Bijlage 2: Toelichting aanpak administratieve lasten in de Wlz

Deze notitie, als bijlage bij de brief over de aanpak van de administratieve lasten in de Wlz, richt zich in de aanpak primair op de zorgverlener/zorgaanbieder. Natuurlijk realiseer ik mij terdege dat ook de cliënt zelf met zijn/haar mantelzorger(s) tegen administratieve lasten aanloopt bij het aanvragen van Wlz-zorg en tijdens het ontvangen daarvan, al dan niet in een instelling. Zowel waar het betreft de maatregelen die ik neem en voorbereid op het terrein van het pgb, als die welke voorbereid worden in het kader van het Samen Sneller Besluiten of in de verpleegzorg binnen het traject van Waardigheid & Trots, heb ik dat niet alleen scherp op het netvlies staan, maar wordt daaraan ook gewerkt. Tegelijkertijd ben ik mij er sterk van bewust dat regels vaak ook direct of indirect de (rechts)positie van de cliënt en zijn mantelzorger(s) borgen en/of versterken. Bij de aanpak van de administratieve lasten mag die (rechts)positie nooit in het gedrang komen.

Er is een krachtige oproep vanuit het veld om de zorgverlener zoveel mogelijk te ontlasten. Bij het terugdringen van administratieve lasten voor de professional in de Wlz snijdt het mes aan twee kanten: enerzijds krijgen de zorgverleners meer tijd voor zorg aan de cliënten, kunnen het werk meer zelfstandig naar hun professioneel inzicht en oordeel indelen en hebben daardoor meer plezier in hun werk, anderzijds is er meer tijd voor aandacht én zorg voor de cliënten beschikbaar. Per saldo levert dat op: blije en gemotiveerde zorgverleners én blije cliënten. Zo kan het beste van beide werelden worden verenigd: snijden in overbodige en hinderende regels én de (rechts)positie van de cliënt bewaken en verder versterken waar dat nodig en gewenst is.

a. Ondersteunen van initiatieven: Samen Sneller Besluiten
Voor mensen met een zware zorgbehoefte, en zeker zij die de zorg thuis willen ontvangen, is de weg naar passende zorg soms onnodig ingewikkeld en lang. Mensen of hun naasten starten niet altijd bij het goede domein, doorlopen diverse achtereenvolgend georganiseerde procedures om tot indicatie, leveringsvorm en aanbieder te komen, en moeten meermalen dezelfde informatie aanleveren. Naast inzet op betere cliëntondersteuning kan het systeem ook beter, slimmer en klantvriendelijker worden ingericht opdat de (ervaren) administratieve last vermindert, mensen minder merken van hoe we het met elkaar hebben georganiseerd en ze meer bij de hand worden genomen in plaats van zelf tastend hun weg moeten vinden. Dit alles opdat makkelijker en sneller tot passende zorg gekomen kan worden met een minimum aan administratieve rompslomp.

Ik ondersteun in 2017, onder de werktitel “Samen Sneller Besluiten”, een aantal initiatieven van zorgkantoren die met partners in de regio dit willen realiseren. Deze initiatieven kenmerken zich door naast de zorgbehoevende en zijn/haar naasten te gaan staan, meer samenwerking en warme overdracht tussen domeinen en instanties, het parallel organiseren van procedures en besluiten en het verminderen van het aantal gesprekken en het meermaals aanleveren van gegevens en papierwerk. De deelnemende partijen komen zo tot nieuwe inzichten over hoe in meest brede zin hun zorgplicht in te vullen, waar het makkelijker en sneller kan en zullen anderen inspireren hetzelfde te doen. Er bestaan reeds een aantal goede ideeën in de regio en het streven is dat de eerste initiatieven in het voorjaar starten.

b. Besluit tot doelmatig en verantwoord thuis tot 5 jaar geldig
In geval iemand thuis de zorg vorm wil geven moet het zorgkantoor besluiten of de zorg in de thuissituatie op een doelmatige en verantwoorde manier kan plaatsvinden. In het

recente verleden werd voor dit besluit een beschikking afgegeven voor de duur van 1 jaar. Zorgkantoren hebben hun werkwijze aangepast en met ingang van 2017 kan een beschikking voor een periode van maximaal 5 jaar worden vastgesteld. Daarbij is sprake van maatwerk, omdat de periode van toekenning afhankelijk is van de individuele cliëntsituatie en de verwachte stabiliteit van de zorgvraag. Door voor langere perioden beschikkingen af te geven en zorg toe te wijzen, nemen de administratieve lasten voor zowel aanbieder als cliënt af. Er hoeft niet elk jaar een nieuwe aanvraag te worden gedaan en besluit te worden genomen. Los van de duur van de afgegeven beschikking dienen zorgaanbieders melding aan het zorgkantoor te doen op het moment dat ze van mening zijn dat de zorg thuis niet langer verantwoord is.

c. Vereenvoudigen van het aanvraagproces pgb Wlz

Een vorm waarin Wlz-zorg geleverd kan worden, is die van het persoonsgebonden budget (pgb). Tijdens het AO op 29 september 2016 heb ik toegezegd om uw Kamer in februari 2017 te informeren over een lijst van verbeterpunten en het aanbrengen van een prioritering in het huidige systeem om de administratieve last die gepaard gaat met de aanvraag van een pgb-Wlz te verbeteren. Dit conform de motie-Bergkamp-Volp.[1] Hierbij betrek ik ook de motie Bergkamp-Van Dijk[2] en het onderzoek door Actal van 2015 naar met de aanvraag en verantwoording van het pgb samenhangende regeldruk.

Ik zet mij in om de procedures voor de aanvraag van een pgb te vereenvoudigen en te versnellen. Minimaal één van de initiatieven onder Samen Sneller Besluiten, zoals hiervoor beschreven, zal zich dan ook richten op het aanvraagproces van het pgb.

Ik wil bewerkstelligen dat zorgkantoren de zorgtoewijzing in geval van het pgb zo vorm geven dat de administratieve lasten van aanvragers van het pgb en voor henzelf verminderen. Ik denk daarbij aan één zorggesprek waarin alles samenkomt. Het doel van dit gesprek is om vast te stellen welke zorg de aanvrager van het pgb nodig heeft en wat daarvoor geregeld moet worden, met als mogelijke uitkomst dat het pgb de beste leveringsvorm is en de aanvraag meteen wordt afgehandeld.

Natuurlijk is het belangrijk dat de aanvrager van het pgb zijn zorgvraag en wensen goed in beeld heeft. Om hem hierbij te ondersteunen wordt er informatie op maat van de cliënt (via een brochure, filmpjes op de website of social media) voorafgaand aan het zorggesprek beschikbaar gesteld. Ook informatie over wat het beschikken over een pgb inhoudt en betekent voor de cliënt dient aandacht te krijgen.

