

Meer zorg met minder bureaucratie

*10 voorstellen tegen
het georganiseerde
wantrouwen in de zorg*

Auteurs

dr A. Kant, *Kamerlid SP*

dr I. Palm, *Wetenschappelijk Bureau SP*

© november 2003

Wetenschappelijk Bureau SP
Vijverhofstraat 65
3032 SC Rotterdam
Telefoon: (010) 243 55 55
Fax: (010) 243 55 66
wetenschappelijkbureau@sp.nl
www.sp.nl

omslagontwerp: SP
omslagillustratie: Jeroen Helmer

Inhoud

<i>Samenvatting</i>	7
<i>Inleiding</i>	11
<i>10 voorstellen tegen het georganiseerde wantrouwen in de zorg</i>	13
1. <i>Afschaffen van de eigen bijdragen in de thuiszorg</i>	13
2. <i>Afschaffen van de Regionale Indicatie Organen</i>	19
3. <i>Afschaffen van de machtigingen</i>	29
4. <i>Vereenvoudigen en afschaffen van declaraties; afschaffen van de nacalculatie</i>	35
5. <i>Stoppen met invoeren Diagnose Behandelcombinaties</i>	39
6. <i>Terug naar regionaal werkende zorgverzekeraars</i>	49
7. <i>Minder managers</i>	55
8. <i>Vereenvoudigen van subsidies en opheffen van sectorfondsen</i>	63
9. <i>Vereenvoudigen regelgeving geneesmiddelen</i>	67
10. <i>Bureaucratietoets voor bestaande wet- en regelgeving</i>	73
<i>Conclusie</i>	77
<i>Bijlage 1: Overzicht besparingen</i>	83
<i>Bijlage 2: Berekeningen besparingen door voorgestelde maatregel</i>	85
<i>Bijlage 3: Een voorbeeld uit de inning eigen bijdrage door het CAK</i>	90

Meer zorg met minder bureaucratie

Samenvatting

Bureaucratie in de zorg was een belangrijk thema in de laatste verkiezingscampagnes. Maar helaas bleef de discussie al snel steken in pleidooien om vooral de uitgaven in de zorg niet te verhogen. Naar de mening van de SP verdient het onderwerp blijvende aandacht van de politiek, waarbij nadrukkelijk gekeken moet worden naar de oorzaken van de bureaucratie en gewerkt moet worden aan concrete oplossingen.

Veel mensen die in dit rapport aan het woord komen geven aan dat veel bureaucratie te maken heeft met de invoering van de marktwerking in de zorg. Zoals de instelling van landelijk werkende zorgverzekeraars, waardoor zorgaanbieders te maken kregen met tien tot twintig zorgverzekeraars in plaats van één regionaal werkend ziekenfonds. Ook de invoering van de zogenaamde DBC (Diagnose Behandeling Combinatie), die veel tijd en energie van specialisten vreet, heeft te maken met de gewenste marktwerking. Bovendien is het fors aantal toegenomen managers in de zorg, onder andere een gevolg van de introductie van meer marktwerking in de zorg.

In dit rapport hebben we ook moeten constateren dat veel bureaucratie voort komt uit ‘georganiseerd wantrouwen’ in de professionele beroepsbeoefenaars. De angst dat de kosten voor de zorg harder zouden stijgen dan geraamd heeft geleid tot wantrouwen en nog meer regels en procedures. Om al die ingewikkelde regels uit te voeren zijn weer extra

Meer zorg met minder bureaucratie

managers nodig. Natuurlijk moet goed gecontroleerd worden wat er met onze premiecenten gebeurt. Maar de huidige controle is veel te gedetailleerd. Voor veel zorg moet vooraf een ‘machtiging’ worden aangevraagd, bij ziekenhuizen, huisartsen en zorgverzekeraars leidt dit tot een enorme administratieve druk. Hetzelfde geldt voor de AWBZ-zorg, waar de Regionale Indicatie Organen (RIO’s) organen zijn geworden van onnodige bureaucratie. Ook de controle achteraf heeft geleid tot een ‘rituele’ rekeningenstroom tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

In dit rapport doet de SP tien voorstellen om de bureaucratie in de zorg terug te dringen. Samen leiden ze tot een besparing van 1 miljard euro, die op iets langere termijn, onder andere door invoering van een brede basisverzekering, kan oplopen tot 1,5 miljard euro. Hierbij is onder meer gebruik gemaakt van de voorstellen van de commissie-De Beer, die uitkwamen op een besparing van 300 miljoen euro. Deze commissie had de opdracht om binnen het bestaande beleid tot mogelijke besparingen te komen. In ons rapport hebben we op een aantal punten keuzes gemaakt voor een ander beleid. Als de politiek écht werk wil maken van het opruimen van de bureaucratie, moet ze ook ongelukkige beslissingen uit het verleden durven terugdraaien, zoals de invoering van de marktwerking, de RIO’s, de DBC’s en de eigen bijdragen in de thuiszorg. Met wat meer lef is veel te verbeteren. We kunnen ons niet veroorloven te wachten: niet met de hoognodige extra investeringen in de zorg en niet met het opruimen van de bureaucratie.

En dat laatste niet alleen omdat dat veel besparingen oplevert die weer ten goede kunnen en moeten komen aan de zorg. De belangrijkste conclusie is dat bestrijding van onnodige en dure bureaucratie alleen mogelijk is als de zorg weer wordt teruggegeven aan de werkers: minder controle van bovenaf, minder lagen in het bestuur en meer zeggenschap op de werkvloer. Minder bureaucratie zal het vertrouwen versterken van de mensen op de werkvloer en leiden tot meer werkvreugde, efficiënter werken en meer mensen die in de zorg willen werken.

Onze tien voorstellen:

1. Afschaffen van de eigen bijdragen in de thuiszorg
2. Afschaffen van de Regionale Indicatie Organen
3. Afschaffen van de machtigingen
4. Vereenvoudigen en afschaffen van declaraties;
afschaffen van de nacalculatie
5. Stoppen met invoeren Diagnose Behandelcombinaties
6. Terug naar regionaal werkende zorgverzekeraars;
vereenvoudiging verzekeringen
7. Minder managers en stoppen met (mega)fusies
8. Vereenvoudigen van subsidies en opheffen van sectorfondsen
9. Vereenvoudigen regelgeving geneesmiddelen en aanscherping
Prijzenwet
10. Bureaucratietoets voor bestaande wet- en regelgeving

Meer zorg met minder bureaucratie

Inleiding

Bureaucratie is één van de grootste ergernissen in de zorg, het onderwijs, politie en justitie, de sociale zekerheid en de uitvoering daarvan. Terecht wordt door de politiek veel gesproken over bureaucratie, maar helaas blijven concrete voorstellen uit.

In de zorg is in 2000 de commissie-De Beer ingesteld, die met concrete voorstellen moest komen om de bureaucratie in de zorg aan te pakken. De commissie-De Beer heeft op 29 januari 2002 haar rapport ‘Minder regels, meer zorg’ aangeboden.¹ Zij heeft gekeken naar drie grote wetgevingscomplexen (bouw, financiering en prijzen) en enkele specifieke onderwerpen (farmacie en enquêtes). De totale administratieve lasten binnen dit veld werden door de commissie vastgesteld op circa 1 miljard euro. De Beer komt met een flink aantal verbetervoorstellen, die een besparing kunnen opleveren van 300 miljoen euro.

De commissie wijst ook op het belang van het verminderen van de irritatie die gepaard gaat met bureaucratie: ‘Minder irritatie is veel waard en levert een belangrijke spin-off voor een betere bedrijfsvoering, plezieriger werken en een betere zorg.’

Met de voorstellen uit het rapport-De Beer is tot nu toe weinig gedaan. Het ministerie van VWS kwam pas op 28 november 2002 met een implementatieplan ‘Reductie administratieve lasten’. De Beer reageerde echter teleurgesteld: ‘Er gebeurt weinig. Na zo’n tien maanden ligt er eindelijk een plan van aanpak. Maar concreet merk je er niet veel van (...) We zijn inmiddels een jaar verder en daarmee zijn de

¹ Commissie-De Beer.
Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

Meer zorg met minder bureaucratie

kansen voor omvangrijke besparing ook een jaar opgeschoven.’² Wel boekte VWS in de zorgnota (2003) 23 miljoen euro aan besparing in. Het bespaarde geld kwam niet ten goede aan de zorg, zoals de commissie-De Beer had voorgesteld.

Het nieuwe kabinet zegt vermindering van de bureaucratie hoog in het vaandel te voeren. In de begroting 2004 staat dat de plannen van de commissie-De Beer alsnog worden uitgevoerd en dat daar 42 miljoen euro voor wordt uitgetrokken. De administratieve lasten moeten in deze kabinetsperiode met een kwart dalen.³ Concrete plannen ontbreken echter nog. Naar schatting zullen de ziekenhuizen in 2004 een kleine 30 miljoen euro worden gekort vanwege de terugdringing van de administratieve lasten. De wijze waarop deze korting wordt opgelegd, is nog niet bekend.⁴

De SP is in maart 2002 gestart met een onderzoek naar de bureaucratie in de zorg. Een bureaucratiebrigade werd opgericht, waar werkers uit de zorg voorstellen tot vermindering van de bureaucratie konden melden. Honderden mensen vanuit de werkvloer hebben gereageerd en vaak zeer bruikbare tips gegeven. Veel meldingen raakten dezelfde onderwerpen. Vooral over de RIO's (Regionaal Indicatie Organen) en DBC's (Diagnose Behandel Combinaties) werden veel meldingen gedaan. Naast dit meldpunt werden gesprekken georganiseerd met deskundigen uit de zorg en zijn werkbezoeken afgelegd, bijvoorbeeld om de invoering van de DBC in de praktijk mee te maken.

Op basis van de vele meldingen, aanvullend onderzoek, gesprekken, werkbezoeken en de gegevens van de commissie-De Beer heeft de SP tien concrete voorstellen geformuleerd om de bureaucratie in de zorg aan te pakken.

² Zorgvisie, 20 december 2002

³ Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2004. 16 september 2003

⁴ NVZ. Notitie raming zorgvolumemutaties en uitgaven arbeidsvoorwaarden 2004. 27 oktober 2003

1. Afschaffen van de eigen bijdragen in de thuiszorg

Eigen bijdragen in de zorg zijn vooral ingevoerd om de collectieve uitgaven te beperken en onnodig gebruik terug te dringen. De inkomensafhankelijke eigen bijdragen in de thuiszorg zijn ingevoerd per 1 januari 1997, met de samenvoeging van de gezinszorg en de kruisverenigingen. De gezinszorg kende al tientallen jaren een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. In 1997 werd een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor het voormalige kruiswerk ingevoerd, die tot dan toe enkel een toegangsbijdrage kende. Dit betekende dat het werk van wijkverpleegkundigen voortaan ook op tijdseenheden geregistreerd moest worden. In 1997 werd tevens de centrale inning van de eigen bijdragen door het CAK (Centraal Administratie Kantoor) ingevoerd.

Het probleem

De centrale inning van de eigen bijdragen gaf vanaf het begin uitvoeringstechnische problemen. Dit begon al met een overhaaste invoering, waarbij de toenmalige directeur van de LVT (Landelijke Vereniging Thuiszorg) sprak van een 'mission impossible'. Zowel bij de gegevensstroom van de thuiszorg naar het CAK als bij de verwerking door het CAK liep het mis. Er ontstonden grote achterstanden,

Meer zorg met minder bureaucratie

waardoor mensen soms geconfronteerd werden met enorme rekeningen. Dat leidde nogal eens tot kamervragen en uiteindelijk tot een aangenomen motie van de SP om bij al te grote achterstand de eigen bijdrage kwijt te schelden. De staatssecretaris vond deze motie moeilijk uitvoerbaar vanwege onder meer problemen met rechtsongelijkheid. Uiteindelijk is besloten tot een ouderdomsanalyse (hoe oud zijn de rekeningen). De resultaten hiervan komen in 2004, dan zal de staatssecretaris besluiten over de uitvoering van de motie en de te handhaven termijnstelling.

Behalve de administratieve rompslomp bij de inning van het CAK leidt het systeem tot hogere werkdruk en administratieve druk bij de thuiszorg, die een extra gedetailleerde registratie moet bijhouden om de eigen bijdragen te kunnen vaststellen. En minstens evenveel energie moet gestoken worden in de uitleg aan en overreding van patiënten die de zorg vanwege de eigen bijdragen afhouden.

In de praktijk blijken eigen bijdragen te leiden tot verminderde toegankelijkheid van de zorg. Dat bleek al uit een onderzoek van het NIVEL, waarin werd vastgesteld dat de forse verhoging van de eigen bijdrage gezinszorg in 1994 leidde tot afzien van noodzakelijke gezinszorg of van andere noodzakelijke basisvoorzieningen. In 1999 is de toegangsbijdrage voor het consultatiebureau afgeschaft onder druk van consultatiebureauartsen, die signaleerden dat ouders afzagen van het bezoeken van het bureau vanwege de toegangsbijdrage.⁵ Ook nu komen nog regelmatig signalen vanuit de thuiszorg en met name de wijkverpleging dat mensen om financiële redenen afzien van zorg.

Uit de bureaucratiebrigade

‘Als je zou weten wat een papierwinkel er verzorgd moet worden in verband met de eigen bijdrage van de zorgvragers dan zou je er stil van worden. Al het papierwerk moet handmatig worden gedaan en bij de minste of geringste fout moet de boel weer opnieuw door de molen. Automatisering is een vies woord blijkbaar en investeren in de

⁵ Comité Zorg voor iedereen.
Een ongelijke start. Maart, 1998

toekomst ook. Trouwens het hele systeem van de eigen bijdrage moet op de schop, want ik denk dat het meer kost dan het oplevert.'

medewerker thuiszorg

'De eigen bijdrage in de thuiszorg is een bron van bureaucratie en werkt volgens mij eerder kostenverhogend, dan dat het geld oplevert: ik moet per dag per cliënt bijhouden hoeveel minuten ik aan zorg besteed, de reistijd en niet cliëntgebonden taken in minuten uitsplitsen. Dit moet per dag genoteerd worden. Per periode moet dat opgeteld, in minuten! Ik werk tachtig tot honderd uur per periode, het aantal minuten op papier moet kloppen met de feitelijke gewerkte tijd. Dit gebeurt handmatig. Mijn declaratieformulieren worden nagekeken door mijn teamleider, dat is voor elf personen ongeveer een klein dagdeel werk. Dan gaan de papieren naar de salarisadministratie, waar mijn salaris uitgerekend wordt. Dan gaan alle papieren naar het CAK, waar de cliënt (vaak maanden later) een rekening van krijgt. Het kost veel tijd, levert veel ergernissen op en brengt volgens mij niets op.'

wijkverpleegkundige

'Patiënt X is al ruim een jaar bij ons in zorg, veertien keer per week. Er is nog steeds geen rekening gestuurd. De partner heeft al diverse keren gebeld met het CAK en krijgt als commentaar *Onze administratie loopt achter* en *De rekening komt wel*. Hij heeft wel een overzicht gekregen van de eigen bijdrage maar nog geen rekening. De te verwachte rekening is 1000 tot 1500 euro.'

'Bij een andere patiënt met een gelijkwaardige rekening is dit een belasting. Deze patiënt heeft zeven keer per week zorg nodig terwijl er maar voor drie keer per week kan worden betaald gezien de financiële omstandigheden. Dit gaat ten koste van haar ziekte, wat een overbelasting is voor de mantelzorg.'

'Een andere patiënt is ruim een jaar in de zorg geweest en heeft geen rekening gekregen. De patiënt is inmiddels overleden en de kinderen hebben de rekening gekregen.'

wijkverpleegkundige

Meer zorg met minder bureaucratie

‘De bureaucratie van het CAK is zoals u weet met name voor de inning van de eigen bijdrage voor de thuiszorg schrikbarend groot. De cliëntenraad van de thuiszorg wordt overstelpt met telefoontjes van wanhopige klanten, die nu hoge rekeningen krijgen gepresenteerd, zelfs rekeningen over de jaren 2000, 2001 en 2002. Controle is niet mogelijk en wanneer men belt met het CAK krijgt men vaak zeer onbeschofte antwoorden, ik zal u deze besparen. Rekeningen van 1400 euro zijn door klanten genoemd. Vaak zijn echtgenoten al overleden.’

cliëntenraad thuiszorg

‘Het CAK werkt voor geen meter en de thuiszorgklanten krijgen hun rekeningen veel te laat. Dit kunnen oudere mensen soms niet aan, zij vinden het vervelend om schulden te hebben! De thuiszorg wordt soms opgezegd, omdat ze niet tegen het idee kunnen dat de rekening via het CAK oploopt.’

medewerker thuiszorg

‘Vanuit Den Haag horen we steeds dat er moet worden bezuinigd op de zorg. Tot onze verbazing heeft een cliënt van ons een rekening gekregen van maar 1 cent (zie bijlage 3). Dit is toch te absurd voor woorden.’

medewerker thuiszorg

Conclusie en voorstellen

Eigen bijdragen voor een basisvoorziening als de thuiszorg zijn on-eigenlijk, ondoelmatig en hebben maatschappelijk ongewenste gevolgen, met name voor de meest kwetsbaren. Indien ze al werken als rem, remmen ze zowel het gebruik van noodzakelijke als niet-noodzakelijke zorg, vooral bij mensen met lage inkomens. Eigen bijdragen leiden bovendien tot administratieve belasting en zijn niet nodig om het gebruik in goede banen te leiden. Daarvoor hebben we immers al de indicatiestelling voor de toegang tot deze zorg.

Ons voorstel

Afschaffen van de eigen bijdragen in de thuiszorg

De huidige opbrengsten van de eigen bijdragen (€ 109 miljoen)⁶ kunnen worden omgeslagen in een meer solidaire AWBZ-premie. Hiervoor zal een premieverhoging van circa 0,05 procent nodig zijn.

