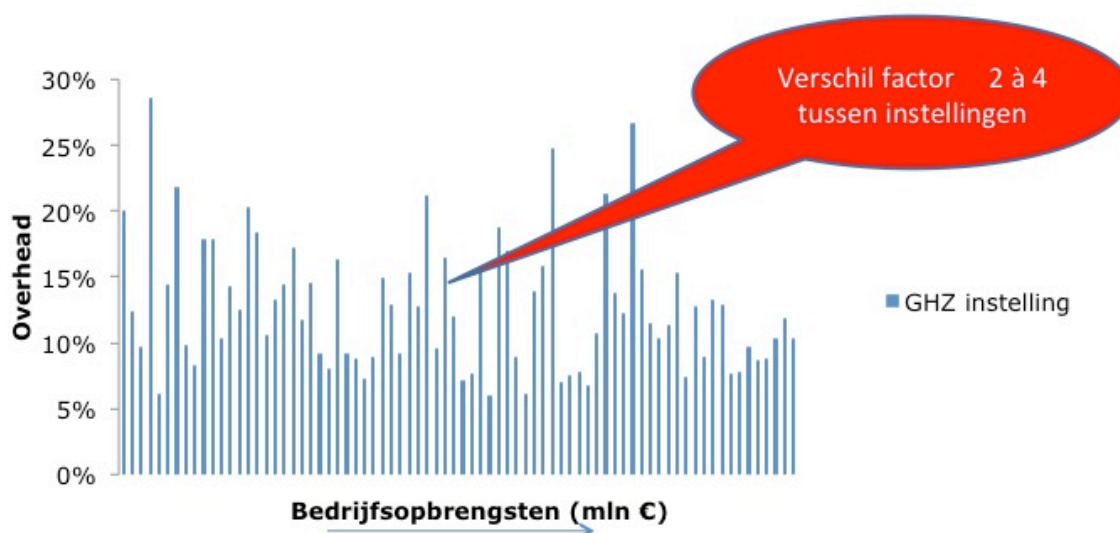
korte implementatie termijnen, geen tijd voor standaardisatie, gedegen automatisering, of het 'opruimen' van de regels uit het verleden. Deze stapeling van bijkomende gevolgen zijn van majeur gewicht voor de ervaren bureaucratie.

Bureaucratie: niet alleen van de overheid

Lang niet alle bureaucratie komt van de overheid. Naast de hiervoor genoemde cultuur van zekerheid zoeken is ook een neiging vanuit de professionals zelf. De professionaliseringslag die gaande is in de zorg betekent ook een toename van protocollen, richtlijnen, enz. Terwijl de professionalisering sec alleen maar toegejuicht kan worden, is een ongewenst neveneffect: meer registratie, verantwoording, en dus bureaucratie. Daarnaast gaat het vaak ook om slechte organisatie van werk- en administratieve processen binnen instellingen die tot bureaucratie leiden.

Ter illustratie, hieronder een voorbeeld van uit de gehandicaptenzorg (WADZ, Plexus, 2010). Op de x-as staan zorgaanbieders die deze zorg leveren, op de y-as de hoeveelheid overhead (algemene, administratieve en management functies). Uit het voorbeeld blijkt dat het nastreven van best practice voor een majeure verbeteringen van de administratieve lasten kan leiden, terwijl er niets in overheidsregelgeving hoeft te veranderen.

Overhead: grote verschillen tussen zorginstellingen in alle sectoren.



Bron: JMV 2008

Bureaucratie door te weinig regels

Een belangwekkende observatie in het onderzoek (WADZ, Plexus, 2010) is dat een gebrek aan regels ook kan leiden tot bureaucratie. Eenduidige regulering geeft duidelijkheid en standaardisering over partijen heen. Als illustratie: zonder regulering en standaardisering zouden diensten zoals telefonie, internet onmogelijk zijn. Zonder verkeersregels zou de huidige mobiliteit onmogelijk worden. Deze duidelijkheid en standaardisering kan als onwenselijk en als beklemmend worden ervaren (wie wil er tenslotte niet af en toe door rood rijden?), maar voorkomt wel dat meerderen het wiel en (daardoor) bureaucratie uitvinden.

Bureaucratie: uiting van te weinig systeem legitimiteit

Belangwekkend is voorts de observatie de diepe weerzin die professionals en zorginstellingen koesteren jegens administratieve handelingen indien zij weinig zeggenschap in de omvang en aard van de administratieve handelingen hebben die zorginstellingen, toezichthouders en financiers creëren. Niet zelden gevoed door incidenten wordt regel op regel gestapeld, worden registratieverplichtingen en controles geïntensiveerd, neemt de angst om fouten te maken toe en ontstaat een "indekcultuur". De regels, procedures en werkwijzen schieten dan hun doel voorbij, worden een doel in zichzelf en gaan ten koste van een goede uitvoering van de zorg voor hulpbehoevende mensen. De frustratie hierover voert de boventoon in het debat over de (ervaren) administratieve lasten in de zorg. De zorgprofessionals, die met hart en hoofd voor een loopbaan in de zorgsector hebben gekozen, omdat zij een actieve bijdrage willen leveren aan de gezondheid en het welzijn van hun medemens, zien zich in dat streven ernstig gehinderd door vaak onbegrepen regels en administratie om verantwoording over hun dagelijks handelen af te leggen. Het gaat dan niet alleen om de overheid die professionals registratieverplichtingen oplegt via wet- en regelgeving, maar ook zorginstellingen zelf, toezichthouders en financiers vragen de professional om te willen registreren in het kader van een op hol geslagen controle-, beheersings- en verantwoordingsdrift.

Resumerend: urgentie maar ook enthousiasme!

Bureaucratie is een veelkoppig monster dat zich op vele manier uit. Regelgeving is niet de enige reden voor bureaucratie, maar wel een waarachter velen zich kunnen verschuilen. Om de cliënten en de professionals daadwerkelijk van onnodige en hinderlijke bureaucratie te verlossen, is een cultuuromslag nodig. De overheid en haar uitvoeringsorganisaties zullen zich "de kunst van het loslaten" moeten eigen maken. Wordt nu door de overheid uitgegaan van wantrouwen met alle daarmee samenhangende regeldruk en registratieverplichtingen vanden, de omslag zal moeten worden gemaakt naar een systeem van vertrouwen in de cliënt en de professional. De professional moet de ruimte krijgen om zijn vak goed en met plezier te kunnen uitoefenen. Die ruimte en de daaruit voortvloeiende arbeidsvreugde leiden tot een betere dienstverlening aan de cliënt die van de inzet en inspanningen van de professional afhankelijk is. Meer ruimte om daadwerkelijk zorg te bieden en minder papier en verantwoording dragen bij aan het bereiken van deze doelstelling. Daardoor zal de (ervaren) regeldruk verminderen.

De noodzaak daartoe klemt temeer, nu de sector voor het opvullen van haar vacatures zal moeten concurreren op een krimpende arbeidsmarkt. Door zorgwerkers te verschonen van onnodige administratieve lasten kan het imago van de sector verbeteren, die daardoor aantrekkelijker wordt voor (jonge) werkzoekenden. Door het substantieel verminderen van de regeldruk zal ook de natuurlijke neiging ontstaan het gegeven vertrouwen niet te beschamen. Vertrouwen is wederkerig. Het kan alleen verkregen worden als het eerst ook echt gegeven wordt. Wordt dat gegeven vertrouwen overigens geschonden dan kan dat niet zonder gevolgen blijven en zal daar een harde sanctie tegenover moeten staan ("high trust, high penalty").

4 Meerdere perspectieven op overheidsverantwoordelijkheid

Er zijn meerdere perspectieven mogelijk op de rol en de verantwoordelijkheid van de overheid bij de aanpak van de bureaucratie.

Ten eerste is er het klassieke (juridische) perspectief. In dit perspectief wordt de formele verantwoordelijkheidsverdeling aangehouden. Dan is het veld zelf verantwoordelijk voor de inrichting van werkprocessen en de administratieve processen die daarmee samenhangen. In dit perspectief is de verantwoordelijkheid van de overheid zeer beperkt. Kiezen voor dit perspectief is formeel wellicht de juiste en daarmee de veilige keuze, maar het is een maatschappelijk en politiek onbevredigende rolinvulling. Maatschappelijk wordt de overheid als hoeder van het stelsel gezien en daarmee als medeverantwoordelijk voor de als majeur ervaren administratieve lasten in de langdurige zorg. Deze rolinvulling aanhouden versterkt het beeld van de afstandelijke overheid die beperkt op de hoogte is van wat er speelt en verantwoordelijkheid om problemen op te lossen ontkent.

Aan de andere kant van het spectrum zou een rolinvulling kunnen zijn dat de overheid zich 'eigenaar' voelt van de administratieve lasten in de langdurige zorg. In dit perspectief benoemt de overheid bureaucratie als een majeur probleem waarbij de oplossing vooral bij de overheid gezocht moet worden. Dit vraagt om majeur dereguleren. Echter, zoals hiervoor is aangegeven kan het verminderen van de administratieve lasten zeker niet door de overheid alleen tot stand worden gebracht. Kiezen voor deze positie zou een oplossingsmacht pretenderen die de overheid niet

heeft, waardoor uiteindelijk opnieuw de afstand tot het veld verder wordt vergroot. Bovendien doet deze rolopvatting geen recht aan de verantwoordelijkheid en de mogelijkheden van zorgaanbieders om de administratieve lasten te verminderen.