Ik verken met zorgkantoren en Per Saldo een minimale invulling van de administratieve lasten. Hierbij betrek ik het rapport 'Administratieve lasten' wat op 16 januari jl is opgesteld door de NPCF. Over de voortgang informeer ik uw Kamer in het najaar van 2017.

d. Kwaliteit van langdurige zorg

Kwaliteitskader Verpleegzorg

Per 13 januari 2017 heeft het Zorginstituut het kwaliteitskader Verpleegzorg als kwaliteitsstandaard opgenomen in haar register. Hiermee wordt voor het borgen van kwaliteit een belangrijke stap gezet. Voor het eerst in de verpleegzorg is concreet en

[1] Kamerstukken II, 2016/17, 25 657, nr. 265.
[2] Kamerstukken II, 2013/14, 33 891, nr. 105.

duidelijk beschreven wat goede verpleegzorg is op de onderwerpen persoonsgerichte zorg, basisveiligheid, wonen, welzijn, governance en de personeelssamenstelling.

Het kwaliteitskader levert een bijdrage aan het verminderen van administratieve lasten door:

- de nadruk te verplaatsen van vastgelegde landelijke details naar leren en verbeteren binnen organisaties;
- verantwoording en leren te vatten in één en dezelfde beweging (bijvoorbeeld via het jaarlijkse kwaliteitsverslag);
- aparte uitvragen in het kader van externe verantwoording niet of alleen nog in zeer uitzonderlijke gevallen toe te staan. Ik kom daarop ook nog terug bij de paragraaf over de inkoop van Wlz-zorg.

Dat laatste betekent dat ook de IGZ en de zorgkantoren gebruik zullen maken van de informatie die organisaties verzamelen voor hun eigen respectievelijk toezicht- en inkooptaken.

Kwaliteitskader gehandicaptenzorg
In de gehandicaptensector wordt al jaren gewerkt met het kwaliteitskader gehandicaptenzorg dat is opgenomen in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland (ZiNL). In 2015 is dit kwaliteitskader herzien; in 2016 hebben 24 instellingen in een proeftuinprojecten gewerkt met dit vernieuwde kwaliteitskader. Het evaluatierapport van de proeftuinen zal ik uw Kamer, voorzien van een beleidsreactie, toesturen. De proeftuinen wijzen uit dat (ervaren) administratieve lasten verminderd kunnen worden. Naar verwachting zal voor de zomer 2017 het nieuwe kwaliteitskader leidend zijn in de gehandicaptenzorg.

e. Het programma Aanpak verspilling in de zorg
Door het programma Aanpak verspilling in de zorg is voor de langdurige intramurale zorg een handzaam overzicht gemaakt van de wettelijk verplichte registraties, waardoor feit van fictie kan worden onderscheiden. Deze publicatie[3] is voor een ieder te raadplegen op internet.[4] In het verlengde daarvan is een toolkit ontwikkeld[5] "Minder papier, meer tijd voor de zorg" waarmee zorgteams binnen de instellingen onnodige registraties in kaart kunnen brengen en concreet aan de slag kunnen gaan met het opruimen daarvan. Ik heb zelf bij zorgorganisatie Van Neynsel/park Boswijk, waar ik aan de medewerkers zelf de toolkit heb uitgedeeld, kunnen waarnemen dat dit ook daadwerkelijk gebeurd en dat dit instrument daarvoor een praktisch en handzaam middel is. De toolkit is eveneens op internet te raadplegen.[6] Ik verwijs tevens naar de afsluitende brief aan uw Kamer, waarin de minister en ik verslag hebben gedaan over wat het programma Aanpak verspilling in de zorg heeft gedaan, wat het heeft opgeleverd en op welke wijze het een plek krijgt in het reguliere beleid.[7]

Omdat het overzicht van wettelijk verplichte registraties in de langdurige intramurale zorg in een behoefte bleek te voorzien en een bijdrage levert aan het terugdringen van

[3] Overzicht Wettelijk verplichte registraties voor zorgmedewerkers in de langdurige intramurale ouderenzorg, bijgewerkt tot 1 juni 2016, Vilans.
[4] http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/vilans/publicaties/Overzicht-verplichte-registraties-langdurige-zorg.pdf
[5] De toolkit is gebaseerd op een methodiek die Stichting De Waalboog in 2014 ontwikkelde om registraties op te ruimen: 'De Opruimdienst'. Zij slaagden er het afgelopen jaar in om tientallen onnodige registraties af te schaffen.
[6] http://www.vilans.nl/publicatie-toolkit-registratielasten.html
[7] Kamerstukken II, 2015/16, 33 654, nr. 20.

de administratieve lasten heb ik analoog daaraan ook een overzicht laten opstellen over de wettelijk verplichte registraties in de gehandicaptenzorg. Ook deze publicatie is sinds 31 januari 2017 op internet te raadplegen.[8]

f. Experiment Regelarme Instellingen (ERAI)

Uit de tussenevaluatie[9] en ook de eindevaluatie[10] van ERAI bleek dat het mogelijk is om administratieve processen te versimpelen. Deels door wijzigingen in landelijke wet- en regelgeving, maar ook door werkwijzen binnen instellingen zelf aan te passen. In de eindevaluatie heb ik aangegeven welke maatregelen er naar aanleiding van ERAI zijn genomen en hoe het experiment model heeft gestaan voor de hervormingen van de langdurige zorg en het programma Waardigheid & Trots. Voor de belangrijkste resultaten verwijs ik naar de eindevaluatie en hetgeen ik met uw Kamer daarover ook heb gewisseld in een AO over regeldruk in de care op 6 juli 2016.[11]

Uw Kamer heeft een motie-Keijzer aangenomen, die mij verzoekt de 700 regels die door het veld eerder tijdens ERAI zijn aangedragen te schrappen en de Kamer voor het zomerreces 2017 te informeren over hoeveel uren er in de praktijk zijn vrijgespeeld.[12] Bij gelegenheid van de eindevaluatie van ERAI heb ik u op de hoogte gesteld over de bijna 700 meldingen die, ten tijde van de AWBZ in 2011, zijn gedaan. Al de meldingen, die overigens geen betrekking hadden op 700 regels [13], zijn destijds één op één beantwoord door VWS. In verschillende brieven aan de Tweede Kamer is aangegeven hoe de meldingen zijn opgevolgd en welke maatregelen ter verbetering zijn genomen.[14] Verschillende meldingen hebben, net als de lessen uit de experimenten, geleid tot verbeteringen in beleid. In de eindevaluatie heb ik hier voorbeelden van genoemd.[15] Daarmee ben ik tegemoet gekomen aan de motie-Keijzer.

g. Intensiveren aanpak werkvloer

In de praktijk heb ik gezien dat de aanpak vanaf de werkvloer werkt. Ik wil deze dan ook intensiveren. Uitgangspunten voor mij zijn hierbij het stimuleren van lerende organisaties waarbij zorgaanbieders zelf continu kijken naar de administratieve processen, een systeem van wet- en regelgeving dat dienend is aan de signalen uit de praktijk (omgekeerde bewijslast), vertrouwen in de praktijk en het schrappen van overbodige wet- en regelgeving. Ik heb hiervoor een programma "Minder regels, meer zorg" opgesteld dat aan deze beweging vanaf de werkvloer van de langdurige zorg, vorm en inhoud geeft. Dit programma bespreek ik momenteel met veldpartijen. Het programma kent drie pijlers:

1) praktische ondersteuning op de werkvloer;

2) aanpassing van landelijke wet- en regelgeving;

---

[8] *http://www.vilans.nl/publicatie-overzicht-verplichte-registraties-begeleiders-in-de-gehandicaptenzorg.html*

[9] Kamerstukken II, 2014/15, 31 765, nrs. 95 en 96.

