



Panteia

Research to Progress

Research voor Beleid | EIM | NEA | IOO | Stratus | IPM



Kwantificering regeldrukmaatregelen

Henri Faun; John Boog; Paul van der Zeijden; Michiel Linssen

Zoetermeer, 3 maart 2017

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

The responsibility for the contents of this report lies with Panteia. Quoting numbers or text in papers, essays and books is permitted only when the source is clearly mentioned. No part of this publication may be copied and/or published in any form or by any means, or stored in a retrieval system, without the prior written permission of Panteia. Panteia does not accept responsibility for printing errors and/or other imperfections.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Kabinetsdoelstelling	5
1.2	Maatregelen VWS	5
1.3	Leeswijzer	6
2	Kwantificering regeldrukeffecten	7
2.1	Optimalisatie aanvragen UZI-pas	8
2.2	Opvragen informatie jeugdhulp door inspectie	10
2.3	Eerstelijnsverblijf van WLZ naar ZVW	11
2.4	Opiumwet	13
2.5	Wet langdurige zorg: AMVB experiment integraal pgb	14
2.6	Maatregelen NZa: a. Invoering integrale tarieven medisch specialistische zorg	16
2.7	Maatregelen NZa: b. Controleprotocol nacalculatie Wlz	18
2.8	Maatregelen NZa: c. Controleverklaring Wlz	19
2.9	Maatregelen NZa: d. integraal tarief voor logeren	20
2.10	Het Roer Moet Om/Het Roer Gaat Om	22
2.11	Vereenvoudiging meerzorgregeling op basis van experiment regelarm Abrona	24
2.12	Afschaffen individuele beschikking bij extra kosten thuis regeling	26
3	Samenvatting: totale regeldrukeffecten	27
4	Onderzoeksverantwoording	29
4.1	Definities en werkwijze "handboek meting regeldruk"	29
4.2	Afweging in cascademodel	30
	Bijlagen	33
Bijlage 1	Longlist maatregelen	33



1 Inleiding

1.1 Kabinetsdoelstelling

Het huidige kabinet kent zowel een generieke aanpak van de regeldruk, bedoeld om de regeldruk voor alle doelgroepen in Nederland te verlagen, als een meer op specifieke doelgroepen gerichte (maatwerk)aanpak, waarin belemmeringen weggenomen kunnen worden die door doelgroepen het meest gevoeld worden.

Het terugbrengen van de regeldruk heeft ook voor het ministerie van VWS hoge prioriteit. Daarbij staat de merkbaarheid van regeldrukvermindering centraal. Dit onder het motto: "van regeldruk naar passende regels", waarin er een balans is tussen optimale zorgverlening aan mensen en de minimaal noodzakelijke administratieve belasting voor bedrijven, burgers en professionals in de zorg. Om dit doel te bereiken is adequate samenwerking tussen overheid, toezichthouders, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgprofessionals essentieel.

In het regeerakkoord is de kabinetsdoelstelling opgenomen om de regeldruk voor bedrijven, burgers en professionals structureel te verlagen per 2017 met € 2,5 miljard ten opzichte van 2012. De generieke verlaging van de regeldruk met € 2,5 miljard is een netto doelstelling. Ter invulling is in het kabinet de afspraak gemaakt dat departementen onvermijdelijke toenames van regeldruk binnen hun eigen departement compenseren. De afgelopen jaren is hard gewerkt om de regeldruk te verlichten. En dit heeft op verschillende terreinen tot een forse lastenvermindering geleid.

1.2 Maatregelen VWS

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft ook verschillende wetten, regelingen en maatregelen doorgevoerd om de regeldruk voor burgers, professionals en bedrijven te beperken.

In dit rapport wordt een aantal maatregelen die reeds doorgevoerd zijn, of die binnenkort doorgevoerd worden berekend in welke mate deze bijdragen aan het reduceren van de regeldruk. Het gaat om de volgende regels:

1. Optimalisatie aanvragen UZI-pas
2. Opvragen informatie jeugdhulp door inspectie
3. Eerstelijns verblijf per 2017 onder de ZvW
4. Opiumwet
5. Wet langdurige zorg: AMVB experiment integraal pgb
6. Vermindering regeldruk door de Nederlandse Zorgautoriteit, te weten:
 - a. Invoering integrale tarieven in medisch specialistische zorg
 - b. Controleprotocol nacalculatie in Wlz
 - c. Controleverklaring Wlz
 - d. integraal tarief voor logeren
7. Het roer moet om/het roer gaat om
8. Vereenvoudiging meerzorgregeling op basis van experiment regelarm Abrona
9. Afschaffen individuele beschikking bij extrakostenthuis regeling (wetswijziging)

Deze maatregelen worden in hoofdstuk 2 nader toegelicht. De lijst is een selectie uit een longlist van 18 maatregelen, die is opgenomen in bijlage 1. Een deel van de maatregelen op de longlist is niet opgenomen in dit rapport. De exacte motivatie is per



maatregel toegelicht in bijlage 1. In de meeste gevallen zorgden de weggelaten maatregelen in 2017 voor (nog) geen verandering in de regeldruk.

1.3 Leeswijzer

De inhoud van de maatregelen en de regeleffecten daarvan zijn samengevat in factsheets in hoofdstuk 2, met een totaaloverzicht van de regeldrukeffecten in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 is een onderzoeksverantwoording opgenomen van hoe de regeldrukmeting tot stand kwam. In de bijlage staat de longlist van alle onderzochte maatregelen.

2 Kwantificering regeldrukeffecten

In dit hoofdstuk wordt per maatregel kort beschreven wat de verandering inhoudt en hoe zich dit vertaalt in handelingen die (al dan niet) minder tijd kosten dan de handelingen die men voorheen verrichtte.

De handelingen worden vervolgens vertaald naar een bedrag in euro's op basis van de PxQ berekening, waarbij P staat voor de tijdsbesteding vermenigvuldigd met het tarief van de betreffende persoon/functie. Q staat voor het aantal maal dat de handeling in totaal op jaarbasis gebeurt.

In de factsheets wordt een verlaging van de regeldruk aangegeven met een negatief aantal minuten en dus ook een negatief bedrag. Een verhoging van de regeldruk wordt als een positief aantal minuten en dus ook een positief bedrag aangeduid.

Alle factsheets hebben dezelfde opbouw:

1. Beschrijving maatregel
2. Ingangsdatum
3. Doelgroep (bedrijven, burgers, professionals)
4. Type regeldruk (administratieve lasten, toezichtslasten, inhoudelijke nalevingskosten)
5. Handelingen (oude situatie en nieuwe situatie)
6. Structurele effect in minuten
7. Uurtarief
8. Frequentie (op jaarbasis)
9. Mutatie in regeldruk



2.1 Optimalisatie aanvragen UZI-pas

2.1.1 Beschrijving

Het Unieke Zorgverlener Identificatienummer (UZI) is een in 2006 geïntroduceerd nummer dat in Nederland gebruikt wordt om een bij het zorgproces betrokken persoon te identificeren. Het nummer is gekoppeld aan het gebruik van de UZI-pas, een chipkaart die tot doel heeft om bij elektronische uitwissing van patiëntgegevens de veiligheid van die gegevens te garanderen. Er zijn vier verschillende soorten UZI-passen:

1. passen op naam,
2. passen niet op naam,
3. passen voor zorgverleners onder artikel 3 BIG,
4. passen voor zorgverleners onder artikel 34 BIG.

Sinds februari 2016 is het voor de groepen 1, 2 en 3 mogelijk om de UZI-pas digitaal aan te vragen. Voorheen moest men een papieren formulier invullen en opsturen. Het digitale invulformulier werkt op basis van inloggen met DigiD, op basis van de gegevens die reeds aan het DigiD zijn gekoppeld, worden er ook al invulvelden voorgevuld, zodat de aanvrager minder informatie hoeft op te zoeken, in te vullen en/of op te sturen

2.1.2 Ingangsdatum

11 februari 2016

2.1.3 Doelgroep

Bedrijven (zorgverleners worden als onderdeel van een bedrijf gezien)

2.1.4 Type regeldruk

Administratieve lasten

2.1.5 Handelingen

<i>Oude situatie</i>	<i>Nieuwe situatie</i>	<i>Tijdsverschil</i>
Naar de website en downloaden papieren formulier van de website, printen en ophalen.	Naar de website, opzoeken DigiD, inloggen DigiD en direct formulier op scherm. Geen tijdsverschil oude en nieuwe situatie.	0 minuten
Opzoeken ID-bewijs, kopie maken en bijvoegen in een envelop met het aanvraagformulier.	Is al geauthentiseerd via DigiD en maakt automatische link naar BRP.	-5 minuten
Alle informatie op het papieren formulier moet worden ingevuld.	Er wordt gebruik gemaakt van voorgevulde velden op de website, waardoor invultijd beperkt wordt.	-5 minuten
Versturing per post. Alle informatie bij elkaar zoeken en in een envelop doen en brengen naar de (interne) post (verstuurd naar antwoordnummer).	Nieuwe situatie: druk op de knop.	-5 minuten
Bij het in ontvangst nemen van de pas: identificatie met een fysiek paspoort of identiteitsbewijs noodzakelijk.		0 minuten

2.1.6 Structureel effect in minuten

-15 minuten

2.1.7 Uurtarief

UZI-passen worden aangevraagd door (gemiddelde tarieven conform Bijlage 5 handboek meting regeldruk):

- Artsen (uurtarief € 75,-),
- verpleegkundigen (uurtarief € 48,-) en
- administratief personeel (uurtarief € 37,-).