De derde weg tenslotte is de volgende. De overheid draagt verantwoordelijkheid voor het systeem van de langdurige zorg, en daarmee ook voor de systeem uitkomsten. Een systeemuitkomst is dat er (op de werkvloer) van de langdurige zorg sprake is van gevoelde majeure administratieve lasten. Deze gevoelde administratieve lasten leiden tot ondoelmatige inzet van middelen (namelijk premie middelen worden voor administratieve handelingen ingezet) maar nog belangrijker is dat hierdoor het systeem aan legitimiteit verliest. Doordat op de werkvloer majeure administratieve lasten worden gevoeld is er inherent weerstand voor zowel het systeem als toekomstig beleid daaromtrent. Het is daarom passend als de overheid de administratieve lasten erkent als een majeur probleem en daarmee verantwoordelijkheid neemt voor het vinden van oplossingsrichtingen. Bij het vinden van oplossingen zal het veld van de langdurige zorg deelgenoot gemaakt moeten worden. Tegelijkertijd is hieraan logisch verbonden dat als bureaucratie een systeemuitkomst is, de komende systeemaanpassingen (zoals aangegeven in het RA/GA) benut zouden moeten worden om de bureaucratie kleiner te maken. Daarvoor zijn diverse mogelijkheden hierna uitgewerkt.

Tijdens de bespreking in het MTDGLZ van februari jl. is gekozen om voor deze derde invulling te kiezen.

5 Eerdere beleidsinitiatieven

De aanpak van bureaucratie is al langer onderwerp van overheidsbeleid. Hierna een korte opsomming.

2000-2002 Commissie de Beer

Onderzoek naar administratieve lasten in vijf wetten: ZFW, AWBZ, WTG, WZV en WTZ. In 2002 verschijnt het eindrapport van de commissie. VWS schrijft implementatieplan.

2003 Kabinetsbrede aanpak van administratieve lasten, alle departementen:

Doen een nulmeting administratieve lasten;
Maken twee reductiescenario's : 25% en 35%;
Een extern gemengde commissie bewaakt de uitvoering (cie. van Rijn bij VWS)

2004-2007 Aanpak administratieve lasten VWS

Programma voor het terugdringen van administratieve lasten. Als doel wordt gesteld een reductie van 25% van de administratieve lasten veroorzaakt door nationale wetgeving in 2007 en aandacht merkbare lastenreductie.

2007-2011 Programma vermindering regeldruk bedrijven en burgers

Kabinetsbrede aanpak. In 2007 wordt een nieuwe nulmeting gedaan en nieuwe plannen ontwikkeld om administratieve lasten verder terug te dringen.

Met beperkt succes is getracht op onderdelen sec binnen de overheidsverantwoordelijkheid tot

vermindering van de administratieve lasten te komen. Tegelijkertijd was deze beperkte benadering van administratieve lasten een reden waarom het succes beperkt was. De enge definitie van administratieve lasten is weinigzeggend voor het veld. Wanneer namelijk volgens deze definitie de administratieve lasten dalen, betekent dit niet automatisch dat het aantal administratieve handelingen in de zorg daadwerkelijk afneemt. De definitie houdt namelijk alleen rekening met administratieve lasten veroorzaakt door de overheid, terwijl in de praktijk administratieve handelingen ook door andere partijen zoals financiers, toezichhouders en zorginstellingen zelf worden veroorzaakt. Dit, terwijl in de beeldvorming de overheid toch primair verantwoordelijk is. Dit komt deels ook doordat de overheid bij het loslaten (waardoor meer marktprikkels ontstaan met meer kwaliteit en doelmatigheid als gevolg) nalaat om te standaardiseren waardoor voor zorgaanbieders een veelheid aan administratieve lasten ontstaat.

6 De visie: hoe komen we tot minder bureaucratie

Minder bureaucratie vraagt twee elkaar aanvullende benaderingen.

High trust, high penalty

De eerste is een omslag van wantrouwen in de zorg, naar vertrouwen; dus de omslag naar High trust, high penalty (zie ook hierna). De kern is dat als er vertrouwen is, er minder controles noodzakelijk zijn en daarmee dus minder hoeft te worden vastgelegd, formulieren ingevuld of gerapporteerd. Er wordt niet gestuurd op input (en de verantwoording daarover) maar op uitkomsten. Verantwoording over uitkomsten kan op een comply of explain basis worden ingericht; als je aan de afspraken voldoet kan je je minimaal verantwoorden, als je dat niet doet heb je veel meer uit te leggen.

Voorkomen bureaucratie door te standaardiseren

De tweede is die van het wegnemen van mogelijkheden om administratieve lasten te creëren in systemen waarvoor uiteindelijk de overheid verantwoordelijk is. Als er in plaats van over een onderwerp niet meerdere formulieren maar slechts 1 formulier is (bij voorkeur elektronisch) dan is de informatie voorhanden, maar vergt dat minder administratieve handelingen.

Beide pijlers vormen de rode draad voor dit plan, en bevat stappen om conceptueel maar vooral daadwerkelijk tot een meetbare vermindering van de ervaren administratieve lasten te komen, vanuit het perspectief van het veld.

7 Aanpak

De aanpak maakt onderscheid naar korte termijn, middellange termijn en lange termijn.

7.1 Korte termijn

Op de korte termijn wordt getracht al tot resultaten te komen, zowel bij zorgaanbieders (goede voorbeelden, kennis toevoeging), zorgkantoren (onderzoek) als cliënten (regelhulp).

7.1.1 Zorgaanbieders: goede voorbeelden opsporen en zichtbaar maken

Waar gaat het om?

In het plexus onderzoek 'Werken aan de zorg', (2010) is naast duidelijkheid omtrent de opbouw en ontstaan van de bureaucratie in de zorg, ook zicht verkregen op diverse voorbeelden van zorgaanbieders die het lukt om de zorg 'bureaucratie-arm' te organiseren. Ook in het HHM/Casemix onderzoek naar de stand van zaken van de ZZP invoering zijn diverse goede voorbeelden gebleken. Ook uit trajecten met betrekking tot o.a. ICT zijn diverse goede voorbeelden aan te reiken. Ook zijn er vele effectieve zorgconcepten die aangedragen kunnen worden, zoals dat van de Thomanshuizen en Buurtzorg. Binnen 'In Voor Zorg!' is er een brede range aan goede voorbeelden beschikbaar.

Wat gaan we doen?

In de loop van 2011 en 2012 zullen deze goede voorbeelden verder worden aangevuld, en breed worden uitgedragen. Dit is gekoppeld aan 'In Voor Zorg!'. Er is een ZZP-thema website in de lucht gebracht 'werkenmetZZPS.nl' waarop deze voorbeelden zijn opgenomen. Daarnaast worden bijeenkomsten voor het veld georganiseerd.

Zie voor precieze uitwerking het implementatieplan: 'werkenmetZZPs' (apart op te vragen).

7.1.2 Zorgaanbieders: Terechte klachten nu aanpakken

Waar gaat het om?

Tijdens discussiebijeenkomsten kwamen enkele regels van de overheid naar voren die (veel) gevoel van onnodige bureaucratie veroorzaken, en waar snel op ingegrepen kan worden. Er kwamen vele punten naar voren, waardoor enige prioriteitstelling noodzakelijk wordt. Prioriteitstelling kan het best plaatsvinden aan de hand de criteria haalbaarheid en tempo van realisering van vermindering bureaucratie. Vooralsnog daarom in willekeurige volgorde de genoemde punten.

Wat gaan we doen?

De volgende punten kwamen naar voren:

- de kaderregeling AO/IC verplicht zorgaanbieders om bij een wijzigende indicatie steeds weer overeenkomsten met de cliënt te moeten sluiten, zelfs als de cliënt niet uit zorg is geweest. Dit veroorzaakt voor cliënten, professionals en instellingen veel onnodige bureaucratie. De NZa overweegt overigens om de kaderregeling af te schaffen. In onze gesprekken kwam naar voren dat zowel zorgaanbieders als zorgkantoor dat liever niet willen, omdat deze wel houvast en standaardisering biedt. In hun ogen is het beter als de kaderregeling blijft bestaan, maar enkele ondoelmatigheden daarbinnen worden aangepakt.
- informatie-uitwisseling tussen instellingen, zorgkantoren en MEE organisaties. Cliënten worden soms bemiddeld door MEE organisaties naar zorg. Indien de informatievoorziening van MEE naar de zorginstellingen verbeterd, kan zowel de cliënt als de professional bij de zorgbieder veel formulieren invullen worden bespaard.
- Sinds enige tijd is er de CIZ-aanmeld functionaliteit. Deze wordt op prijs gesteld door de professionals en de zorginstelling. De manier waarop deze nu is vormgegeven sluit echter (nog) niet helemaal aan op het werkproces rond de cliënt. Door een aanpassing van deze functionaliteit, kan het werkproces van de professional gemakkelijker worden gemaakt.
- Het zorgkantoor gaf aan dat een koppeling tussen WMO loket en zorgloket van het Zorgkantoor tot een vermindering van administratieve lasten zal leiden omdat gegevens slechts een keer te hoeven worden gevraagd aan de patiënt en de professional deze slechts een keer hoeft in te voeren, de kans op fouten afneemt en de service aan de patiënten wordt vergroot. Voor de hand ligt bovendien meer doelmatigheid in het zorgproces. (dit is geen overheveling, maar betere logistiek).
- Zowel zorgkantoren als zorgaanbieders noemden het verschil tussen de maandafrekeningen van intramuraal (eens per maand) en extramuraal (eens per vier weken). Hierin standaardisering brengen zou vermindering van administratieve complexiteit betekenen.
- Met betrekking tot de AWBZ-brede zorgregistratie kwam naar voren dat zorgkantoren niet hetzelfde inrichten. Het gevolg hiervan is dat zorgaanbieders die in meerdere regio's actief zijn, met extra administratieve complexiteit worden geconfronteerd die kan worden weggenomen door standaardisering. Dit laatste overigens zonder dat inhoudelijk informatie verloren gaat. Een bijkomend effect is dat door deze huidige verschillen, software leveranciers van zorginstellingen, hun software onvoldoende inrichten (de markt is te klein). Standaardiseren zal software leveranciers van instellingen ertoe brengen hun systemen beter in te richten voor de ondersteuning van het primaire proces.

7.1.3 Zorgaanbieders: indicatiestelling AWBZ

Waar gaat het om?

Het geven van vertrouwen aan de professional betekent dat hij een meer actieve rol krijgt in het proces van indicatiestelling AWBZ. De professional kent de cliënt in zijn sociale omgeving. Die kennis kan actief ingezet worden in het proces van de indicatiestelling. De cliënt wordt zo verschoond van dubbele uitvraag of vragen "naar de bekende weg", het besluit kan sneller worden afgegeven, waardoor de cliënt sneller weet waar hij aan toe is en de zorg kan sneller worden ingezet c.q. worden voort gezet.

Wat gaan we doen?

Het CIZ voert dan niet meer zelf het indicatieonderzoek uit, maar beperkt zich straks tot een steekproefsgewijze controle achteraf. Het CIZ, staande aan de poort van de AWBZ, transformeert

geleidelijk aan van een indicatiestellende organisatie naar een organisatie die de indicaties van zorgaanbieders nog slechts toetst. Begin 2010 is gestart met de herindicaties (ca. 75 – 80% van het totaal aantal indicaties). Daarbij geeft de zorgaanbieder een indicatieadvies af aan het CIZ die dat na een steekproefsgewijze toetsing vooraf omzet in een formeel indicatiebesluit. Ook is ondertussen het aantal SIP's verder uitgebreid tot 33. Het gaat daarbij om standaardsituaties voor zowel een eerste aanvraag als een herindicatie. De standaardindicatie wordt door de zorgaanbieder zelf afgegeven en de zorg kan direct ingezet c.q. voortgezet worden. Het formele indicatiebesluit van het CIZ volgt achteraf. In het najaar van 2011 zal daarnaast gestart worden met indicatiemelding voor 80-plussers die voor langdurig verblijf in aanmerking komen. De zorgaanbieder doet, evenals bij taakmandatering, de melding via de zogenaamde digitale aanmeldfunctionaliteit, die door het CIZ automatisch en zonder toets wordt omgezet in een formeel indicatiebesluit. Wel is er sprake van monitoring door het CIZ. Door het CIZ zal het aantal vragen in de digitale aanmeldfunctionaliteit, de minimale gegevensset, verder worden teruggebracht.

7.1.4 Zorgaanbieders en zorgkantoren: tariefvereenvoudiging

Waar gaat het om?

Er zijn nu drie prestaties persoonlijke verzorging. De verhoudingen daartussen zijn helder. Het is mogelijk van drie prestaties naar een prestatie te gaan, en het aan de zorgaanbieders en zorgkantoren over te laten om het samen met de patiënt tot invulling te komen. Dat scheelt in de AZR administratie, en voor de eigen bijdrage maakt niet uit, want het blijft 1 uur. Maakt ook voor de kosten niet uit, indien je tot een gewogen gemiddelde komt.

Het vraagt dat partijen dit gemiddelde dan accepteren (for better or worse).

Er moet onderling vertrouwen zijn om met dit nieuwe systeem te gaan werken. Dit systeem kan een van de invullingen van high trust, high penalty zijn.

Wat gaan we doen?

VWS vraagt voor de zomervakantie van 2011 aan de NZa om een uitvoeringstoets op te leveren, zodanig dat deze vereenvoudiging indien mogelijk met ingang van 2012 of uiterlijk met ingang van 2013 kan worden ingevoerd.

7.1.5 Zorgaanbieders en zorgkantoren: AGB codering

Waar gaat het om?

Ten behoeve van het declaratieverkeer worden bepaalde code's afgegeven aan zorgaanbieders (AGB-codes). Deze codes identificeren zorginstellingen. Tijdens de uitgevoerde verkenningen bleek dat hierin een betere standaardisatie wenselijk en mogelijk is, waardoor minder een sterke vereenvoudiging in het declaratieverkeer nodig is. Er werden voorbeelden genoemd van vele fte's die hiermee gemoeid zouden zijn.

Wat gaan we doen?

Op dit moment worden AGB codes door meerdere instanties uitgegeven. Dit is voor partijen, met name zorgaanbieders, onoverzichtelijk en leidt tot complexiteit in het betaalverkeer. VWS zal de leiding nemen in het terugbrengen van het aantal instanties dat AGB codes afgeeft tot een. Hierbij zal tevens aandacht zijn voor duidelijke procedures e.d.

7.1.6 Zorgaanbieders: Traject jaardocument

Waar gaat het om?

In het kader van de Maatschappelijke Verantwoording wordt de actuele informatiebehoefte van de verschillende partijen in beeld gebracht.

Wat gaan we doen?

Vragen hierbij zijn: in welke mate het Jaardocument aan deze behoefte voorziet; welke aanpassingen wenselijk zijn om de bruikbaarheid van de informatie uit het Jaardocument te vergroten en om aanvullende informatie uitvraag te beperken; en in hoeverre de uitvraag kan worden gesimplificeerd of samengevoegd. Het doel is dus het vergroten van de doeltreffendheid van het Jaardocument, inclusief wat betreft de beperking van de administratieve lasten.

7.1.7 Zorgaanbieders: Project informatievoorziening

Waar gaat het om?

Jaarlijks worden de ramingen die VWS maakt omtrent de stijging van de zorgkosten overschreden. VWS wil vroegtijdig inzicht in dreigende overschrijdingen krijgen. Daarom is er gestart met het project informatievoorziening, met als doel om te komen tot een eenduidig overzicht van systeem- en resultaatsinformatie die VWS moet weten om tijdig zicht te hebben op deze overschrijdingen en de daarbij horende oorzaken. Idealiter leidt dit tot een 'dashboard' met een set van indicatoren met bijbehorende informatiebronnen.

Doordat VWS bezig is met een heroriëntatie op welke informatie zij nodig heeft om invulling te geven aan haar systeemverantwoordelijkheid, zou mogelijke "bijvangst" kunnen zijn dat onnodige informatie-uitvraag wordt verminderd. Hierdoor kunnen administratieve lasten worden verminderd en daarmee ook de overhead bij instellingen. Het is echter nog onzeker of dit wordt bereikt.

Wat gaan we doen?

Op basis van een pilot via het CBS zal medio 2012 bezien worden welke vervolgstappen worden gezet.

7.1.8 Cliënten: Regelhulp: hulp aan cliënten bij zelfsturing

Waar gaat het om?

Een concrete en tastbare bijdrage aan het verbeteren van de informatievoorziening wordt vooral ook geleverd door de webvoorziening www.regelhulp.nl. Eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht worden steeds belangrijker als het gaat om het regelen van zorg of hulp. Regelhulp helpt bij de behoefte van de cliënt aan meer eigen regie en zelfsturing door het bieden van een zoveel mogelijk compleet pakket aan informatie, die wordt ontsloten via een intelligente en flexibele vraagverheldering.

Wat gaan we doen?

Om bij te dragen aan eenduidige informatie gaat Regelhulp 'services' leveren aan uitvoerings- en andere organisaties, zoals bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Op welke plek of op welke wijze de klant ook aanklopt, hij wordt steeds op dezelfde manier geholpen en komt bij de juiste organisatie terecht. Als bijdrage aan een gestroomlijnd, waar mogelijk integraal indicatieproces, zal Regelhulp de hulpvraag, informatie en het toeleiden naar voorzieningen uniformeren en ondersteunen. Klanten krijgen inzicht en inzage in het indicatieproces door toegang tot en hergebruik van de eigen gegevens, en door statusinformatie aan te bieden. Regelhulp zal ook de dialoog met klanten en professionals aangaan, onder meer door gebruik te maken van sociale media. Regelhulp heeft daarbij mede een signalerende functie ten behoeve van beleid.

7.1.9 Gemeenten: Vervolg gezamenlijke beoordeling/lokale initiatieven

Waar gaat het om?

Gebleken is dat vooral mensen met een meervoudige problematiek, die voor hun voorzieningen een beroep moeten doen op meerdere wettelijke regelingen, die worden uitgevoerd door even zovele verschillende organisaties met elk een eigen loket, forse administratieve lasten ervaren. De informatie-uitvraag is niet op elkaar afgestemd, waardoor meerdere keren dezelfde vragen moeten worden beantwoord c.q. naar de bekende weg wordt gevraagd. Dit leidt terecht tot grote irritatie bij deze cliënten. In 12 lokale samenwerkingsverbanden op het gebied van werk, inkomen, zorg en welzijn worden cliënten met een complexe hulpvraag beter en sneller geholpen. Dit gebeurt door de cliënt een totaaloplossing te bieden die bij zijn situatie aansluit, te voorkomen dat bij verschillende organisaties afzonderlijke aanvragen moeten worden ingediend, er voor te zorgen dat gegevens slechts één keer aangeleverd hoeven te worden en de belasting door onderzoeken tot een minimum te beperken. De cliënt krijgt één vast contactpersoon.

Wat gaan we doen?

Door VWS en SZW is een startsubsidie voor het lokale samenwerkingsverband beschikbaar gesteld aan de hand van een business case. Die moet aangeven welke bijdrage het lokale project daadwerkelijk gaat bijdragen aan de doelstelling van gezamenlijk beoordelen en hoe de werkwijze structureel in de organisatie kan worden ingebed. De evaluatie, eind 2011, moet uitwijzen welke vorm van dienstverlening voor de verschillende cliëntgroepen de meeste meerwaarde biedt en zich mogelijk goed leent voor landelijke verspreiding in de jaren daarna.