[10] Kamerstukken II, 2015/16, 29 515, nr. 388.

[11] Kamerstukken II, 2015/16, 29 515, nr. 396.

[12] Kamerstukken II, 2016/17, 34 550 XVI, nr. 50.

[13] Zo was er bijvoorbeeld sprake van meerdere meldingen over de indicatiestelling of over de zorginkoop. Ook had de melding vaak geen betrekking op wet- en regelgeving, maar betrof het de interpretatie daarvan of een zelf gekozen werkwijze.

[14] Commissiebrief d.d. 29 oktober 2014 inzake VSO over de aanbieding van de tussenevaluatie experiment regelarme instellingen.

[15] Bijvoorbeeld: 1. declaratiestandaard (AW319): de standaard die aanbieders gebruiken voor het declareren van zorg bij de zorgkantoren is sterk vereenvoudigd en uniform gemaakt; 2. het AGB-codestelsel voor de identificatie van zorgaanbieders is gemoderniseerd; 3. halvering van de verantwoording in de maatschappelijke jaarverslagen en vereenvoudiging van het DigiMV en 4. het melden van calamiteiten bij de IGZ (zoals valincidenten) is vereenvoudigd.

3) uitleg over bestaande regels.

In de praktijk komt het er op neer dat ik zorgverleners ondersteun bij het inventariseren van de administratieve lasten om deze waar mogelijk weg te nemen. Waar het lasten binnen de instellingen betreft zal ik hen ondersteunen met praktisch advies, waar het landelijke wet- en regelgeving betreft zal ik de signalen vanaf de werkvloer bespreken met landelijke partijen en waar mogelijk hinderende wet- en regelgeving aanpassen/schrappen. Hiernaast investeer ik in het beter uitleg geven over de nut- en noodzaak van bestaande regels. Met het programma beoog ik een continue beweging op gang te brengen van het terugdringen van administratieve lasten waarbij er naast praktische ondersteuning op basis van de signalen uit het veld kritisch wordt gekeken naar het systeem van wet- en regelgeving. Hiermee geef ik tevens uitvoering aan de motie-Keijzer van april 2015.[16]

Het programma kijkt ook naar mogelijke verbeteringen in de ICT systemen waarvan zorgverleners gebruik maken. Aangezien de administratieve lasten in instellingen over de grenzen van de wetten bestaan, is de focus van dit programma breed, zowel op het terrein van de Wlz, Wmo 2015 als de Jeugdwet. Vanzelfsprekend zal ik de Kamer over de voortgang daarvan periodiek informeren.

h. Inkoop van langdurige zorg

In de afgelopen jaren zijn er door de inzet van de gezamenlijke zorgkantoren slagen gemaakt in het terugdringen van de administratieve lasten in (het proces van) de inkoop van langdurige zorg. Zo zijn bijvoorbeeld de voorwaarden voor de jaarlijkse inkoop meer geüniformeerd, wordt van tevoren de dialoog gezocht met de zorgaanbieders en worden in veel gevallen door zorgkantoren met zorgaanbieders contracten voor 2 jaren afgesloten. Een goede en door mij gewaardeerde ontwikkeling, waarvoor een compliment aan de gezamenlijke zorgkantoren op zijn plaats is. De gezamenlijke zorgkantoren hebben uitgesproken het hier niet bij te willen laten en hebben de ambitie om verdere stappen te zetten en dat juich ik toe.

Het gaat dan om een verdere reductie van de administratieve lasten door de totstandkoming van uniforme kwaliteitskaders voor de verpleeg- en de gehandicaptenzorg. In die kaders ligt vast wat door alle betrokken partijen moet worden verstaan onder langdurige zorg van goede kwaliteit. De ambitie is om effectieve sturing op goede kwaliteit van zorg te bevorderen tegen een minimum aan administratieve lasten. Die ambitie wordt bereikt wanneer de IGZ in haar toezicht en de zorgkantoren bij hun zorginkoop uitgaan van dezelfde kwaliteitsnormen, zodat toezicht- en inkoopeisen tezamen worden aangewend om af te dwingen dat alle aanbieders van langdurige zorg voldoen aan de gezamenlijk overeen gekomen kwaliteitseisen. Dat betekent concreet dat:

- Door verdergaande uniformering van de zorginkoop, separate sturing door individuele zorgkantoren op kwaliteit, los of aanvullend op de vastgestelde en in de registers bij het ZiNL ingeschreven kwaliteitskaders, niet (meer) aan de orde is;
- Zorgaanbieders de administratieve last van de jaarlijkse kwaliteitskeurmerken/certificering (bijvoorbeeld HKZ en ISO) achter zich kunnen laten.

[16] Kamerstukken II 2014/15, 31 765, nr. 130.

Het ZiNL heb ik eerder gevraagd van haar doorzettingsmacht gebruik te maken bij de totstandkoming van het kwaliteitskader voor de verpleegzorg. Het ZiNL heeft 13 januari 2017 dit kader vastgesteld en in het kwaliteitsregister ingeschreven.[17] Tezamen met het vernieuwde kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg zal daarmee de administratieve last verder worden teruggedrongen.

Wettelijke verankering
Ik zal bij de beide Kamers der Staten-Generaal in het voorjaar van 2017 de AMvB zorginkoop voorhangen die zijn basis vindt in de Wlz. Zoals bekend, was het opstellen en voorhangen daarvan bij de beide Kamers ook afhankelijk van de totstandkoming van de kwaliteitskaders. De AMvB zorginkoop is daarmee feitelijk het formele sluitstuk. Deze AMvB zorgt ervoor dat zorgkantoren zowel aan de voorkant (eisen aan goede zorg) als aan de achterkant (verantwoording/transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg)[18] zich moeten houden aan de door het ZiNL geregistreerde kwaliteitsstandaarden/indicatoren. De AMvB dient na de voorhang en na eventuele behandeling daarvan in uw Kamer voor advies aan de Raad van State te worden voorgelegd. Met inachtneming van dat advies zal de AMvB eind 2017 bekend gemaakt worden. Gelet op hun ambitie ga ik er vanuit dat de gezamenlijke zorgkantoren bij de opstelling en vaststelling van hun inkoopkader langdurige zorg voor 2018 al zoveel mogelijk willen handelen in de geest en de inhoud van de later in het jaar vast te stellen en te publiceren AMvB. De AMvB zal daarom eerst rechtsgeldig effect kunnen hebben op de inkoop van langdurige zorg voor het jaar 2019.