Er wordt uitgegaan van een verhouding 50%-25%-25% tussen artsen, verpleegkundigen en administratief personeel.

Gemiddeld uurtarief is derhalve (afgerond): **€ 58,75**

2.1.8 Frequentie

Aangenomen wordt dat het aantal aanvragen vergelijkbaar blijft met het voorafgaande jaar. In 2015 werden 24.532 passen aangevraagd. Op basis van de verdeling tussen de type passen (op naam, niet op naam, artikel 3 BIG, artikel 34 BIG) blijft 15% voorlopig op papier. 85% van 24.532 is **20.852** aanvragen¹.

2.1.9 Mutatie in regeldruk

- **€ 306.300²**

¹ Naast de verplicht papieren aanvragen wordt er uitgegaan van volledig gebruik van het digitale aanvraagformulier. Het is gebruikelijk om bij administratieve lasten van 100% naleving uit te gaan.

² Afgerond op veelvoud van honderd.



2.2 Opvragen informatie jeugdhulp door inspectie

2.2.1 Beschrijving

Sinds 2016 nemen de inspecties het registreren, analyseren en doorvoeren van verbeteringen mee in het reguliere risicogestuurde toezicht en vraagt men het dus niet meer apart bij alle instellingen voor jeugdhulp op.

2.2.2 Ingangsdatum

1 januari 2016

2.2.3 Doelgroep

Bedrijven/instellingen (aanbieders jeugdhulp)

2.2.4 Type regeldruk

Administratieve lasten

2.2.5 Handelingen

Voor 1-1-2016 moesten jeugdhulpinstellingen elk jaar een incidentenrapportage naar de Inspectie sturen. Dat ging volgens de Inspectie om circa 100 instellingen. Van 1-1-2016 hoeft dat niet meer. Ze moeten echter de rapportage wel opstellen, want de inspectie kan er in het kader van het risicogestuurde toezicht wel om vragen. Daarnaast is een vragenlijst over incidenten die deel uitmaakt van het risicogestuurde toezicht ingekort en aangepast (vooral gesloten vragen) en de frequentie daarvan is verminderd.

Qua handelingen is het versturen van de incidentenrapportage vervallen (schatting 10 minuten per instelling per jaar). Daarnaast is de invulbelasting voor de vragenlijst verminderd (schatting gemiddeld 30 minuten per instelling per jaar).

2.2.6 Structureel effect in minuten

- 40 minuten

2.2.7 Uurtarief

Aanname: de handeling wordt door managers verricht. Standaard gehanteerde uurtarief voor managers is **€ 63,-**

2.2.8 Frequentie

Het heeft betrekking op circa **100** instellingen

2.2.9 Mutatie in regeldruk

- € 4.200,-

2.3 Eerstelijnsverblijf van WLZ naar ZVW

2.3.1 Beschrijving

Tot 1 januari 2015 werd kortdurende herstellende zorg (na ziekenhuisopname) bekostigd via de AWBZ. Met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 was kortdurende opname op basis van de Wlz niet langer mogelijk. In 2015 en 2016 gold hiervoor een aparte Subsidieregeling Eerstelijns Verblijf (ELV). De indicatie hiervoor kon door arts of (transfer)verpleegkundige worden aangevraagd bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Deze aanvraag werd in de praktijk in de meeste gevallen door een transferverpleegkundige gedaan.

Per 1 januari 2017 zal het eerstelijnsverblijf bekostigd worden vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierdoor valt de indicatiestelling door het CIZ weg. Dit betekent dat de arts of transferverpleegkundige geen indicatie bij het CIZ meer hoeft aan te vragen, maar dat een directe doorverwijzing plaatsvindt. Hiermee vervalt een administratieve handeling richting de overheid (in dit geval het CIZ) uit het proces.

2.3.2 Ingangsdatum

1 januari 2017

2.3.3 Doelgroep

Bedrijven (zorgverleners worden als onderdeel van een bedrijf gezien)

2.3.4 Type regeldruk

Administratieve lasten

2.3.5 Handelingen

<i>Oude situatie</i>	<i>Nieuwe situatie</i>	<i>Tijdsverschil</i>
Beoordelen of aanvraag indicatie bij CIZ van toepassing is.	Handeling komt te vervallen.	-2 minuten
Aanmaken van een digitale aanvraag in online aanvraagstelsel Portero met aanvraagkeuze eerstelijnsverblijfszorg, in combinatie met het invullen van een vragenformulier met cliëntgegevens en kenmerken.	Handeling komt te vervallen.	-2 minuten
Opzoeken cliëntgegevens en invullen op vragenformulier (2 A4, grotendeels meerkeuzevelden), controle van gegevens.	Handeling komt te vervallen.	-14 minuten
Versturen en eventueel archiveren van gegevens.	Handeling komt te vervallen.	-2 minuten

2.3.6 Structureel effect in minuten

- 20 minuten

2.3.7 Uurtarief

Uitgegaan wordt van de volgende verdeling over de tarieven³:

- 96% transferverpleegkundige, tarief: € 48
- 2% arts, tarief: € 75

³ Op basis van aanvragen eerstelijnsverblijf naar aanvrager uit de kwartaalrapportages van het CIZ (2015 Q1 – 2015 Q3 en 2015 Q2 – 2016 Q1).



- 2% administratief personeel (cliëntondersteuning), tarief: € 37
Dit levert een gemiddeld tarief op van (afgerond) **€ 48,32**

2.3.8 Frequentie

Uitgangspunt is het aantal indicatieaanvragen sinds 2015. In de periode januari 2015 tot en met maart 2016 werden er gemiddeld circa 2.279 indicatie-aanvragen per maand gedaan. Dit komt neer op circa **27.350** indicatie-aanvragen per jaar.

2.3.9 Mutatie in regeldruk

- **€ 440.500⁴**

⁴ Afgerond op veelvoud van honderd.

2.4 Opiumwet

De regeldrukvermindering als gevolg van de veranderde toezichtspraktijk is reeds doorgerekend door SIRA (Quick Scan regeldruk reductiemaatregelen, 5 april 2016, waarbij gebruik wordt gemaakt van cijfers uit Minder regels, meer zorg; Businessanalyse regeldruk apotheken, Sira Consulting 2015). Deze wordt hier overgenomen.

2.4.1 Beschrijving

Aanpassing van de toezichtspraktijk. Niet langer toezicht op naleving ondertekening in onuitwisbare letters. Juridisch was het reeds mogelijk om elektronisch te ondertekenen, maar nu is ook het toezicht hierop aangepast.

2.4.2 Ingangsdatum

Nvt: de toezichthouder interpreteerde de Geneesmiddelenwet anders, dit is hersteld.

2.4.3 Doelgroep

Bedrijven/instellingen (artsen)

2.4.4 Type regeldruk

Inhoudelijke nalevingskosten.

2.4.5 Handelingen

In de Opiumwet wordt verwezen naar de Geneesmiddelenwet. Daar staat dat de elektronische handtekening mag. Dat is door de minister in een AO in februari 2016 bevestigd. Door het misverstand hadden apotheken het idee dat een dubbele administratie nodig was. Nu is gebleken dat deze dubbele administratie niet meer nodig is. De onduidelijkheid in de verplichtingen waar de inspectie op controleert is weggenomen. Het dubbel bijhouden van opiumwetrecepten verandert in enkel bijhouden.

2.4.6 Frequentie

Volgens SIRA:

- **1.900** zelfstandige en ketenapotheken
- **74** poliklinische apotheken
- **400** apotheekhoudende huisartsen

2.4.7 Mutatie in regeldruk

€ -6.380.200⁵

⁵ Afgerond op een veelvoud van honderd.



2.5 Wet langdurige zorg: AMVB experiment integraal pgb

Dit betreft een experiment waarvan het nog niet bekend is of (en zo ja hoe) het in de praktijk naar een landelijke maatregel wordt opgeschaald. Panteia is gevraagd een tentatieve berekening te maken van de mogelijke totale populatie als het experiment landelijk zou worden uitgerold.