7.2 Middellange termijn

Op de middellange termijn gaat het om het experiment met regelarme instellingen zoals aangegeven in het RA. Daarnaast betreft het standaardisatie door zowel zorg zorgkantoren/verzekeraars als gemeenten van informatie-uitwisseling met zorgaanbieders op het gebied van inkoop, verantwoording, kwaliteit, declaratie, indicatiestelling.

7.2.1 Zorgaanbieders: Experiment regelarme instellingen

Waar gaat het om?

Het regeer- en gedoogakkoord stelt dat de verpleging en verzorging moeten hun vak terug moeten krijgen zonder overbodige administratieve belasting. Om te bezien welke mogelijkheden er zijn om de overbodige administratieve belasting weg te nemen start het kabinet een experiment met regelarme zorginstellingen. Daartoe zal een inventarisatie worden gemaakt van regels in de zorg die afgeschaft kunnen worden en waarvan twijfel is over de noodzaak. De opbrengsten van het terugdringen van de overhead gaat terug naar de zorginstelling.

Wat gaan we doen?

Het experiment bevat twee elementen, ten eerste de inventarisatie van regels in de zorg waarvan twijfel bestaat over de noodzaak en ten tweede het experiment met zorgaanbieders waarvoor de regels niet of in mindere mate zullen gelden. Ter uitvoering worden de volgende stappen gezet.

Stap 1: inventarisatie van hinderende regels en belangstelling experiment

Via een brief worden de zorgaanbieders gevraagd om te melden van welke regels zij het meest last hebben om cliëntgericht te werken, kwaliteit of doelmatigheid te realiseren. Tevens kan men belangstelling om mee te doen aan het experiment melden. Inventarisatie vindt plaats via www.invoorzorg.nl

Deze meldingen worden geanalyseerd door gespecialiseerd bureau. Het resultaat van deze analyse wordt gepubliceerd op www.invoorzorg.nl zodat de gebleken misverstanden over regels voor allen weggenomen kunnen worden.

Stap 2: noodzaak regels toetsen

Bij het toetsen van de regels geldt omgekeerde bewijslast, dat wil zeggen dat het uitgangspunt is dat de administratieve lasten in het experiment worden weggenomen. In plaats daarvan geldt high trust, high penalty (zie hierna). Degene die hecht aan het handhaven van de regels en de daarmee samenhangende administratieve lasten moet aantonen dat deze noodzakelijk zijn. Hiertoe zal een openbare hoorzitting plaatsvinden, waarbij het aan de regelgevende instantie is om de noodzaak van de regels te onderbouwen. Als de noodzaak te gering is, zullen deze regels in het experiment komen te vervallen (of: niet worden gehandhaafd).

Stap 3: experiment

Op basis van het voorgaande wordt met ca. 5 zorgaanbieders het concrete experiment vormgegeven. Er gelden twee criteria voor deelname aan het experiment. De eerste is dat de kwaliteit van de zorg die de aanbieder levert niet ter discussie staat, en ten tweede dat de aanbieder kan benoemen wat deelname aan het experiment moet opleveren in termen van meer tijd voor de cliënt, meer kwaliteit en meer doelmatigheid.

Op basis van de concrete afspraken met de geselecteerde aanbieders doet VWS wat nodig is om de regels weg te nemen (of te verlichten) voor een periode van twee jaar. In deze periode geldt het uitgangspunt van high trust, high penalty.

Stap 4: monitoring en evaluatie

Gaandeweg wordt het experiment gemonitord om zicht te houden op de kwaliteit van de zorg en ook tussentijds resultaten te kunnen publiceren. Na twee jaar wordt het experiment nader geëvalueerd. Indien uit de evaluatie blijkt dat de doelstelling is gehaald en het systeem van high trust, high penalty goed werkt, kan landelijke doorvertaling plaatsvinden.

7.2.2 Zorgaanbieders / zorgkantoren: AZR onderzoek

Waar gaat het om?

Uit eerder genoemd onderzoek maar ook tijdens diverse discussiebijeenkomsten met het veld wordt de AZR als bron van bureaucratie genoemd. Om hierover duidelijkheid te krijgen is onderzoek aanbesteed.

Wat gaan we doen?

Het onderzoek betreft een analyse van de geschiedenis van de AZR, waarin sprake is van schuivende doelstellingen. Hierbij is de vraag of deze schuivende doelstellingen en de wijze waarop deze zijn verwerkt in de AZR die interne consistentie niet verhinderen. Ook wordt bezien hoe de rol van het CVZ en de zorgkantoren onderling (centrale en decentrale ontwikkeling van de AZR) niet leiden tot onnodige administratieve lasten. Vervolgens wordt ook gekeken naar het individueel declareren of dit wel goed wordt ondersteund. Tot slot wordt de relatie gelegd naar de relatie met de toekomstige informatie uitwisseling die in de zorg noodzakelijk is (dus de relatie, cure, care, WMO).

Gepland is dat dit onderzoek in juli 2011 wordt afgerond. Op basis van dit onderzoek kunnen beleidsstappen worden voorbereid.

7.2.3 Zorgkantoren: standaardisering

Waar gaat het om?

Het invoeren van de zorgzwaartebekostiging vergt een majeure aanpassing van de bedrijfsvoering van de verschillende partijen in de AWBZ-keten. De zorgkantoren spelen een belangrijke rol in deze keten. De zorgkantoren kopen ZZPs in om aan de zorgvraag vanuit de zorggebruiker te kunnen voldoen (zorginkoop). In 2010 heeft allereerst een inventarisatie onder zorgaanbieders plaats gevonden om een goed beeld van de stand van zaken te krijgen (casemix/HHM, 2010). Hieruit bleek onder meer dat veel van de administratieve lasten waarmee zorgaanbieders zeggen te worden geconfronteerd samenhangen met de verschillen tussen zorgkantoren.

Uit dit onderzoek blijkt dat vanuit ZN een inkoopleidraad geschreven is die door de zorgkantoren wordt gehanteerd. De inkoopleidraad geeft ruimte voor eigen invulling door het zorgkantoor. Op hoofdlijnen worden door de concessiehouders en zorgkantoren dezelfde kaders gehanteerd. Uit het onderzoek is gebleken dat de overeenkomsten zich beperken tot hoofdlijnen. Als op meer precies naar de kaders wordt gekeken blijken grote verschillen. Beleidskeuzes vertalen zich in verschillen in concrete gegevens die moeten worden aangeleverd. Zowel de gehanteerde (beleids)criteria, de vorm en de inhoud van de gegevens als het moment waarop de gegevens aangeleverd moeten worden verschillen tussen de concessiehouders en de zorgkantoren. Ook worden er verschillende omzettingstabellen voor sectorvreemde ZZPs door zorgkantoren gehanteerd. Dit zorgt voor extra administratieve lasten bij de zorgaanbieders. Als een zorgaanbieder met meerdere zorgkantoren te maken heeft wordt dit versterkt en nemen de administratieve lasten nog verder toe. Dit signaleren en erkennen zorgkantoren ook.

Wat hebben we (al) gedaan?

Met het in beeld brengen van deze verschillen is het evident dat een majeure vermindering van administratieve lasten mogelijk is als er tot een vorm van standaardisatie wordt gekomen.

- Het onderzoek van HHM/Casemix was in het MTDGLZ geagendeerd. Aangegeven is dat een het traject op weg naar standaardisering vormgegeven kan worden.
- Een tweede korte termijn actie is dat het nu beschikbare materiaal kwantitatief gemaakt zal worden door Casemix en HHM. Dat betekent dat in beeld gebracht wordt hoeveel fte bij zowel aanbieders als zorgkantoren bespaard aan administratieve fte bespaard kan worden als tot een vorm van standaardisering gekomen kan worden. Dit wordt gedaan, en dit onderzoek

wordt voor de zomer verwacht. Een eerste indicatie is dat er met standaardisering bij aanbieders alleen al ca 4.000 fte (ca 400 mln) aan administratieve lasten reductie mogelijk is.

Wat gaan we doen?

Er zijn diverse vormen denkbaar om tot een standaardisatie te komen. Het is mogelijk om dit vanuit de overheid te reguleren, maar beter is als zorgverzekeraars zelf besluiten tot standaardisering. Dit vraagt om inhoudelijke, bestuurlijke als feitelijke stappen.

- a. Inhoudelijk: er zou een analyse moeten komen van de aspecten waarop zorgverzekeraars van elkaar moeten kunnen verschillen om op de markt te kunnen concurreren met elkaar. Daar waar onderscheid van belang is om concurrentie mogelijk te maken is standaardisatie niet nodig. Echter, op terreinen die betrekking hebben op de administratie, niet onderscheidende voorwaarden, definities, is dit onderscheid niet relevant. Op deze niet onderscheidende gebieden ligt standaardisatie voor de hand.
- b. Bestuurlijk: zowel bij de overheid, bij zorgverzekeraars, bij zorgkantoren, maar ook bij aanbieders dient deze benadering (1) begrepen (2) geaccepteerd en (3) in voldoende mate gedragen te worden. De omvang van de standaardisatie die nodig is, vergt voldoende vertrouwen in de doelstellingen en partnership om dit mogelijk te maken.
- c. Feitelijk: er dient een vorm gevonden te worden waarbinnen de standaardisatie plaats kan vinden. Hierbij moet geleerd worden van eerdere pogingen om tot standaarden in de zorg te komen, zodat evt. Valkuilen vermeden worden. Er zijn vele mogelijkheden, zoals aansluiten bij het NNI of anderszins. Ook dient er in regelgeving duidelijkheid te zijn. Wellicht is zelfs daadwerkelijk nieuwe wetgeving nodig.