Experimenten persoonsvolgende inkoop
In 2017 en 2018 vindt er in de Wlz-regio's Rotterdam en Zuid-Limburg een experiment met persoonsvolgende zorg plaats. Een belangrijk kenmerk van dit experiment is dat de zorginkoop in beide regio's anders georganiseerd gaat worden. De Wlz-uitvoerder formuleert in zijn inkoopkader de voorwaarden waar alle aanbieders aan moeten voldoen om zorg te mogen leveren. Selectieve contractering met specifieke afspraken met individuele aanbieders maakt plaats voor generieke inkoopvoorwaarden.

In deze voorwaarden is vastgelegd, dat alle aanbieders die de geldende wet- en regelgeving naleven, het sectorspecifieke kwaliteitskader en de relevante gedragscodes hanteren én akkoord gaan met de gestelde prijs, zorg mogen leveren aan cliënten met een Wlz-indicatie.

Op deze wijze wordt voorzien in een gelijk speelveld voor alle aanbieders in de regio. In de experimentregio's worden geen individuele volumeafspraken gemaakt. Iedereen die voldoet aan de voorwaarden en zorg levert mag dit tegen een vast tarief in rekening brengen. Dit betekent een beperking van de administratieve lasten. Er hoeven geen productieafspraken meer ingediend te worden.

Initiatieven veld zelf
In de praktijk zie ik ook goede initiatieven die door zorgkantoor en het veld zelf worden ingezet. Zorgkantoor Menzis is samen met Philadelphia een experiment gestart waarin langdurige zorg wordt ingekocht zonder aanbesteding vooraf en zonder maandelijkse controles en een afrekening aan het einde van het jaar. Het experiment loopt over de periode 2018 – 2020. Aan het experiment ligt het over en weer geven van "vertrouwen"

[17] Kamerstukken II 2016/17, 31 765, nr. 261.
[18] Naast verantwoording/transparantie over de kwaliteit van de te leveren/geleverde zorg ziet het zorgkantoor ook toe op de bekostiging en de rechtmatigheid van de zorg.

ten grondslag. Eén van de belangrijke doelstellingen is om de administratieve lasten substantieel te reduceren. Tegelijkertijd willen de partijen het kwaliteitskader voor de gehandicaptensector in de praktijk brengen en daarbij hanteren voor de inkoop. Ik waardeer de inzet van Menzis en Philadelphia en juich die van harte toe. Ik zie daarin een perspectief voor in ieder geval de inkoop van langdurige zorg voor de gehandicaptensector. Daarvan uitgaande, heb ik de intentie die richting in te slaan bij de inkoop van langdurige zorg, waarbij ik ook wil bezien op welke wijze elementen van persoonsvolgende bekostiging in dit model zijn in te brengen en er geen sprake is van het creëren van een voorkeurspositie van specifieke aanbieders. Ik realiseer mij daarbij wel dat er uit de aard der zaak sprake is van een onderscheid tussen de sectoren van de verpleegzorg en de gehandicaptenzorg. Vanzelfsprekend zal ik mij door beide partijen op de hoogte laten houden over het verloop van het experiment en uw Kamer informeren.

i. Indicatiestelling

Ik wil dat de aanvraagprocedure bij het CIZ eenvoudiger wordt en beter aansluit bij de leefwereld van de cliënt. Binnen het programma Waardigheid & Trots is daarom door een aantal organisaties ingezet op het geven van een advies aan het CIZ voor een Wlz-indicatie. Het CIZ toetst het door de zorgprofessional afgegeven advies en zet dat na akkoord om in een indicatiebesluit. Door deze werkwijze kan het proces van indicatiestelling worden versneld. Een indicatiebesluit kan hierdoor in twee dagen worden afgegeven. Voor de cliënt en naaste(n) levert dit in een roerige en vaak ook verdrietige tijd waarin hij soms afscheid moet nemen van de eigen leefomgeving, snel duidelijkheid en rust op. Bovendien wordt de cliënt minder belast, want hij en zijn naaste(n) voert direct het gesprek over de zorg met de zorgaanbieder. De nieuwe werkwijze wordt in 2017 geëvalueerd.

Palliatieve zorg

Binnen de palliatieve zorg kijk ik of het mogelijk is dat zorgkantoren zonder tussenkomst van het CIZ snel extra financiële ruimte kunnen verschaffen aan de zorgaanbieder als mensen met een Wlz-indicatie in de laatste levensfase alsnog naar huis of een hospice willen of in een instelling zeer intensieve palliatief terminale zorg nodig hebben. Door het afschaffen van de nu nog noodzakelijke afgifte van het zorgprofiel 'beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg' (het voormalige ZZP-10) om voldoende omvang van zorg te kunnen bekostigen, versnelt het proces. Om dit te realiseren ben ik in overleg met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenverenigingen, het CIZ, de NZa, het CAK en andere partijen waarbij het alternatief in te richten proces tot minder administratieve lasten zal leiden. Ik streef ernaar dit mogelijk te maken per januari 2018. Of dit per die datum mogelijk is, is afhankelijk van hoe snel de benodigde aanpassingen in de praktijk kunnen worden doorgevoerd. Zorgvuldigheid prevaleert boven een (te) snelle invoering van de nieuwe werkwijze. Ik verwijs ook naar de brief die ik u vorig jaar stuurde over de palliatieve zorg.[19]

j. Schrapsessies

In uw Kamer is tijdens het AO over de regeldruk in de care van 6 juli 2016[20] gesproken over de wens tot het indienen van een zogenaamde "schrapwet". Veel van de registratielast waar zorgverleners dagelijks in hun werk mee te maken hebben, vloeit echter niet direct voort uit wetten, zoals de uitkomsten van ERAI eerder hebben aangetoond. Het indienen van een "schrapwet" in de ware betekenis van het woord is

[19] Kamerstukken II, 2016/17, 29 509, nr. 64.
[20] Kamerstukken II, 2015/16, 29 515, nr. 396.

daarom niet mogelijk. Vanzelfsprekend begrijp ik de achtergrond van dit voorstel en heb in die geest gehandeld. Naast hetgeen al is gerealiseerd, heb ik dan ook op basis van diverse bijeenkomsten in de praktijk een inventarisatie gemaakt van de thema's die in de dagelijkse praktijk van de langdurige zorg als hinderend en als administratieve last worden ervaren. Over die lijst heb ik eind november 2016 ook gesproken met beroepsverenigingen en brancheorganisaties, zoals ook gevraagd in de motie Bergkamp/Keijzer.[21] Het betreft hier meer "systeemachtige" thema's, die niettemin (in)direct leiden tot onnodige administratieve belasting. Op basis van deze lijst zet ik in op het vereenvoudigen of, indien dat wenselijk en verantwoord is, op het schrappen van regels. Op een aantal thema's heeft al een nadere analyse plaats gevonden en ben ik in overleg met partijen over de vraag of schrappen of (verder) vereenvoudigen mogelijk is. Andere thema's worden nader verkend en binnenkort opgepakt. Hieronder licht ik puntsgewijs deze thema's kort toe.