2.5.1 Beschrijving

1. Met dit experiment wordt beoogd inzicht te krijgen in de gevolgen en mogelijkheden van het integraal budget ten aanzien van:
 - a. de mogelijkheid tot het flexibel gebruik van een integraal budget en de over- en onderbesteding van deelbudgetten binnen een integraal budget;
 - b. het op elkaar aansluiten van de verscheidene diensten waarvan de deelnemer gebruik maakt en de kwaliteit van die diensten;
 - c. de tevredenheid van de deelnemers en betrokken bestuursorganen of zorgverzekeraars.
 - d. de omvang van de administratieve lasten van deelnemers in verhouding tot de afzonderlijke rechten en aanspraken als bedoeld in artikel 9.3, eerste lid, onderdeel a.
2. Met dit experiment wordt informatie verzameld over de gevolgen voor de kwaliteit van de door deelnemers afgenomen diensten, de gevolgen voor de zelfredzaamheid van de deelnemers, de budgettaire en juridische mogelijkheden, toezicht en handhaving, en belemmeringen bij het vormgeven van een integrale pakket aan diensten dat in de plaats treedt van de afzonderlijke aanspraken of rechten op die diensten. Het experiment is gepubliceerd in het Staatsblad 418 / 2016 bij Besluit van 25 oktober 2016 met de titel Besluit experiment integraal pgb 2016).

Betreft een pilot in uitsluitend de gemeenten Delft, Meppel en Woerden. In deze factsheet is een inschatting gemaakt als deze pilot opgeschaald zou worden naar landelijke toepassing.

2.5.2 Ingangsdatum

Feitelijke start van de pilot op 1 februari 2016, officiële inwerkingtreding experiment 1 december 2016.

2.5.3 Doelgroep

Bedrijven/instellingen en burgers

2.5.4 Type regeldruk

Administratieve lasten en inhoudelijke nalevingskosten

2.5.5 Handelingen

Naar verwachting zorgt de pilot voor een vermindering van de administratieve lasten voor de deelnemers ten opzichte van de oude situatie. Voor de cliënten die meedoen aan de pilot zullen de administratieve lasten in eerste instantie eenmalig toenemen omdat er samen met de gemeente een integraal ondersteuningsplan en een persoonlijk plan gemaakt dient te worden. Van hen wordt verwacht dat zij een integraal begeleidingsplan opstellen. Het opstellen en bespreken van een plan dat voldoet aan alle regels kost ongeveer één werkdag. Vervolgens nemen de administratieve lasten af omdat de cliënt nog maar met één instantie te maken heeft, de gemeente. Voor de zorgaanbieders zullen de administratieve lasten afnemen omdat zij binnen deze pilot niet meer met vier verschillende budgetten (Wmo, Wlz, Zvw en Jeugdwet) uit drie verschillende domeinen te maken hebben, maar met een integraal budget dat wordt gefinancierd door een gemeente. Vanuit de één-loketgedachte werkt de gemeente samen

met het zorgkantoor, de zorgverzekeraar, het CIZ en betrokken indicerende verpleegkundigen of geneeskundige specialisten. Voor de cliënten zullen de administratieve lasten in eerste instantie eenmalig toemen omdat er samen met de gemeente een integraal ondersteuningsplan en een persoonlijk plan gemaakt dient te worden. Van hen wordt verwacht dat zij een integraal begeleidingsplan opstellen. Het opstellen en bespreken van een plan dat voldoet aan alle regels kost ongeveer één werkdag. Vervolgens nemen de administratieve lasten af omdat de cliënt nog maar met één instantie te maken heeft, de gemeente. Voor de zorgaanbieders zullen de administratieve lasten afnemen omdat zij binnen deze pilot niet meer met vier verschillende budgetten uit drie verschillende domeinen te maken hebben, maar met een integraal budget dat wordt gefinancierd door een gemeente.

2.5.6 Structureel effect in minuten

Enmalig: is er een toename voor cliënten van 8 uur.

Structureel bezien nemen de administratieve lasten af doordat men als cliënt alleen nog met de gemeente te maken heeft als burger en niet of minder met SVB, zorgkantoor en verzekeraar. Daarbij is aangenomen dat dit de **cliënt** op jaarbasis een **half uur** tot een uur aan tijd bespaard. Voor **zorgaanbieders en administrateurs** is aangenomen dat dit op jaarbasis een **kwartier tot een half uur per cliënt** aan tijd bespaart.

2.5.7 Uurtarief

Conform het Handboek Meting Regeldruk wordt een tarief van **€ 15** per uur gerekend voor **burgers / cliënten** en een gewogen gemiddelde voor **zorgaanbieders, verpleegkundige en administratief personeel** van **€ 59** per uur.

2.5.8 Frequentie

In april 2016 namen al cliënten deel aan het experiment in drie gemeenten. Door het aantal deelnemende cliënten te relateren aan het aantal gemeenten en/of de inwonertallen van deze gemeenten en op te hogen naar een landelijk totaal zal de totale mogelijke populatie zich bevinden **tussen 18.000 en 26.000 cliënten**. Het is onduidelijk hoeveel zorgaanbieders per cliënt betrokken zullen zijn. Als aanname is uitgegaan van gemiddeld 1,5 per cliënt. Als zodanig schatten wij het aantal betrokken **zorgaanbieders op tussen 27.000 en 39.000**.

2.5.9 Mutatie in regeldruk

Structureel gezien kan er een afname van de regeldruk berekend worden van € 0,1 miljoen tot € 0,4 miljoen voor burgers en voor zorgaanbieders van € 0,4 miljoen tot € 1,2 miljoen ofwel in totaal een structurele vermindering van regeldruk **van € 0,5 miljoen tot € 1,6 miljoen**.

LET OP! Dit betreft een tentatieve raming van de regeldrukeffecten indien het experiment wordt opgeschaald naar landelijk niveau.



2.6 Maatregelen NZa: a. Invoering integrale tarieven medisch specialistische zorg⁶

Dit is één van de maatregelen die door de NZa is doorgevoerd om de regeldruk te verminderen.

2.6.1 Beschrijving

Het afschaffen van de deelregulering houdt in dat deze vervangen wordt door één integrale regulering, die van toepassing is op het totaal van alle kosten voor de medisch specialistische zorg, dus ziekenhuiskosten en specialistenhonoraria, zonder dat sprake is van geormerkte componenten. Onder het beëindigen van de bestaande deelregulering verstaat de NZa:

- Het afschaffen van de aparte tariefregulering voor de honoraria van medisch specialisten;
- Het afschaffen van de bestaande prestatie- en tariefregulering voor onderlinge dienstverlening;
- Het afschaffen van het beheersmodel voor vrijgevestigde medisch specialisten;
- Het samenvoegen van de macrokaders voor ziekenhuiskosten en vrijgevestigde medisch specialisten.

Tot en met 2014 golden er voor medisch specialistische zorg verschillende bekostigingsregimes, wat ook leidde tot extra administratieve lasten omdat registratie- en declaratie-eisen verschilden. Per 2015 is dit door het afschaffen van de deelregulering opgeheven.

De maatregel leidt op papier tot minder inhoudelijke nalevingskosten vanuit de samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuizen omdat tariefregulering wordt afgeschaft. Volgens de brancheorganisatie van de medisch specialisten levert deze maatregel in de praktijk geen lastenverlichting op. In tegendeel: er moet door de specialisten juist meer worden onderhandeld met de ziekenhuizen over het aandeel in het tarief dat de medisch specialisten toekomt. Het gaat bij deze maatregel dus om een reductie van wettelijke lasten, die in de perceptie van de zorgverleners niet als zodanig wordt ervaren. Een en ander wordt gemonitord door de NZa (via de Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg). Voor de reductie van de wettelijke lasten is wel een raming gemaakt, die echter door de specialisten niet als zodanig wordt ervaren. We gaan hierbij uit van eenmalige aanpassingen binnen de administratieve systemen van medisch specialisten en ziekenhuizen om te kunnen voldoen aan de nieuwe registratie- en declaratie-eisen. Daarnaast zou het declareren minder lasten met zich kunnen meebrengen.

2.6.2 Ingangsdatum

1 januari 2015

2.6.3 Doelgroep

Bedrijven (zorgverleners/medisch specialisten en ziekenhuizen)

2.6.4 Type regeldruk

Inhoudelijke nalevingskosten

2.6.5 Handelingen

Concrete handelingen zijn lastig aan te geven omdat het merendeel van het werk via geautomatiseerde systemen zal verlopen. Voor de lastenramingen gaat het hierbij om eenmalige aanpassingen binnen de administratieve systemen van medisch specialisten

⁶ De berekening is nog niet goedgekeurd door alle betrokken partijen.

en ziekenhuizen om te kunnen voldoen aan de nieuwe registratie- en declaratie-eisen. Daarnaast zou het declareren minder lasten met zich kunnen meebrengen.

2.6.6 Structureel effect in minuten

Structureel: -10 minuten per maand, dus **-120 minuten** per jaar

Daarnaast vindt er een eenmalige aanpassing plaats: **+8 uur** (640 minuten)

2.6.7 Uurtarief

Uurtarief administratief personeel **€ 37,-**.

2.6.8 Frequentie

Er wordt uitgegaan van 7.200 medisch specialisten en 100 ziekenhuizen. Dus totaal **7.300**.

2.6.9 Mutatie in regeldruk

Eenmalig: **€ +2.160.800**,

Structureel: **€ -540.000** miljoen per jaar.



2.7 Maatregelen NZa: b. Controleprotocol nacalculatie Wiz

Dit is één van de maatregelen die door de NZa is doorgevoerd om de regeldruk te verminderen.

2.7.1 Beschrijving

'Zorgplan is realisatie' is een vorm van administratie en registratie van de geleverde zorg. Het helpt zorgaanbieders om administratieve lasten te verlagen omdat ze structuur aanbrengen in de registraties. Zorgkantoor en zorgaanbieder maken afspraken op welke wijze ze dit invoeren. De NZa heeft in 2013 hierover een traject doorlopen met branches in de Adviescommissie Care. In 2015 is het controleprotocol verscherpt op dit onderwerp.

Door deze maatregel hoeven zorgaanbieders minder informatie te leveren aan de zorgkantoren. In het geval de zorgaanbieder een vorm van registratie toepast waarbij dit gebaseerd is op het principe "zorgplan/zorgplanning is realisatie" geldt het volgende: de accountant stelt vast dat de zorgaanbieder zijn administratieve organisatie (AO) volgens dit principe heeft ingericht, met bijbehorende interne beheersingsmaatregelen die erop gericht zijn dat de modulaire zorg wordt geleverd en past binnen het indicatiebesluit van de cliënt. De accountant houdt tijdens zijn controle rekening met eventueel vastgestelde aanwijzingen dat de zorg mogelijk niet geleverd is of niet volgens indicatie geleverd is. Hoe de accountant dit verder vormgeeft wordt overgelaten aan zijn professional judgement.

2.7.2 Ingangsdatum

1 januari 2016

2.7.3 Doelgroep

Bedrijven (zorgaanbieders)

2.7.4 Type regeldruk

Administratieve lasten

2.7.5 Handelingen

Zorgaanbieders hoeven minder informatie te leveren aan de zorgkantoren ten behoeve van de jaarlijkse nacalculatie.

2.7.6 Structureel effect in minuten

Aangenomen wordt dat de besparing de helft van de regulier bestede tijd is⁷. De reductie komt dan uit op: 54 uur (= 3.240 minuten) per jaar⁸.

2.7.7 Uurtarief

Gemiddeld uurtarief verpleegkundige (€48) en administratief personeel (€37). Gewogen als 50%-50% = **€ 42,50**.

2.7.8 Frequentie

Aangenomen wordt dat minimaal de helft van de aanbieders hiervan gebruik maakt: **369** aanbieders

2.7.9 Mutatie in regeldruk

- **€ 908.800⁹**

⁷ Deze inschatting is gemaakt in samenspraak met de NZa.

⁸ Daarbij is uitgegaan van de oorspronkelijke tijdsbesteding berekend door SIRA Consulting (Regeldruk Hervorming Langdurige Zorg, 2014).

⁹ Afgerond op een veelvoud van honderd.

2.8 Maatregelen NZa: c. Controleverklaring Wlz¹⁰

Dit is één van de maatregelen die door de NZa is doorgevoerd om de regeldruk te verminderen.

2.8.1 Beschrijving

Om administratieve lasten te beperken hoeven zelfstandige zorgverleners zonder personeel (zzp'ers) sinds 2013, in tegenstelling tot andere Wlz-zorgaanbieders, geen controleverklaring bij de nacalculatie-opgave te overleggen. De kosten die hiermee gemoeid zijn hoeven zzp'ers dus niet te maken. Dit geldt ook voor aanbieders met een nulproductie. Dit scheelt de zzp'ers de kosten van een accountantsverklaring die bij de nacalculatie ingediend moet worden.

2.8.2 Ingangsdatum

1 januari 2013

2.8.3 Doelgroep

Bedrijven (zorgaanbieders/zzp'ers)

2.8.4 Type regeldruk

Administratieve lasten

2.8.5 Handelingen

Dit bespaart alleen externe (accountants)kosten. Het tarief van eenvoudige controleverklaring is € 125.

2.8.6 Structureel effect in minuten

Er is geen effect op de handelingen van de zzp'ers, daarom geen reductie in tijd.

2.8.7 Uurtarief

Niet van toepassing, het gaat alleen om externe accountantskosten.

2.8.8 Frequentie

Er zijn ca. 12.000 verzorgenden en verpleegkundigen als zzp'er werkzaam¹¹. Volgens opgave van de NZa waren er de afgelopen jaren gemiddeld ca. **360** zzp'ers die een nacalculatie-opgave moesten indienen. Voor hen vervalt de accountantsverklaring.

2.8.9 Mutatie in regeldruk

- **€ 45.000** per jaar¹².

¹⁰ De berekening is nog niet goedgekeurd door alle betrokken partijen.

¹¹ Bron: CBS

¹² Het gaat om regelgeving in het kader van de Wet Langdurige Zorg (Wlz) de regeldruk hiervan is reeds door- gerekend door SIRA Consulting (Regeldruk Hervorming Langdurige Zorg, 2014). Het is echter niet bekend in hoeverre SIRA de lasten die in het voorliggende hoofdstuk zijn beschreven in zijn berekening had meegenomen. Het is daarom voor ons niet duidelijk of deze lastenreductie kan worden opgeteld bij de door SIRA berekende lastenreductie door de invoering van de Wlz.



2.9 Maatregelen NZa: d. integraal tarief voor logeren

Dit is één van de maatregelen die door de NZa is doorgevoerd om de regeldruk te verminderen.

2.9.1 Beschrijving

Door het ontbreken van een integraal tarief voor logeren in de Wlz ontstond er voor bovenregionale zorgaanbieders administratieve lasten omdat ieder zorgkantoor eigen tarieven hanteerde voor bijvoorbeeld verpleging en persoonlijke verzorging. In de nieuwe beleidsregel wordt gewerkt met een integraal tarief voor logeren.

In plaats van 4 prestaties kunnen aanbieders van 'logeren' voortaan 1 integraal tarief hanteren voor het factureren van hun kosten.

Bij de oude prestaties moet de verzorger/begeleider noteren het aantal minuten persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding geleverd op een dag. Er zijn drie diensten vaak op een afdeling (3x8 uur). Dus 3 maal moet men de dossiers openen van alle cliënten op de afdeling en de minuten registreren en weer afsluiten. Planners moeten meer in detail plannen. Deze maatregel zorgt ervoor dat de materiële controle is een stuk minder werk met zich meebrengt. De kans op fouten in de declaraties is minder bij de nieuwe methode dus minder werk om foutieve declaraties te wijzigen.

2.9.2 Ingangsdatum

1 januari 2017

2.9.3 Doelgroep

Bedrijven (zorgaanbieders)

2.9.4 Type regeldruk

Inhoudelijk nalevingskosten en administratieve lasten (richting zorgkantoor)

2.9.5 Handelingen

Het bijhouden van de handelingen door personeel gaat minder tijd kosten. Het declareren van de kosten voor logeren wordt eenvoudiger en zal iets minder tijd gaan kosten. Dit neemt niet weg dat nog altijd zorgaanbieders hun personeel kunnen vragen om gedetailleerd bij te houden welke handelingen zij precies bij welke cliënt verrichten. Omdat de wettelijke verplichting wegvalt, gaat het dan niet meer om inhoudelijke nalevingskosten. In de perceptie van de zorgaanbieders verandert er in dat geval niets aan de ervaren regeldruk.

In de praktijk heeft dit gevolgen voor het verzorgend/verplegend personeel en voor de administratie.

Stel: 3 diensten op één cliënt. Verzorgend/verplegend personeel: dossier openen met ICT, invullen vier prestaties en sluiten. Administratief personeel: planning, materiele controle en correctie declaraties.

2.9.6 Structureel effect in minuten

Verplegend/verzorgend personeel: **9 minuten** per dag per cliënt

Administratief personeel: **1 minuut** per declaratie

2.9.7 Uurtarief

Verplegend/verzorgend personeel: **€ 48,-**.

Administratief personeel: **€ 37,-**.

2.9.8 Frequentie

Logeren: **90.000** dagen totaal

Raming declaraties¹³: **9.000** per jaar

2.9.9 Mutatie in regeldruk¹⁴

Verplegend/verzorgend: - € 648.000

Administratief: - € 5.600

Totaal: - **€ 653.600¹⁵**

¹³ Gebaseerd op 90.000 dagen, gemiddeld 15 dagen per cliënt, waarvan de helft over twee maanden verspreid:
 $90.000/15 \times 1,5 = 9.000$

¹⁴ NB: het is niet bekend in hoeverre SIRA in de berekening van de regeldrukeffecten van de Wet Langdurige Zorg (Wlz) rekening heeft gehouden met de lasten gemoeid met het hanteren van meerdere tarieven. Het is daarom voor ons niet duidelijk of deze lastenreductie kan worden opgeteld bij de door SIRA berekende lastenreductie door de invoering van de Wlz.

¹⁵ Bedragen afgerond op een veelvoud van honderd.



2.10 Het Roer Moet Om/Het Roer Gaat Om

2.10.1 Beschrijving

Regeldruk voor huisartsen kan verminderen indien partijen verder invulling geven aan de afspraken door CIZ indicatie inzichtelijk maken voor de huisarts, knelpunten in declaratieverkeer oplossen, verdere uniformering van kwaliteitsindicatoren, meermalig gebruik van kwaliteitsinformatie. De meeste afspraken binnen 'Het Roer Gaat Om' hebben betrekking op afspraken tussen huisartsen en zorgverzekeraars, apotheken en/of verstrekkers van hulpmiddelen. Deze afspraken vallen niet onder de regeldruk van de overheid. Alleen het verstrekken van de indicaties door het CIZ (in het kader van de Wlz) aan huisartsen valt hieronder.

2.10.2 Ingangsdatum

1 augustus 2016

2.10.3 Doelgroep

Bedrijven/instellingen (huisartsen) en burgers (patiënten)

2.10.4 Type regeldruk

Administratieve lasten

2.10.5 Handelingen

Huisartsen

Voorheen werden huisartsen niet geïnformeerd over een Wlz-indicatie, tenzij de patiënt of de zorginstelling dat aangaf. Daardoor wisten huisartsen niet dat een patiënt niet meer onder zijn verantwoordelijkheid viel (in het kader van de Zorgwet), maar onder de verantwoordelijkheid van de zorginstelling. Huisartsen gingen daardoor zelf rondbellen wat de status van de patiënt was, om te voorkomen dat verkeerde declaraties ingediend werden door huisartsen en het risico tegen te gaan dat zowel de huisarts als een instellingsarts met de behandeling van een patiënt bezig was. Per patiënt kostte het een doktersassistent circa 15 minuten om de juiste status te achterhalen en te verwerken. Nu krijgen de huisartsen een melding van het CIZ zodat het voorgaande wordt voorkomen en met het binnengekomen bericht alleen nog hoeft te verwerken (5 minuten). Per saldo betekent dit een vermindering van tien minuten per patiënt. Er is geen declaratietijd die verloren gaat als Wlz- of ZVW-declaratie. Wel krijgt de huisarts een hogere vergoeding bij Wlz. Belangrijk is ook dat via dit initiatief patiëntenleed wordt voorkomen in schrijnende situaties waardoor men opeens als patiënt een andere specialist ouderengeneeskunde toegewezen kan krijgen, terwijl men juist met de eerder toegewezen persoon een band had opgebouwd. Mensen raken in verwarring daardoor.

De huisarts krijgt nu een digitale melding van het CIZ. De huisarts moet dat lezen, aan de patiënt koppelen en verwerken in het patiëntendossier. Voor die tijd werd er gebeld door een doktersassistent om de status te achterhalen.

Burgers

De patiënt moet toestemming geven voor het doorgeven van de indicatie aan de huisarts. De patiënt doet dat door een hokje aan te vinken op het aanvraagformulier voor de indicatie. Nu is nog onduidelijk of iedereen dat ook doet.

2.10.6 Structureel effect in minuten

Huisarts: - **10 minuten**

Patiënt: + **1 minuut**

2.10.7 *Uurtarief*¹⁶

Tarief hoogopgeleide kenniswerker: € 54,-

Burger: € 15,-

2.10.8 *Frequentie*

116.400 cliënten per jaar

2.10.9 *Mutatie in regeldruk*

Huisartsen: € -1.047.600

Patiënten: € +29.100

Per saldo: € **-1.018.500**¹⁷

¹⁶ Conform Handboek meting regeldruk

¹⁷ NB: het is niet bekend in hoeverre SIRA in de berekening van de regeldrukeffecten van de Wet Langdurige Zorg (Wlz) rekening heeft gehouden met de lasten gemoeid met het vergaren van informatie door huisartsen bij het CIZ. Het is daarom voor ons niet duidelijk of deze lastenreductie kan worden opgeteld bij de door SIRA berekende lastenreductie door de invoering van de Wlz.



2.11 Vereenvoudiging meerzorgregeling op basis van experiment regelarm Abrona

Dit betreft een pilot waarvan het nog niet bekend is of (en zo ja hoe) het in de praktijk naar een landelijke maatregel wordt opgeschaald. Panteia is gevraagd een tentatieve berekening te maken van de mogelijke totale populatie als het experiment landelijk zou worden uitgerold.

2.11.1 Beschrijving

Het eerste experiment met de meerzorgregeling (gehouden bij zorginstelling Abrona) voor verstandelijk gehandicapten legde de nadruk op het effect van meerzorg op een groep cliënten of de omgeving en minder op individueel niveau. Hierdoor worden administratieve lasten verlicht. Eind 2011 is Abrona gestart met de deelname aan het experiment regelarme instellingen met het doel om de procedure voor de aanvraag van meerzorg/Extreme Zorgzwaarte te vereenvoudigen. Juni 2014 heeft de eerste audit vanuit het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) plaatsgevonden en op 20 oktober 2016 de tweede audit. Met de deelname aan het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) beoogde Abrona regels zowel intern als extern terug te dringen met als resultaat meer aandacht voor de cliënt. Het experiment heeft betrekking op 250 cliënten verdeeld over verschillende woonlocaties. In het kader van de geldigheid van indicaties heeft het CIZ binnen het experiment automatisch herindicaties afgegeven bij een gelijkblijvende zorgvraag en is gewerkt met taakmandaat. Voorts heeft Abrona de administratieve processen rondom de zorginhoudelijke indicatoren en de CQ-index vervangen voor een nieuw kwaliteitsdenken op basis van het zorgplan en heeft Abrona geëxperimenteerd met groepsgewijze financiering en toetsing van meerzorg door het CCE, via beschikking afgegeven door het zorgkantoor. Tot slot is gewerkt met een lumpsum-bekostiging waarbij het traditionele onderscheid in functies is losgelaten.

2.11.2 Ingangsdatum

Feitelijke start van de pilot in 2011 op basis van ERAI.

2.11.3 Doelgroep

Bedrijven/instellingen (zorgaanbieders)

2.11.4 Type regeldruk

Administratieve lasten en inhoudelijke nalevingskosten.

2.11.5 Handelingen

De meerzorgregeling is bedoeld om extra zorg voor cliënten met een zeer intensieve zorgvraag te financieren. Er is sprake van een zeer intensieve zorgvraag als de totale zorgvraag van de cliënt uitstijgt boven de zorg die de cliënt krijgt op basis van het geïndiceerde zorgprofiel (ZZP). Meerzorg is zorg die aanvullend op een zorgprofiel (ZZP) wordt geleverd. De meerzorgregeling is zowel voor cliënten die Zorg in Natura (ZIN) krijgen (ZZP, VPT en MPT) als cliënten die een persoonsgebonden budget ontvangen. Cliënten hebben de mogelijkheid om meerzorg via een toeslag te bekostigen, waarvoor een aanvraag kan worden ingediend. Zorgaanbieders vragen de meerzorg ten behoeve en namens de cliënt aan bij het zorgkantoor.

Door te werken met een lumpsum bedrag is er geen discussie meer over hoogte van individuele meerzorgbudgetten. Uit metingen van CCE blijkt dat de gemiddelde tijdsbesparing 20 uur bedraagt per aanvraag meerzorg. Toetsing vindt niet op individuele basis plaats maar door middel van een audit.

2.11.6 *Structureel effect in minuten*

Uit metingen van CCE blijkt dat de gemiddelde **tijdsbesparing 20 uur** bedraagt per aanvraag meerzorg.

2.11.7 *Uurtarief¹⁸*

Er wordt een tarief van een gewogen gemiddelde voor zorgaanbieders, verpleegkundige en administratief personeel van **€ 59 per uur** gehanteerd.

2.11.8 *Frequentie*

Volgens CCE deden in 2014 in totaal 2.800 cliënten een beroep op de meerzorgregeling, om er voor te zorgen dat de middelen bij de juiste cliënten terechtkomen, dienen zorgaanbieders jaarlijks circa 1.400 aanvragen in.

2.11.9 *Mutatie in regeldruk*

- € 1.700.000

LET OP! Dit betreft een tentatieve raming van de regeldrukeffecten indien het experiment wordt opgeschaald naar landelijk niveau.

¹⁸ Conform het Handboek Meting Regeldruk.



2.12 Afschaffen individuele beschikking bij extra kosten thuis regeling

2.12.1 Beschrijving

De regeling Extra Kosten Thuis (EKT) maakt het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om zorg thuis te ontvangen, ook al zijn de kosten voor zorg thuis hoger dan in een instelling. Het zorgbudget kan met de regeling EKT opgehoogd worden tot maximaal 125% van het pgb-budget. In plaats van 1 jaar, kan het extra budget vanaf 1-1-2017 voor 5 jaar worden aangevraagd. Dit zorgt voor minder administratieve lasten voor de burger i.e. de cliëntvertegenwoordiger en daarnaast voor minder lasten bij het zorgkantoor waar de aanvraag moet worden ingediend.

2.12.2 Ingangsdatum

1 januari 2017

2.12.3 Doelgroep

Bedrijven (w.o. zelfstandige cliëntvertegenwoordigers en zorgaanbieders)

2.12.4 Type regeldruk

Administratieve lasten

2.12.5 Handelingen

De regeling EKT wordt nog maar weinig gebruikt. Het is niet bekend hoeveel tijd met het invullen van de aanvraag is gemoeid. In een onderzoek van het onderzoeksbureau HHM¹⁹ wordt alleen iets gezegd over de aanvraag van 'Meerzorg'. Het invullen van de aanvraag Meerzorg kost veel tijd. De inschatting van HHM is dat dit 20 tot 50 uur kost. Er wordt niets gezegd over de tijd die het kost om de aanvraag EKT in te vullen. Dit lijkt in elk geval geen weerstanden op te roepen, respondenten geven niet spontaan aan dat dit veel tijd kost, maar dat er nog maar weinig ervaring mee is en dat de regeling EKT slechts door 49 mensen (in 2016) wordt gebruikt. VWS voorziet wel dat het gebruik van de regeling zal toenemen.

2.12.6 Structureel effect in minuten

EKT niet bekend, raming is -8 uur (**-640 minuten**) per cliënt. Deze reductie wordt in het tweede t/m het vijfde jaar van de beschikking behaald, dus gemiddeld -6,4 uur per jaar (**-384 minuten**)

2.12.7 Uurtarief

Cliëntadviseur **€ 48,-** (tarief verpleegkundige gehanteerd)

2.12.8 Frequentie

100 cliënten (uitgaande van een verdubbeling van het huidige aantal cliënten EKT)

2.12.9 Mutatie in regeldruk

- **€ 30.700,-** per jaar²⁰.

¹⁹ Onderzoek gebruik meerzorg, bureau HHM, mei 2016.

²⁰ Afgerond op een veelvoud van honderd.

3 Samenvatting: totale regeldrukeffecten

tabel 1 Regeldrukeffecten per maatregel (in euro's)

Maatregel	Burgers	Bedrijven	Totaal
1. Optimalisatie aanvragen UZI-pas		-306.300	-306.300
2. Opvragen informatie jeugdhulp door inspectie		-4.200	-4.200
3. Eerstelijns verblijf per 2017 onder de ZvW		-440.500	-440.500
4. Opiumwet		-6.380.200	-6.380.200
5. Wet langdurige zorg: AMVB experiment integraal pgb ²¹			-
6. Vermindering regeldruk Nederlandse Zorgautoriteit (4 maatregelen)		-2.147.400	-2.147.400
7. Het Roer Moet Om/het roer gaat om	+29.100	-1.047.600	-1.018.500
8. Vereenvoudiging meerzorgregeling obv experiment regelarm Abrona ²²			-
9. Afschaffen individuele beschikking bij extrakostenthuis regeling		-30.700	-30.700
Totaal	+29.100	-10.356.900	-10.327.800

Bron: Panteia, 2016

²¹ Omdat dit nog een experiment betreft en de werking in de praktijk nog onbekend is, wordt de schatting van de lastenverlichting (tussen de 0,5 en 1,6 miljoen euro) niet in de ze tabel opgenomen.

²² Omdat dit nog een experiment is en nog niet landelijk is ingevoerd, nemen we de geraamde mogelijke mutatie van -1,7 miljoen euro nog niet in de tabel op.



4 Onderzoeksverantwoording

4.1 Definities en werkwijze "handboek meting regeldruk"

De kwantitatieve regeldrukeffecten van de "Maatregelen" van VWS zijn berekend aan de hand van de definities en werkwijzen, zoals opgenomen in het Integraal Afwegingskader (IAK) en het zogenoemde Handboek meting regeldruk. Hieronder staat een korte samenvatting van belangrijke **definities** die voor de berekening van de regeldruk van belang zijn:

- Alleen regeldrukeffecten voortkomend uit rijkswet- en regelgeving van de Nederlandse overheid (wetten, AMvB's, ministeriële regelingen, beleidsregels) worden meegenomen in de kabinetsdoelstelling. Dit impliceert dat de analyse ook betrekking heeft op internationale en Europese regelgeving (bv. verordening of richtlijn) die omgezet is naar Nederlands recht. Effecten van EU-verordeningen met rechtstreekse werking worden niet betrokken.
- Het verlagen van de regeldruk valt uiteen in het verminderen van administratieve lasten en reductie van inhoudelijke nalevingskosten.
- Er wordt onderscheid gemaakt in regeldrukeffecten voor bedrijven, burgers en professionals.
- Bedrijven zijn private ondernemingen, maar ook door de overheid bekostigde instellingen kunnen hieronder vallen, zoals zorginstellingen in de: verpleging/ verzorging, thuiszorg, GGZ, jeugdzorg, niet-academische ziekenhuizen en daarnaast ook bijvoorbeeld RIAGG's, particuliere zorgverzekeraars en Gemeentelijke Geneeskundige Diensten (GGD's).
- Burgers kunnen zowel individuele burgers zijn als georganiseerde burgers (instellingen zonder winstoogmerk waarbij de middelen in merendeel afkomstig zijn uit contributies en bijdragen van huishoudens en uit inkomen uit vermogen). Ook kan rekening worden gehouden met verschillende doelgroepen van burgers, zoals chronisch zieken en gehandicapten.
- Professionals, daarbij gaat het om publieke professionals die namens de overheid een functie vervullen en direct contact hebben met burgers, bijvoorbeeld wijk(verpleegkundigen)²³.

Daarnaast zijn de volgende aspecten van belang voor de **berekening van de regeldrukeffecten**:

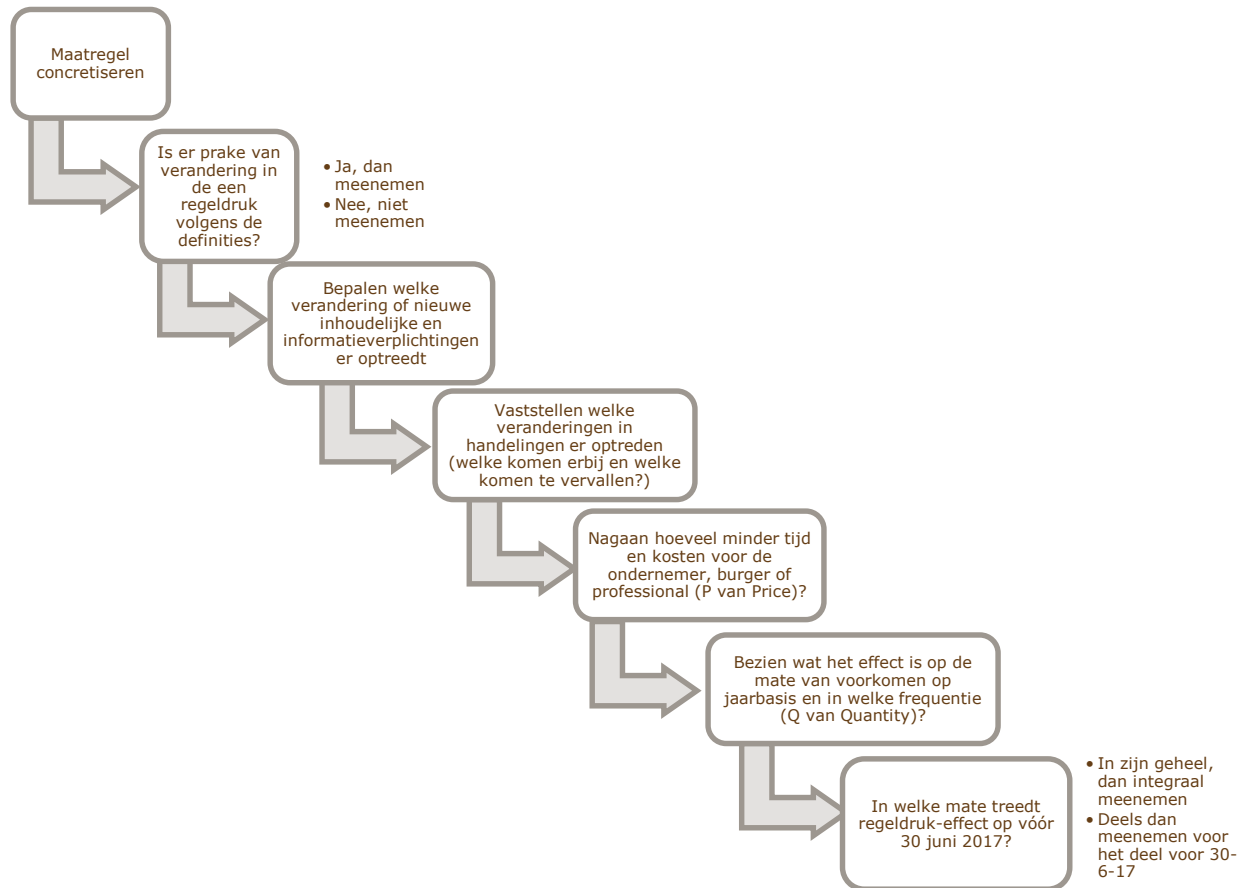
- Inventarisatie welke inhoudelijke en informatieverplichtingen te maken hebben met de "Maatregelen" gegeven de definities, welke handelingen een ondernemer, burger of professional daardoor niet meer hoeft te verrichten en/of hoeveel (minder) tijd en kosten deze handelingen met zich meebrengen voor de ondernemer, professional of burger (P van Price) en hoe vaak die (minder) voorkomen op jaarbasis en in welke frequentie (Q van Quantity).
- Berekening regeldrukeffecten conform het IAK en het Standaardkostenmodel (PxQ-model) conform het Handboek meting regeldruk. Uitgangpunten daarbij in bijzonder conform hoofdstuk 4 van het Handboek "Werkwijze meting regeldruk nieuwe, gewijzigde of vervallen wetgeving".
- Zowel eenmalige aanpassingskosten als jaarlijks terugkerende regeldrukeffecten worden becijferd.
- Bij het berekenen van regeldruk(vermindering) wordt 100% naleving als uitgangspunt genomen.
- Voor burgers en professionals geldt dat een regeldrukeffect in aantal te besparen uren in geld wordt uitgedrukt met een omrekenfactor van € 15 per uur, naast besparingen in 'out of pocketkosten'. Voor professionals wordt aangesloten bij de aanpak van bedrijven, waarbij het gemiddelde uurloon van een sector wordt toegepast.

²³ Zie voor de precieze definitie en eventuele uitzonderingen pagina 13 van het Handboek meting regeldruk.



4.2 Afweging in cascademodel

Per maatregel in dit onderzoek wordt een afweging gemaakt of deze kan worden toegevoegd als resultaat van de kabinetsdoelstelling ten aanzien van regeldrukverlaging, en zo ja in welke mate. De afwegingen en berekeningen staan hieronder schematisch in een cascademodel weergegeven.



In dit model worden de volgende stappen doorlopen:

1. Allereerst wordt gekeken in welke mate het om een concrete maatregel gaat. Dit wil zeggen: een maatregel waarin duidelijke voorschriften en handelingswijzen zijn opgenomen. De maatregel moet dus de ideeënfase al voorbij zijn. Er moet een beeld te vormen zijn van wat er voor burgers, bedrijven en professionals zal veranderen.
2. Vervolgens wordt getoetst of de verandering in regeldruk aan de definities van verlaging van regeldruk voldoet. Zo wordt bijvoorbeeld een verandering van regeldruk voor overheidsorganisaties niet meegenomen in de berekening.
3. Van de maatregel wordt bepaald welke inhoudelijke en informatieverplichting er verandert.
4. De handelingen voor naleving in de oude en de nieuwe situatie worden tegen elkaar afgezet.
5. Het verschil in tijd tussen de handelingen in de oude en de nieuwe situatie vermenigvuldigd met een tarief per (specifieke) functie of persoon (voor burger wordt een tarief 15 euro per uur berekend). Dit is de P van *price*.
6. De frequentie van de handelingen op jaarbasis wordt bepaald. Dit is de Q van *quantity*.
7. Er wordt nagegaan in welke mate een maatregel meegenomen kan worden als onderdeel van de kabinetsdoelstelling. Het kan namelijk voorkomen dat een maatregel gefaseerd wordt ingevoerd, deels voor en deels na 30 juni 2017, en daardoor niet voor 100% meegenomen kan worden in de kabinetsdoelstelling.

De uiteindelijke regeldrukeffecten worden berekend volgens de formule $P \times Q$, waarbij het daaruit vloeiende bedrag vermenigvuldigd kan worden met een percentage, als de effecten niet voor 100% in de kabinetsdoelstelling kunnen worden meegenomen.

Expert judgements

De ramingen van de regeldruk op bovengenoemde punten komt tot stand via expert judgement. Op grond van extensieve kennis en ervaring op het gebied van regeldruk hebben in eerste instantie senior onderzoekers van Panteia een schatting gemaakt van de regeldrukeffecten van de maatregelen en hebben zij dit onderling vergeleken om tot een consensus te komen. Daarnaast zijn er ook contacten met vertegenwoordigende organisaties gelegd om deze schatting van de regeldrukeffecten te verifiëren.



Bijlagen

Bijlage 1 Longlist maatregelen

Maatregelen opgenomen in dit rapport

<p>Optimalisatie aanvragen UZI-pas</p> <p>Proces is gedigitaliseerd en brengt daarmee o.a. minder administratieve lasten mee voor de gebruiker van de UZI-pas: Het hele aanvraagproces is nu digitaal en men hoeft geen stukken meer op te sturen. Ook wordt gebruik gemaakt van vooringevulde velden die de aanvrager niet zelf hoeft in te vullen/informatie op te zoeken.</p> <p>Doorrekening in paragraaf 2.1</p>
<p>Opvragen informatie jeugdhulp door inspectie</p> <p>Met ingang van 2016 zullen de inspecties het registreren, analyseren en doorvoeren van verbeteringen meenemen in het reguliere risicogestuurde toezicht en dus niet meer apart bij alle instellingen voor jeugdhulp opvragen.</p> <p>Doorrekening in paragraaf 2.2</p>
<p>Eerstelijns verblijf per 2017 onder de ZvW</p> <p>Momenteel geldt een subsidieregeling voor het eerstelijns verblijf onder de Wlz. Voor de toegang tot die zorg is er een CIZ indicatie nodig. Wanneer de zorg in 2017 wordt bekostigd vanuit de Zvw valt de indicatiestelling door het CIZ weg. Het is dan aan de zorgprofessionals zelf om te bepalen of eerstelijns verblijf is aangewezen (vanuit de eerste lijn de huisarts, in samenspraak met de wijkverpleegkundige en vanuit de tweede lijn de medisch specialist, in samenspraak met de transfer- of wijkverpleegkundige en de huisarts). Dit scheelt een (administratieve) schakel in het plaatsen van de patiënt in het eerstelijns verblijf.</p> <p>Doorrekening in paragraaf 2.4</p>
<p>Opiumwet</p> <p>Aanpassing van de toezichtspraktijk. Niet langer toezicht op naleving ondertekening in onuitwisbare letters. Juridisch was het reeds mogelijk om elektronisch te ondertekenen, maar nu is ook het toezicht hierop aangepast.</p> <p>Doorrekening in paragraaf 2.5</p>
<p>Wet langdurige zorg: AMVB experiment integraal pgb</p> <p>Een AMvB met een experiment voor een integraal persoonsgebonden budget. Een van de doelen is de reductie van AL voor deelnemers aan het experiment.</p> <p>Er is een raming in dit rapport opgenomen van de totale mutatie in de regeldruk wanneer deze maatregel in heel Nederland zou worden ingevoerd.</p> <p>Doorrekening in paragraaf 2.6</p>
<p>Vermindering regeldruk Nederlandse Zorgautoriteit</p> <p>Diverse maatregelen, zo heeft de NZa voor de afhandeling van budget- en nacalculatie aanvragen in zowel de zorgmarkten Care, Cure en voor beschikbaarheidsbijdragen een</p>



nieuw ICT-systeem geïmplementeerd waardoor informatie uitwisseling tussen zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars, zorgkantoren en de NZa veiliger wordt. Aanvragen en verantwoording van budgetten wordt eenvoudiger voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Ook wordt gewerkt aan de doorontwikkeling en vereenvoudiging van de dbc/dot-productstructuur voor de medisch specialistische zorg.

De doorrekeningen van vier maatregelen, die de NZa heeft doorgevoerd, zijn opgenomen in dit rapport in de paragrafen 2.7 tot en met 2.10

Het Roer Moet Om

Regeldruk voor huisartsen kan verminderen indien partijen verder invulling geven aan de afspraken door CIZ indicatie inzichtelijk maken voor de huisarts, knelpunten in declaratieverkeer oplossen, verdere uniformering van kwaliteitsindicatoren, meermalig gebruik van kwaliteitsinformatie.

Doorrekening in paragraaf 2.11

Vereenvoudiging meerzorgregeling obv experiment regelarm Abrona

In ERAI heeft Abrona geëxperimenteerd met de meerzorgregeling door deze zo regelarm mogelijk vorm te geven. Daarnaast zijn er op dit moment proeftuinen meerzorg 2.0 geïnitieerd door CCE, Wlz-uitvoerders, aanbieders en patiëntenorganisaties. Daarnaast hebben de NZa en het Zorginstituut op verzoek van VWS onderzoek gedaan naar de huidige mogelijkheden en knelpunten mbt de regeling. De resultaten van mei van dit onderzoek kunnen worden gebruikt om kwantitatieve vermindering te berekenen. Dit zijn de eerste uitkomsten als onderdeel van het definitieve adviesrapport dat einde 2016 volgt. Aan de hand van de uitkomsten daarvan kunnen conclusies getrokken worden, mede in de sfeer van vereenvoudigingen en de reductie van administratieve lasten.

Er is een raming in paragraaf 2.12 van dit rapport opgenomen van de totale mutatie in de regeldruk wanneer deze maatregel in heel Nederland zou worden ingevoerd.

Afschaffen individuele beschikking bij extrakostenthuis regeling (wetswijziging)

De NZa en het Zorginstituut doen op verzoek van VWS onderzoek naar de huidige mogelijkheden en knelpunten mbt de regeling. In mei komen zij met de resultaten van hun onderzoek. Dit zijn de eerste uitkomsten als onderdeel van het definitieve adviesrapport dat einde 2016 volgt. Aan de hand van de uitkomsten daarvan kunnen conclusies getrokken worden, mede in de sfeer van vereenvoudigingen en de reductie van administratieve lasten.

Doorrekening in paragraaf 2.13

Maatregelen niet opgenomen in dit rapport

Integratie jaardocument zorg-jeugdhulp

De instellingen voor jeugdhulp zijn net als de aanbieders in de gezondheidszorg verplicht een jaardocument aan te leveren waarmee zij zich verantwoorden. Om de bevraginglast en verantwoordingsdruk zo klein mogelijk te maken zijn beide jaardocumenten geïntegreerd.

Deze maatregel is niet opgenomen in dit rapport. Deze maatregel leidt namelijk niet tot een verandering in de regeldruk. De integratie van het jaardocument leidt er niet toe dat er meer of minder gegevens aangeleverd moeten worden.

Aanpak regeldruk medische hulpmiddelen en geneesmiddelen

Actal heeft een drietal adviezen uitgebracht op het gebied van genees- en hulpmiddelen. Op basis van deze adviezen neemt VWS verschillende maatregelen om de regeldruk te verminderen, onder andere in samenwerking met het Zorginstituut Nederland en het CBG.

Deze verzameling van verschillende maatregelen is niet opgenomen in het rapport. De meeste van deze maatregelen moeten nog verder worden uitgewerkt en/of zijn nog niet ingevoerd. Hierdoor zijn er in 2017 nog geen effecten van te verwachten. Enkele andere maatregelen zijn wel al ingevoerd, maar er zijn geen effecten voor de regeldruk.

Wijkverpleging: indiceren door wijkverpleegkundige zelf en vereenvoudiging bekostiging

Sinds 2015 indiceren wijkverpleegkundigen zelf de zorg in plaats van het CIZ. Vanaf 2015 is het mogelijk om op basis van de experiment ruimte afspraken te maken over een eenvoudige bekostiging waaronder een vast bedrag per patiënt. Vanaf 2017 wordt hier breed gebruik van gemaakt en wordt de norm bij de inkoop om te werken met één geïntegreerd tarief zodat het onderscheid tussen verpleging en verzorging komt te vervallen. Dit betekent een vereenvoudiging (en minder uitvoeringslasten) voor de zorgverleners en zorgverzekeraars.

De doorrekening van deze maatregel is niet opgenomen in dit rapport. Op het moment van het opstellen van dit rapport waren er nog te veel onduidelijkheden over de uitwerking van deze maatregel, waarbij de reeds ervaren en in de toekomst te verwachten regeldrukeffecten sterk uiteen liepen voor verschillende zorgaanbieders.

Wmo 2015

Een voorgenomen wetswijziging voor het uitzonderen van eenmalige pgb's van het trekkingsrecht van de SVB.

Deze voorgenomen wetswijziging wordt door het huidige kabinet niet doorgezet en is dus niet opgenomen in dit rapport.

Registratie aan de bron

In de acht universitair medische centra, bij Nictiz en de NFU is er het afgelopen jaar gewerkt aan het programma Registratie aan de bron. Het programma wil bereiken dat zorginformatie altijd en overal beschikbaar is voor patiënten en zorgverleners, door eenduidige registratie van die informatie voor meervoudig gebruik. Dit kan informatie-uitvraag door IGZ, NZa en verplichte kwaliteitsinformatie aan Kwaliteitsinstituut, beperken.

Deze voorgestelde maatregelen door ziekenhuizen zijn niet opgenomen in dit rapport. Er is namelijk geen sprake van regelgeving door VWS. Bovendien zijn de voorgestelde maatregelen nog onvoldoende breed door het veld opgepakt en/of doorgevoerd, waardoor er geen algemene regeldrukeffecten te berekenen zijn.

Traject met NZa, IGZ en ZIN inzake informatievoorziening declaratiegegevens

NZa, ZIN, IGZ, Vektis, ZN en VWS hebben afgesproken de informatiedeling eenduidiger en efficiënter vorm te geven, onder de randvoorwaarde van uiterst zorgvuldige omgang met privacy- en concurrentiegevoelige informatie. Dat draagt bij aan het doelmatiger functioneren van het stelsel waarvan ook de verzekerde en patiënt de vruchten plukken.

Deze maatregel is niet opgenomen in het rapport: er is geen sprake van regeldrukverandering in de huidige kabinetsperiode.



Vermindering regeldruk CAK

Het CAK heeft een verkenning uitgevoerd naar trajecten en voorstellen die bij kunnen dragen aan het verminderen van regeldruk voor hun klant en de keten. Het gaat daarbij om voorstellen op het gebied van standaardisatie, ICT oplossingen en verbeteringen op het gebied van gegevensuitwisseling.

Deze set aan maatregelen is niet in dit rapport opgenomen. Er is in de ingevoerde maatregelen sprake van een reductie van de gepercipieerde regeldruk niet van de feitelijke regeldruk. Van voorgestelde (maar niet ingevoerde) maatregelen is nog niet bekend of ze worden doorgevoerd en zo ja, in welke vorm. Daarbij dient dan ook nogmaals bekeken te worden in hoeverre ze daadwerkelijk aan wet- en regelgeving van VWS te relateren zijn.

Kwaliteits- & Doelmatigheidsagenda

Diverse maatregelen waarbij wordt ingezet op een permanente planmatige verbetercyclus, waarbij onder andere richtlijnontwikkeling, implementatie van richtlijnen, kwaliteitsregistratie, zorginkoop en zorgevaluatie kritisch onder de loep worden genomen en aangescherpt.

Deze maatregelen zijn niet opgenomen in dit rapport. Het betreft afspraken binnen de beroepsgroep, die niet direct gekoppeld zijn aan het ministerie van VWS of een ZBO. De Kwaliteits- & Doelmatigheidsagenda (K&D-agenda) richt zich op ondersteuning van gezamenlijke besluitvorming "Samen beslissen", maar ook op richtlijnontwikkeling, indicatorontwikkeling en dergelijke. Trajecten als het VIPP-programma van de NVZ, het Citrien-programma van de NFU en de zorgevaluatietrajecten zijn of worden in gang gezet. De uitvoering van de K&D-agenda is primair gericht op samenwerking tussen veldpartijen en VWS en is niet gericht op verplichtingen via regelgeving van VWS of ZBO's. Voorzover acties (bv indicatorontwikkeling) worden ingezet is dit iets waartoe partijen gezamenlijk besluiten en niet iets dat via regels van VWS of ZBO's wordt opgelegd. Als partijen elementen aan de transparantiekalender willen toevoegen of verwijderen verloopt de besluitvorming via een separaat daarvoor ingericht bestuurlijk overleg over de transparantiekalender en niet direct via bestuurlijke besluitvorming rond de K&D-agenda. Veel acties vanuit de K&D-agenda zullen pas op termijn resultaten opleveren. Bijvoorbeeld de ontwikkeling van nieuwe (modules van) richtlijnen waarover in januari 2017 wordt besloten welke onderwerpen concreet ter hand worden genomen. De doorlooptijd voor een richtlijn is vaak 1 tot 2 jaar zoals ook in de Kamerbrief van 3 november is vermeld. Acties op het terrein van indicatorontwikkeling, die veelal door de Patiëntenfederatie worden opgepakt, zullen naar verwachting in het tweede deel van 2017 tot resultaat leiden. Met de K&D-agenda treden mogelijk op de wat langere termijn effecten op, waardoor zij pas een beslag krijgen onder een nieuw kabinet na Rutte-2 en daarbij geldt ook dat mogelijke effecten een gevolg zijn van samenwerking tussen veldpartijen en niet op basis van een verandering van verplichtingen ingegeven is door het ministerie van VWS of ZBO's.

Laten vervallen van legitimatieplicht in zorgsector voor bepaalde groepen cliënten/patiënten

Sinds januari 2015 hoeven cliënten geen afschrift van een identiteitsbewijs meer te overleggen bij het aanvragen van een indicatie bij het CIZ, mits hun identiteit reeds is vastgesteld door een zorgaanbieder. Door deze maatregel wordt tegemoet gekomen aan de ervaren regeldruk van het tonen van een (geldig) identiteitsbewijs door ouderen of mensen met een beperking voor het verkrijgen van een indicatie.

Deze maatregel is niet opgenomen in het rapport. Er was namelijk geen sprake van een beleidsregel dat aanvragers een kopie van het identiteitsbewijs moesten meesturen. Dit is per abuis bij aanvang van de Wlz door het CIZ gesteld, maar dit verzoek is vrijwel direct teruggedraaid omdat het niet volgens de geldende wetten en regels rond de identificatieplicht is.