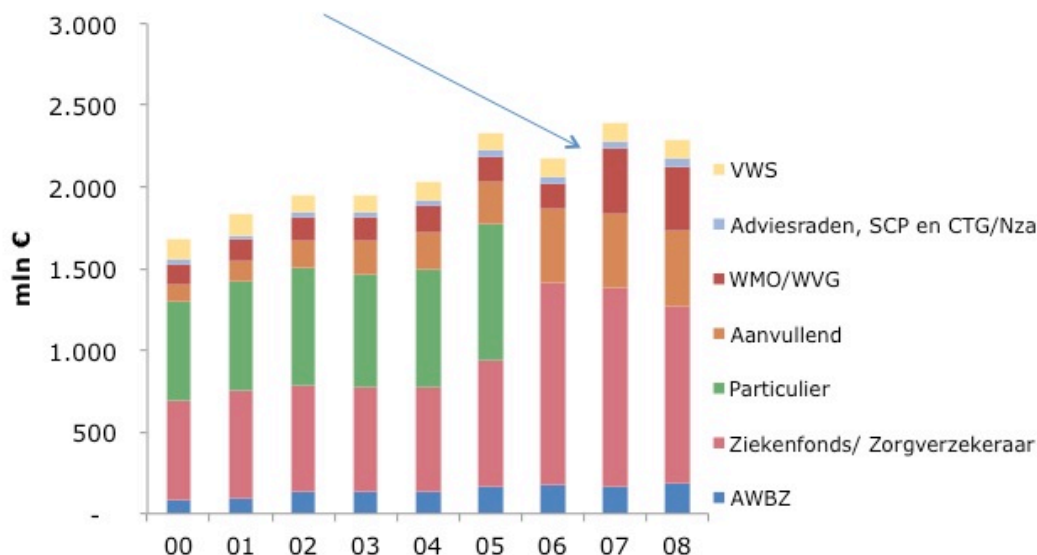
7.2.4 Gemeenten: debat over standaardisering gekoppeld aan overheveling begeleiding

Waar gaat het om?

De analyse zoals gemaakt voor de zorgverzekeraars en zorgkantoren gaat ook op voor de gemeenten. Door te standaardiseren wordt het mogelijk bijzonder veel administratieve lasten te verminderen. Een bijkomend effect is het voorkomen van frustratie op de werkvloer.

Onderstaande grafiek brengt in beeld dat de invoering van de WMO heeft geleid tot een toename in administratieve lasten. Het is zaak om dit bij de komende overheveling van begeleiding te voorkomen en de bestaande ervaren administratieve lasten terug te dringen.

Uitvoering WMO inefficiënt t.o.v. AWBZ t.g.v. gebrek aan schaalvoordeel en gebrek aan standaardisatie bij gemeenten



Bron: CBS data

Toelichting op grafiek

Deze grafiek bevat de opbouw van de beheerskosten (zorgbreed) en de ontwikkeling hiervan in de periode 2000 tot en met 2008. Opvallend is de daling in bedrijfskosten voor zorgverzekeraars sinds 2006 (invoering Zvw) en de stijging in uitvoeringskosten WMO in 2007.

Wat gaan we doen?

De voorstellen die zijn gedaan voor wat betreft de zorgverzekeraars gelden in wezen ook voor de gemeenten. Dat betekent de volgende aanpak:

- Voorwaarden stellen: VWS dient als voorwaarde aan de gemeenten te stellen dat wordt gestandaardiseerd.
- Verschillen in beeld brengen: de verschillen tussen de verschillende gemeenten mbt inkoop, declaratie, indicatiestelling e.d. worden in beeld gebracht
- Fte besparingen door standaardisatie: in beeld wordt gebracht fte besparingen bij zorgaanbieders mogelijk zijn door te standaardiseren.
- Doorvoeren van standaardisering: er dient een vorm gevonden te worden waarbinnen de standaardisatie plaats kan vinden. Hierbij moet geleerd worden van eerdere pogingen om tot standaarden is de zorg te komen, zodat evt. Valkuilen vermeden worden. Er zijn vele mogelijkheden, zoals aansluiten bij het NNI of anderszins. Ook dient er in regelgeving duidelijkheid te zijn. Wellicht is zelfs daadwerkelijk nieuwe wetgeving nodig.

Bij de ontwikkeling van dit plan hebben sommigen aangegeven aan dat door het rijk geëntameerde standaardisatie van hetgeen gemeenten doen niet passend is. Hiervoor worden argumenten gebruikt zoals de eigen democratische legitimiteit van gemeenten. Deze argumenten zijn echter niet overtuigend. Allereerst hoeft het niet het rijk te zijn die standaardiseert. Indien sprake is van een eigen proces vanuit de gemeenten is daaraan zelfs de voorkeur te geven. In dat geval kan het rijk zich beperken tot het stellen van randvoorwaarden. Richting bijvoorbeeld zorgverzekeraars kan het rijk tenslotte ook randvoorwaarden stellen, en bij zorgverzekeraars gaat het om bedrijfsleven. Tot slot geven initiatieven die reeds lopen zoals het maken van handreikingen, model

verordeningen VNG of standaardformulieren aan dat de noodzaak van standaardisatie wordt ingezien. Punt is echter dat dit niet vrijblijvend mag zijn.

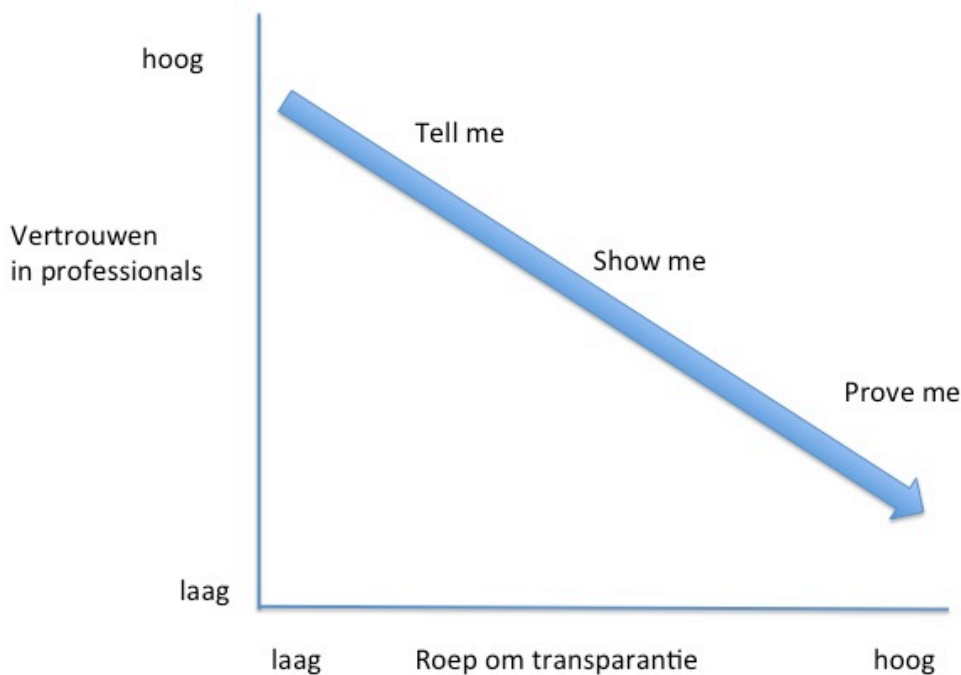
7.3 Lange termijn

7.3.1 Van wantrouwen naar vertrouwen

Waar gaat het om?

Systemen van besturing hebben veelal tot doelstelling om doelmatigheid en kwaliteit zo veel mogelijk in evenwicht tot stand te brengen. Met andere woorden: de manier waarop systemen worden vormgegeven, zijn gericht op zo goed mogelijke kwaliteit tegen zo laag mogelijke kosten.

De systemen van besturing (indicatiestelling, bekostiging, inkoop, controle, verantwoording, kwaliteit) in de zorg zijn nu veelal vormgegeven vanuit het uitgangspunt: low trust en veel controle. Zekerheid voor doelmatigheid en kwaliteit wordt gezocht in planning (indicaties, budgetten, tarieven) en verantwoording (declaraties, jaarverslagen, enz). Systemen die hierop gebaseerd zijn vragen (veel) planning, registratie, controles, rapportages, controle/toezichtsinstanties, enz.



Systemen kunnen ook worden ingericht met als uitgangspunt: high trust, high penalty. Dit betekent dat de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en doelmatigheid in eerste instantie bij de professional en de instelling ligt. De consequentie hiervan voor de aanbieder is dat er volledige transparantie is, waardoor duidelijk is wat er gebeurt. Hierdoor zijn minder toezichthouders en minder 'regelmakers' nodig.

In wezen gaat het om een andere waarden/normenoriëntatie (en andere gedrag) zowel vanuit de overheid als vanuit toezichthouders en veldpartijen (zorgaanbieder, inkopers, enz.). In plaats van wantrouwen wordt uitgegaan van vertrouwen. Dit heeft grote consequenties voor het gedrag.

Van de kant van het veld betekent dit een groot streven naar kwaliteit en doelmatigheid, gevoed door eigen motivatie. Indien de kwaliteit of doelmatigheid onder de maat is, vindt er correctie primair plaats door 'collega's'. Als sprake is van zelfregulering kan de overheid systemen gaan inrichten op basis van vertrouwen. Dat wil zeggen, loslaten en uitgaan van kwaliteit en doelmatigheid. Niet langer hoeft alles gecontroleerd of gerapporteerd te worden.