Geschatte besparing: € 40 miljoen
(zie bijlage 2)

⁶ Ministerie van VWS. Aanvullende lijst vragen en antwoorden. 18 juni 2003 (28880, nr 87)

Meer zorg met minder bureaucratie

2. Afschaffen van de Regionale Indicatie Organen

Voor opnames of behandelingen in of door AWBZ-instellingen is een indicatiestelling (een soort machtiging) nodig. Deze is vereist voor opname in een verzorgings- of verpleeghuis, voor het verkrijgen van thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en gehandicaptenzorg. De regionale indicatie organen (RIO's) zijn in 1998 ingevoerd, om te komen tot een objectieve, onafhankelijke, transparante en integrale indicatiestelling voor alle AWBZ-zorg. En in verband met de beoogde integraliteit op termijn ook voor voorzieningen in de sfeer van de wet voorzieningen gehandicapten (WVG) en wonen en welzijn, die onder de verantwoordelijkheid vallen van de gemeenten.

De gemeenten werden verantwoordelijk voor het instellen van de RIO's, waarin vertegenwoordigd moeten zijn: patiënten en consumentenorganisaties, zorgaanbieders, huisartsorganisaties, verzekeraars en gemeenten. Het indicatieorgaan is verantwoordelijk voor indicaties, van aanmelding tot beschikking. De wettelijke basis voor de RIO's is het Zorgindicatiebesluit dat in werking trad per 1 januari 1998.

Organisatorisch moesten 230 (gemeentelijke) indicatiecommissies voor verzorgings- en verpleeghuizen ondergebracht worden bij de RIO's en moesten circa 550 formatieplaatsen voor indicatiestelling van thuiszorginstellingen (die hun eigen zorg indiceerden), naar de RIO's. Uit het budget voor thuiszorginstellingen werd 62,5 miljoen gulden voor indicatiestelling gehaald en aan het gemeentefonds werd 72,5 miljoen gulden toegevoegd voor indicatiestelling door RIO's.⁷

⁷ Prof. Dr. Schrijvers.
RIO, het jongste kind groeit op.
Eindrapport van de evaluatie van
het Zorgindicatiebesluit van 1998.
Utrecht, november 2001

Meer zorg met minder bureaucratie

Voor een indicatiestelling moeten huisartsen of specialisten nu een formulier invullen en sturen naar het RIO, dat de zorgvraag beoordeelt en een hulpanalyse uitvoert. Het RIO stuurt de uitkomsten naar het zorgkantoor, dat formeel toestemming moet geven. Na verkrijging van toestemming van het zorgkantoor stuurt het RIO de zorgaanvraag door naar de AWBZ-instelling, die de zorg moet leveren. Deze verwerkt de aanvraag, waarna de patiënt op de wachtlijst wordt geplaatst of de beoogde zorg ontvangt. Daarnaast is er de herindicatie. Deze is nodig als ten opzichte van eerder gestelde indicaties substantiële veranderingen optreden, als de geldigheidsduur van het indicatieadvies is verstreken of als er aanleiding is tot actualisatie van een eerder uitgebracht advies. Herindicaties worden alleen aangevraagd door AWBZ-instellingen. Ten slotte is er de 'verkeerde bed' problematiek. Het komt regelmatig voor dat een patiënt uit het ziekenhuis kan worden ontslagen, maar nog moet blijven omdat er geen plaats in een verpleeg- of verzorgingshuis is. Ziekenhuizen besteden dan dagelijks tijd, geld en energie aan het zoeken naar plaatsingsmogelijkheden voor dergelijke patiënten.

Veel aandacht bleek nodig voor de kwalitatieve verbetering van de indicatiestelling door het RIO via uniformering van de werkwijze, het gebruik van protocollen en bevordering van de deskundigheid van de indicatiestellers. Daarnaast liepen de RIO's snel een forse achterstand op (7.819 aanvragen in mei 2000).

Een interdepartementale werkgroep, die op verzoek van het kabinet de indicatiestelling heeft onderzocht, constateerde een groot aantal knelpunten, onder andere vele verschillen tussen RIO's en budgettaire beperkingen van gemeenten. Hierop werd door de staatssecretaris het College Implementatie Indicatiebeleid ingesteld. Het College Implementatie Indicatiebeleid komt in haar advies tot het oordeel dat de indicatiestelling onder gemeentelijke verantwoordelijkheid niet moet worden gecontinueerd. Een belangrijk probleem is dat de verantwoordelijkheid voor inhoud en beleid bij de rijksoverheid ligt, maar de verantwoordelijkheid voor en aansturing van de bedrijfsvoering in handen is van de gemeenten. De gemeenten zijn dus wel verantwoordelijk, maar hebben feitelijk weinig invloed. Hoewel de gemeenten weinig

invloed hebben op het primaire proces, zijn ze wel verantwoordelijk voor de financiering van de RIO's.

Het College stelt verder onder meer vast dat er sprake is van risico op afwentelmechanismen (van gemeentelijke voorzieningen naar AWBZ); van complexiteit bij intergemeentelijke aansturing; van verschillende sturingsmodellen; van het nauwelijks benutten van de meerwaarde van lokaal beleid; van een spanning tussen centrale beleidsaansturing en decentrale financiering (enerzijds meer voorschriften van het rijk, anderzijds geen extra financiële middelen); van een ontoereikende bijdrage aan het gemeentefonds én van overbodige bureaucratie.

Het College zegt dat de huidige organisatorische en financiële problemen groot zijn en stelt drie nieuwe modellen voor waarbij de rijksoverheid een grotere rol gaat spelen. Zij adviseert om in 2004 een financieel overgangsregime in te stellen, waarbij de toegevoegde financiële middelen uit het gemeentefonds worden gelicht en als doeluitkering ten behoeve van de RIO's beschikbaar worden gesteld. Gelijktijdig dient te worden nagegaan of een aanvulling tot de minimaal noodzakelijke financiële middelen nodig is.⁸

Het probleem

Behalve de genoemde grote financiële en organisatorische problemen is er grote ontevredenheid bij zorgaanbieders en patiënten over het functioneren van de RIO's. De indicatie leidt tot onnodige vertraging in de zorgverlening en tot veel onnodige bureaucratie. Ook de commissie-De Beer stelde dit vast. De huidige wijze van uitvoering van de indicatiestelling in de AWBZ leidt in de praktijk tot veel administratieve lasten. Meer communicatie is nodig, er is een overlap van werkzaamheden, terwijl er ook hiaten vallen in de werkzaamheden.⁹

Bovendien is er vrijwel altijd sprake van dubbel werk. De zorginstelling of -verlener die de zorg moet leveren, bekijkt na (of vaak vóór) de indicatie eveneens welke zorg nodig is.

⁸ College Implementatie Indicatiebeleid. Advies: bestuurlijke verantwoordelijkheid indicatiestelling. 22 september 2003

⁹ Commissie-De Beer. Minder regels, meer zorg. Den Haag, 29 januari 2002

Meer zorg met minder bureaucratie

Ontevredenheid blijkt ook uit een evaluatierapport van prof. Schrijvers uit 2001. Het vaakst ontevreden (45 procent) zijn de respondenten zorgaanbieders over de efficiëntie bij hernieuwde indicatiestelling. Bij de thuiszorg vindt de meerderheid van de respondenten (55 procent) de verstrekte informatie per geïndiceerde cliënt te globaal (verzorgingshuis 28 procent en verpleeghuis 45 procent). Bij één op de vijf cliënten moeten respondenten een nieuw intakegesprek voeren.¹⁰

Uit de bureaucratiebrigade

‘Het RIO werkt zeer log, een vervelende tussenstap voor kankerpatiënten die naar huis mogen, 50 procent van de patiënten ligt twaalf dagen langer dan nodig, onder andere door het RIO. Doordat patiënten niet naar huis kunnen blijft een ziekenhuisbed bezet en moeten operaties afgezegd worden omdat er na de operatie geen bed vrij is en lopen anderen dus onnodig lang met een tumor in hun hoofd door.’

‘De tranferverpleegkundige bestaat hier nu zes jaar en die kan heel goed (beter) inschatten wat nodig is, en *kauwt* dat dan ook het RIO voor. Als je het zelf gewoon voor het zeggen had ging het veel sneller en makkelijker. Naast dat je er zelf van overtuigd bent wat nodig is, moet je vervolgens het RIO hier nog van overtuigen. Als dat niet nodig was zou het de tranferverpleegkundige een dag werk per week schelen.’

ziekenhuismedewerker

‘Ons ziekenhuis wordt geconfronteerd met veel *verkeerde bed* patiënten. Psychogeriatrische (pg) patiënten moeten door een psychiater geïndiceerd worden. In Den Haag wordt dit gedaan door Parnassia. Het duurt gemiddeld vijf weken voordat er iemand van Parnassia komt om de patiënt te indiceren. Ons ziekenhuis heeft een psychiater, die vroeger ook deze patiënten mocht indiceren. Aan het indicatieorgaan is gevraagd of deze psychiater de indicatiestelling mag verzorgen waarbij de termijn van vijf tot zes weken verkort kan worden tot maximaal één week. Dat mocht niet, alleen Parnassia was gerechtigd om

¹⁰ Prof. Dr. Schrijvers.
RIO, het jongste kind groeit op.
Eindrapport van de evaluatie van het
Zorgindicatiebesluit van 1998.
Utrecht, november 2001

pg-patiënten te indiceren. Kwaliteit en patiëntvriendelijkheid moeten wijken voor regels.’

ziekenhuismedewerker

‘Het RIO is dubbelop. Thuiszorg doet nog steeds dezelfde taak. Eigenlijk is het RIO een stempelmachine.’

medewerker thuiszorg

‘De thuiszorg gaat vaak toch zelf ook indiceren omdat theorie (RIO) vaak niet overeen komt met de praktijk. Het RIO is een log orgaan met veel te veel schijven waardoor men te weinig feeling is blijven houden met waar het eigenlijk om gaat.’

medewerker thuiszorg

‘De papierwinkel wordt alsmaar groter en groter. Het begint erop te lijken dat de cliënt en de uitvoerenden verdwijnen achter die berg papier. De cliënt krijgt na aanmelding bezoek of telefoon van een indicatieadviseur die bepaalt of hij in aanmerking komt voor zorg. Die zet alles op schrift (natuurlijk). Dan gaat de aanmelding naar de thuiszorgorganisatie. En krijgt de aanstaande cliënt te maken met de planningsafdeling, die hem ook weer het hemd van het lijf vraagt. Als de cliënt uiteindelijk in de zorg komt, komt een wijkverpleegkundige de intake doen. De hulpvraag zou toch duidelijk moeten zijn na alle hulpverleners die zich er al mee bezig hebben gehouden. Niets is minder waar in vele gevallen. De cliënt is ondertussen al bekaf van al die *zorg*.’

medewerker thuiszorg

‘Help!! De gezondheidszorg in Nederland is gek geworden. Ik heb een patiënt op A2, zij heeft een verzorgingshuisindicatie en die indicatie geeft recht op een tijdelijk plekje in een verzorgingshuis. Familie woont in de buurt van Nijmegen en aangezien hier alle huizen tot de strot toe vol zitten, dacht ik, ik ga een plekje regelen in de buurt van Nijmegen. Vijf verzorgingshuizen gebeld, zij verwezen door naar wachtlijstbeheer. Wachtlijstbeheer is opgeheven en verwijst terug naar

Meer zorg met minder bureaucratie

de huizen. Het RIO Nijmegen verwijst door naar de huizen, huizen weten van niks.’

medewerker ziekenhuis

‘RIO’s zijn zéér bureaucratisch. Een voorbeeld: in het verpleeghuis vinden soms overplaatsingen plaats van een somatische naar een psychogeriatrische afdeling als de bewoner is gaan dementeren. In het verleden kon volstaan worden met het invullen van de zogenaamde AVM-formulieren en werd daarnaast afgegaan op de rapportage van de verpleeghuisarts. Op basis van deze informatie werd de indicatie afgegeven. Tegenwoordig komt de indicatieadviseur persoonlijk langs, waar zij zich zelf ook vaak ongelukkig bij voelt. Immers, wij maken iemand al drie jaar vierentwintig uur per dag mee, terwijl de RIO-functionaris twintig minuten langs komt! De kreet ‘objectief en onafhankelijk’ gaat natuurlijk ook zeker niet altijd op. De kritiek op de RIO’s wordt door zeer vele zorgaanbieders gedeeld.’

verpleeghuisarts

‘Je houdt niet voor mogelijk wat voor een vergadercultuur en papierwinkel er bij komt kijken om een patiënt enkele dagen in de week dagbehandeling aan te bieden. Het begint al met het RIO. Voor ik alle gegevens van hen eens had ontvangen, had ik inmiddels al tien telefoontjes van huisarts en familie gehad met het verzoek snel te plaatsen omdat de situatie helemaal uit de hand dreigde te lopen. Tegen de tijd dat alle papieren binnen waren en ik contact kon opnemen met de familie moest ik tactisch vragen naar de stand van zaken omdat het niet de eerste keer zou zijn dat de patiënt helaas was overleden.’

afdelingshoofd dagbehandeling psychogeriatric

En het werd nog erger. In 2000 neemt het kabinet de voorstellen van de commissie Etty (Ontvoogding van de AWBZ) over waarin gepleit wordt voor vraagsturing. In de uitwerking hiervan, de zogenaamde modernisering van de AWBZ, worden zeven zorgfuncties onderscheiden, te weten huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende/adviseren-

de begeleiding, behandeling, verblijf. De RIO's moeten volgens deze functies gaan indiceren.

‘Het indiceren van cliënten door RIO's, ik beperk me in deze mail tot Amsterdam, levert voor iedere indicatie ongeveer tien kantjes papier op met daarin summiere informatie en erg veel getallen, codes en herhalingen. Sinds de functionele indicaties bedacht zijn in Den Haag neemt de papierberg toe en wordt de informatie over de cliënt nog minder. Ik verbijster me over de traagheid, de non-informatie, de openbaarheid van gegevens die aan administratieve krachten die geen syllabe verstand hebben van medische en verpleegkundige zaken, moeten worden opgelepeld. Om het daarna weer eens aan een adviseur te moeten gaan vertellen bij het verzoeken om thuiszorg of anderszins. Veel telefoontikken en veel wachten, ook vaak na de aanvraag.’

transferverpleegkundige en maatschappelijk werker

‘Recent heb ik op een tweetal bijeenkomsten een topambtenaar mogen meemaken die voorlichting gaf over het functiegericht indiceren. Enerzijds wordt met deze wijze van indiceren te veel gevraagd van mensen die nu al niet de oriëntatie van vraag naar behoefte kunnen invullen. Anderzijds is er een formulierenset gemaakt waar je bij een beetje complexere vraag al gauw vijftig pagina's vragen zit in te vullen. Uit mijn jarenlange ervaring en opleidingen op MBO, HBO en WO niveau kan ik u verzekeren dat de zorgbehoefte van een cliënt makkelijk op een halve A4 beschreven kan worden.’

‘Sinds jaar en dag stoor ik me aan de bureaucratie welke in het leven is geroepen door het RIO (*Regelmatig Irritatie Onderdrukken*). Niet alleen vertraagt dit de inzet van hulp maar het is ook een wantrouwen naar de professionals in de zorg die de inschatting van zinvolheid en werkzaamheid van hun hulp best kunnen maken. Uit wetenschappelijk onderzoek bleek dat cliënten zelden overvragen, meestal zelfs ondervragen als het zorg betreft. In deze zin kan een RIO dan ook gezien worden als een vorm van georganiseerd wantrouwen tegenover de burger die zorg vraagt.’

zorgtoewijzer verpleeghuizen

Conclusie en voorstellen

RIO's zijn het product van een ambtelijke tekentafel. Het idee van objectieve, onafhankelijke en integrale toegang tot de zorg is goed, maar in de praktijk blijkt het anders te werken. Een nieuw orgaan is opgericht dat op te grote afstand van de zorg staat. Dit loket zuigt kostbare capaciteit weg uit de reguliere zorg, introduceert nieuwe bureaucratie en leidt tot vertraging in het zorgproces. De RIO's leiden tot veel irritatie bij werkers in de thuiszorg en leggen onnodig beslag op de tijd van huisartsen en ziekenhuizen.

De commissie-De Beer doet een aantal voorstellen tot vereenvoudiging: protocolleren en mandateren, categoriseren en standaardiseren en verminderen van herindicaties. Dit zijn slechts pleisters op de bureaucratische wond. De indicatie moet wel zo objectief mogelijk zijn (protocollen), maar niet los staan van de zorg en rekening houden met de omstandigheden en bijzonderheden van patiënten. Beoordelen kan beter plaatsvinden door zorgverleners die de patiënt al kennen, dan door een instelling op afstand. Of zoals een melder aan de bureaucratiebrigade stelde: 'De kwaliteit van de zorg(toewijzing) zit niet in objectief, integraal en onafhankelijk benaderen van de vraag maar in termen als subjectiviteit, respect en integriteit.'

De RIO's zijn bovendien ingevoerd in een tijd dat de schaarste verdeeld moest worden. Nu door druk van rechtszaken een recht op zorg is afdwongen, moet uitgegaan worden van de behoefte aan zorg bij de patiënt.

Onze voorstel

Afschaffen van de Regionale Indicatie Organen

De indicatie kan beter plaatsvinden door de thuiszorg, die zich daarbij – behalve als indicator – vooral opstelt als zorgbemiddelaar en daartoe goed overleg pleegt met andere zorgverleners (zoals huisartsen) en instellingen (zoals verzorgings- en verpleeghuizen). Of deze indicatie

Afschaffen van de Regionale Indicatie Organen

goed plaatsvindt, wordt jaarlijks steekproefsgewijs achteraf gecontroleerd door een toezichtorgaan: het voormalige RIO in afgeslankte vorm, of het zorgkantoor. Patiënten die het oneens zijn met de zorgtoewijzing kunnen bij deze instantie bezwaar maken.

Geschatte besparing: € 100 miljoen

(zie bijlage 2)

Meer zorg met minder bureaucratie

3. Afschaffen van de machtigingen

Niet alleen voor de AWBZ-zorg, ook voor alle curatieve zorg zoals ziekenhuisopnamen, poliklinische zorg en paramedische zorg en hulpmiddelen gelden machtigingen en toestemmingsvoorwaarden voor de toegang tot de zorg. Deze hebben tot doel kostenbeheersing, doelmatigheid, toetsen van rechtmatigheid en veiligheid.