Verantwoording-, controle- en toezichtcyclus in de Wlz
Een inventarisatie van de knelpunten daarbinnen is afgerond en concentreert zich rondom de tijdige beschikbaarheid van het nacalculatieformulier en het controleprotocol, overlap tussen productie- en kwaliteitsverantwoording, multi-interpretabele normen controleprotocol en de NZa-portal. Punt dat ik er hier specifiek wil uitlichten is de nacalculatie, die veel administratieve lasten met zich brengt. Met ingang van 2018 vervalt de overgangsregeling kapitaallasten, wat een gedeelte van de administratieve lasten in de zin van verantwoording en controle door accountants zal doen verminderen. Op mijn verzoek zal de NZa zo snel mogelijk een plan van aanpak opstellen voor het verminderen en vereenvoudigen van de administratieve processen over de verantwoording- en controlecyclus in de Wlz. Vanzelfsprekend zal ik uw Kamer over de voortgang op de hoogte houden.

Positie kleine zorgaanbieders
In de motie-Bergkamp[22] wordt verzocht specifiek te kijken naar de positie van kleine zorgaanbieders. Hierover is overleg geweest met de brancheverenigingen kleinschalige zorg (BVKZ). De brancheverenigingen laat weten dat er in de kleinschalige zorg sprake is van een administratieve last. Die wordt echter vooral ervaren door de kleine zorgaanbieders indien zij zorg leveren over de domeinen heen. Voor de Wlz als zodanig worden de verantwoordingseisen niet als disproportioneel gezien. Nu al gelden voor kleine zorgaanbieders uitzonderingen voor verantwoordingseisen in wet- en regelgeving.[23] Ik zal het bestaan van deze uitzonderingen extra onder de aandacht brengen van kleine zorgaanbieders.

Jaarlijks leggen (kleine) zorgaanbieders verantwoording af door het invullen van het zogenaamde Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Dit jaar zal ik, analoog aan de slag die daarin is gemaakt voor aanbieders in de jeugdzorg, ook voor aanbieders van Wlz-zorg een vereenvoudigd format van het JMV tot stand brengen. Daarnaast wordt in breder Rijksverband gewerkt aan een nieuwe manier van het

[21] Kamerstukken II, 2016/17, 31 765, nr. 239.
[22] Kamerstukken II, 2015/16, 29 515, nr. 393.
[23] Instellingen die aan twee of drie van de volgende eisen voldoen kunnen voor de jaarrekening volstaan met een samenstellingsverklaring van een accountant: 1. De waarde van de activa volgens de balans bedraagt niet meer dan € 350.000,-; 2. De netto-omzet over het boekjaar bedraagt niet meer dan € 700.000,- en 3. Het gemiddeld aantal werknemers over het boekjaar bedraagt minder dan 10.
Instellingen die aan twee of drie van de volgende eisen voldoen kunnen voor de jaarrekening volstaan met een beoordelingsverklaring van een accountant: 1. De waarde van de activa volgens de balans bedraagt niet meer dan € 600.000,-; 2. De netto-omzet over het boekjaar bedraagt niet meer dan 12.000.000,- en 3. Het gemiddelde aantal werknemers over het boekjaar bedraagt minder dan 50. (Wtzi art. 3 f en g)

uitwisselen en delen van informatie. In die pilot Standard Business Reporting wil ik ook de Wlz-zorg inbrengen. Vanzelfsprekend zal ik uw Kamer over de verdere ontwikkelingen op de hoogte houden. Hiermee geef ik uitvoering aan de motie-Bergkamp.

Protocol meerzorgregeling
Het protocol meerzorgregeling wordt in de praktijk van de verpleegzorg als een administratieve last ervaren. Het gaat daarbij in de regel om cliënten met noodzakelijke zware zorg die niet past binnen de (financiële) kaders. In de praktijk is de aanvraagprocedure complex en de doorlooptijd lang. Ik wil de regeling voor die sector daarom kritisch tegen het licht houden. Per 1 januari 2017 zijn hierin al vereenvoudigingen gerealiseerd op het terrein van de heraanvraag-procedure en de beschikking. Afhankelijk van de situatie van de cliënt kan die beschikking voor meerdere jaren (t/m 3 jaar) worden afgegeven. Voor de inkoop van 2018 wil ik een verdere slag maken. Daarbij betrek ik ook het advies van de NZa en het ZiNL, waarop ik mijn beleidsreactie heb gegeven in een brief aan uw Kamer van 20 februari 2017.[24] Ik verwacht de Tweede Kamer nog deze maand hierover te informeren.

Protocol crisiszorg
De uitvoering van het "Protocol Crisiszorg in de Wlz" wordt in de ouderenzorg door zorgaanbieders als administratief omslachtig ervaren. De regeling geeft invulling aan een bepaling in het Besluit langdurige zorg[25] die de mogelijkheid biedt om tot 14 dagen verblijf voorafgaand aan het ontvangen van een Wlz-indicatie te vergoeden. Voor deze crisisopvang/spoedzorg heeft de NZa een specifieke prestatiebeschrijving met bijbehorende tarieven gemaakt. [26] De regelgeving vereist dat er binnen die 14 dagen een Wlz-indicatie moet worden overlegd om te kunnen spreken over rechtmatige zorg ten laste van Wlz. De zorgaanbieder die door het zorgkantoor wordt gecontracteerd op basis van het Protocol Crisiszorg moet bedden beschikbaar houden, waarbij tegelijkertijd een bepaalde drempelwaarde voor minimale bezetting wordt overeengekomen om voor vergoeding in aanmerking te komen. Hierdoor ontstaat de prikkel om (administratief) te voldoen aan de overeengekomen bezetting. Aanbieders in de ouderenzorg ervaren de onzekerheid dat de ingezette zorg uiteindelijk niet ten laste van de Wlz kan worden gebracht en voorwaarden rond minimale bezetting als forse administratieve last en ook als financieel risico. Aanbieders geven bovendien aan dat er sprake is van een zorginhoudelijke overlap tussen de Wlz-crisisregeling en het eerstelijns verblijf.

Vergelijkbare signalen zijn naar voren gekomen in het traject rond de uitvoering van de motie-Bruins-Slot/Volp.[27] Ter uitvoering van die motie heeft de minister onder meer de Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ-en) gevraagd naar de stand van zaken met betrekking tot de aanpak van de drukte in de acute zorg (voor kwetsbare ouderen) in hun regio. Uit sommige ROAZ-brieven kwam het signaal naar voren dat er onduidelijkheid is over de crisisregeling van de Wlz en de overlap met het eerstelijns verblijf.