Hierbij behoort ook volledige transparantie. Indien daartoe aanleiding bestaat dient de zorgaanbieder (maar ook zorgkantoor of gemeente of toezichthoudende instantie) alle mogelijke transparantie in acht te nemen. Er kan dan geen beroep worden gedaan op geheimhouding of vertrouwelijkheid. Bovendien is, indien het vertrouwen is beschaamd, de consequentie dat de sanctie majeur en openbaar is.

Wellicht kan dit in de context worden geplaatst van de uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars. De keuze om de AWBZ door de zorgverzekeraars voor eigen verzekerden te laten uitvoeren betekent reeds een aanpassing van de bestuursfilosofie. Daarvoor kiezen, pleit ook voor kiezen voor een systeem waarbij gekozen wordt voor high trust. Een voorwaarde hierbij is komen tot informatisering en standaardisering. Het is nu niet ongebruikelijk dat per (beleids)doelstelling aparte informatievoorziening met een eigen infrastructuur wordt ontwikkeld. Hierin samenhang aanbrengen zodat de informatievoorziening over (bij voorkeur) een kanaal gaat is een essentiële voorwaarde.

Wat gaan we doen?

- Het high trust, high penalty concept nu al op zo veel mogelijk plaatsen toe passen. Denk hierbij aan indicatiestelling, experiment regelarme instellingen, inzet van 860 mln kwaliteitsimpuls voor de langdurige zorg en het model voor resultaatsfinanciering.
- Het high trust, high penalty concept zowel conceptueel als praktisch verder ontwikkelen. VWS zal daartoe kort voor de zomervakantie een invitational organiseren waarbij het denken over high trust, high penalty wordt verdiept door sprekers zoals Jaap Peters en Matieuh Weggeman te vragen, en deze met VWSers e.a. de dialoog aan te laten gaan. Hierbij zal het gaan om de spanning tussen 'loslaten is doodeng voor de overheid' enerzijds, en 'verantwoordelijkheid nemen is doodeng voor het veld' anderzijds.
- Er wordt door MC en DLZ mede op basis van deze bijeenkomst een high trust, high penalty actieplan opgesteld die in september tijdens een brede themabijeenkomst binnen VWS wordt besproken. Hierbij wordt ook NZa, CVZ, IGZ, koepels, patientenorganisaties e.d. uitgenodigd.

7.3.2 High penalty

Waar gaat het om?

Uitgangspunt bij de verschillende benoemde acties in dit plan van aanpak is high trust, high penalty. Daarbij zijn we snel geneigd om het alleen over de high trust te hebben. Penalty's worden vaak gemist. Er zijn veel verschillende penalty's mogelijk; vanuit de cliënt, de zorgverzekeraar, een toezichthouder, de media etc. Van belang is dat een juiste penalty op het juiste moment wordt ingezet, opdat het gewenste gedrag wordt bevorderd.

Wat gaan we doen?

VWS heeft in een notitie aan de hand van twee casussen de wijze waarop penalty's worden gegeven nader uitgeschreven. Aan de hand van deze notitie wil VWS via het Strategisch Kwaliteitsoverleg een discussie entameren over de wijze waarop penalty's worden ingezet en tot eventuele verbeteringen komen.

7.3.3 Toezichtvisie IGZ

Waar gaat het om?

Naast het verminderen van de administratieve lasten heeft de overheid ook haar beleid ingezet om de lasten veroorzaakt door toezicht en inspecties te verminderen. In het Regeerakkoord- en het daarmee samenhangende gedoogakkoord wordt daar onder meer invulling aan gegeven door enkele richtinggevende opgaven voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als het gaat om het toezicht, in eerste instantie binnen de zorg voor ouderen. Uitgangspunt daarbij is dat de

kwaliteit van zorginstellingen uiteindelijk omhoog gaat.

Wat gaan we doen?

De IGZ legt in haar toezichtvisie en daarmee samenhangende werkplannen neer dat het bij goed presterende instellingen (zo veel mogelijk) volstaat met toezicht op het systeem dat instellingen zelf hanteren voor het bewaken van kwaliteit. Ook zal de IGZ in verband met het terugdringen van toezichtlasten meer inspecteren op de werkvloer en minder papieren verantwoording vragen. De genoemde toezichtvisie moet begin juni gereed zijn.

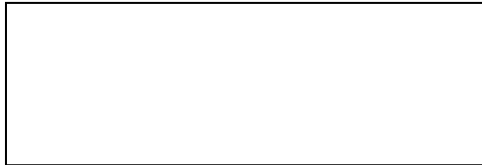
7.3.4 Clearinghouse

Waar gaat het om? Declaratie / controle nu

Straks is het zo dat zorgaanbieders hun kosten door middel van een declaratie rechtstreeks aan de zorgverzekeraar zenden die de geleverde zorg bij die zorgaanbieder heeft ingekocht. Deze declaratie vindt dan in de regel elektronisch plaats. In enkele gevallen is de declaratie (nog) op papier, maar in dat geval voert de zorgverzekeraar de declaratiegegevens zelf in. In alle gevallen gaat het dus om uiteindelijk elektronisch beschikbare gegevens.

De controle door de zorgverzekeraar vindt plaats (of: zou plaats moeten vinden) aan de hand van vaste criteria. Daarbij valt te denken aan: is deze zorg ingekocht, heeft deze zorg betrekking op een bij deze zorgverzekeraar verzekerde patiënt, klopt de prijs met wat is afgesproken, enz. Als de declaratie is gecontroleerd en voldoet aan deze criteria, is de declaratie rechtmatig voor de zorgverzekeraar om te betalen.

Schematisch



Wat gaan we doen: Mogelijk alternatief voor declaratie en controle

Het volgende is mogelijk met betrekking tot het declaratie- en controleproces.

- a. Bij de zorginkoop bepalen de zorgaanbieders en de zorgverzekeraar welke zorg tegen welke prijs wordt ingekocht. Dit contract wordt door hen naar het TTP gezonden. Daarmee is het voor het TTP helder welke zorg tegen welke prijs mag worden gedeclareerd, en kan dat in de database vastleggen.
- b. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat de gegevens over de bij hem verzekerden bij de TTP elektronisch aanwezig zijn.

Daarmee beschikt het TTP over gegevens met betrekking tot de ingekochte zorg en gegevens over de patiënten voor wie de zorg is ingekocht.

Schematisch:



- c. De zorgaanbieders dienen (maar dan altijd elektronisch) de declaratie in bij het TTP. De juistheid van de declaratie wordt gegarandeerd door de AO, de controle op de naleving daarvan door de accountant en de bestuursverklaring. Het TTP voert vervolgens de controle uit van de declaratie.

Door de elektronische declaratie te toetsen aan de ingekochte zorg e.d. wordt zeker gesteld dat de declaratie juist is. Indien uit deze verificatie blijkt dat de declaratie onjuist is, wordt deze teruggezonden naar de zorgaanbieder. Indien een declaratie wel juist is, wordt deze doorgezonden naar de zorgverzekeraar voor betaling. Deze hoeft niet te twifelen aan de rechtmatigheid, want de controle heeft reeds plaatsgevonden. In wezen wordt het feitelijke verificatiewerk van de zorgverzekeraar geautomatiseerd en verplaatst naar het TTP. Dit doet overigens geen inbreuk op controletaak van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan bij het inkoopcontract vastleggen aan welke eisen moet worden voldaan door een declaratie. In plaats van 'afvinken' kan de zorgverzekeraar zich juist richten op de kwaliteit van de declaratie en deze afdwingen via de inkoop en de integrale controle daarop voor het TTP.

Deze benadering geeft majeure kansen om via EDP auditing fraude in de zorg beter aan te pakken.

Uiteraard zal de zorgverzekeraar behoefte hebben aan verdere informatie. Deze informatie krijgt de zorgverzekeraar uiteraard. De zorgverzekeraar kan (zelf) de overzichten en bestanden definiëren die de TTP aan de zorgverzekeraar, uiteraard behoudens strijd met de privacy. Dit is een enorme vermindering van administratieve lasten door de noodzakelijke standaardisering.

8 Organisatie

'Meer tijd voor de client' wordt georganiseerd als een programma. Dat betekent dat er een reeks samenhangende projecten worden samengebracht onder de paraplu 'Meer tijd voor de client'. Deze projecten kunnen overigens ook een andere functie doelstelling nastreven dan alleen minder administratieve lasten, maar behoeven ook altijd afstemming met 'Meer tijd voor de cliënt'.

De DGLZ is opdrachtgever voor 'Meer tijd voor de cliënt'. De opdrachtnemer is hSFI. Het MTDGLZ dient als orgaan voor afstemming en escalatie. Op de werkvloer vindt afstemming en aanbrengen van samenhang plaats in de themagroep Bureaucratie.