Bij hulpmiddelen moet bovendien een registratie van het verbruik van elke verzekerde worden bijgehouden. Indien men meer gebruikt dan de verstrekkingenregeling of de polisvoorwaarden toestaan, komt het meerdere voor eigen rekening of moet een aanvullende machtiging worden aangevraagd. Deze rantsoenering is een bezuinigingsmaatregel van Paars, die wellicht wat besparingen oplevert, maar tegelijkertijd voor een hoop irritatie zorgt bij patiënten en zorgaanbieders. Als men meer nodig heeft dan toegestaan, kan een aanvullende machtiging worden aangevraagd. Het is dan ook de vraag of de extra inspanningen in verhouding staan tot de beoogde besparingen.

Het probleem

Met de machtigingen zijn enorme administratieve lasten gemoeid, vanwege het extra werk voor verwijzers, de benodigde communicatie tussen verzekeraars en zorgaanbieders, de verschillende aanvraagformulieren per verzekeraar en per zorgaanbieder en het feit dat het veelal

Meer zorg met minder bureaucratie

papieren exercities zijn. Doordat het om grote hoeveelheden gaat, worden de administratieve lasten zeer vergroot.

De machtigingen worden in de praktijk veelal als overbodig ervaren, met name wanneer er doublures zijn in de toegangsvoorwaarden, er sprake is van een jaarlijkse herhaling terwijl het gaat om chronische zorg, machtigingen pas worden afgegeven nadat de zorg al is gestart (omdat het machtigingsproces in de praktijk veel tijd in beslag neemt) en machtigingen bij bepaalde verstrekkingen nauwelijks leiden tot afwijzing.¹¹

Uit de bureaucratiebrigade

‘Toen ik ruim twintig jaar geleden hoofd van de patiëntenadministratie was, ergerde ik me al aan de kilo’s papier die dagelijks van het ziekenhuis naar het ziekenfonds gingen en visa versa. Omdat meer dan 99 procent van alle aangevraagde machtigingen goedgekeurd werden maar heel veel werk kostten, heb ik toen al voorgesteld om daar mee te stoppen en de controlerende arts van het ziekenfonds vrij toegang te geven tot de statussen om achteraf willekeurige steekproeven te doen. Doordat men dan over de volledige status beschikt, kan het oordeel over eventuele onnodige onderzoeken ook veel beter zijn. Dit zou het ziekenhuis en het ziekenfonds enorme besparingen opleveren. Daarnaast zou het allemaal veel simpeler of prettiger worden.’

ex-hoofd patiëntenadministratie

‘Voor een opname in het ziekenhuis is een machtiging nodig van de zorgverzekeraars. De machtiging is gelimiteerd tot een aantal dagen. Indien een patiënt langer verblijft dan het aantal dagen, genoemd in de machtiging, moet een aanvullende machtiging worden aangevraagd. De specialist moet dan een nieuwe diagnose melden aan de ziektekostenverzekeraars. Vaak gaat het om één dag. Bijvoorbeeld als de patiënt niet zondag, maar maandag ontslagen wordt. Zorgverzekeraars nemen geen genoegen met een melding dat zondags patiënten niet worden ontslagen. Voor een specialist is het moeilijk om voor één dag een

¹¹ Commissie-De Beer.
Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

Afschaffen van de machtigingen

nieuwe diagnose vast te stellen en zij vergeten regelmatig door drukke werkzaamheden hier een diagnosebriefje voor te schrijven. Met alle gevolgen van dien. Soms zijn er vier tot vijf mensen uren in de weer om ervoor te zorgen, dat die ene dag alsnog in rekening gebracht mag worden.’

financieel controller algemeen ziekenhuis

‘Voor hulpmiddelen gelden allemaal verschillende procedures per zorgverzekeraar, dat werkt enorm vertragend. Bijvoorbeeld een pijnpomp, aangevraagd op 28 februari, 10 maart komt het besluit. De tijd ertussen kon de patiënt niet naar huis. Door dit soort openthoud kun je niet goed vooruit denken en plannen. De aanvraagprocedures voor hulpmiddelen voor patiënten die uit het ziekenhuis kunnen, kosten zo’n dag per week’

arts ziekenhuis

‘Het meest pregnante voorbeeld is de mammaprothese: helaas moeten veel vrouwen in ons land een borst missen. Van fondswege kan jaarlijks eenmalig een prothese worden verstrekt; ieder jaar opnieuw moet een machtiging aangevraagd worden voor vervanging van de versleten prothese, blijkbaar uit vrees dat misbruik gemaakt zal worden. Ik weet niet wat ik me daarbij moet voorstellen spontaan herstel of zo?’

‘Hoe serieus het ziekenfonds deze materie neemt blijkt wel uit het feit dat ik bij *motivatie t.b.v. de medische adviseur* meestal invul *Raad eens?* of *Wat denkt u?* en nog nooit commentaar heb gehad. Maar geen aanvraag tot herhalingsmachtiging: geen prothese.’

huisarts

Conclusie en voorstellen

De ‘machtigingen’ voor ziekenhuisopnames, poliklinische zorg en paramedische zorg en hulpmiddelen worden door veel werkers in de zorg als onzinnig ervaren. Er is toch niemand die onnodig iemand in een ziekenhuis laat opnemen, of voor zijn lol stomazakjes voorschrijft? De

Meer zorg met minder bureaucratie

machtigingen leiden ook tot onnodige vertragingen in de zorg. Bedden worden bijvoorbeeld onnodig bezet, omdat patiënten wachten op een machtiging voor hulpmiddelen die thuis nodig zijn. Wij nemen de voorstellen van de commissie-De Beer voor afschaffing van de machtigingen over.

Onze voorstellen

Afschaffen van de machtigingen

Voor poliklinische zorg kan het systeem van korte kaart/lange kaart worden afgeschaft, om doublure met verwijfsbrieven van huisartsen te voorkomen, en vervangen worden door steekproefsgewijze controle door zorgverzekeraars. Voor dagopnamen kunnen de machtigingen geheel vervallen. Voor korte ziekenhuisopnamen kan de machtiging worden afgeschaft (met uitzondering van enkele specifieke opnames, zoals plastische chirurgie, hart-, long- en niertransplantaties) en vervangen worden door een meldingsplicht. Voor paramedische hulp kunnen de machtigingen vervallen en eveneens vervangen worden door steekproefsgewijze controles.

Geschatte besparing: € 60 miljoen
(zie bijlage 2)

Met ingang van 1 januari 2003 is de verplichting tot vooraf machtiging komen te vervallen voor alle ziekenhuisopnamen die korter duren dan 22 *dagen*, met uitzondering van vormverbeterende verrichtingen (KNO, ogen, plastische chirurgie), IVF en mond- en kaakchirurgie. In de praktijk blijken met name particuliere verzekeraars zich hier niet aan te houden. Ook doet zich een nieuw fenomeen voor.

Iemand wordt opgenomen voor een knieoperatie, normale verpleegduur tien dagen. Geen machtiging nodig. Door omstandigheden moet deze patiënt naar een verpleeghuis voor revalidatie. De patiënt blijft omdat er nog geen plaats is in het verpleeghuis 23 *dagen* in het

Afschaffen van de machtigingen

ziekenhuis. Nota wordt verstuurd naar de ziektekostenverzekeraar als volgt. Tien dagen reguliere verpleging tegen het hoge tarief en dertien frictiedagen verpleeghuis tegen een laag vastgesteld tarief. Nota wordt niet in behandeling genomen wegens het ontbreken van een machtiging.'

melding bureaucratiebrigade

Meer zorg met minder bureaucratie

4. Vereenvoudigen en afschaffen van declaraties; afschaffen van de nacalculatie

De budgetten die beschikbaar zijn voor zorgverlening worden door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) via een bepaald systeem verdeeld over de ziekenfondsen en zorgkantoren. Voor ziekenhuizen wordt hierbij sinds 1989 de zogenaamde functiegerichte budgettering (fb-budgettering) toegepast. Hierbij worden de budgetten per ziekenhuis bepaald op grond van een vaste component (onder meer erkende bedden en specialistenplaatsen) en een variabele component (aantal opnamen, eerste bezoeken polikliniek, dagverpleging en verpleegdagen). Om het budget daadwerkelijk te krijgen moet een ziekenhuis per patiënt rekeningen (declaraties) maken waarop staat welke verrichtingen er bij de patiënt zijn gedaan en hoeveel dagen de patiënt opgenomen is geweest.

Vrije beroepsbeoefenaren (huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, apothekers) voeren per patiënt gegevens in en stellen op basis hiervan de maanddeclaraties op. Huisartsen krijgen de vergoeding voor verleende zorg aan ziekenfondspatiënten op basis van een abonnementssysteem. Apothekers maken bij het declaratieproces gebruik van een zogenaamde 'clearinghouse', waarbij de apothekers maandelijks hun declaratie naar het clearinghouse sturen, die ze vervolgens afhandelt.

Naast vaststelling van de budgetten en verrekening via declaraties, hebben de ziekenhuizen en andere zorginstellingen ook nog te maken

Meer zorg met minder bureaucratie

met nacalculatie. Op basis van nacalculatie wordt het instellingsbudget definitief vastgesteld.

Het probleem

Het declaratieverkeer tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars kost enorm veel papierwerk en geld. De declaratiegegevens moeten worden ingevoerd na een behandeling, wekelijks of maandelijks worden ingediend, de controlelijsten van zorgverzekeraars moeten worden doorgenomen en er moeten contacten worden onderhouden met zorgverzekeraars over foutieve declaraties. Geschat wordt dat bij 5 procent van de ingediende declaraties fouten optreden.

De nacalculatie is steeds meer uitgegroeid tot een controle en toetsing van de instellingen. Binnen de nacalculatie bestaan knelpunten, die leiden tot onnodige administratieve lasten.¹²

Uit de bureaucratiebrigade

‘Om het budget daadwerkelijk te krijgen, maakt het ziekenhuis per patiënt rekeningen waarop staat welke verrichtingen er bij de patiënt gedaan zijn en hoeveel dagen de patiënt opgenomen is geweest. Met name voor de vergoedingen van verrichtingen bestaan enorme boekwerken, waarin voor elke verrichting een tarief staat vermeld. De rekeningen worden opgemaakt en verstuurd naar de zorgverzekeraar, dan wel naar de patiënt. Vervolgens wordt de rekening betaald aan het ziekenhuis. In totaal gaat het voor ons ziekenhuis om 225.000 rekeningen (inclusief particulier). Het hele traject van de rekeningen is overbodig, want de hoogte van het budget heeft niets te maken met de bedragen op de rekeningen. De inspanningen en de kosten die gemoeid zijn met deze *rituele* rekeningen betreffen in ons ziekenhuis twintig full time medewerkers, wat overeenkomt met 600.000 euro. Daarnaast houden wij een enorm automatiseringssysteem, met alle kosten van dien, in bedrijf waarmee de rekeningen opgemaakt kunnen worden.

¹² Commissie-De Beer.
Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

Voor automatisering ten behoeve van zorgverlening is nauwelijks geld, maar daar staat dan tegenover dat we wel prachtige rekeningen kunnen maken: *voor niets*. Voor alle ziekenhuizen in Nederland tezamen gaat het in een ruwe schatting om 100 miljoen euro per jaar. Bij de zorgverzekeraars, waarvoor het betalen van rekeningen één van de kerntaken is, wordt waarschijnlijk nog eens een zelfde bedrag uitgegeven. Het kind van de rekening is de patiënt want zijn of haar verzekeringspremie wordt verspild aan deze zinloze papierfabriek en dus niet besteed aan zorg.’

algemeen directeur ziekenhuis

Conclusie en voorstellen

Bij ziekenhuizen heeft de hoogte van het budget niets te maken met de rekeningen en wordt deze declaratiestroom dan ook wel als een ritueel aangeduid. Door de commissie-De Beer zijn voorstellen gedaan ter vereenvoudiging. Reductie van het aantal foutieve declaraties door oprichting van een databank met patiëntengegevens, door steekproefsgewijze controles, een zorgvuldige invoering van nieuwe tarieven of afspraken over maximale behandeltermijnen en de introductie van een *clearing-house* (waardoor het foutpercentage kan worden teruggebracht tot 2,5 procent).

Een tweede voorstel is een systeem van ‘invoeren is declareren’: zorgverleners voeren na behandeling de declaratiegegevens in de computer in, waarna ze direct naar de zorgverzekeraar worden gestuurd.

De commissie-De Beer stelt ook voor de gehele nacalculatie af te schaffen en via de jaarrekening te laten verlopen. De gehele kosten van de nacalculatie (onder meer de accountantsgoedkeuring) kunnen dan vervallen. In plaats daarvan zal wel specifiek overleg tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen moeten plaatsvinden, evenals steekproefsgewijze accountantscontrole.¹³

¹³ Commissie-De Beer.
Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

Onze voorstellen

Vereenvoudigen en afschaffen van declaraties

Afschaffen van de nacalculatie

De ‘rituele’ declaratiestroom bij ziekenhuizen kan worden afgeschaft. In elk geval voor de ziekenfonds- en Wtz-patiënten. In plaats daarvan kan maandelijks een bevoorschotting plaatsvinden op basis van het vastgestelde budget, zoals nu ook bij AWBZ-instellingen gebeurt. Achteraf kan nacalculatie plaatsvinden via de jaarrekening (zoals De Beer voorstelt wat betreft nacalculatie).

Het declareren bij de zelfstandige beroepsbeoefenaars kan worden vereenvoudigd. Hiertoe nemen we de voorstellen van De Beer over, waarbij we ervan uitgaan dat ook het systeem ‘invoeren is declareren’ wordt ingevoerd en dat het foutenpercentage gereduceerd kan worden tot 1 procent.

Geschatte besparing: 179 miljoen euro
(inclusief 9 miljoen euro door afschaffen nacalculaties)
(zie bijlage 2)

- Voor ziekenhuizen kunnen bij particuliere verzekeraars declaraties worden afgeschaft, zodra deze opgenomen zijn in een brede zorgverzekering voor iedereen. Mogelijke besparingen hierdoor zijn niet opgenomen.
- Voor particuliere beroepsbeoefenaars kan op termijn, net als bij de huisartsen, een abonnementssysteem worden ingevoerd, waardoor de declaraties vrijwel geheel kunnen vervallen. De particuliere verzekeraars kunnen volgen zodra deze opgenomen zijn in een brede zorgverzekering voor iedereen. Mogelijke besparingen hierdoor zijn niet opgenomen.

5. Stoppen met invoeren Diagnose Behandelcombinaties

Voor de financiering van ziekenhuizen geldt sinds 1989 de functiegerichte budgettering (fb).

De budgetten zijn al jaren te krap en de parameters waarop ze zijn gebaseerd zijn onvoldoende bijgesteld. Het (variabele) deel van het budget is gebaseerd op het aantal opnamen, verpleegdagen, dagverpleging en eerste bezoeken polikliniek. Indien ziekenhuizen meer poliklinisch afhandelen in plaats van duurdere opnames en verpleegdagen en geld overhouden, krijgen ze het jaar erop minder geld.

Voor de financiering van specialisten gold een financiering per verrichting. Wie veel deed, verdiende veel. Omdat de productie alsmaar steeg, werden halverwege de jaren negentig, indien specialisten meer productie draaiden dan was afgesproken, het jaar daarop de tarieven voor de verrichtingen verlaagd. In 1993-1995 werd voor specialisten de zogenaamde lumpsumfinanciering ingevoerd (honorarium gefixeerd, jaarlijkse lumpsum ongeacht productie). Specialist konden kiezen tussen tariefdaling (bij budgetoverschrijding) of een vast honorarium (bij lumpsum).

Per 1 januari 2001 zijn de richtlijnbedragen voor fb-parameters verhoogd en herijkt, is een lokale component ingevoerd (afhankelijk van de lokale verzekeraar) en is het 'boter bij de vis'-principe ingevoerd (nacalculatie op basis van werkelijke productie). De relatie productie en beloning is hiermee deels hersteld. Nadelen zijn dat uitgegaan is van

Meer zorg met minder bureaucratie

het basisjaar 2000 (waardoor efficiëntere ziekenhuizen zijn benadeeld), een te laag tarief dagverpleging geldt en de wegingsfactoren ertoe leiden dat zwaardere specialismen eerder kunnen uitbreiden. Bovendien wordt alleen gekeken met het totale budget, dus als het totale ziekenhuisbudget niet groeit, krijgen afdelingen die meer gepresteerd hebben niet meer geld.

Er is grote eensgezindheid over het feit dat het zorgbeperkende budgetsysteem voor ziekenhuizen en specialisten niet langer te handhaven is. Hier is sprake van uitbetaling op basis van ingewikkelde rekenmethoden en niet op basis van werkelijke kostprijzen. Vergoedingen en geleverde prestaties zijn los van elkaar komen te staan.¹⁴ Daardoor ontbreekt een prikkel om wachtlijsten weg te werken.