Aanbieders hebben als oplossingsrichting de suggestie gedaan de Wlz-spoed/crisisregeling in de ouderenzorg te laten vervallen en de daarmee gepaard gaande

[24] Kamerstukken II 2016/17, 34 104, nr. 167.
[25] Besluit langdurige zorg, artikel 3.2.4 lid 2: 'Indien een verzekerde wegens bijzondere omstandigheden reeds zorg ontvangt, wordt een indicatiebesluit uiterlijk binnen twee weken genomen. Indien de verzekerde ingevolge het indicatiebesluit is aangewezen op in de wet geregelde zorg, werkt het indicatiebesluit terug tot en met de dag waarop de zorg is aangevangen.'
[26] NZa beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten: prestatie crisisopvang/spoedzorg. Er is één prestatie voor de VVT (Z110) en er zijn drie prestaties voor de gehandicaptenzorg (Z490, Z491 en Z560). Voor deze brief is de prestatie Z110 relevant.
[27] Kamerstukken II 2016-2017, 34 550 XVI, nr.94.

middelen onder te brengen onder het eerstelijns verblijf. Kortheidshalve verwijs ik naar de brief van 15 februari 2017 waarin de minister en ik uw Kamer hierover hebben geïnformeerd.[28]

Beschikking voor verblijfscliënten
De meest kwetsbare mensen met een Wlz-indicatie dienen de geneeskundige zorg te krijgen die zij nodig hebben. Of zij nu in een instelling wonen, in een klein wooninitiatief of thuis. Op historische gronden is deze behandeling nu niet eenduidig vormgegeven. Nu is de vormgeving afhankelijk van de plek waar de zorg wordt geleverd. In het verpleeghuis (verblijfsplaats, *inclusief* behandeling) is dat bijvoorbeeld anders dan in een verzorgingshuis (verblijfsplaats, *zonder* behandeling).

Voor mensen die in een instelling zonder behandeling wonen is het niet vanzelfsprekend welk soort en omvang van behandeling er nodig is. Zorgaanbieders kunnen hiervoor een contract afsluiten met het zorgkantoor. Door zorgkantoren wordt voor deze geneeskundige zorg nu een beschikking afgegeven voor verblijfscliënten in de Wlz die behandeling nodig hebben bovenop een ZZP (of VPT). [29] Deze beschikking zorgt voor veel administratieve handelingen. Mijn inzet is er op gericht het bieden van geneeskundige zorg in Wlz-instellingen te vereenvoudigen en daarom heb ik het ZiNL gevraagd om advies uit te brengen hoe de geneeskundige zorg aan mensen met een Wlz-indicatie het beste kan worden geregeld. Dit pakketadvies, dat ik dit voorjaar verwacht, zal ook ingaan op de rol van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde in de Wlz. Binnen dat brede kader zal ik ook een definitieve beslissing nemen over het al dan niet afgeven van een beschikking door de zorgkantoren. Vooruitlopende daarop is per 1 januari 2017 geregeld dat voor het inschakelen van de specialist ouderengeneeskunde/arts verstandelijk gehandicapten (bovenop het ZZP) geen beschikking van het zorgkantoor meer nodig is.

Mutatiedagen
Indien een cliënt overlijdt, kan de zorgaanbieder een aanvraag indienen voor het vergoeden van de zogenaamde mutatiedagen. Een vergoeding voor een aantal dagen, zodat familie van de overledene in de gelegenheid is om in rust afscheid te nemen, de kamer leeg te ruimen en deze kan worden ingericht voor de nieuwe cliëntbewoner. Ook wordt deze regeling gehanteerd voor verhuizingen naar een andere instelling of, met ingang van 1 januari 2016, bij een verhuizing binnen de instelling zelf. De mutatiedagen kunnen alleen gedeclareerd worden door zorginstellingen die zijn toegelaten voor één of meer van de zorgvormen persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding als omschreven in de Wlz en dit leveren in combinatie met Wlz-verblijf aan verzekerden met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking. Door zorginstellingen worden de werkelijke dagen geboekt tot een maximum van 13 dagen[30] na beëindiging van de zorg en vervolgens handmatig geregistreerd en verwerkt wanneer de plaats weer door een andere cliënt wordt gebruikt. Een andere vorm is dat de mutatiedagen volledig handmatig worden geregistreerd en separaat worden verwerkt en gedeclareerd aan het zorgkantoor. Al met al wordt de gang van zaken door zorginstellingen als omslachtig

[28] Kamerstukken II 2016/17, 29 247, nr. 229.
[29] Bijvoorbeeld voor het inschakelen van een specialist ouderengeneeskunde door de huisarts, het inzetten van psychosociale behandeling of fysiotherapie om valrisico te beperken of het inzetten van andere paramedici.
[30] Hierop zijn enkele uitzonderingen, zie artikel 6.2.1 van de beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten.

ervaren. Ik zal de NZa vragen om – in overleg met alle betrokken partijen - in het kader van het ZZP-onderhoud dit traject zo snel mogelijk verder uit te werken met de inzet de registratie van mutatiedagen te laten vervallen of in ieder geval substantieel te verminderen.

Mondzorg
Vanwege de papieren en handmatige verwerking zijn de administratieve lasten voor het machtigen, declareren en betalen van mondzorg in de Wlz hoog. Dat is een doorn in het oog van de mondzorgverleners. Aan deze situatie komt dit jaar een einde. Er is een project van start gegaan met als doel het gehele proces voor de mondzorg te digitaliseren. Dat gebeurt in nauwe samenwerking tussen ZN, het CAK, het Zorginstituut en VWS. De eerstkomende mijlpaal is dat per 1 juli 2017 de mondzorgverleners hun declaraties digitaal kunnen indienen bij het zorgkantoor. Met ingang van 2018 worden ook de betaalopdrachten van het zorgkantoor, evenals de betalingen door het CAK, volledig langs digitale weg afgehandeld.

Bevoorschotting door het CAK
Eveneens een proces dat nog volledig op papier wordt uitgevoerd, is de bevoorschotting door het CAK van zorgaanbieders. Uit een inventarisatie is gebleken dat zorgaanbieders die reeds langer actief zijn, en administratief de zaken op orde hebben, de bevoorschotting niet als een additionele administratieve last ervaren. Voor de declaratie en verantwoording dienen de betreffende gegevens immers ook te worden geregistreerd. De bevoorschotting is daarvan een afgeleide. Nieuwe zorgaanbieders geven aan dat het voor hen geen onoverkomelijk probleem is om pas na de eerste drie maanden bekostigd te worden. De reden dat zorgkantoren dit beleid hanteren is om te voorkomen dat het zorgkantoor geld wegzet bij een zorginstelling die niet tot zorgverlening komt en daarna het geld niet kan terugbetalen. De administratieve last slaat hier met name neer bij zorgkantoren. Weliswaar worden zorgaanbieders en zorgverleners niet extra belast en is er daarom geen sprake van een acuut knelpunt dat snel opgelost moet worden, maar ik wil wel dat het proces van de bevoorschotting wordt gemoderniseerd. Ik zal dit meenemen in het traject van de vereenvoudiging en modernisering van iWlz (voorheen AZR).