Grafische weergave:

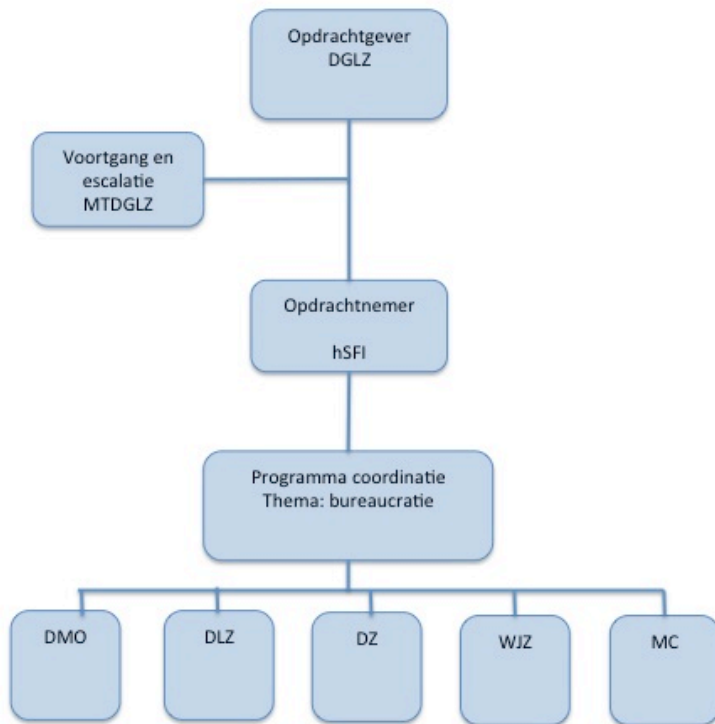
DGLZ: opdrachtgever

MTDGLZ bewaakt de voortgang en dient als escalatieorgaan.

hSFI is opdrachtnemer en is verantwoordelijk voor het resultaat

Deeltrajecten worden afgestemd en gecoördineerd in de thema groep bureaucratie

De directies DMO, DLZ, WJZ, DZ en MC wijzen trekkers per onderwerp aan, die deelnemen aan De thema groep



9 Planning

Op basis van besprekingen van de voorgaande versie van het plan en doordenking, lijkt op hoofdlijn de volgende planning mogelijk.

	start	implementatie	merkbaar resultaat
Korte termijn			
Zorgaanbieders: goede voorbeelden opsporen en zichtbaar maken	2011	voortdurend	2012 ev
Zorgaanbieders: Terechte klachten nu aanpakken	2011	vanaf 2012	2013
Zorgaanbieders: indicatiestelling AWBZ	2011	2011	2011
Zorgaanbieders: traject jaardocument	2011	onbekend	onbekend
Zorgaanbieders: tariefsvereenvoudiging	2011	2013	2013
Zorgaanbieders: project informatievoorziening	2011	onbekend	onbekend
Zorgaanbieders/zorgkantoren: AGB codes	2011	2013	2013
Cliënten: Regelhulp: hulp aan cliënten bij zelfsturing	loopt al		
Gemeenten: Vervolg gezamenlijke beoordeling/lokale initiatieven	loopt al		
Middenlange termijn			
Experiment regelarme instellingen	2011	2012	2015
AZR onderzoek	2011	2013	2015
Zorgkantoren: standaardisering	2011	2013	2015
Gemeenten: standaardisering	2011	2013	2015
Lange termijn			
van wantrouwen naar vertrouwen	2011	stapsgewijs	2012 ev
high penalty	2011	stapsgewijs	2012 ev
Toekomst visie IGZ	2011	onbekend	onbekend
Standaardisering: clearinghouse voor de zorg	2011	2013	2014

10 Indicatoren voor succes, betrokkenheid veld en kwantificering

Hiervoor is een majeure ambitie neergelegd, alsmede een wat onorthodoxe aanpak. Enerzijds wordt vanuit een bottom-up aanpak de bureaucratie in de langdurige zorg beschreven en worden in samenhang instrumenten aangereikt om de bureaucratie te verminderen. Anderzijds vraagt dit een hoofdrol van VWS omdat VWS als enige partij in staat is om al deze terreinen tot resultaat te komen. Dit wijkt af van de gebruikelijke meer bestuurlijke positie die VWS doorgaans inneemt. Juist daarom is het wenselijk om de verwachtingen goed te managen. Dit vraagt om het adequaat benoemen van de indicatoren waaruit het (uitblijven) van succes valt af te leiden, alsmede wanneer welk resultaat verwacht mag worden. Tevens vraagt het een betrokkenheid van het veld van de langdurige zorg dat als ambassadeurs van de aanpak zal moeten fungeren.

10.1 Indicatoren voor succes

De indicatoren voor succes liggen op twee niveaus.

10.1.1 Maak het waar!

In 2009 heeft Anker Solutions in beeld gebracht op welke wijze Nederland naar de langdurige zorg kijkt, en hoe het veld ook zichzelf ervaart. Een van de dominante problemen die naar voren kwam voor met name professionals was de bureaucratie. Een belangrijke aanbeveling uit het rapport was: benoem het probleem eerlijk, kom met een aanpak, en maak het vervolgens ook waar. Aan de eerste twee aanbevelingen kunnen wij voldoen. Het waarmaken is de volgende stap, en dat vraagt om duidelijke uitspraken met betrekking tot de voornaamste probleemgebieden op het gebied van de bureaucratie.

- Indiciestelling
- Gebrek aan standaardisatie
- AZR
- Van wantrouwen naar vertrouwen

Door het uitdragen van een consistente boodschap kan VWS de verwachtingen managen en duidelijk maken waar het veld op kan rekenen en daarmee de verwachtingen managen.

10.1.2 Beleving in het veld

De afgelopen ca twee jaar is door VWS majeur geïnvesteerd in tot stand brengen van een zakelijke maar goede relatie met het veld van de langdurige zorg (veldraadplegingen, 'In Voor Zorg!', congressen, studiereizen, brainstormgroepen, enz.). Door het actief uitdragen van ook dit beleid tijdens komende veldraadplegingen, enz. zou de beleving in het veld rond de bureaucratie moeten verbeteren.

Dit kan worden gemeten door in 2013 of 2014 het onderzoek zoals in 2009 door Anker Solutions uitgevoerd, te herhalen.

10.1.3 Politieke aandacht

In 2013 of 2014 zou de bureaucratie een minder belangrijk onderwerp voor de politiek moeten zijn, doordat er dank zij de aanpak in dit plan verbeteringen zijn ontstaan. Wij zouden kunnen (laten) meten door

- de Kamervragen e.d. die in 2010 een relatie met bureaucratie in de langdurige zorg te tellen en de benoemde bureaucratie gerelateerde thema's te benoemen
- dit zouden wij in 2013 en 2014 kunnen herhalen, dan zouden andere thema's op het gebied van bureaucratie dominant moeten zijn, en het aantal Kamervragen verminderd.

10.2 Betrokkenheid van het veld

Een cruciale factor om VWS scherp te houden en de verwachtingen in het veld te managen is betrokkenheid van het veld van de langdurige zorg. Voorgesteld wordt dit als volgt te organiseren.

10.2.1 Bestuurlijke binding ZBO's

In 2010 heeft een eerste bijeenkomst plaatsgevonden met de bestuurders van NZa, CVZ, IGZ en ZN. Deze groep wordt voorgezeten door de DGLZ. Voorgesteld wordt deze groep eens per half jaar bij elkaar te laten komen, en de verschillende aspecten van 'Meer tijd voor de cliënt' door te nemen.

10.2.2 Brainstormgroep DGLZ

Een belangrijke inspiratiebron voor 'Meer tijd voor de cliënt' is de brainstormgroep van bestuurders van zorgaanbieders en enkele zorgkantoren. Deze groep denkt actief mee over de verschillende invalshoeken op het punt van vermindering administratieve lasten (bekostiging, indicatiestelling, kwaliteit, enz). Deze groep wordt gevraagd om deze kritische meedenk rol te blijven vervullen, en komt daartoe eens per kwartaal bij elkaar.

10.2.3 Klankbordgroep ZZPs

Rond de ZZPs is eind 2010 een klankbordgroep in het leven geroepen bestaande uit diverse ZZP deskundigen van zorgaanbieders. Deze groep wordt uitgebreid met zorgkantoren en bij voorkeur ook gemeenten. Deze groep vervult vervolgens dezelfde functie als hiervoor, maar dan op werkvloerniveau zodat ook daarmee de aansluiting is geborgd.

10.2.4 Actieve communicatie: via 'In Voor Zorg!'

De afgelopen periode heeft 'In Voor Zorg!' zich ontwikkeld tot het voornaamste communicatiekanaal tussen overheid en veld. Binnen 'In Voor Zorg!' wordt 'Meer tijd voor de cliënt' voortaan als apart onderwerp meegenomen, en krijgt aandacht op de website, bijeenkomsten, enz.

10.3 Kwantificering

Hieronder de door WJZ opgestelde kwantificering van een en ander.