Als alternatief voor de fb-budgettering en lumpsumfinanciering komt nu het DBC-systeem. De budgetten worden afgestemd op het aantal Diagnose Behandel Combinaties (DCB's) dat wordt geproduceerd. In elke DBC wordt omschreven wat een patiënt met een bepaalde diagnose aan zorg krijgt en wat de totale kosten zijn (van ziekenhuis en specialist). Alle kosten van een specifieke behandeling worden in kaart gebracht en elk product (DBC) krijgt een prijskaartje. Dit systeem zou moeten leiden tot een betere verdeling van de middelen en een betere afstemming van vraag en aanbod. Doel is verzekeraars en ziekenhuizen vrij te laten onderhandelen over volume en prijs van DBC's. Marktwerking moet ervoor zorgen dat straks de goedkoopste producten worden ingekocht. Onder Paars is gekozen voor een geleidelijke overgang, waarbij het huidige budgetsysteem en de lumpsum uiteindelijk worden vervangen door een systeem op basis van DBC-prijzen. In het overgangsmodel zal het fb-budget nog als financieel kader fungeren. Onder kabinet Balkenende I is besloten de invoering te versnellen. In januari 2003 is daadwerkelijk begonnen met invoering van zeventien DBC-groepen, waarbij vrije onderhandelingen op lokaal niveau kunnen plaatsvinden over prijs, volume en kwaliteit. Hierbij gaat het om 750 miljoen euro, 6 procent van de ziekenhuisproductie. Uit het experiment moet blijken of deze ruimte leidt tot extra productie en of zorgverzekeraars inderdaad in staat zijn goede contracten af te sluiten, met meer zorg tegen een scherpere prijs.¹⁵

¹⁴ H.F. Aarts. Verspilde moeite. Medisch Contact, 23 augustus 2002

¹⁵ Brief minister van VWS (De Geus) aan de Tweede Kamer, 20 december 2002

Het kabinet Balkenende II gaat door met de invoering van de DBC-systematiek. Wel is de verplichte invoering uitgesteld tot 1 juli 2004, tot dan zal het huidige experiment worden voortgezet. Na 1 juli 2004 komt er een vrij segment (10 procent van de ziekenhuisproductie) waar vrije prijzen gelden en een vast segment (90 procent van de ziekenhuisproductie) waar financiering plaatsvindt op basis van voor alle ziekenhuizen gelijke tarieven per DBC-groep. De bekostiging van de ziekenhuizen blijft voor dit segment gebaseerd op de huidige fb-systematiek. Voor medische specialisten komt er, ter dekking van de lumpsum, een landelijk uniforme salariscomponent. In de derde fase, vanaf 2005, zal het aantal DBC's waarvoor de prijs in de vrije markt tot stand kan komen verder worden uitgebreid. De hele operatie moet budgettair neutraal verlopen.¹⁶

Het DBC-systeem zal moeten bijdragen tot meer marktwerking in de zorg. Concurrentie tussen de ziekenhuizen moet ertoe leiden dat zij bijvoorbeeld zo goedkoop mogelijk heupen gaan vervangen. Dat zal er onder andere toe leiden dat er meer zelfstandige behandelcentra en privé-klinieken zullen komen. Achterliggende idee is dat hierdoor de wachtlijsten snel verdwijnen. De patiënt zal, alvorens hij zijn versleten heup laat vervangen, een prijsbewuste keuze moeten maken. Als zijn of haar ziektekostenverzekeraar geen afspraak heeft met het ziekenhuis van voorkeur kan behandeling slechts plaatsvinden tegen bijbetaling.¹⁷

Het probleem

In plaats van minder, betekent de invoering van DBC's méér registratie van medisch specialistische hulp. Het systeem heeft als ideaal de werkelijke kostprijzen per verrichting en opname vast te stellen. Daarbij wordt ten onrechte verondersteld dat alles wat een specialist doet, eenduidig in codes is vast te leggen. Omdat dit in de praktijk niet het geval is, zijn het aantal en de keuze van de DBC-codes arbitrair. Het systeem levert slechts 'schijntransparantie' en zal lang niet altijd inzicht bieden in de werkelijke kosten. Elke patiënt is uniek. Het is een

¹⁶ Brief minister van VWS (Hoogervorst) aan de Tweede Kamer, 10 oktober 2003

¹⁷ Michiel Hulshof. Experiment mislukt. Vrij Nederland, 25 oktober 2003

Meer zorg met minder bureaucratie

illusie te denken dat alle behandelingen in een computer passen. Uit een onderzoek op de poli orthopedie van het Amsterdamse OLVG bleek dat eenderde van de ingevoerde DBC-codes niet in overeenstemming was met de uiteindelijke diagnose.¹⁸

Bovendien worden duizenden DBC's geclusterd tot honderden. De werkgroep DBC 2003 had zo'n 22.000 DBC's vastgesteld die regelmatig voorkomen – in werkelijkheid zijn er nog meer. Om de zaak overzichtelijker en onderhandelen mogelijk te maken, moet het aantal DBC's worden teruggebracht tot 600 à 700 clusters. Volgens sommigen zal dat er in de praktijk toe leiden dat gekozen wordt voor de DBC die het meeste opbrengt. Vanwege de beperking van DBC's is in veel gevallen niet meer na te gaan wat er precies is gedaan. Onderzoek in de VS toont aan dat introductie van vergelijkbare systemen heeft geleid tot hogere kosten. Zeker als de keuze arbitrair is, bestaat de mogelijkheid om 'duurdere' codes te kiezen. Het Amerikaanse onderzoek laat zien dat alleen al door een dergelijke 'upcoding' in de VS de ziekenhuiskosten zijn gestegen met 0,2 tot 0,7 procent. In Nederland zou dit ongeveer 23 tot 80 miljoen euro kosten. Ook specialisten in Nederland wijzen op de verleiding die DBC te kiezen die het meeste oplevert. Bovendien zullen ziekenhuizen meerdere DBC's per cliënt gaan declareren. Dit blijkt ook uit de analyse van de eerste DBC-registratie in de 24 ziekenhuizen die met dit systeem hebben proefgedraaid.¹⁹

De vraag is ook of de bedoelde marktwerking wel tot stand zal komen. Patiënten reizen niet door het land om zich daar te laten opereren waar de tarieven het goedkoopste zijn. Zorgverzekeraars zullen dus met alle ziekenhuizen contracten moeten afsluiten. Het goedkoopste ziekenhuis wordt de norm en andere ziekenhuizen zullen onder druk worden gezet om hun zorgproducten goedkoop te maken. Gekort zal niet gaan worden op honoraria, maar op hulpmiddelen, verzorging, onderhoud en dus op kwaliteit. Mogelijk zullen er voor bepaalde behandelingen meer zelfstandige behandelcentra komen, maar die zullen vooral de eenvoudige patiënten opnemen. De 'moeilijke' patiënten blijven in de ziekenhuizen, waardoor hier de kosten zullen stijgen. Ziekenhuizen pleiten dan ook al voor meer mogelijkheden om zelf privé-klinieken op te richten.²⁰

¹⁸ A.L. van der Zwan, W.J. Willems. De betrouwbaarheid van DBC's. Medisch Contact, 2 mei 2003

¹⁹ Michiel Hulshof. Experiment mislukt. Vrij Nederland, 25 oktober 2003

Een ander probleem is het uurloon van specialisten. De orde van specialisten hoopt met het DBC-systeem gelijk uurloon te realiseren. De ene helft van de specialisten zal inkomen moeten inleveren ten gunste van de andere helft. Om dit te bereiken is het DBC-systeem echter helemaal niet nodig. Dit kan ook via de bestaande systematiek.

Groot probleem is de extra tijd en energie die specialisten en ziekenhuizen kwijt zijn aan registratie. De specialist moet DBC's, oftewel codes voor diagnose en bijbehorende behandeling, gaan bijhouden voor al zijn patiënten. Tot nu toe heeft het systeem al veel tijd en geld gekost, door nieuwe functionarissen en automatiseringsystemen. De overheid heeft inmiddels al 250 miljoen euro uitgegeven.²¹ En nog steeds zijn er tekortkomingen in de DBC-systematiek en in de registratie, waarvan een aantal bewijsbaar onoplosbaar is. Veel specialisten vullen maar wat in, om van het gedoe af te zijn. Het systeem is veel complexer dan het oude CTG-declaratiesysteem en vergt veel meer handelingen van de medisch specialisten en het secretariaat.²² Specialisten interpreteren verschillend en breken zich het hoofd over de handleiding bij DBC's. De instructie DBC-registratie Dermatologie en Venereologie bijvoorbeeld bestaat uit 24 bladzijden, de instructie Klinische Geriatrie uit 22 bladzijden. Bovendien lijkt het kabinet met DBC's het wiel opnieuw te willen uitvinden. Vergeten wordt dat er voor diagnoses al een goed ICD(-9-cm ofwel codical modification)-systeem bestaat, met 35.000 mogelijkheden, dat internationaal is erkend en waar ook alle wetenschappers mee werken.

Een heel groot probleem met de DBC's is het bepalen van de kostprijs. Er zijn zogenaamde 'koploperziekenhuizen' die DBC's hebben geregistreerd en kostprijzen hebben bepaald. Daar kwamen zulke verschillende prijzen uit dat ze eigenlijk onbruikbaar zijn. Het is moeilijk vast te stellen welke zorg bij bepaalde diagnoses hoort (de zogenaamde zorgprofielen). Een extra complicatie vormen de uurtarieven van specialisten die in de DBC's moeten worden ingebouwd. Terwijl door het CTG een landelijk uurtarief is vastgesteld van 82,80 euro als richtlijn, lopen zorgverzekeraars in onderhandelingen op tegen inkomenseisen van 250 euro per uur,

²⁰ Michiel Hulshof.
Experiment mislukt.
Vrij Nederland, 25 oktober 2003

²¹ Michiel Hulshof.
Experiment mislukt.
Vrij Nederland, 25 oktober 2003

²² H.F. Aarts. Verspilde moeite.
Medisch Contact, 23 augustus 2002

Meer zorg met minder bureaucratie

volgens directeur Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.²³ Hetzelfde meldt de directeur van één van de koploperziekenhuizen: het grootste probleem waar hij tegenaan liep was de hoogte van het specialistenloon. Zijn specialisten sturen hem op pad met een ‘onmogelijk uurtarief’.²⁴

Uit het experiment met de koplopers blijkt dat in veertig ziekenhuizen slechts veertien contracten zijn afgesloten. De minister wijt dit aan de vrijwilligheid van de deelname, het hoge uurtarief van de specialist, de implementatieproblemen en de afwachtende houding van ziekenhuizen.²⁵

Tenslotte zal na de invoering een enorm controleapparaat moeten worden opgericht, met alle extra bureaucratie van dien. Voor de administratieve organisatie en interne controle zouden minimaal vier tot vijf extra mensen per ziekenhuis nodig zijn, volgens financieel controllers uit ziekenhuizen.

Uit de bureaucratiebrigade

‘Bij de invoering van DBC’s zullen de kosten exploderen, het hele budget wordt variabel, ziekenhuizen kunnen volop draaien, zaterdag, zondag. Van de marktwerking komt niets terecht vanwege de schaarste in de zorg. De kostprijzen zijn ondeugdelijk, het uurloon van de specialisten is nog niet vastgesteld. Ziekenhuizen vragen zich vooral af: krijg ik in het nieuwe systeem hetzelfde budget.’

directeur ziekenhuis

‘Bij DBC zijn ook ethische vragen aan de orde. Bijvoorbeeld een operatie voor een nieuwe heup kost circa 3600 euro (honorarium specialist, OK-capaciteit, overhead, poliklinische capaciteit, heup). De specialist zal niet graag naar beneden gaan, met capaciteit is nog maar weinig efficiency te winnen. De zorgverzekeraar zal snel zeggen doe maar een goedkopere heup, zeker bij een ouder iemand (hoeft niet zo lang mee).’

financieel medewerker ziekenhuis

²³ ZN Journaal (nr 25), 26 juni 2003

²⁴ Michiel Hulshof.
Experiment mislukt.
Vrij Nederland, 25 oktober 2003

²⁵ Brief van de minister van VWS
(Hoogervorst) aan de Tweede
Kamer, 10 oktober 2003

‘De invoering van de DBC-systematiek is weer een extra tool die veel tijd vraagt. Naast de patiëntenstatus die goed moet worden ingevuld, de opnamepapieren (meerdere), de aanvragen (meerdere) voor aanvullend onderzoek, moet nu ook ongeveer één uur per dag besteed worden aan het werk met de computer om de DBC te registreren. Volgens de orde van Specialisten noodzakelijk om de kostprijs te bepalen welke later gebruikt moet worden om te kunnen onderhandelen met de diverse zorgverzekeraars. Een schande! Weer minder tijd voor de patiënt of minder patiënten zien om je werk op de computer goed te kunnen doen. Een werkdag heeft maar tien tot elf werkuren.’

KNO-arts hoofd/hals chirurg

‘Het is werkelijk onbegrijpelijk dat iemand zo een waterhoofd heeft kunnen uitvinden. Het systeem is zo lek als een mandje en ik kan invullen wat ik maar wil zonder te frauderen.’

‘Ik ken oogartsen die wegens gebrek aan tijd steeds dezelfde DBC openen en de volgende dag weer een andere met het idee van statistisch komt het mogelijk wel uit. Maandag worden alle patiënten onafhankelijk van wat ze mankeren als glaucoom gemarkeerd, dinsdag hebben alle patiënten staar, woensdag hangende oogleden, donderdag loenzen ze allemaal en vrijdag hebben ze allemaal een glazen oog.’

uroloog

‘Ik heb in de staf nog eens nagevraagd wat men van de DBC’s vond en men vroeg zich af wanneer iemand nou eens hardop gaat zeggen dat het niet werkt. De uroloog was overigens wel enthousiast want hij heeft uitgerekend dat hij met het huidige (DBC)-uurtarief er toch 45 procent op vooruit gaat.’

directeur ziekenhuis

‘De DBC-systematiek is in de praktijk omslachtig, ingewikkeld, tijd- en energievretend, onwaarachtig, ondoordacht en allesbehalve transparant. In mijn vakgebied komt het regelmatig voor dat aan een bejaarde patiënt met chronische buikklachten na wat onderzoek tien DBC-codes kunnen worden toebedeeld. In de praktijk zou worden

Meer zorg met minder bureaucratie

volstaan met één of twee DBC-nummers. De vlag dekt de lading dan niet, de tijdsinspanning per consult is niet in overeenstemming met de aan de DBC gekoppelde tijdsinspanning. Als de patiënt onder controle blijft voor enkele aandoeningen maar andere DBC's kunnen worden afgesloten, wordt het helemaal ingewikkeld. Hierbij blijkt de ondersteuning bij de registratie op de werkvloer onvoldoende, de mogelijkheden om de gegevens geautomatiseerd aan te leveren, schieten te kort. Er is in Nederland met de DBC net zoiets aan de hand als met de Betuwelijn: ingrijpend in het landschap, duur, parallel aan bestaande structuren, overbodig en zonder aansluitingen op het bestaande systeem.'

maag-, darm- en leverarts in Medisch Contact

'Aanvankelijk kon het DBC-project nog rekenen op een welwillende bejegening uit het veld omdat het werd gebracht als een alternatief voor de vermaledijde budgetteringssystemetiek. Rampzaliger zou het immers nooit kunnen worden. Projectleider Koopmans presenteerde de onderneming als een nieuwe vorm van bottom-up financiering met in principe een opneemregeling. Maar gaandeweg is het hele initiatief alweer ingekapseld door het financieel-administratief complex en is vergelijking van de kostencomponenten in de diverse ziekenhuizen tot eerste doelstelling verheven. Inmiddels hebben wij, KNO-artsen, al een jaar ervaring met het invullen van DBC-formulieren. Deze ervaringen zijn niet gunstig. Hoe ingewikkeld het DBC-formulier inmiddels ook is geworden, de werkelijkheid in de spreekkamer is nog veel ingewikkelder. Het komt er op neer dat je als specialist maar wat invult. Dat wordt bouwen op drijfzand, met alleen nog meer bureaucratie.'

KNO-arts in Medisch Contact

'Je moet er constant aan denken. Je gedachtegang wordt van de patiënten afgeleid en dat is kwalijk. Het kost misschien per keer niet zo heel veel tijd. Maar die tijd gaat wel af van de tijd die je voor de patiënt hebt. Bovendien komt het maar al te vaak voor dat de diagnose na enkele maanden moet worden bijgesteld. Dan moet je dus weer terug naar je computer om wijzigingen in te voeren. Daardoor ben je voort-

durend met die DBC's bezig, terwijl je juist al je aandacht aan de patiënt wilt besteden. En ik was niet negatief over de DBC's. Ik ben een voorstander van meer transparantie en ik ben gemotiveerd met de registratie begonnen. Maar van dat enthousiasme is weinig over. Ik heb maar weinig geloof in het systeem. Ik heb het gevoel dat ik een heleboel werk voor niks zit te doen.'

longarts in Medisch Contact

Conclusie en voorstellen

De invoering DBC's leidt tot meer bureaucratie, minder transparantie, meer registratie en verspilling van geld. De gewenste marktwerking zal leiden tot tijdrovende onderhandelingen met zorgverzekeraars en leiden tot ongewenste effecten op de kwaliteit van de zorgverlening. Aangezien de gehele operatie budgettair neutraal moet verlopen, komt het er op neer dat dezelfde hoeveelheid geld op een andere manier wordt verdeeld. Het 'vermaledijde uitgavenplafond blijft dus gehandhaafd en daarmee is de kans groot dat de wachtlijsten blijven bestaan.

Ons voorstel

Stoppen met invoeren Diagnose Behandelcombinaties

In plaats van de DCB's moet het huidige fb-budget (functionele budgettering) geüpdate en indien nodig verruimd worden. Het fb-budget is nog te veel gericht op klinische opnamen, er is te weinig aandacht voor poliklinische activiteiten. Om dit te veranderen moeten de parameterwaarden voor eerste polikliniekbezoeken en lichte dagbehandeling fors omhoog; de parameterwaarden voor de vaste componenten, zoals bedden en specialistenplaatsen zouden dan lager kunnen worden. Daarnaast moet er een uitbreiding komen van de lijst met dure kunst- en hulpmiddelen en moet de jaarlijkse vergoeding voor geneesmiddelen en bloedproducten apart worden bijgesteld. De afschrijvingskosten

Meer zorg met minder bureaucratie

medisch en overig inventaris zouden ook aangepast moeten worden. Nu wordt bij de jaarlijkse vaststelling van de afschrijvingskosten te weinig rekening gehouden met de ICT-investeringen. Naast deze update moeten de budgetten verruimd worden indien ziekenhuizen daadwerkelijk meer (noodzakelijke) zorg leveren.

Op deze manier zullen de ziekenhuizen worden beloond voor wat ze werkelijke doen. Zij moeten dan wel maandelijks met de specialisten productieafspraken maken die niet te vrijblijvend zijn.