HACCP
In mijn opdracht is de Hygiënecode voor de voedingsverzorging in woonvormen praktischer toepasbaar gemaakt.[31] De hygiënecode is van toepassing voor woonvormen voor de ouderen-, gehandicaptenzorg en ggz. De aanpassingen zijn gedaan op basis van praktijkervaringen in zes instellingen. Bij deze hygiënecode is er geen registratieplicht meer voor woonvormen. In plaats daarvan is er aandacht voor bewustwording, kennis en scholing van professionals en vrijwilligers. Hierdoor wordt beter aangesloten bij de wensen van bewoners, zonder dat dit registratielasten voor professionals met zich meebrengt. Middels een communicatietraject, een social media campagne, zullen deze resultaten en de kennis over het gebruik van de HACCP voor woonvormen vanaf april/mei 2017 worden verspreid onder de instellingen.

Integrale bekostiging
Er zijn in het verleden goede redenen geweest voor de totstandkoming van diverse verschillende bekostigingsregels, zoals bijvoorbeeld mondzorg Wlz of mutatiedagen. Ik wil naar zoveel mogelijk vereenvoudiging in de bekostiging van de Wlz. Hoe meer

[31] Het resultaat van de nauwe samenwerking tussen zorgaanbieders,de NVVA en het Voedingscentrum.

integraliteit in de bekostiging wordt bereikt, hoe meer reductie van administratieve lasten in de uitvoering daarvan. Ik zal de NZa daarom verzoeken om in het rapport over de herijking van de ZZP-tarieven - dat ik in de tweede helft van 2017 verwacht te ontvangen - ook rekening te houden met het verlichten van de administratieve lasten en de mogelijkheden van een integrale bekostiging. Vanzelfsprekend zal ik daarna uw Kamer informeren over mijn beleidsstandpunt.

k. iWlz (voorheen AZR)

Zorgaanbieders dienden maandelijks een productiemonitor in te vullen voor de bevoorschotting. Inmiddels declareren zorgaanbieders alle cliëntgebonden producten bij het zorgkantoor. De bevoorschotting kan daardoor gebaseerd worden op de declaraties. Inmiddels hebben alle zorgkantoren de maandelijkse productiemonitor afgeschaft. Dat betekent minder administratieve lasten voor zorgaanbieders.

Organisaties in de keten van de langdurige zorg (CIZ, zorgkantoren, zorgaanbieders, CAK en ZiNL) wisselen digitaal gegevens uit ten behoeve van de indicatiestelling, de zorgbemiddeling, het declareren en het wachtlijstbeheer. Onder regie van het ZiNL hebben bovengenoemde partijen, aangevuld met ZN, de zorgbranches en cliëntorganisaties, voorstellen ontwikkeld om de landelijke systematiek van (iWlz, voorheen AZR) te moderniseren en te vereenvoudigen. Doelen zijn: versterken van de informatiepositie van de cliënt, het eenmalig vastleggen van gegevens bij de bron (bronregister) en het meervoudig gebruiken van deze gegevens, het verminderen van het berichtenverkeer, reductie van complexiteit en het ontwikkelen van een bronregister van instellingen en locaties. Ook wordt gekeken naar mogelijkheden om de informatievoorziening die nodig is voor de zorgbemiddeling en het wachtlijstbeheer meer aan te laten sluiten bij de situatie en behoeften van de cliënt, zoals de urgentie van de zorgvraag en de wens om te verhuizen naar een instelling. Dit is een omvangrijke en complexe operatie die gedurende de periode 2017-2020 haar beslag krijgt. Naast de genoemde partijen, investeert VWS in dit traject vanuit de overtuiging dat hierdoor de administratieve lasten in de langdurige zorg verder zullen afnemen.

l. Overhead

Bijgaand doe ik u het onderzoeksrapport naar overhead in de langdurige zorg[32] toekomen. Dit onderzoek is op mijn verzoek uitgevoerd door onderzoeksbureau PwC in reactie op mijn toezegging aan uw Kamer.[33]

Belangrijkste conclusies onderzoek:

- Ruim 3.200 zorgprofessionals hebben hun medewerking aan het onderzoek verleend. Zij geven aan dat zij 6,7% van hun tijd onnodig besteden aan niet-cliëntgebonden activiteiten;
- Niet-cliëntgebonden kosten zijn lager wanneer een zorgorganisatie met minder externe contractpartijen te maken heeft;
- 12,9% Van de professionals voelt zich voldoende gefaciliteerd door hun organisatie, 73,6% staat hier neutraal tegenover en 13,5% vindt zich niet voldoende gefaciliteerd in zijn werk;

[32] De titel van het onderzoek luidt: "Faciliteer professionals ten behoeve van optimale persoonlijke dienstverlening aan mensen met een ondersteuningsbehoefte: een wereld te winnen. Een onderzoek naar niet-cliëntgebonden kosten in de zorg."
[33] Handelingen II, 2014/15, nr. 108.

- Het vaststellen van een richtlijn voor een maximum aan niet-cliëntgebonden kosten achten de onderzoekers ongewenst. Geadviseerd wordt geen richtlijn op te stellen maar in te zetten op het verbeteren van de ICT-ondersteuning, de kwaliteit van de werkprocessen in de zorgorganisaties te verhogen en de regeldruk te verminderen.

Traditionele definitie van overhead
De gebruikelijke definitie van overhead wordt afgeleid van kosten van bepaalde categorieën medewerkers, zoals de kosten van stafafdelingen, administratie en topmanagement. Het gemiddelde percentage overhead is dan 12%.[34] Een percentage dat in lijn ligt met de uitkomsten van de ActiZ Benchmark in 2014.[35]

Nieuwe definitie van overhead
Een dergelijke one-size-fits-all norm voor overhead vinden de onderzoekers niet meer van deze tijd omdat deze geen rekening houdt met bijvoorbeeld zelfsturende teams (die ook indirecte taken uitvoeren) en moderne technologie (die direct aan de cliënt ten goede komt). De definitie van overhead voor dit onderzoek is dat, indien zorgprofessionals in een organisatie overheadtaken uitvoeren, de kosten daarvan tot overheadkosten gerekend moeten worden. In het onderzoek is daarvoor onderscheid gemaakt tussen cliënt-gebonden (verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding, huishoudelijke hulp, overige gesprekken met cliënten, etc.) en niet-cliëntgebonden activiteiten (scholing en ontwikkeling, planning, ICT-werkzaamheden/overleg niet direct ten behoeve van cliënten, onderhoudswerkzaamheden, werving en selectie van nieuwe collega's etc.).