Beleidsvoornemen/onderwerp	Effect AL/regeldruk	Waaruit bestaat de af/toename?	Kwantitatief (indien mogelijk)	Borging aandacht AL/regeldruk
Ontbureaucratisering in de langdurige zorg	Substantiële vermindering van administratieve- uitvoerings- en nalevingslasten	Binnen de langdurige zorg is al tijdens de vorige kabinetsperiode gestart met het bottom-up (vanuit instellingen, professionals, cliënten en uitvoeringsorganisaties) in beeld brengen van (ervaren) administratieve lasten en waar dienst- en serviceverlening verbeterd kan worden. Dit heeft geleid tot een aanpak, die in de komende jaren zal leiden tot 'meer tijd voor de cliënt'. Een greep uit de activiteiten:	Veel van navolgende maatregelen zullen leiden tot een herziene inzet van personeel. Vooralsnog worden de effecten met name uitgedrukt in het besparen van FTE's. De vertaling van de FTE's naar het rijksbrede standaardkostenmodel brengt met zich mee dat iedere bespaarde FTE (1800 uur op jaarbasis tegen een gemiddelde loonsom (incl. sociale lasten en overhead) van ca. €67.000 oplevert. Afhankelijk van de breedte van de maatregelen (intra- of extramuraal dan wel beiden) levert dit enkele duizenden fte's op die niet worden ingezet om administratieve handelingen te verrichten. Ter indicatie: besparing van 1 fte bij 1600 instellingen levert een besparing aan administratieve lasten op die gelijk staat aan de VWS taakstelling!	
Korte termijn	Verbetering indicatiestelling zorgt voor vermindering AL, nalevingslasten en uitvoeringslasten	- Veranderingen rondom het proces van indicatiestelling (wijze van aanmelding, voorkomen van onnodige herindicaties, meer betrokkenheid van professionals, taakmandatering en overgaan tot steekproefsgewijze toetsing achteraf) leidt tot vermindering AL en ervaren regeldruk, beperkt de uitvoeringskosten bij het CIZ en verhoogt dienstverlening.	- Vermindering AL - vermindering uitvoeringskosten CIZ - Vermindering nalevingslasten en ervaren regeldruk (verantwoordelijkheid voor indicaties roept minder vragen op en versnelt het traject)	
	Doorontwikkeling www.regelhulp.nl	Regelhulp functioneert steeds meer als digitaal loket om informatie over een zorg- en hulpvraag te krijgen. Dit leidt tot een aanzienlijke vereenvoudiging van de zoektocht die een cliënt in het verleden moest uitvoeren om in ieder geval tot juiste en volledige informatie te komen. Regelhulp wordt inmiddels ook door zorgverzekeraars geïmplementeerd in hun eigen digitale omgeving en de inzet is ook om professionals meer gebruik te laten maken van regelhulp, zodat de faciliterende rol die zij hebben wordt ondersteund.	Regelhulp leidt tot een besparing van enkele tienduizenden uren voor cliënten en patiënten en draagt bij aan de serviceverlening van de overheid.	Rond de zomer wordt een definitieve berekening van de besparing in uren opgesteld. Deze besparing loopt vanaf het jaar 2011.
	<i>Oplossen sectorvreemde indicaties</i>	De ZZP's zijn bij de invoering per zorgsector geclusterd in verschillende groepen; er zijn pakketten woonzorg voor de sector verpleging en verzorging (ZZP VV), pakketten voor de sector gehandicaptenzorg (ZZP GZ) en pakketten voor de sector geestelijke gezondheidszorg (ZZP GGZ). Het recht van de cliënt (de vraag) wordt dus uitgedrukt in de vorm van een zorgzwaartepakket. Daarnaast is bij de branchevreemde indicaties de vergunning ('de toelating') van	Per 1.1.2011 zijn de werkinstructies van het CIZ aangepast, de indicatiestellers geïnstrueerd en (heel belangrijk) het IT-systeem van het CIZ (GINO) aangepast op de nieuwe situatie. De verwachting is dat het fenomeen van de sectorvreemde indicaties langzaam een verdwijnend fenomeen is omdat er veel minder sectorvreemde indicaties op de deurmat van cliënten, instellingen en zorgkantoren belanden.	Samen met het CIZ wordt deze beleidswijziging vanaf 1 januari 2011 gemonitord. In het najaar 2011 zal er een eerste beeld zijn van de dynamiek in het eerste half jaar 2011. Nieuw beleid is dat er ZZP-indicaties (bijv. ZZP V&V) afgegeven kunnen worden die afwijken van de grondslag (bijv. LG). Dit wordt gekwantificeerd in

'Meer tijd voor de Client'

		<p>een zorginstelling van belang. De vergunning van een intramurale instelling (de 'toelating') is gekoppeld aan de aandoening ('de grondslag') van de AWBZ-doelgroepen, zoals somatische problematiek, lichamelijke of verstandelijke beperking, psychogeriatrische aandoening. Op het moment dat een indicatie van een cliënt niet aansluit op de toelating van een instelling is sprake van een sectorvreemde indicatie.</p>		<p>aantallen.</p> <p>Met zorgkantoor en aanbieder is in beeld te brengen wat de tijdsbesparing per indicatie is omdat het 'omkatten' op niveau zorgkantoor en instelling niet meer nodig is. Daarmee kan gekomen worden tot kwantificering in tijd, fte en geld.</p>
Middenlange- en lange termijn	Standaardisering	<p>Inventarisatie wijst uit dat administratieve lasten/ervaren regeldruk met name ontstaat vanuit het ontbreken van gelijksoortige uitvraag van actoren die in hetzelfde domein opereren. Niet gestandaardiseerde uitvraag – met name door zorgkantoren en gemeenten - leidt tot het in stand (moeten) houden van een administratief apparaat van vele fte's.</p> <p>Het gelijkschakelen van informatieuitvraag (uniformeren AGB-codes, opheffen verschil maandafrekeningen intramuraal maandelijks) en extramuraal (eens per vier weken), toekomstbestendig maken van de AZR, etc.) zal leiden tot besparing van fte's die niet meer hoeven te worden ingezet voor administratieve handelingen.</p>	<p>Na de zomer komen onderzoeksresultaten beschikbaar die een indicatie geven van wat standaardisering oplevert. Naar verwachting levert dit de sector een besparing op van enkele duizenden fte's, een grote vermindering van nalevingslasten en ervaren regeldruk. Verwachting is dat zorgkantoren graag meewerken aan de verbeteringslag, maar dat met name gemeenten van het belang overtuigd moeten worden (aan de hand van het Bestuursakkoord, maar ook vanuit mogelijke besparingen voor hun eigen apparaat)</p>	<p>Besparing zullen ingeboekt kunnen worden vanaf 2012</p>
	Experimenten regelarme instellingen	<p>Voor de zomer zal begonnen worden met een uitnodiging aan professionals en instellingen om melding te doen van regels waarvan twijfel bestaat over de noodzaak van regels en welke afgeschaft kunnen worden. Dit leidt na de zomer tot een beoordeling en het inrichten van een vijftal pilots.</p>	<p>Verwachting is dat experimenten zullen leiden tot vermindering van bureaucratie. Het is onduidelijk waar het zwaartepunt zal liggen, maar het zal uiteindelijk leiden tot een vermindering van (ervaren) lasten.</p>	
	Vertrouwensbenadering	<p>Het systeem van besturing in de zorg is vooral gebaseerd vanuit low trust. Dit systeem brengt met zich mee dat veel uitvraag plaatsvindt vanuit de zekerheid voor doelmatigheid en kwaliteit (registratie, rapportages, controles, etc.). Inzet is om op lange termijn te komen tot een systeem van high trust. Hier tegenover staat dat vertrouwen gepaard gaat met volledige transparantie en dat misbruik 'high penalties' tot gevolg heeft.</p>	<p>Onduidelijk is wat dit gaat opleveren naast de standaardisering en de experimenten. Wel zal een relatie waarbij het vertrouwen hoog is leiden tot een afname van ervaren regeldruk en een positieve bijdrage leveren aan het innovatief vermogen van de sector.</p>	
	Verbeteren declaraties geleverde zorg/clearinghouse	<p>Door de ontwikkeling van een betrouwbare declaratiesysteem zal betrouwbare informatie sneller en beter tot stand komen. Het proces van indicatiestelling tot en met het verantwoord van geleverde zorg zal beter gestructureerd plaatsvinden en zal een positief effect op de snelheid en kwaliteit van dat proces hebben. Ook ontstaat er een positief effect op (materiële) controle, omdat er gerede zekerheid is over de geleverde prestatie(s).</p>	<p>PM</p>	

11 Budget

Voor de uitvoering van dit plan is het navolgende budget noodzakelijk.

x 1000	2011	2012	2013	2014	2015	
Korte termijn						
a	Zorgaanbieders: goede voorbeelden opsporen en zichtbaar maken	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
b	Zorgaanbieders: Terechte klachten nu aanpakken	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
c	Zorgaanbieders: indicatiestelling AWBZ	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
d	Zorgaanbieders: traject jaardocument	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
e	Zorgaanbieders: tariefsvereenvoudiging	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
f	Zorgaanbieders: project informatievoorziening	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
g	Zorgaanbieders/zorgkantoren: AGB codes	75	100	25		
h	Cliënten: Regelhulp: hulp aan cliënten bij zelfsturing	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
i	Gemeenten: Vervolg gezamenlijke beoordeling/lokale initiatieven	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
	subtotaal	75	100	25	-	-
Middenlange termijn						
j	Experiment regelarme instellingen	125	100	100	100	
k	AZR onderzoek	nvt	pm	pm	pm	
l	Zorgkantoren: standaardisering	125	125	pm		
m	Gemeenten: standaardisering	250	250	pm		
	subtotaal	500	475	100	100	-
Lange termijn						
n	van wantrouwen naar vertrouwen	100	250	250	pm	
o	high penalty	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
p	Toekomst visie IGZ	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
q	Standaardisering: clearinghouse voor de zorg	500	2.500	2.500	2.500	pm
	subtotaal	600	2.750	2.750	2.500	-
totaal		1.175	3.325	2.875	2.600	-

Toelichting:

- a t/m i (muv g): betreft werkzaamheden die reeds onderdeel van lopende programma's of werkzaamheden zijn. Geen aanvullende middelen noodzakelijk.
- g. Betreft ondersteuning bij opstellen van de standaard AGB codering.
- j. Betreft in 2011 de inventarisatie van de regels die administratieve lasten veroorzaken en deze koppelen aan regelgeving. Voor de jaren daarna betreft het begeleiding van de experiment instellingen (ca 20.000,= per jaar per instelling). Communicatie kan via 'In Voor Zorg!'.
- k. AZR onderzoek is reeds aanbesteed en verplicht. Wellicht zijn enige middelen voor de follow up noodzakelijk, vooralsnog kan worden volstaan met een pm.
- l. Betreft ondersteuning bij opstellen van de standaard zorgkantoren.
- m. Betreft ondersteuning bij opstellen van de standaard gemeenten.
- n. Betreft middelen voor de verdere ontwikkeling van high trust, high penalty. Betreft ontwikkeling van het concept, (kleine) experimenten en communicatie.
- o t/m p. betreft werkzaamheden die reeds onderdeel van lopende programma's of werkzaamheden zijn. Geen aanvullende middelen noodzakelijk.

- q. Betreft in 2011 ontwikkeling en (technische) uitwerking van het concept. In de jaren daarna gaat het om bouw van het systeem en aansluiting van partijen daarop.