Specialisten zouden bijvoorbeeld in loondienst kunnen gaan werken. Nu werken al zo'n tweeduizend medisch specialisten in algemene ziekenhuizen en 2.800 specialisten in academische ziekenhuizen in loondienst. Het argument dat medisch specialisten in loondienst minder produceren dan specialisten die per verrichting betaald worden is onzinnig. Alsof specialisten in loondienst, de overige ziekenhuismedewerkers en overigens alle Nederlanders in loondienst niet hard werken. Indien loondienst een brug te ver is kan gedacht worden aan een abonnementssysteem, zoals nu ook bij huisartsen het geval is.

Geschatte besparing: € 340 miljoen
(zie bijlage 2)

6. Terug naar regionaal werkende zorgverzekeraars

Om de concurrentie te bevorderen zijn landelijk opererende ziekenfondsen geïntroduceerd. Patiënten kregen de vrijheid om één keer per jaar van ziekenfonds te veranderen en ziekenfondsen konden in het hele land klanten werven. De keerzijde van deze operatie was, dat zorgverleners in plaats van met hun regionale ziekenfonds te maken kregen met een toenemend aantal verschillende zorgverzekeraars, inmiddels tien tot twintig. Onder meer voor huisartsen heeft dit geleid tot een enorme extra administratieve last. Van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (Nma) mag met al deze verzekeraars niet meer één landelijk of regionaal contract worden afgesloten, maar moeten alle huisartsen zélf (of met een aantal andere praktijken samen, maximaal acht) onderhandelen met elke individuele zorgverzekeraar. Indien huisartsen en zorgverzekeraars niet tot een contract komen, kondigt het College van Zorgverzekeringen (CVZ) een modelovereenkomst af, die bindend is. Met deze ‘stok achter de deur’ is reëel onderhandelen een illusie.²⁶

Zonder contract mag een zorgverzekeraar geen betalingen aan huisartsen doen. Indien de door de patiënt gekozen huisarts en de zorgverzekeraar niet met elkaar in zee wensen te gaan, ontstaat een onmogelijke situatie. Moet de patiënt dan van huisarts of van zorgverzekeraar veranderen? In Nieuwegein hebben dit jaar enkele huisartsen hun patiënten voor die keus gesteld. De rechter gaf de

²⁶ B. Terstegge. Contracteren ergert huisartsen. Medisch Contact, 18 april 2003

²⁷ B. Terstegge. Contracteren ergert huisartsen. Medisch Contact, 18 april 2003

huisartsen gelijk. De vrije huisartsenkeuze voor patiënten is hiermee in de knel gekomen.²⁷

Het probleem

Huisartsen worden geconfronteerd met veel praktische problemen, die verbonden zijn met de onderhandelingen, het contracteren en het onderhouden van de overeenkomsten met zorgverzekeraars.

De jaarlijkse contracteerronde alleen al betekent voor de zeven-duizend huisartsen (in theorie jaarlijks 160.000 contracten met de 23 zorgverzekeraars) een gigantische operatie qua correspondentie, telefoongesprekken, administratie en controles, terwijl het inhoudelijk eigenlijk nutteloos is. Een huisartsengroep uit Rotterdam heeft haar ervaringen met contracteren in 2001 en 2002 geëvalueerd. In die jaren werden van twaalf zorgverzekeraars 26 contracten ontvangen, waarop binnen twee tot drie weken werd teruggeschreven. In meer dan de helft van de gevallen reageerden de zorgverzekeraars niet. Een verzoek om tegemoetkoming van een evenredig deel van de kosten voor hun dokterspost, werd door alle wél reagerende zorgverzekeraars afgewezen. In totaal konden maar zes contracten worden afgesloten.²⁸

Extra gecompliceerd wordt het door de vele ziekenfondstarieven voor huisartsgeneeskundige handelingen. Zo zijn er vier abonnementstarieven (tot 65 jaar en na 65 jaar, wel of niet in een achterstandswijk). Dan zijn er acht moduletarieven (FTO, nascholing, automatisering, DHV-afdracht, achterstandswijk, SLHV, praktijkondersteuning, infrastructuur en regioversterking); zes moduletarieven voor verbruiksmaterialen. Voorts is er een tarief voor het maken van ECG's, een tarief voor patiënten in moeilijk bereikbare gebieden, zijn er vijftien passantentarieven en 23 verschillende tarieven voor verloskundige hulp, is er een tarief voor bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, zijn er vijftien tarieven voor flexzorg, een tarief voor intensieve thuiszorg en een tarief voor geneeskundige hulp aan asielzoekers. In totaal tachtig tarieven dus. Voor apotheekhoudende

²⁸ B. Terstegge. Contracteren ergert huisartsen. Medisch Contact, 18 april 2003

huisartsen komen daar nog eens acht tarieven bij. Over al die tarieven moet jaarlijks worden onderhandeld.

Bovenop het jaarlijks contracteren komen de afspraken in het kader van uitvoering van de overeenkomsten over bijvoorbeeld in-, uit- en overschrijven van patiënten. In de praktijk blijkt dat zorgverzekeraars hier verschillend mee omgaan.

Een bron van ergernis vormt ook het enorme aantal taxibriefjes en machtigingen voor tal van hulpmiddelen, zoals rollators, maar ook verwijsbriefjes voor incontinentiemateriaal en stoma-artikelen. Allemaal met zeer verschillende wijzen van afhandeling.

De doorgaans gebrekkige en vaak ontbrekende informatie en per zorgverzekeraar verschillende toelichting bij de betalingen aan de huisarts maken volgens de Landelijke Huisartsenvereniging controle onnodig ingewikkeld en tijdrovend.

Uit de bureaucratiebrigade

‘Het kost mij wekelijks wel een uur om met ziekenfondsen te bellen waarom de declaratie niet betaald wordt. Dit zijn ziekenfondsen waar ik dan nog geen contract mee heb of die onderling geen contractantengegevens uitdelen. Vaak duurt de procedure wel een half jaar. Een half jaar gezeur om je geld binnen te krijgen waar je recht op hebt.’

fysiotherapeute

‘Ik ben een echte dorps-huisarts, ook nog apotheekhoudend. Mijn echtgenote werkt als full time administratieve kracht mee. Dat zij full time werkt, heeft alles te maken met de bureaucratie van ziekenfondsen. Dagelijks ligt zij met de ziekenfondsen overhoop omdat diverse zaken gewoon niet kloppen, vaak op gebied van mutaties.’

huisarts

‘Papieren machtigingen van allerlei verschillende particuliere verzekeringen en ziekenfondsen voor taxi’s, kunstbeen, katheders, verbandmiddelen, geneesmiddelen, alarmapparaten en ik weet niet wat. Kent u

Meer zorg met minder bureaucratie

iemand die voor zijn lol een kathedr heeft, flumicil slikt, een kunstbeen bestelt, met een taxi naar het ziekenhuis gaat? Nou, ik ken er zeer weinigen!’

huisarts

‘Hoe vaak je iemand mag bezoeken in het kader van stervensbegeleiding is verschillend per zorgverzekeraar. Soms moet er niet, maar meestal wél een machtiging worden gevraagd, uiteraard met de nodige toelichting erbij. Vervolgens gaat de een het aantal visites op zeven, de ander op acht maximeren en een derde wil helemaal niet maximeren. Over deze aanpak moet dus ook goed tevoren worden overlegd. Doet men het niet, dan moet men ad hoc gaan onderhandelen met de rug tegen de muur, want de patiënt verkeert al in de stervensfase.’

LHV

Conclusie en voorstellen

De vele zorgverzekeraars zorgen voor bergen bureaucratie en veel irritatie bij huisartsen en andere zorgaanbieders. De jaarlijkse contracterronde alleen al zorgt voor veel ergernis en lijkt een schijnvertoning. Het kost erg veel tijd en gaat inhoudelijk nergens over. Daarnaast komt er een papierberg van één- of meerwekelijkse mutatielijsten van ingeschreven patiënten, kwartaallijsten van alle patiënten, maandelijks afrekennota's, herberekeningen, voorlichtingscirculaires en machtigingsbriefjes.

Ons voorstellen

Terug naar regionaal werkende zorgverzekeraars
Vereenvoudiging verzekeringen

Dat betekent stoppen met de concurrentie tussen de zorgverzekeraars. Het bevorderen van concurrentie tussen huisartsen is een illusie. De

²⁹ Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO). Concurrentie tussen huisartsen doorgeprikt. Amsterdam, april 2003

kracht van huisartsen ligt in samenwerking en niet in concurrentie. Bovendien leent de huidige situatie zich niet voor concurrentie, door het tekort aan huisartsen, de sterke band die patiënten met hun huisarts hebben en de geringe prijsgevoeligheid van consumenten voor hun ziektekostenverzekering.²⁹

Als eerste stap moet het NMa-verbod worden teruggedraaid, zodat de DHV's (District Huisarts Verenigingen) weer contracten kunnen afsluiten.

Vooruitlopend op een nieuw ziektekostenstelsel, kunnen daarnaast vast enkele vereenvoudigingen op het gebied van verzekeringsgerechtigheid plaatsvinden. De commissie-De Beer heeft hiertoe een aantal voorstellen gedaan. Op het gebied van mutaties van verzekerden, bijvoorbeeld wat betreft studenten en flexwerkers. Daarnaast heeft de commissie enkele voorstellen gedaan om de controle van verzekeringsgerechtigheid na inschrijving bij ziekenfondsverzekerden te vereenvoudigen.³⁰ Deze voorstellen nemen we over.

Geschatte besparing: € 200 miljoen, inclusief € 35 miljoen door vereenvoudiging verzekeringen.
(zie bijlage 2)

- Bij de invoering van een nieuw ziektekostenstelsel moeten we één landelijke ziektekostenverzekering introduceren met regionale uitvoerders. In Canada wordt al gewerkt met een publiek stelsel met uitvoering door de tien provinciale en de drie territoriale overheden (Canada Health Act). Dit systeem is niet alleen kostenbesparend, maar ook cruciaal voor gelijkwaardigheid in de gezondheidszorg. Door het innen van premies via de belastingen en zorg in natura, kan enorm worden bespaard op de beheerskosten. Deze besparingen zijn niet meegenomen.

³⁰ Commissie-De Beer.
Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

Meer zorg met minder bureaucratie

7. Minder managers

In 1941 schreef Burnham 'The managerial revolution', waarin hij voorspelde dat de economische macht, los van eigendom, in handen zou komen van een nieuwe kaste, de managers. In deze managersmaatschappij zou de beheersmacht centraal komen te staan. Door hun beheersmacht kunnen topmanagers hun sociale positie veiligstellen en ook zelf bepalen welke beloning hun toekomt.

Deze beschouwing had betrekking op het bedrijfsleven, maar lijkt inmiddels ook van toepassing op de gezondheidszorg. In plaats van de lijn directie/hoofdzusters, kwam een verpleegkundig directeur met een uitgebreide staf en daaronder voor elke afdeling een coördinerend hoofdverpleegkundige met dito staf en daaronder weer hoofden. Het management in ziekenhuizen is uitgegroeid tot een waterhoofd, met als gevolg een verschraving van de zorg aan het bed. Destijds ingezet om de kosten te beheersen, jaagt het nu de kosten omhoog.³¹ Een tweede verschijnsel dat zich tegelijkertijd met de introductie van managers voordeed was de verandering van zorginstellingen tot 'ondernemingen'. Directeuren in de gezondheidszorg noemen zich voortaan maatschappelijk ondernemer en eisen ook hogere salarissen.

Uit een onderzoek van de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA) onder duizend managers in de zorg (augustus 2000) blijken managers over het algemeen tevreden met hun werk, maar zeggen zij moeite te hebben met de hoge werkdruk en de te lage

³¹ Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde. Wonderlijke reclame voor ziekenhuizen in het NTVG, januari 2001

Meer zorg met minder bureaucratie

beloning. Een ruime meerderheid (67 procent) van de managers in de zorg verdient tussen de 28.000 en 52.000 euro per jaar, 9 procent tussen de 52.000 en 65.000 euro per jaar en 1 procent verdient meer dan 88.000 euro per jaar.³²

In oktober 2001 verscheen een advies van het bureau Hay management over een nieuwe salarisstructuur voor topmanagers in de zorg. Volgens dit advies zouden de salarissen van managers in de zorg meer gelijke tred moeten houden met die van hun collega's in het bedrijfsleven. Daarom zouden sommige managers een salarisverhoging van 40 procent moeten krijgen. Een voorzitter van de raad van bestuur van een grote zorginstelling zou bijvoorbeeld een salaris moeten verdienen van ruim 200.000 euro per jaar. Voor een aantal ziekenhuisdirecties zou er niet zo veel veranderen, zij verdienen al aanzienlijk.³³ De directeuren van verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen zouden er wel met sprongen op vooruit moeten gaan.

In oktober 2003 kwam het advies van de commissie-Simons uit over verantwoord ondernemerschap in de zorg. De commissie is van mening dat directeuren van zorginstellingen best veel mogen verdienen, maar dan moeten ze wel op hun prestaties worden afgerekend en eventueel vertrekken. De directeur van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) stelt dat de lonen de laatste jaren fors zijn gestegen en heeft daar niets op tegen. Nu de overheid in de zorgsector steeds meer marktwerking doorvoert, moeten ook directeuren meer en beter presteren.³⁴

Tot op heden is er weinig inzicht in de rol van managers in de zorg. Het is vrijwel onmogelijk uit te vinden wie de managers zijn en wat ze doen, laat staan hoeveel ze verdienen. In 2001 verscheen een proefschrift van Kim Putters (Erasmus Universiteit) over het functioneren van het management.³⁵ De gezondheidszorg lijkt een bolwerk van bemoeizuchtige, willekeurige bureaucratie geworden. 'Het is nu voor een niet onbelangrijk deel afhankelijk van toevalligheden, persoonlijke opvattingen en persoonsgebonden kenmerken of en welk publiek belang gerealiseerd wordt,' aldus Putters over de sturing in de zorg. De auteur wijst er op dat zonder een gefundeerde analyse van ondernemen in de zorg elk pleidooi voor marktwerking ver

³² Nieuwsbrief Zorgvisie. Tevreden managers in de zorg. 25 augustus 2000

³³ Jet Bruinsma. Aantal bestuurders heeft grens van 4,5 ton al genomen. De Volkskrant, 5 oktober 2001

³⁴ Trouw. Top zorg mag veel verdienen. 10 oktober 2003

³⁵ Kim Putters. Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse Gezondheidszorg. Rotterdam, 20 december 2001

afstaat van de managementpraktijk en de marktwerking niet zal leiden tot de gewenste uitkomsten: 'Misbruik van machtsposities, afname van keuzemogelijkheden door zorgvragers, gebrekkige verantwoording over het gebruik van publieke middelen en het afschuiven van verantwoordelijkheden liggen dan op de loer. De wenselijkheid van ondernemen in de zorg kan in die situatie ernstig in twijfel getrokken worden, omdat het onzeker is of het publieke belang van de gezondheidszorg daarmee gediend is.'³⁶

Exacte cijfers ontbreken, maar naar schatting moeten jaarlijks zo'n honderd directeuren en divisie-managers gedwongen het veld ruimen. Die conclusie trok Jan Moen, hoogleraar management en organisatie in de gezondheidszorg, in 'Leiden of lijden', waarin hij tachtig falende managers interviewde.³⁷ Moen stelde in Vrij Nederland dat ieder ontslag de zorginstelling 1 miljoen gulden aan goudgerande afspraken kost, dat wil zeggen 100 miljoen per jaar (45 miljoen euro).³⁸ Ook het CTG trekt regelmatig aan de bel vanwege de forse kostenpost voor afvloeiingsregelingen van zorginstellingen in financiële nood.³⁹

Behalve de gewone managers en topmanagers verschijnen in de zorg ook steeds meer interim-managers.⁴⁰ Interim-management wordt ingezet om de communicatie op een afdeling te verbeteren, een fusie te begeleiden, een informatiesysteem te implementeren of een zieke directeur tijdelijk te vervangen. Volgens een onderzoek uit 2000 in opdracht van Zorg Consult Nederland heeft de laatste vijf jaar 93 procent van de ziekenhuizen, 71 procent van de psychiatrische ziekenhuizen, 50 procent van de verpleeghuizen en 43 procent van de instellingen voor gehandicaptenzorg, gebruik gemaakt van interim-management.⁴¹ Het is moeilijk te achterhalen wat een interim-manager kost, volgens schaarse informatie van bureaus kosten zij duizend tot tweeduizend euro per dag. De salarissen zijn hoger dan 'gewone' directeursalarissen.

³⁶ Kim Putters. Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse Gezondheidszorg. Rotterdam, 20 december 2001

³⁷ Rob de Lange. Gezocht: professionele ziekenhuisdirecteuren. Financiële dagblad, 10 juni 2002

³⁸ Rob de Lange. Salarissen met een gouden rand: verdiend of niet verdiend. VN, 6 november 1999

³⁹ Esther Rosenberg. Geen gouden handdrukken voor slechte manager, CTG-voorzitter over afkoopregelingen. NRC Handelsblad, 24 februari 2003.

⁴⁰ 'De vraag naar tijdelijk management bij zorginstellingen neemt toe. Dat is niet zo vreemd, gezien de enorme ontwikkeling die de sector doormaakt. De omwenteling in financiering en de toenemende eis om vraaggericht te werken, zorgen voor nogal wat organisatorische aanpassingen.' Zorg Consult Nederland. Interim-management. Brochure

⁴¹ Zorg Consult Nederland. Hoe effectief is interim-management? Brochure

Het probleem

Vanaf de jaren '80 is een opmars van managers in de zorg gaande, de laatste jaren kwam daarbij een trend om steeds meer managers van buiten de zorg aan te trekken. Dit heeft de maken met de budgettering, waardoor beheersing van de financiën een steeds grotere rol ging spelen, en met de toenemende marktwerking in de zorg. De fusiegolf heeft dit proces nog versterkt.

Het aantal bestuurslagen in zorginstellingen is toegenomen. In veel instellingen is (zijn) de directeur(en) vervangen door een toplaag van raden van bestuur en raden van toezicht. Steeds minder verpleegkundigen en ziekenverzorgenden worden gestuurd door steeds meer managers en beslissingen lopen over steeds meer schijven.⁴² En deze managers hebben weer te maken met een toegenomen zucht naar controle en regelzucht; deels opgelegd door de overheid, deels ook door het (top)management zelf. Een controle- en regelzucht die volgens veel mensen op de werkvloer veel te ver is doorgeslagen.

Het gevolg is dat de verantwoordelijkheid steeds verder is onttrokken aan degenen die werkelijk verantwoordelijk zijn voor patiënten, specialisten en verpleegkundigen. Steeds meer verantwoordelijkheid is gegaan naar personen die geen binding hebben met de praktijk van de ziekenhuisvloer. Daarmee is de verantwoordelijkheid en het zelfvertrouwen van het medisch personeel uitgehold. Dat belet ongetwijfeld het voorstellen van verbeteringen en ontnemt in ieder geval veel werkplezier. Medewerkers op de werkvloer moeten dingen doen waar ze niet achterstaan of niet voor zijn opgeleid. Dat heeft ongetwijfeld ook gevolgen op de arbeidsproductiviteit en het ziekteverzuim. Een ander gevolg is een enorme toename van de beheerskosten.

Uit de bureaucratiebrigade

'Tot twee maal toe is er een interim-manager geweest met een dik salaris om de problemen op onze afdeling op te lossen. En tot twee keer toe is het nieuwe beleid door de raad van Bestuur afgekeurd. De functie

⁴² Job van Amerongen.
Wildgroei van managers in de zorg.
Parool, 24 juli 2001

Minder managers

Hoofd van de poli, wordt sinds twee jaar waargenomen door de teamleider van de poli. Met goed resultaat! Na twee jaar is er dan eindelijk een besluit dat er een manager voor de poli moet komen. Uiteraard met een groot salaris. En de waarnemend teamleider past ineens niet meer in het plaatje.'

verpleegkundige oncologie

'De laatste jaren wordt er veel overlegd maar resultaat in vermindering van werkdruk is nog niet te zien. We hebben moeten strijden om meer loon te krijgen via het FWG 3.0. Maar de managers zijn er niet op achteruit gegaan. Sterker nog, in het bedrijfsleven waren er al lang koppen gerold en in de zorg krijgt de manager die faalt promotie. Helaas is dit niet bespreekbaar omdat ze hard aan het werven zijn maar het werken op de afdeling wordt steeds moeilijker. Hoog ziekteverzuim, demotivatie en geen tijd om te scholen op het gebied van kennis.'

Eerste verpleegkundige

'Op mijn werk is er een vacature voor manager. Het mag geen arts of verpleegkundige zijn maar een afgestudeerd manager. Wie heeft er nou meer verstand van GGZ/psychiatrie, een drs-econoom of een arts of een hoog opgeleide verpleegkundige? Er zijn veel te veel managers. Deze strijken dikke salarissen op maar doen niets in de daadwerkelijke medische of verpleegkundige zorg. Om een voorbeeld te geven van de lagen:

1. geneesheer directeur
2. circuitmanager
3. clustermanager
4. afdelingsmanager (voorheen afdelingshoofd, deze bemoeit zich nog weinig met de algemene gang van zaken)
5. teamleider (verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de dagelijkse gang van zaken)
6. verpleegkundige of verzorgenden.

Alles bij elkaar pleit ik voor afschaffing van nummer 2 en 3. Wat deze mensen doen is mij een raadsel. Het zal flink besparen denk ik.

Meer zorg met minder bureaucratie

Willen ze ook nog economen, hoog commercieel opgeleiden in deze top toevoegen. Alsof dat geen geldverspilling is. Deze mensen zitten in het algemeen in loonschaal 70 t/m 80 (brutosalaris van 5200 tot 7300 euro). Terwijl een ervaren verpleegkundige het moet doen met loonschaal 40-45, hooguit 50. Dat is nog niet eens de helft van deze managersalarissen. Een ervaren HBO-verpleegkundige of arts heeft veel meer in zijn mars dan wordt gedacht. Daar moet veel meer gebruik van worden gemaakt. Wat daarvoor nodig is: weg met al die geldverslindende managers en stop de megafusies. Gezondheidszorg moet weer kleinschaliger, wil je bureaucratie verkleinen'

GGZ-verpleegkundige

'Het management is een dermate bureaucratisch geheel dat het het werken belemmert. Door stelselmatig alle besluiten, groot of klein, in allerlei overlegvormen te brengen, duurt het tijden voor er iets uitkomt. Signalen worden niet opgepakt of genegeerd. Een hoog ziekteverzuim is dan uiteindelijk het resultaat.'

medewerker verpleeghuis

'Jammer dat ik niets hoor over de bureaucratie in de gehandicaptenzorg. Hier is ook al jaren van alles loos. Geld wordt besteed aan nieuwe gebouwen in plaats van nieuw personeel. Er wordt door managers beslist, die totaal geen feeling hebben met de werkvloer. Gehandicapten zelf wordt niets gevraagd; er wordt over hun hoofden heen beslist.'

agogisch medewerker gehandicaptenzorg

'Een groot bedrijf als een ziekenhuis zou als een geoliede machine moeten werken. Maar de heersende verticale organisatiestructuur maakt dit onmogelijk. Alles is zodanig ingekaderd in protocollen dat flexibel samenwerken niet meer mag. Om de afdelingen zijn 'betonnen' muren gebouwd. Wij (werkvloermedewerkers) worden hierdoor enorm betutteld.'

apotheekmedewerker ziekenhuis

Minder managers

‘Er moet eens grondig in kaart worden gebracht hoeveel managers er zijn en wat ze doen. Ik heb twee jaar geleden een hoogleraar sociologie gesuggereerd een promovendus onderzoek te laten doen. Hij antwoordde: *De gecompliceerdheid van de problematiek heeft tot gevolg, dat zij zelden of nooit als onderwerp van een werkstuk wordt gekozen. Een extra complicatie is, dat bewindslieden en managers in de gezondheidszorg berucht zijn voor het afhouden van pottenkijkers. Slechts zelden lukt het, alleen met grote moeite, zo’n project tot een goed einde te brengen. Daarom ontraad ik het door u geschetste onderzoek.*’

em. hoogleraar

Conclusie en voorstellen

In de zorg is sprake van een te ver doorgevoerde managementcultuur. Daardoor komt de verantwoordelijkheid steeds minder te liggen bij diegenen die wel de directe verantwoordelijkheid voor de zorg dragen: de artsen en verpleegkundigen.

Onze voorstellen

Minder managers

Stoppen met (mega)fusies

Het aantal topmanagers kan gereduceerd worden waarbij er minder (top)managers van buiten aangetrokken moeten worden en in een aantal gevallen kunnen een of twee managementlagen verdwijnen. De organisatie in zorginstellingen moet vlakker en medisch personeel moet meer eigen verantwoordelijkheid en zeggenschap krijgen, waardoor hun betrokkenheid wordt verhoogd. In plaats van verpleegkundigen met aparte managementfuncties moeten ‘carrières aan het bed’ meer gecombineerd worden met leidinggevende verantwoordelijkheden. Daarnaast moeten de salarissen van topmanagers via CAO’s

Meer zorg met minder bureaucratie

worden geregeld en moeten in de raden van toezicht ook werknemers plaatsnemen. Gestopt moet ook worden met de (mega)fusies, deze leiden tot hogere kosten en vervreemding. Voor het werken in de zorg is de menselijke maat zeer belangrijk.⁴³

Besparing: 50 miljoen euro
(zie bijlage 2)

⁴³ Han van Dijk.
Managers ten onrechte zondebok.
Trouw, 3 april 2002

8. Vereenvoudigen van subsidies en opheffen van sectorfondsen

Naast verstrekkingen die wettelijk onder de AWBZ of ZFW vallen, kan onder bepaalde voorwaarden ook een beroep worden gedaan op zorg betaald uit subsidieregelingen. Momenteel zijn er circa 160 van deze subsidieregelingen. Voorbeelden zijn in vitro fertilisatie, intensieve thuiszorg, pgb et cetera. Subsidies kunnen zowel door verzekerden als door zorginstellingen worden aangevraagd. De kosten van naleving en uitvoering zijn in totaal 11 miljoen euro.

De regeling sectorfondsen Zorg en Welzijn verdient extra aandacht. Deze hebben tot doel de arbeidsmarkt binnen de zorg te verbeteren en gebruiken daarvoor verschillende subsidie- en stimuleringsregelingen.⁴⁴

Het probleem

Subsidie aanvragen is tijdrovend. Bovendien kent iedere subsidieregeling zijn eigen financierings- en verantwoordingstraject. Uit eerder onderzoek van de sectorfondsen blijkt dat verschillende van deze regelingen slecht werken. Het is niet altijd duidelijk welke subsidieregelingen er zijn. Ook is er sprake van omvangrijke administratieve verplichtingen. Er zijn te veel regelingen en formulieren en de gevraagde gegevens sluiten niet altijd aan op interne registraties. De administratieve

⁴⁴ Commissie-De Beer.
Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

Meer zorg met minder bureaucratie

lasten staan niet in een goede verhouding tot de opbrengsten, hetgeen er onder andere toe leidt dat de regelingen niet optimaal worden benut. In de sectorfondsen ging het in 2002 om totaal 191 euro.⁴⁵

Uit de bureaucratiebrigade

‘Aanvragen van subsidies voor bepaalde projecten zoals ICT nemen vrij veel tijd in beslag. Als je een bepaald project wilt starten, heb je eigenlijk bij de start van het project geld nodig. Omdat er uitvoerige plannen ingediend moeten worden en de beoordeling van de plannen nogal wat tijd kost, weerhoudt dat veel instellingen om bepaalde projecten te starten of subsidie aan te vragen. Vereenvoudiging van de regels en een snellere beoordeling van de plannen leiden ertoe dat meer instellingen de weg naar de subsidiepotten weten te vinden.’

financieel controller ziekenhuis

‘Waar ik me gruwelijk aan erger is de subsidieregeling integraal personeelsbeleid. Dit is ingesteld door de sectorfondsen. Elk jaar moet je een begroting maken van instroom-doorstroom en activiteiten rond arboverzuim en reïntegratie. Tientallen mensen werken zich wekelang kapot om de papieren rotzooi rond te krijgen. Informatie komt altijd te laat en data voor inlevering worden altijd verschoven. Soms is het tijdspad zo kort dat er nauwelijks mogelijkheden zijn om de OR er serieus naar te laten kijken. De grootste crime is wanneer er verantwoording afgelegd moet worden over de subsidie. De accountant verdient er ook nog lekker aan.’

personeelsfunctionaris ziekenhuis

‘Ook voor de diverse subsidies die er door instellingen wordt ontvangen van gemeente en provincie moeten instellingen aparte afrekeningen maken. En vaak worden daarbij accountantsverklaringen gevraagd. Vaak kan een instelling niet volstaan met een toelichting c.q. exploitatie in de jaarrekening.’

medewerker zorginstelling

⁴⁵ Commissie-De Beer.
Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

‘Bij elke aanvraag voor zorgvernieuwingsgelden gaat mijns inziens onevenredig veel tijd zitten in het opstellen van aanvragen en in het frequent en uitvoerig rapporteren van wat er gedaan is. Met het aanvragen van gelden in het kader van de vrije-margeregeling gaat het om een hoop bureaucratie buiten de deur die ik onthutsend vind.’

‘Eerst moet tussen alle regionale instellingen voor GGZ in de regio overleg plaatsvinden of men elkaars aanvraag steunt en of instellingen en zorgverzekeraar het eens worden over het totaal aangevraagde pakket. Dat leidde bij ons tot een pak van drie centimeter. Toen ging de provincie overleggen en produceerde er nog een centimeter bij, steunde de aanvragen en stuurde dit naar VWS. Na een half jaar en vervolgens vier weken bellen, bleek het pakket niet ontvangen. Volgens de provincie was dat onmogelijk maar natuurlijk hebben ze het dikke pak opnieuw opgestuurd. Als de minister positief heeft beslist en getekend voor de totale aanvraag, moeten alle instellingen deze aanvragen opnieuw indienen, dit keer elk afzonderlijk.’

‘Als medisch practicus zie ik hier een ernstig geval van bureaucratie. Voor mij is de lol van extra geld om zeer nuttige dingen te doen er al lang af.’

psychiater ziekenhuis

Conclusie en voorstellen

Subsidieregelingen moeten echt tijdelijk zijn. De commissie-De Beer stelt voor deze subsidieregelingen te maximeren op twee jaar. Na deze twee jaar moeten ze worden afgeschaft of opgenomen in de reguliere financiering.⁴⁶

Onze voorstellen

Vereenvoudigen van subsidieregelingen
Afschaffen van de sectorfondsen

⁴⁶ Commissie-De Beer.
Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

Meer zorg met minder bureaucratie

Het geld voor arbeidsmarktbeleid kan (geoormerkt) worden toegevoegd aan de reguliere budgetten van de instellingen. De middelen voor specifiek arbeidsbeleid dienen dus wel gehandhaafd te blijven. De administratieve lasten van de huidige regeling via de sectorfondsen staan niet in een goede verhouding tot de opbrengsten, hetgeen er onder andere toe leidt dat de regelingen niet optimaal worden benut, stelt de commissie-De Beer vast.

Besparing: € 10 miljoen
(zie bijlage 2)

9. Vereenvoudigen regelgeving geneesmiddelen

In de geneesmiddelensector is sprake van zeer veel regelgeving. De commissie-De Beer heeft de farmacie dan ook specifiek in haar onderzoek betrokken. De overheid stelt (terecht) randvoorwaarden die de veiligheid, kosten en beschikbaarheid van de geneesmiddelen reguleren. De commissie-De Beer heeft vooral gekeken naar de positie van de apothekers.⁴⁷

Het probleem

De apotheker dient de rekening voor de geneesmiddelen en de dienstverlening direct bij de zorgverzekeraar in. De apotheker heeft geen up-to-date bestand van de verzekerdenstatus van zijn cliënten en weet vaak niet zeker of een cliënt verzekerd is. Hij moet bij iedere cliënt nagaan of deze verzekeringsgerechtigd is en moet dat controleren (via de verzekeringspasjes) en eventuele afgekeurde declaraties herstellen.

De apothekers worden (evenals huisartsen) geconfronteerd met veel soorten van machtigingen, die door verschillende verzekeraars anders worden gehanteerd. Bij hulpmiddelen moet ook nog een registratie van het verbruik worden bijgehouden. Indien men meer gebruikt dan de verstrekkingenregeling of de polisvoorwaarden toestaan, komt het meerdere voor eigen rekening of is een aanvullende machtiging nodig.

⁴⁷ Commissie-De Beer.
Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

Meer zorg met minder bureaucratie

Op grond van Ziekenfondswet heeft de verzekerde alleen aanspraak op zorg geleverd door een apotheker die een overeenkomst heeft met zijn ziekenfonds. Daarom moeten apotheken met alle zorgverzekeraars contracten afsluiten.

De vergoeding van een geneesmiddel is afhankelijk van de plaatsing van dat geneesmiddel in het geneesmiddelenvergoedingssysteem. De voortdurende aanpassingen leiden tot grote administratieve lastendruk, zoals de '1 september'-maatregel, waarbij de aanspraken voor zelfzorgmiddelen zijn beperkt.

De apotheker moet alle recepten archiveren; de inspectie eist dat apothekers de originele recepten bewaren. Dat betekent dat apothekers in veel gevallen achter de originele recepten aan moeten gaan, die veelal door de huisartsen worden gefaxt.

Uit de bureaucratiebrigade

'In onze apotheek houdt iemand zich een tot anderhalve dag bezig met het controleren van de verzekeringsgerechtigheid: controle, rechtzetten van afgewezen declaraties, nabellen van verzekeraars die niet bereikbaar zijn of verkeerde informatie geven.'

'Het systeem van machtigingen loopt helemaal uit de hand en is helemaal onhoudbaar geworden sinds individuele verzekeraars zelf hun beleid gaan bepalen. Het komt voor dat iemand aan de balie staat die een bepaald geneesmiddel niet vergoed krijgt of eerst toestemming moet vragen, en een ander daarnaast, die een andere verzekeraar heeft, die het wel direct kan meenemen.'

'De toestemming laat soms weken op zich wachten. Wij moeten de patiënt terugsturen naar de huisarts. Die weet niet wat 'ie moet doen en belt ons. Dan is het wachten op de verzekeraar. Die is dan de aanvraag weer kwijt. En de patiënt moet weken wachten op het middel dat hij/zij direct nodig heeft.'

'Van het GVS (Geneesmiddelen Vergoeding Systeem) is volstrekt onduidelijk hoe dat werkt. Verandert voortdurend. De ene maand krijg

je een bepaald middel wel vergoed, de andere maand niet. Leg dat een patiënt maar eens uit.’

apotheker

‘Machtigingen aanvragen is absoluut een drama. Als de huisarts of specialist heeft besloten dat een bepaald product gebruikt moet worden moet het eerst nog aangevraagd worden bij de zorgverzekeraar. Hierna buigt de arts van de zorgverzekeraar zich er nog een keertje over. Intussen kan de apotheek alleen afleveren als de patiënt betaalt want het is niet zeker of de zorgverzekeraar de machtigingsaanvraag goedkeurt. U kunt zich voorstellen dat dit bij mensen met een klein beurs vaak een probleem is. Het kan gerust een week duren voordat er duidelijkheid is over de verstrekking.’

apotheker

‘Weliswaar lost ons computersysteem een hoop bureaucratie op, maar dat gaat niet vanzelf: de laatste jaren gaan alle (door ons betaalde) budgetten voor ontwikkeling van nieuwe applicaties en beschikbare uren van programmeurs, op aan het bijhouden van de steeds gecompliceerdere regels omtrent prijsberekening. Met andere woorden, de kwaliteitsverbetering wordt geremd door de opgelegde, ingewikkelde bureaucratische maatregelen. Het handmatig uitrekenen van een geneesmiddelprijs kan bijna niemand in dit land (men heeft zo al te maken met apotheekinkoopprijs volgens Z-index, vergoedingslimieten, status multisource of singlesource, 40 resp. 8 procent claw back, aftopping van dit bedrag tot twintig resp. negen euro, bijtelling van een vergoeding per voorschrift en tot slot de BTW, daarna eventueel nog vergoedingsstatus en/of eigen bijdragen). Verder dienen wij alle declaraties elektronisch gestandaardiseerd in (al tien jaar), maar is er nog geen enkele ziektekostenverzekeraar in staat om de reacties daarop ook elektronisch te produceren; dat gaat nog op papier en levert eindeloos werk op.

Hetzelfde geldt voor de patiëntenmutaties (verhuisd, geboren, gestorven, gescheiden, in/uit de verzekering etc); allemaal pakken papier die wij handmatig moeten verwerken in onze bestanden.’

Meer zorg met minder bureaucratie

‘Dan eisen de ziektekostenverzekeraars jaarlijks een jaarplan met verbeterpunten en, als jaarlijkse evaluatie daarvan, een jaarverslag. Weken werk.’

‘Daarnaast hebben wij als werkgever (met gemiddeld circa tien personeelsleden) te maken met alle bureaucratie die daaromtrent in de detailhandel en bij het MKB al lang bekend is, inclusief salarisadministratie, arbo-wetgeving en uitvoering en fiscaal aangiften loonbelasting, zo ingewikkeld dat ze door een academische leek niet uit te voeren zijn.

‘De inspectie laat ons alle recepten nog zes jaar archiveren, terwijl wij gebruik maken van een scanner en alles elektronisch opslaan (veel veiliger, met back ups buitenshuis, en beter en sneller traceerbaar, ook langer dan zes jaar bruikbaar), kortom de overheid zit nog in het tijdperk van de paardentram.’

‘Tot slot zijn wij een gecertificeerde apotheek (volgens ISO 2002- en HKZ-normen), dit levert ook een enorme administratieve last op in de vorm van cliëntenenquête klachtenregistratie, alle werkzaamheden protocollair vastleggen etc. (tussen de 5 en 10 procent van de apotheken in Nederland zijn gecertificeerd).’

apotheker

Conclusie en voorstellen

Apothekers hebben te maken met een woud van regelgeving, die ten koste gaat van de werkelijke zorgverlening. De commissie-De Beer doet een aantal voorstellen die we overnemen of waarin we een stap verder gaan, zoals terug naar een regionale verzekeraar, afschaffen van de machtigingen en van het GVS.

Onze voorstellen

Vereenvoudiging regelgeving geneesmiddelen

Aanscherping van de Prijzenwet

Volgens de commissie-De Beer kan de controle op verzekeringsgerechtigheid worden vereenvoudigd via periodieke cd-rom's en, op langere termijn, door de invoering van een zorgidentificatienummer. Als derde optie noemt de commissie-De Beer een online verbinding met de zorgverzekeraars, gekoppeld aan het apothekerssysteem. Via een online-verbinding kan de apotheker direct inzicht krijgen in de laatste informatie omtrent de verzekeringsstatus van de cliënt. Wat betreft het archiveren van originele recepten kan, geheel in lijn met de voorstellen van De Beer, een ICT-systeem worden ontwikkeld.

Wat betreft machtigingen kunnen de regelingen volgens De Beer beter op elkaar worden afgestemd en kan meer worden gewerkt met elektronische aanvragen. Wat ons betreft kan het machtigingensysteem worden afgeschaft. Wat betreft contracteren vinden wij dat er weer gewerkt moet worden met een regionale zorgverzekeraar.

Daarnaast moeten we snel af van het GVS. In plaats daarvan dient de Prijzenwet te worden aangescherpt en uitgebreid, zodat de prijzenoorlog niet meer over de rug van de patiënten (zij moeten bijbetalen als prijzen hoger uitvallen dan de GVS-limiet), maar direct met de industrie wordt uitgevochten. Volgens een eerdere berekening van de SP kan een aanscherping van de Prijzenwet (door Engeland als referentieland te schrappen) zo'n 90 miljoen euro opleveren.⁴⁸ Indien in de Prijzenwet voor elk geneesmiddel de laagste prijs van de referentielanden wordt gehanteerd, zal dit leiden tot nog meer besparingen. Daarnaast moet de Prijzenwet hoognodig worden uitgebreid tot generieke middelen. Prijsdalingen van 50 tot 70 procent voor generieke geneesmiddelen zijn dan mogelijk. Aanscherping en uitbreiding van de Prijzenwet verdient de voorkeur boven uitbreiding van het GVS of het aanpakken van apothekerskortingen en bonussen, de maatregelen die hiertoe zijn genomen drijven apothekers alleen maar meer in de armen van de farmaceutische industrie. Bovendien zal dit gepaard gaan met veel minder bureaucratie. Besparingen hierdoor zijn niet in de berekeningen meegenomen.

Tenslotte moet de '1 september'-maatregel, waarbij de aanspraken voor zelfzorgmiddelen op recept zijn beperkt, worden ingetrokken.

⁴⁸ Wetenschappelijk Bureau SP.
Een medicijn voor de Engelse
ziekte. Rotterdam, 1999

⁴⁹ Commissie-De Beer.
Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

Meer zorg met minder bureaucratie

Deze maatregel is door de wens om chronisch zieken te ontzien dusdanig complex geworden, dat de maatregel veel minder effectief is dan gehoopt.⁴⁹

Besparing: 50 miljoen
(zie bijlage 2)

10. Bureaucratietoets voor bestaande wet- en regelgeving

De afgelopen tien jaar is er veel nieuwe wetgeving gekomen op het gebied van de zorg, inspraak en patiëntenbeleid. We noemen de wet medische behandelingsovereenkomst (WMBO), de kwaliteitswet zorginstellingen, de wet medezeggenschap cliëntenraden zorginstellingen (WMCZ), de arbo-wetgeving, regels rondom voedselhygiëne, brandveiligheid et cetera. Met het oog op de bewaking van de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënten en de werkers in de zorg zijn deze wetten noodzakelijk. Hetzelfde geldt voor de informatievoorziening en zeggenschap van de patiënten. De vraag is echter of bij al deze maatregelen voldoende rekening is gehouden met de implementatie in de praktijk en of de bijkomende administratieve lasten en noodzakelijke financiële middelen opwegen tegen de gewenste effecten.

Het probleem

De wetgeving brengt veel extra werk voor zorgaanbieders met zich mee. De wet- en regelgeving is vaak ingevoerd zonder dat extra middelen beschikbaar zijn gesteld voor implementatie. Extra wetgeving kost de zorginstellingen veel tijd, die niet besteed kan worden aan patiëntenzorg.

Uit de bureaucratiebrigade

‘De WGBO was bedoeld om de patiënt een steviger positie te geven. De wetgever liet na de dokter de tijd en mankracht te geven daarnaar te handelen: een uitgebreide dossiervoering en overleg vergt immers gewoon veel tijd. Wel rechten scheppen en *veronderstellen* dat die er zijn, maar niet de middelen geven aan de spelers in het veld die rechten tot volwassenheid te brengen is een uiterst marginale manier van wetgeving.’

huisarts

‘De wet orgaandonatie: typisch product van *wenswetgeving* zonder dat er naar uitvoeringsaspecten gekeken wordt. Heeft iemand zich wel eens gerealiseerd wat het betekent aan publieksvoorlichting om je bewust te worden wat deze wet betekent als je thuis sterft? Het is in de thuissituatie een vrijwel onuitvoerbaar wet. Intussen doet de wetgever mij geloven dat ik allerlei plichten heb, maar biedt hij me niet de mankrachten aan om die plichten uit te oefenen.’

huisarts

‘De kwaliteitswet: ik word geacht als lid van een maatschap een kwaliteitsjaarverslag te maken. Jammer dat ook dit veel tijd kost, de ICT van huisartsen zwaar ondergefinancierd wordt en alle tijd die ik daaraan besteed ten koste gaat van de tijd die er is voor patiëntenzorg. Het ligt dus niet voor de hand dat hier prioriteit ligt. Bovendien: de inspectie heeft absoluut geen mankracht / tijd / prioriteit om *mijn* jaarverslag te lezen.’

huisarts

‘Het grootste deel van de bureaucratie wordt veroorzaakt door wet- en regelgeving. Vanuit de overheid maar ook vanuit andere instanties en de organisaties zelf. Neem kwaliteit. Op zich een prima zaak, maar in veel gevallen een enorme papieren tijger.’

medewerker zorginstelling

‘Bij de invoering van allerlei wetgeving wordt geen geld gewaarborgd ten behoeve van implementatie en bijhouden ervan; dit moet allemaal binnen het bestaande budget (bijvoorbeeld functiewaardering gezondheidszorg, kwaliteitsbeleid, arbo-wetgeving, hygienewetgeving, enzovoort).’

OR verpleeg- en verzorgingshuizen

‘De regelgeving omtrent de HACCP (voedselhygiëne) loopt de spuitgaten uit. Vooral voor de kleine (meer zelfstandige) wooneenheden is het nauwelijks meer uitvoerbaar en wordt het zelf koken haast onmogelijk indien men aan de regelgeving wil voldoen. Er moeten vele formulieren worden ingevuld en temperatuurmetingen gedaan wat in een *gewoon* huishouden niet aan de orde is. De Keuringsdienst van Waren dreigt regelmatig met boetes als de koelkast niet koud genoeg staat. De temperatuur moet zo koud zijn afgesteld dat de melk zeer doet aan de tanden en kaas en vleeswaren alle smaak verliezen. Verder is de regelgeving over legionella ondoorzichtig en gecompliceerd en voor vele instellingen onuitvoerbaar.’

facilitaire dienst

‘Vanwege de kwaliteitswetgeving produceren we boekwerken en geen hond die er naar kijkt. Vanuit angst- en risicoreductie zijn de regels rond brandveiligheid en voedselvoorziening aangescherpt. In verband met de brandveiligheid moet ik 24 uur per dag mensen hebben rondlopen die de cursus brandveiligheid hebben gevolgd; kost handen vol geld.’

‘Wat betreft voedselveiligheid. Wij hebben een woonlocatie met drie etages en een centrale keuken. Deze hebben pas de Keuringsdienst van Waren op bezoek gehad. Gevolg: een lijst van aanwijzingen ten aanzien van afzuigapparatuur, koeling, enz. Kost gigantisch veel geld. De verleiding is groot om de keukens op elke etage weer in ere te herstellen. Dan vallen we niet meer onder de Warenwet en kunnen we rommelen wat we willen.’

locatiemanager gehandicaptenzorg

Conclusie en voorstellen

De zorginstellingen en beroepsbeoefenaars zijn veel extra tijd kwijt aan allerlei regelgeving, die afgaat van de tijd voor patiënten. De regels zijn vanachter een bureau gemaakt, vaak zonder voldoende besef hoe de uitvoering ervan in de praktijk zal uitpakken.

Ons voorstel

Bureaucratietoets voor bestaande wet- en regelgeving

Na de commissie-De Beer is een bureaucratietoets ingesteld voor nieuwe wetgeving. Deze moet ook worden ingesteld voor alle bestaande wet- en regelgeving en uitgevoerd met behulp van de mensen op de werkvloer. Waar nodig zal de overheid ook extra middelen beschikbaar moeten stellen voor een goede uitvoering. Het is goed als de overheid allerlei regels stelt aan kwaliteits- en patiëntenbeleid. Diezelfde overheid moet er echter ook voor zorgen dat deze regels in de praktijk hanteerbaar en uitvoerbaar zijn.

Besparing: onbekend

Conclusie

Er is veel te besparen

Terugdringen van de bureaucratie in de zorg is mogelijk en levert veel geld op. De voorstellen die in dit rapport zijn gedaan, besparen naar schatting ruim 1 miljard euro per jaar, waarvan overigens een deel (ten behoeve van de DBC's) voor een belangrijk deel pas in de toekomst uitgegeven gaat worden. Sommige maatregelen kunnen vrij snel worden uitgevoerd (zoals het afschaffen van eigen bijdragen en machtigingen), voor andere maatregelen is wat meer tijd nodig (zoals het afschaffen van RIO's en het opnieuw gaan werken met regionaal werkende zorgverzekeraars). Vrijwel de meeste voorgestelde maatregelen kunnen echter in deze kabinetsperiode worden uitgevoerd.

De commissie-De Beer had de opdracht om *binnen het bestaande beleid* tot mogelijke besparingen te komen. Om echt werk te maken van het opruimen van de bureaucratie, moet ook gekozen durven worden voor ander beleid en moeten op een aantal punten heilige huisjes omver worden geworpen. In dit rapport zijn dan ook een aantal voorstellen geformuleerd waarvoor eerdere politieke beslissingen moeten worden teruggedraaid, zoals de invoering van de RIO's, de DBC's en de eigen bijdragen in de thuiszorg. Als de politiek hiertoe bereid is, komen de besparingen veel hoger uit dan wat de commissie-De Beer kon voorstellen en berekenen.

De voorgestelde besparingen zijn enerzijds gebaseerd op beschikbare cijfers (zoals die van de commissie-De Beer) en anderzijds op

Meer zorg met minder bureaucratie

tijdinvesteringen die werkers in de zorg hebben gemaakt. Soms gaat het uiteraard om ruwe schattingen. We hebben ook enkele pogingen ondernomen om de extra tijd te kwantificeren die slecht werkende regelgeving kost (bijvoorbeeld RIO voor huisartsen). De irritatie en frustratie die bureaucratie oplevert op de werkvloer en daarmee op de arbeidsproductiviteit is nog moeilijker in geld uit te drukken. Zij zal ongetwijfeld verdwijnen na het opruimen van onnodige bureaucratie en veel extra tijd en geld opleveren.

Behalve de voorstellen zoals wij die doen zijn er nog veel meer mogelijkheden om in de toekomst de bureaucratie terug te dringen, waardoor de te verwachten besparingen kunnen oplopen tot anderhalf miljard euro. Bijvoorbeeld door de invoering van een brede volksverzekering, zoals de SP heeft voorgesteld (besparing op beheerskosten kunnen dan bijvoorbeeld oplopen tot 245 miljoen euro, zie bijlage 2) en de invoering van een abonnementssysteem voor alle individuele beroepsbeoefenaars, zoals dat nu bij huisartsen al het geval is (besparing van ongeveer 260 miljoen euro, doordat ook hier de machtigingen kunnen worden afgeschaft, zie bijlage 2). Ook het aanscherpen van de Prijzenwet geneesmiddelen en deze uitbreiden naar generieke geneesmiddelen zullen leiden tot minder bureaucratie – minder dan bij het nu gevoerde prijsbeleid, het GVS of het aanpakken van bonussen en kortingen van apothekers.

Een andere aspect dat in dit rapport buiten beschouwing is gebleven is dat door bureaucratie onnodige verspilling optreedt van materiaal. Een voorbeeld uit de bureaucratiebrigade:

‘Ik werd laatst door een patiënt gebeld omdat zijn hoog-laagbed kapot is. Hij liet hier een monteur van het VGZ naar kijken die toevallig aanwezig was voor de reparatie van zijn rolstoel. Deze stelde vast dat het een kwestie van een paar nieuwe schroefjes en een nieuw palletje was, twee tientjes en het was in orde. Maar hij mocht het niet maken want hij had geen toestemming van het VGZ. De patiënt belde naar het VGZ en kreeg te verstaan dat hij zijn huisarts moest bellen voor een nieuw bed! Uiteraard vond ik dit te zot voor woorden en ben ik zelf met het VGZ gaan bellen. Het is bespottelijk dat wat voor twee tientjes

gemaakt kan worden, dat daar een aanvraag gedaan moet worden voor een nieuw bed van enkele duizenden euro's. Het heeft mij anderhalf uur telefoneren gekost voor ik iemand kreeg die er net zo over dacht en die heeft het verder voor mij opgelost.'

'Een ander voorbeeld. Nauwelijks gebruikte hulpmiddelen, rollators, rekjes, sta op stoelen. Het kan door anderen nog heel goed gebruikt worden maar kan wat betreft het ziekenfonds de schroothoop op. Voor deze materialen heb ik dan de thuiszorg ingeschakeld, die hier nu een uitleen bureau voor hebben.'

huisarts

Een politieke keuze

Met de voorstellen van de commissie-De Beer is naar onze opvatting tot nu toe veel te weinig gedaan. De politiek kan het zich niet veroorloven nog langer te wachten, niet met de hoognodige investeringen in de zorg en niet met het opruimen van onnodige bureaucratie. Het geld dat bespaard kan worden door de bureaucratie terug te dringen zal dan ook geïnvesteerd moeten worden in de zorg.

Veel mensen die in dit rapport aan het woord komen geven aan dat veel bureaucratie te maken heeft met de door opeenvolgende kabinetten gewenste marktwerking in de zorg. Zoals de instelling van landelijk werkende zorgverzekeraars, waardoor zorgaanbieders als huisartsen en apothekers te maken kregen met tien tot twintig zorgverzekeraars, in plaats van één regionaal werkend ziekenfonds. Ook de invoering van de zogenaamde DBC's heeft te maken met de gewenste marktwerking. Bovendien is ook het fors aantal toegenomen managers in de zorg, onder andere een gevolg van de introductie van meer marktwerking in de zorg.

Het lijkt er bovendien op dat de politiek niet echt heeft durven te kiezen. Enerzijds werd de nadruk gelegd op samenwerking, fusie en overleg, terwijl anderzijds pogingen werden ondernomen om een markt te introduceren waarop ziekenhuizen zich juist moeten profileren en met elkaar moeten concurreren. Het management wordt zowel

Meer zorg met minder bureaucratie

geprikkeld door het budgetstelsel en de aanbodbeperkingen van de overheid, als door de behoefte van de markt en de noodzaak zich te profileren op prijs en kwaliteit.⁵⁰

De SP kiest wel. Wij vinden de marktwerking in de zorg ongewenst en draaien deze liever vandaag dan morgen terug. De voorstellen die in dit rapport worden gedaan zullen dit proces bespoedigen. Naast de principiële argumenten om marktwerking niet toe te laten in een collectieve voorziening, met alle risico's van ongelijke toegankelijkheid, tweedeling en ondermijning van de solidariteit, komt daar nu nog een praktisch argument bij. Want hoewel de bureaucratiebrigade werd opgericht met als doel de bureaucratie in de zorg te bestrijden, bleek uit de reacties als snel dat veel zaken die geïntroduceerd zijn in het kader van de bevordering van de marktwerking juist leiden tot meer bureaucratie en daarmee tot een duurdere zorg.

De belangrijkste conclusie is dat bestrijding van onnodige en dure bureaucratie alleen mogelijk is als de zorg weer wordt teruggegeven aan de werkers: minder controle van bovenaf, minder lagen in het bestuur en meer zeggenschap op de werkvloer. In de zorg moet te veel worden geregistreerd, er moeten te veel formulieren worden ingevoerd, er zijn te veel verstikkende regels en er zijn te veel managers. De politiek die klaagt over deze bureaucratie is er grotendeels zelf voor verantwoordelijk. De angst dat de kosten voor de zorg harder zouden stijgen dan geraamd heeft geleid tot wantrouwen en nog meer regels en procedures. Om al die ingewikkelde regels uit te voeren zijn weer extra managers nodig. Een belangrijk deel van de bureaucratie in de zorg is kortom het gevolg van 'georganiseerd wantrouwen'.

Natuurlijk moet goed gecontroleerd worden wat er met onze premiecenten gebeurt. Maar de huidige controle is veel te gedetailleerd. Voor veel zorg moet vooraf een 'machtiging' worden aangevraagd, zoals voor ziekenhuisopnames, poliklinische zorg en paramedische zorg en hulpmiddelen. Bij ziekenhuizen, huisartsen en zorgverzekeraars leidt dit tot een enorme administratieve druk. Ook de Regionale Indicatie Organen (RIO's) zijn organen geworden van onnodige bureaucratie. Controle achteraf heeft ertoe geleid dat een 'rituele'

⁵⁰ Kim Putters. Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Rotterdam, 20 december 2001

conclusie

rekeningenstroom is ontstaan tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Veel bureaucratie komt dus voort uit georganiseerd wantrouwen in de professionele beroepsbeoefenaars. Een vrees voor geldsmijterij. Deze vrees is volgens ons terecht voor wat betreft de door sommigen zo gewenste invoering van meer commercie, maar niet terecht als we het hebben over de professionele zorgverleners. Minder bureaucratie zal ook het vertrouwen versterken van de mensen op de werkvloer en leiden tot meer werkvreugde, efficiënter werken en meer mensen die in de zorg willen werken.

Meer zorg met minder bureaucratie

Bijlage 1 Overzicht besparingen

Voorstellen	Besparing
1. Afschaffen eigen bijdrage thuiszorg	40 miljoen euro
2. Afschaffen RIO's	100 miljoen euro
3. Afschaffen machtigingen	60 miljoen euro
4. Vereenvoudiging en afschaffen declaraties afschaffen nacalculatie	170 miljoen euro 9 miljoen euro
5. Niet invoeren DBC's	340 miljoen euro
6. Terug naar regionaal werkende verzekeraars vereenvoudiging verzekeringen	165 miljoen euro 35 miljoen euro
7. Minder managers	50 miljoen euro
8. Vereenvoudiging subsidies en opheffen sectorfondsen	6 miljoen euro
9. Vereenvoudiging regelgeving geneesmiddelen	50 miljoen euro
10. Bureaucratietoets bestaande wet- en regelgeving	pm
Totaal	1.025 miljoen euro

Meer zorg met minder bureaucratie

Bijlage 2 Berekeningen besparingen door voorgestelde maatregel

1. Afschaffen eigen bijdrage thuiszorg: 40 miljoen euro

De inningskosten van het CAK zijn € 13 tot 15 miljoen (bron: CAK, LVT). De administratieve lasten voor de thuiszorginstellingen vanwege eigen bijdragen (bijhouden urenverantwoording, invoeren in centraal computerbestand, beantwoorden van vragen van het CAK) belopen zo'n € 25 miljoen (bron: De Beer).

2. Afschaffing RIO's: 100 miljoen euro

De uitvoeringskosten van RIO's voor de 521.000 indicatiestellingen (exclusief herindicaties) werden geraamd in 2000 op 78 miljoen euro. In de vereenvoudigingsvoorstellen van de commissie De Beer kunnen deze terug (met 45 procent) tot 43 miljoen euro. Indien de RIO's worden afgeschaft kan dus 78 miljoen worden uitgespaard. Daar gaan extra kosten af voor de AWBZ (thuiszorg) omdat deze een taakverzwaring krijgt, we schatten deze op 35 miljoen (veel taken gebeuren al door de thuiszorg). Besparing dus 43 miljoen euro.

In het advies van het College Implementatie Indicatiebeleid is gebruik gemaakt van een budgetmodel van BMC. Zij komt op een totaal van 750.000 indicatiestellingen in 2002 (waarvan 600.000 nieuwe indicatiestellingen), dat betekent circa 825.000 in 2003, met een landelijk benodigd budget van naar schatting 126 miljoen euro (BMC).⁵¹ Dat betekent dus een besparing van van 126 miljoen als de RIO's afgeschaft worden. Uitgaande van 60 miljoen euro extra voor de thuiszorg, wordt de besparing dan dus 66 miljoen euro.

⁵¹ College Implementatie Indicatiebeleid. Advies: bestuurlijke verantwoordelijkheid indicatiestelling 22 september 2003

Meer zorg met minder bureaucratie

De kosten van naleving bij zorgaanbieders (aanvragen, verwerken, herindicaties en regelen vanuit verkeerde bedproblematiek) op 30 miljoen euro (bron commissie De Beer). Daarnaast zijn de zorgaanbieders veel extra tijd kwijt om zaken recht te zetten. Zo bellen huisartsen gemiddeld een half uur per week met RIO's ofwel 22,5 uur per jaar (uitgaande van 45 werkweken, bron: huisartsen). Uitgaande van een uurtarief van 107 euro (bron de Beer) is dat 2400 euro per jaar per huisarts. Voor 7000 huisartsen (bron: LHV, Capaciteitsorgaan) is dat 16,8 miljoen euro. Dit geldt ook voor specialisten en AWBZ-instellingen. Wij schatten de kosten op minimaal 20 miljoen euro. Totaal nalevingskosten dus 50 miljoen euro. In de vereenvoudigingsvoorstellen van de commissie De Beer kunnen deze worden teruggebracht tot 20 miljoen euro. Indien de RIO's worden opgeheven, schatten wij dat de kosten van naleving tot 15 miljoen kunnen worden teruggebracht. Besparing dus 35 miljoen euro.

3. Afschaffen machtigingen: 60 miljoen euro

De besparingen op het gebied van poliklinische zorg komen naar schatting op 27,5 miljoen euro, op het gebied van dagopnames op 9,5 miljoen euro, op het gebied van ziekenhuisopnames op 17,3 miljoen euro en op het gebied van paramedische hulp op 6,2 miljoen euro.⁵²

4. Vereenvoudiging en afschaffen declaraties, afschaffen nacalculatie: 179 miljoen euro (inclusief 9 miljoen door afschaffen nacalculatie)

De kosten van naleving (zorgaanbieders) zijn 318 miljoen euro en van uitvoering (zorgverzekeraars) 112 miljoen euro (bron De Beer), totaal 430 miljoen. Exclusief 60 miljoen voor ziekenhuizen zijn deze kosten 370 miljoen (kosten van naleving en uitvoering respectievelijk 273 miljoen euro en 97 miljoen euro).

Door afschaffing van het declaratieverkeer tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars kan dus 60 miljoen euro worden bespaard (voor ziekenhuizen bedragen de kosten van naleving 45 miljoen euro en van uitvoering circa 15 miljoen euro).

Door uitvoering van de vereenvoudigingsvoorstellen van de commissie De Beer (exclusief de ziekenhuizen) kunnen ruim 39 miljoen euro bespaard op de uitvoeringskosten bij een reductie van het percentage fouten tot 1 procent en ruim 50 miljoen bij introductie van 'invoeren is declareren'. De besparingen bij zorgverzekeraars komen bij elkaar op 20 miljoen. In totaal dus bijna 110 miljoen euro.

⁵² Commissie-De Beer.
Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

Bijlage 2

- Indien wordt overgegaan tot een abonnementssysteem voor alle zelfstandige beroepsbeoefenaars kunnen ook hier de declaraties worden afgeschaft en kan 370 miljoen euro worden bespaard (260 miljoen extra). Deze besparing is niet opgenomen.

Nacalculatie

De commissie De Beer berekent dat door afschaffing van nacalculatie en in plaats daarvan specifiek overleg tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen evenals steekproefsgewijze accountantscontrole, bijna 9 miljoen euro bespaard kan worden.⁵³

5. Stoppen met invoeren DBC's: 340 miljoen euro

Het DBC-systeem kost specialisten drie uur extra in de week en assistentes 2,5 uur extra in de week (Bron: info specialisten). Uitgaande van 45 werkweken (bron specialisten) en een uurtarief van 145 euro (bron De Beer) is dat 19.575 euro per specialist. Uitgaande van 13.000 (bron: Capaciteitsorgaan) werkzame specialisten is dat 254,5 miljoen. Voor assistentes wordt uitgegaan van 48 werkweken en een uurtarief van 32 euro, is 2760 euro; voor 13.000 assistentes is dat 35,9 euro. Totaal 290 miljoen euro.

Daarnaast voorkomen we een 'upcoding', waarmee we geschat nog eens zo'n 50 miljoen euro besparen (bron: VS onderzoek). Door niet verder invoeren van het DBC-systeem kunnen dus in totaal 340 miljoen euro worden bespaard. Daarbij zijn niet meegerekend de kosten voor de interne administratie en interne controle, waarvoor volgens financieel controllers vier tot vijf mensen extra nodig zijn. Uitgaande van honderd ziekenhuizen en een loonkostenpost van 35.000 euro per fte, betekent dit een toename van de kosten met ongeveer 17 miljoen euro.

6. Terug naar regionaal werkende verzekeraars, vereenvoudiging verzekering: 200 miljoen euro

Volgens een ruwe schatting van de LHV zijn huisartsen gemiddeld tien tot twintig dagen per jaar (80 tot 160 uur) kwijt aan onderhandelingen, contracteren en onderhouden van contracten. In een onderzoek van een Hagro-groep over 2001 en 2002 wordt de tijdsinvestering voor het contracteren alleen al geschat op zestig uur. In een korte steekproef onder huisartsen werd het aantal uren dat daarnaast opgaat in verwerken mutaties, flexizorg en machtigingen geschat op 160 tot 240 uur per jaar. Uitgaande van 180 uur (de tijd kwijt aan machtigingen is dan nog nauwelijks

⁵³ Commissie-De Beer.
Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

Meer zorg met minder bureaucratie

meegenomen) en een uurtarief van 107 euro (bron de Beer) is dat 19.260 euro per huisarts. Voor zeventuizend huisartsen (bron Capaciteitsorgaan) is dat 135 miljoen euro. Ook de zorgverzekeraars zullen kosten besparen (schatting 10 miljoen). Totale kosten 145 miljoen euro.

Indien zorgverzekeraars niet meer hoeven concurreren zullen ook reclames en sponsorgelden kunnen vervallen. Reclame-uitgaven van zorgverzekeraars alleen al (dus exclusief sponsoring) worden geschat op 20 miljoen euro, (bron: onderzoek van een huisarts).

De besparing door de vereenvoudiging. De Beer betreffende de mutaties van studenten en flexwerkers leiden tot een besparing van 27,5 miljoen euro; de besparing ten aanzien van controles verzekeringsgerechtigheid 8,5 miljoen euro; samen 36 miljoen euro.⁵⁴

- Indien een volksverzekering wordt ingevoerd met financiering via de belasting zal dat een hoop bureaucratie en dus onnodige kosten besparen. De beheerskosten van de particuliere verzekering bedragen tweemaal zoveel als die van het ziekenfonds, hier kan naar schatting zo'n 200 miljoen euro op worden bespaard, dit is door het CPB bevestigd. Daarnaast vervallen de kosten van premie-inning vanwege de fiscalisering (geschat op 45 miljoen euro). Dus totaal een besparing van 245 miljoen euro als een volksverzekering wordt ingevoerd.⁵⁵ Deze besparing is nog niet opgenomen.

7. Minder managers: 50 miljoen euro

Het is moeilijk een ruwe schatting te maken van het aantal topmanagers in zorg. In ziekenhuizen zijn er meestal twee, vaak drie tot bestuursleden in de raden van bestuur.⁵⁶ Op 170 ziekenhuizen is dat zo'n 400 bestuursleden (170 x 2 plus zestig extra voor ziekenhuizen waar meer dan twee bestuursleden). Wij schatten dat er vijftig uit kunnen. Uitgaande van gemiddelde loonkosten van 350.000 euro⁵⁷ is dat 17,5 miljoen euro. In de circa 1500 verpleeghuizen en driehonderd instellingen voor gehandicaptenzorg en GGZ zijn veelal één tot twee bestuursleden. Wij schatten dat er honderd uit zouden kunnen. Uitgaande van gemiddelde loonkosten van 180.000 euro is dat 18 miljoen euro.

Zeker in de ziekenhuizen maar ook in een aantal andere zorginstellingen (GGZ) kunnen er een of twee bestuurslagen tussenuit. Uitgaande van 350 managers eruit en gemiddelde verdiensten van 40.000 euro⁵⁸ komt dat op 13,6 miljoen euro. Alles samen zou dus zo'n 50 miljoen euro bespaard kunnen worden.

- En dan hebben we het nog niet eens over de te rianten salarissen van een aantal

⁵⁴ Commissie-De Beer.

Minder regels, meer zorg.
Den Haag, 29 januari 2002

⁵⁵ Tweede-Kamerfractie SP. Een kwestie van beschaving. Inclusief CPB-berekening. December 2000

⁵⁶ Noel van Bommel, Jet Bruinsma. Top in de zorg wil prestatiebeloning. Volkskrant, 11 oktober 2001

⁵⁷ Noel van Bommel, Jet Bruinsma. Top in de zorg wil prestatiebeloning. Volkskrant, 11 oktober 2001

⁵⁷ Tevreden managers in de zorg. Nieuwsbrief Zorgvisie, 25 augustus 2000

⁵⁸ Rob de Lange. Salarissen met een gouden rand: verdiend of niet verdiend. VN, 6 november 1999

Bijlage 2

topmanagers, de interim-managers en de goudgerande afvloeiingsregelingen. Volgens een schatting zou met de afvloeiingsregelingen zo'n 45 miljoen euro per jaar gemoeid zijn.⁵⁹ De topmanagers zouden in elk geval onder de CAO moeten vallen en zich moeten onderwerpen aan loonmatiging. Het gebruik van interim-managers moet worden beperkt. Deze besparingen zijn niet meegenomen.

8. Vereenvoudiging subsidies en opheffen sectorfondsen: 6 miljoen euro

In 2000 bedroegen de bureaunkosten van de sectorfondsen bijna 3 miljoen euro.⁶⁰ Dat kan sowieso worden bespaard. Daarnaast komen de nalevingskosten voor instellingen ten behoeve van de sectorfondsen..

Indien subsidieregelingen worden gemaximaliseerd en vereenvoudigd, kan ook hier enkele miljoenen op worden bespaard.

9. Vereenvoudiging regelgeving geneesmiddelen: 50 miljoen euro

Besparing door vereenvoudiging controle verzekerd zijn schat De Beer op 21,25 miljoen euro.

Besparing door vereenvoudiging machtiging schat De Beer op 13,7 miljoen, in onze voorstellen kan dat oplopen tot 21,5 miljoen (totale kosten).

Besparing op de kosten van archiveren zijn volgens De Beer 10.6 miljoen euro.

- Een aanscherping van de prijzenwet (door Engeland als referentieland te schrappen) zal zo'n 90 miljoen euro opleveren,⁶⁰ indien de in prijzenwet voor elk geneesmiddel de laagste prijs van de referentielanden wordt gehanteerd, kan dit tot nog meer besparing leiden. Daarnaast moet de prijzenwet hoognodig worden uitgebreid tot generieke middelen, prijsdalingen van 50 tot 70 procent voor generieke geneesmiddelen zijn mogelijk, hetgeen zal leiden tot een besparing van minimaal 100 miljoen euro. Totaal 200 miljoen euro. Daar staat tegenover dat het GVS wordt afgeschaft. Aanscherping en uitbreiding van de Prijzenwet zal wel leiden tot minder bureaucratie dan het GVS.

⁵⁹ Ministerie VWS. Zorgnota 2000.
Den Haag, 21 september 1999
(bijlage A1)

⁶⁰ Wetenschappelijk Bureau SP.
Een medicijn voor de Engelse
ziekte. Rotterdam, 1999

10. Bureaucratietoets bestaande wet- en regelgeving: pm

Niet kwantificeerbaar

Bijlage 3



CAK-BZ b.v.

Centraal Administratie Kantoor
 Bijzondere Zorgkosten b.v.
 Postbus 84030
 2508 AA Den Haag
 Telefoon 0800-1925
 Fax 070 3380001



betreft Termijnoverzicht Thuiszorg
 Datum overzicht 26 mei 2003
 Kenmerk
 EBT-nummer
 Valuta EUR

Overzicht voor:

Clíentgegevens

Thuiszorginstelling	Client
CMD ZUID-OOST UTRECHT WEST-VELUWE	

Gegevens betalingsregeling

Type betalingsregeling	Vast
Betalingsregeling vanaf	04 november 2002
Betalingsregeling tot en met	03 maart 2003
Oorspronkelijk bedrag in betalingsregeling	464,93
Termijnbedrag	116,23
Openstaand bedrag in betalingsregeling	0,01
Aantal termijnen	5
Aantal termijnen resterend	0
Termijnbedrag door u te voldoen	0,01

Overzicht van betalingen op de betalingsregeling

Termijn	Kenmerk	Datum overzicht	Termijnbedrag	Voldaan		Openstaand
				Bedrag	Datum	
3		24-02-2003	116,23	116,23	08-05-2003	0,00
4		23-04-2003	116,23	116,23		0,00
5			0,01	0,00		0,01
Totaal						0,01

Overzicht van openstaande facturen in de betalingsregeling

Factuur	Factuur Datum	Factuur Bedrag	Adm. Kosten	Totaal	Voldaan		Te voldoen
					Bedrag	Datum	
	19-12-2002	464,93	0,00	464,93	464,92		0,01
Totaal							0,01