

Vergaderjaar 2016–2017

**29 515**

## **Aanpak regeldruk en administratieve lasten**

**Nr. 417**

Ontvangen ter Griffie op 24 mei 2017.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 24 juni 2017.

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 mei 2017

Zorgprofessionals moeten zo veel mogelijk tijd kunnen besteden aan het direct verlenen van zorg aan de cliënt. Het verminderen van administratieve lasten is voor mij daarom een belangrijke prioriteit. De NZa heeft in dit kader voorgesteld om het budget- en nacalculatieproces voor de Wet langdurige zorg (Wlz) per 2018 structureel te vereenvoudigen. Dit is ook aangekondigd in mijn brief «Aanpak administratieve lasten Wlz» van 30 maart 2017<sup>1</sup>.

In het voorstel stelt de NZa vanaf 2018 alleen nog op aanvraag een omzetplafond per zorgaanbieder vast en niet langer de door de Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders afgesproken volumes en prijzen op het niveau van de prestatiebeschrijving. Dit verlaagt de regeldruk bij circa 1.200 zorgaanbieder met gemiddeld 50 regels per zorgaanbieder. Bovendien hoeven deze zorgaanbieders niet langer drie keer per jaar de afgesproken prijzen (en volumes) per prestaties aan te leveren bij de NZa. Dit verlaagt de administratieve lasten van zorgaanbieders.

Om deze vereenvoudiging mogelijk te maken moet de tariefsoort van zorg in natura in de Wlz gewijzigd worden van vaste naar maximum tarieven. Deze brief bevat de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) aan de NZa wil geven ten behoeve van het invoeren van maximum tarieven voor bijna

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 515, nr. 400.

alle zorg in natura prestaties in de Wlz<sup>2</sup>. In overeenstemming met artikel 8 van de Wmg ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Ik ben voornemens om de voorgestelde wijziging in tariefsoort per 1 januari 2018 van kracht te laten zijn om de vereenvoudiging in de processen te faciliteren.

#### *Huidige situatie*

In de huidige situatie vullen zorginstellingen drie keer per jaar een aanvraagformulier in waarop per prestatiebeschrijving (bijvoorbeeld het zorgzwaartepakket VV3) vermeld komt te staan hoeveel zij van dit type zorg mogen leveren en tegen welke prijs (zie bijlage)<sup>3</sup>. De NZa ontvangt en verwerkt de aanvraagformulieren van circa 1.200 zorgaanbieders en geeft individuele beschikkingen af aan de zorgaanbieders met daarop de vastgestelde vaste tarieven. Op dit moment wordt nog gewerkt met vaste tarieven omdat het overgangstraject naar integrale tarieven nog niet is afgerond (de normatieve huisvestingscomponent valt pas vanaf 2018 volledig onder het integrale tarief).

#### *Verlaging administratieve lasten*

Vanaf 2018 wordt een groot deel van de zorgkosten gedekt door integrale tarieven. Dit maakt het mogelijk om de vaste tarieven te vervangen voor maximumtarieven. Hierdoor hoeft de NZa niet langer drie keer per jaar (budgetronde, herschikkingsronde en nacalculatie) per zorgaanbieder de afgesproken prijzen en de volumes per prestatie uit te vragen. In plaats daarvan vraagt de NZa per zorgaanbieder de omzet van alle prestaties samen uit. Ook vraagt de NZa de kosten uit van enkele prestaties die niet op cliëntniveau gedeclareerd kunnen worden.

De bovengenoemde wijzigingen laten de huidige kostenbeheersing via de contracteerruimte in stand. Evenals in de huidige situatie blijft de NZa toetsen of het totaal van de afgesproken productie binnen de regionale en landelijke contracteerruimte past. De beheersingsregels van de contracteerruimte (waaronder de mogelijke inzet van een vereffeningsbedrag bij overschrijding van de contracteerruimte) wijzigen met dit voorstel niet. Daarnaast heeft het voorstel geen effect op de zorgplicht van Wlz-uitvoerders. Zij zijn mede op grond hiervan verplicht doelmatig in te kopen. Bovendien blijven ook de declaratievoorschriften van de NZa ongewijzigd. Zorgaanbieders moeten ook in de nieuwe situatie bij de declaratie aan Wlz-uitvoerders duidelijk zichtbaar maken welke prestatie in rekening wordt gebracht en welk tarief daarbij wordt gehanteerd. Het voorstel brengt ook geen wijzigingen aan in de mogelijkheden voor Wlz-uitvoerders om met aanbieders een lagere prijs per prestatie overeen te komen dan het maximum dat de NZa vaststelt. De huidige maximumbeleidsregelwaarde wordt vervangen door een maximumtarief en net als nu het geval is kunnen lagere prijzen worden afgesproken. De NZa verwerkt de overeengekomen prijzen echter niet langer in een vast tarief per aanbieder.