Gemiddeld gewenste cliëntgebonden tijd door medewerkers
Een groot aantal zorgaanbieders in alle sectoren van de langdurige zorg (V&V, GZ en GGZ) hebben aan het onderzoek meegewerkt. met als belangrijk onderdeel de enquête onder zorgmedewerkers naar de ervaren overhead. 3.271 Zorgmedewerkers uit de verschillende sectoren hebben de enquête ingevuld. Daaruit kwam naar voren dat zorgmedewerkers idealiter 69,4% van hun tijd besteden aan cliëntgebonden activiteiten, terwijl uit het onderzoek blijkt dat daaraan nu 62,7% wordt besteed, een verschil van 6,7%. Het percentage ontwikkeling en scholing is in de ogen van professionals op de werkvloer idealiter 14% en circa 17% is volgens hen in de ideale situatie organisatiegebonden tijd. Zij vinden dat professionaliteit in zekere mate registratie vergt en dat dit ook de basis biedt om zich te kunnen verantwoorden. Verder geven zij aan dat deze organisatiegebonden tijd nodig is om alle taken te kunnen vervullen die het werk van hun vraagt. In toenemende mate wordt gewerkt in zelfsturende teams. Tot de organisatiegebonden taken behoren onder andere: coördinerende/managementtaken, het opstellen van de planning, het maken van roosters, werkoverleg, werving- en selectie en functionerings- en beoordelingsgesprekken.

Oorzaken teveel aan niet-cliëntgebonden activiteiten
De oorzaak voor het teveel aan niet-cliëntgebonden activiteiten is door de medewerkers aangegeven. Grosso modo kwam dat erop neer dat verbeteringen doorgevoerd moeten worden in onderstaande categorieën:
- 1/3 optimaliseren ICT-ondersteuning;

[34] Zie bijvoorbeeld "Onderzoek besteding AWBZ-middelen: kostenstructuur en effecten voor cliënten in VV&T-organisaties, het rapport van de Celsus academie "Verspilling in de zorg, Een verkenning van de literatuur" van 4 maart 2015 en de verschillende benchmarks van Actiz en Berenschot.
[35] Die liet een percentage zien van 12,7%.

- 1/3 optimaliseren van werkprocessen;
- 1/3 verminderen van regeldruk.

Aanpak
In de voorgaande paragrafen van deze brief heb ik laten weten welke maatregelen ik heb genomen in het terugdringen van regeldruk en de daaruit voortvloeiende administratieve lasten. Dit heeft direct meer tijd voor de cliënt en daarmee lagere overhead tot gevolg. Specifiek bij het vormgeven van het programma: 'Minder regels, meer zorg' betrek ik de uitkomsten van het onderzoek, waarbij het verminderen van regeldruk, optimaliseren van werkprocessen en de ICT ondersteuning expliciet aan de orde komen.

ICT-ondersteuning
Suboptimale ICT-ondersteuning is een belangrijke bron van vermijdbare administratieve lasten. Het is dan ook niet verwonderlijk dat uit onderzoek naar voren komt dat, naast vermindering van regeldruk en optimaliseren van werkprocessen, de verbetering van ICT-ondersteuning door medewerkers als derde belangrijke sleutel wordt gezien bij het verminderen van administratieve lasten. Een adequate ICT-infrastructuur, de toepassing van eHealth oplossingen en gerichte inzet van domotica ontzorgen de medewerkers, besparen kostbare tijd en dragen bij aan het werkplezier. En dat straalt weer door naar de cliënt: "koude" ICT voor "warme" zorg. Enkele voorbeelden van eHealth toepassingen zijn: medicatiebegeleiding via beeldcommunicatie, uitluistersystemen of (bewegings)sensoren om potentieel risicovolle situaties te detecteren.

Daarnaast is een goed functionerende ICT randvoorwaarde voor beschikbaarheid van toereikende managementinformatie, voor monitoring en voor sturing. Of het nu gaat om indicatoren van basisveiligheid, instrumenten om te rapporteren over cliëntervaringen of het geschikt maken van bedrijfsgegevens voor onderzoeksdoelstellingen, in alle gevallen heeft een instelling groot belang bij een eenmalige en eenduidige vastlegging van gegevens en een efficiënte en geautomatiseerde verwerking daarvan naar overzichten en rapportages. Daarmee kan een goede ICT-ondersteuning ook bijdragen aan het verlagen van de ervaren regeldruk.

Daarbij ware goed in het vizier te houden dat het niet alleen om de geautomatiseerde systemen als zodanig gaat. Het geven van ruimte voor en organiseren van opleiding en training en het beschikbaar hebben van een goed bereikbare helpdesk van voldoende omvang om snel te kunnen bijspringen zijn even onmisbare bouwstenen voor een adequate ICT-facilitering. Zowel de ICT-infrastructuur als de inzet van eHealth en domotica moeten niet gepositioneerd worden als losstaande processen. Ze moeten integraal onderdeel zijn van het zorgproces.

Richtlijn voor overhead
In mijn brief van 16 november 2016[36] en 13 januari 2017[37] ben ik naar aanleiding van het manifest 'scherp op ouderenzorg' van Hugo Borst ingegaan op het thema overhead. In deze brief heb ik aangegeven naar aanleiding van dit onderzoek te willen komen tot duidelijke richtlijnen. De onderzoekers geven aan dat het vaststellen van een norm voor een maximum aan niet-cliëntgebonden kosten ongewenst is. Ondanks dat ik ook geen voorstander ben van een 'harde' norm die jaarlijks wordt gemeten (en derhalve met nieuwe administratieve lasten gepaard gaat), vind ik wel dat er richtlijnen moeten komen. Onder richtlijnen versta ik in dit verband geen harde maximum normen die tot

[36] Kamerstukken II, 2016-2017, 31765, nr. 250.
[37] Kamerstukken II, 2016/17, 31 765, nr. 261.

doel hebben zorginstellingen ‘af te rekenen’. Ik wil juist komen tot richtlijnen die het leren van en in organisaties stimuleert. Door richtlijnen op te stellen op basis van goede voorbeelden binnen zorginstellingen kunnen zorginstellingen, zorginkopers en toezichthouders een oordeel vormen over de niet cliëntgebonden tijd en in de context van de organisatie kijken of verbeteringen op dit punt wenselijk en noodzakelijk zijn. Ik denk daarbij aan een werkwijze rond de systematiek van “comply or explain”. Indien bijvoorbeeld zorgkantoren tussen vergelijkbare instellingen substantiële verschillen constateren in overhead kunnen zij in het kader van hun periodieke contact met zorgaanbieders en/of in het proces van de inkoop van langdurige zorg daar meer expliciet aandacht voor vragen. Ik wil de komende periode aan de hand van dit onderzoek samen met betrokken veldpartijen onderzoeken hoe een dergelijke richtlijn er uit kan zien en informeer uw Kamer over de voortgang hiervan voor het zomerreces.