<sup>2</sup> Voor een beperkt aantal prestaties zullen vaste tarieven blijven bestaan. Hiervoor heeft de NZa een vast tarief bepaald via haar regelgeving. Dit gaat om de volgende prestaties: vergoeding van inrichtingskosten bij gedwongen verhuizing eenpersoons woning, vergoeding van inrichtingskosten bij gedwongen verhuizing meerp. woning, behandeling externe cliënt door tandarts, toeslag intraveneuze sedatie of narcose, extreme kosten van zorggebonden materiaal, extreme kosten van geneesmiddelen, Opslag Waardigheid en Trots (alle), opslag Innovatieve zorgprestaties (alle).

<sup>3</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

De NZa blijft ook individuele beschikkingen afgeven aan de zorgaanbieders, maar vermeldt hierop alleen de vaststelling van de aanvaardbare kosten voor de desbetreffende zorgaanbieder. De regels over de vastgestelde prijzen (en volumes) vervallen. Dit verlaagt de regeldruk bij circa 1.200 zorgaanbieders met gemiddeld 50 regels per zorgaanbieder. Alle individuele beschikkingen bevatten daarnaast een lijst met maximumtarieven die voor elke zorgaanbieder gelijk zijn. De keuze voor een beschikking per zorgaanbieder is bewust gemaakt ten behoeve van de kostenbeheersing.

#### *Flexibiliteit in bekostiging*

In de huidige situatie staat na de eerste ronde productieafspraken vast hoe zorgaanbieders hun omzetplafond in kunnen vullen. Zij mogen wel van deze verdeling afwijken, maar kunnen de zorg niet direct declareren wanneer zij daar (nog) geen productieafspraken voor hebben gemaakt. Bij de herschikkingsronde kunnen zorgaanbieders opnieuw afspraken maken met Wlz-uitvoerders over extra of andere prestaties, zodat zij die (ook met terugwerkende kracht) mogen declareren. Als zij geen nieuwe of andere prestatie-afspraken kunnen maken, komen de kosten voor rekening van de zorgaanbieder zelf. De NZa volgt in het bestuursrechtelijke kader van de beschikking de civielrechtelijke afspraken tussen zorgaanbieder en Wlz-uitvoerder.

In de nieuwe situatie zal de NZa op dit punt niet beschikken, maar blijven de civielrechtelijke afspraken tussen zorgaanbieder en Wlz-uitvoerder leidend voor de vraag of een Wlz-uitvoerder zorgkosten wil en kan vergoeden (deze afspraken kunnen bij de herschikkingsronde nog worden aangepast). Wel kunnen partijen een grotere vrijheid en flexibiliteit ervaren om direct uitvoering te geven aan gewijzigde hoeveelheden en afspraken (uiteraard binnen de vastgestelde aanvaardbare kosten). Zij kunnen de zorg namelijk direct declareren, zonder tussenkomst van de NZa, passend binnen de civielrechtelijke overeenkomst.

#### *Informatievoorziening bij afrekenen*

Omdat de NZa in de nieuwe systematiek niet meer over de afgesproken prijzen beschikt, ontvangt VWS vanaf 2018 alleen nog het totale omzetplafond in de eerste en tweede ronde en de totale omzet bij de nacalculatie van de NZa. Deze wijziging betekent dat bij de afrekening (waarbij de realisatie wordt afgezet tegen de begroting) van het jaar 2018 in het jaarverslag van VWS alleen nog het totale zorg in natura kader wordt afgerekend en niet de verschillende deelsectoren (verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, ggz, vpt, etc.). Dit sluit beter aan bij de praktijk, omdat de contracteerruimte voor Wlz-uitvoerders betrekking heeft op het hele kader voor zorg in natura en niet wordt opgedeeld in deelsectoren.

Bij de afrekening zal in het jaarverslag nog steeds informatie over de deelsectoren gepresenteerd worden op basis van declaratiegegevens. Deze cijfers zijn op het hoogste detailniveau beschikbaar en worden in principe 6 weken na afloop van de maand door Wlz-uitvoerders aan Vektis geleverd. De uiteindelijke informatievoorziening blijft dus hetzelfde en zal als beleidsinformatie in het jaarverslag worden opgenomen. Met Vektis worden goede afspraken gemaakt over de kwaliteit en continuïteit van de levering.

#### *Tot slot*

Ik ben verheugd over het initiatief dat de NZa heeft genomen om de administratieve lasten voor zorgaanbieders op deze manier te vermin-

deren. Ik vertrouw er op dat Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders de ruimte die zij hierdoor krijgen, zullen benutten om met minder administratieve lasten afspraken op maat te maken, zodat de aandacht nog meer uit kan gaan naar het leveren van goede zorg voor cliënten.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn