

Vergaderjaar 2002–2003

24 036

Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit

Nr. 272

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 november 2002

Op 29 januari 2002 heeft de toenmalige minister van Welzijn, Volksgezondheid en Sport het eindrapport van de Commissie Terugdringing Administratieve Lasten Zorgsector (Commissie De Beer) getiteld «Minder regels, meer zorg» aangeboden aan de Tweede Kamer. Het rapport bevat tal van concrete voorstellen, gericht op het verminderen van de administratieve lastendruk in de zorgsector.

Bij de aanbidding van het rapport is de toezegging gedaan om de Tweede Kamer te informeren omtrent de implementatievoornemens met betrekking tot de voorstellen van de Commissie De Beer.

Bijgaand treft u het implementatieplan aan. Hierin gaan wij in op de voorstellen van de Commissie De Beer. De voorstellen van de Commissie zijn daartoe genummerd en van een reactie voorzien. Per voorstel staat aangegeven of het wordt overgenomen en zo ja, welke acties daarvoor nodig zijn. Verder is in de bijlage bij alle voorstellen aangegeven wie als eerste trekker belast is met de implementatie. Ook is een tijdsindicatie gegeven waarbinnen realisatie mogelijk is. Tot slot is per voorstel aangegeven of voor realisatie extra financiële middelen noodzakelijk zijn. Het implementatieplan is tot stand gekomen in nauw overleg met de betrokken colleges: het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ), het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College van toezicht zorgverzekeringen (CTZ). Deze colleges zijn inmiddels aan de slag om hun aandeel in de implementatie vorm te geven.

Het bovenstaande rapport en het daarop gebaseerde implementatieplan hebben uitsluitend betrekking op de zorgsector. Administratieve lasten komen echter ook buiten de zorgsector voor. Vandaar dat wij inmiddels aan het Economisch Instituut voor het Midden- en kleinbedrijf hebben gevraagd om een inventariserend onderzoek uit te voeren op de niet-zorgterreinen binnen het ministerie van VWS en om ons vervolgens aan

te geven op welke van deze terreinen het terugdringen van administratieve lasten succesvol kan worden opgepakt. Wij verwachten deze inventarisatie voor 1 januari 2003.

De hierboven geschetste aanpak inzake het reduceren van de administratieve lastendruk gaat sterk uit van het door de overheid initiëren en uitwerken van voorstellen zoals die door de Commissie De Beer zijn gedaan. Dit kan in onze ogen echter slechts alleen dan indien er sprake is van een goede en omvangrijke samenwerking met betrokken partijen in het veld. Ook in het veld ontstaan goede ideeën om de administratieve lastendruk terug te dringen en worden initiatieven hiertoe ondernomen. Als voorbeeld is ons bekend dat gewerkt wordt aan systemen om het overeenkomstenstelsel tussen beroepsbeoefenaar en verzekeraar via internet mogelijk te maken. Ook het digitaliseren van het declaratieverkeer wordt door partijen inmiddels al opgepakt. Wij vinden dat ook voor dergelijke initiatieven zo veel mogelijk ruimte moet bestaan. Daartoe zullen wij een «meldpunt» instellen binnen het ministerie waar initiatieven kunnen worden aangemeld en waar kan worden bezien welke gezamenlijke acties ertoe kunnen bijdragen dat deze initiatieven een succes worden.

Voor 1 mei 2003 zullen wij u wederom informeren over de stand van zaken binnen dit dossier. Aangegeven zal dan worden welke eerste (financiële) resultaten zijn geboekt op het terrein van de zorgsector en tevens welke andere, niet-zorgterreinen, zullen worden doorgelicht. Tevens zal dan worden ingegaan op de omvang van de investeringen die noodzakelijk zijn om een aantal voorstellen te kunnen realiseren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. J. de Geus

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp

INHOUDSOPGAVE

	Pagina
1 Inleiding	4
2 Bouw	6
3 Financiering	7
4 Prijzen	14
5 Informatievoorziening en enquêtes	18
6 Farmacie	21
7 Jaarverslaggeving	25
Bijlage:	
Schematisch overzicht van de implementatie van de voorstellen van de Commissie De Beer	28

1. INLEIDING

Op 29 januari 2002 heeft de Commissie Terugdringing Administratieve Lasten Zorgsector (de Commissie De Beer) haar eindrapport getiteld «Minder regels, meer zorg» aangeboden aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Per dezelfde datum is het rapport aangeboden aan de Tweede Kamer.

Het rapport bevat tal van concrete voorstellen, gericht op het verminderen van de administratieve lastendruk in de zorgsector. Aan de Tweede Kamer is de toezegging gedaan om haar te informeren omtrent de implementatievoornemens met betrekking tot de voorstellen van de Commissie De Beer. Met dit implementatieplan doen wij deze toezegging gestand.

Een Stuurgroep onder leiding van de Directeur Generaal Volksgezondheid heeft de voorstellen van de Commissie De Beer systematisch op implicaties en uitvoerbaarheid bezien. In deze stuurgroep participeerden naast vertegenwoordigers uit de verschillende geledingen van ons departement eveneens het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ), het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ). Dat heeft geresulteerd in een breed gedragen implementatieplan. De genoemde colleges zijn inmiddels aan de slag om hun aandeel in de implementatie vorm te geven.

De brancheorganisaties in de zorg, verenigd in het «Treekoverleg»¹ hebben aangegeven dat zij het rapport «Minder regels, meer zorg» hebben aangegrepen om ook zelf actief aan de slag te gaan met de vermindering van overbodige administratieve lasten. Daarbij maakt men onderscheid tussen quick wins en voorstellen die minder snel kunnen worden gerealiseerd. Inhoudelijk gezien onderschrijven de Treekpartijen de voorstellen van de Commissie De Beer. Wij zullen de Treekpartijen betrekken bij de verdere implementatie.

De Commissie De Beer heeft zich beperkt tot de grootste wetgevingscomplexen en de informatieverzameling op het terrein van de zorg. De Commissie geeft aan dat op enkele niet door haar onderzochte terreinen waarschijnlijk ook nog mogelijkheden tot vermindering van de administratieve lasten liggen. De Commissie noemt in dat verband enkele «wingebieden» zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de voedselveiligheid, de sectorfondsen Zorg en Welzijn en delen van de geneesmiddelenvoorziening. Daarnaast bestaan er wellicht mogelijkheden tot vermindering van administratieve lasten op andere VWS-terreinen. Wij hebben daarom onlangs het Economisch Instituut voor het Midden- en kleinbedrijf (EIM) de opdracht verstrekt om een quick-scan uit te voeren naar de administratieve lasten van de overige VWS-wet en regelgeving.

Ons beleid ten aanzien van het terugdringen van onnodige administratieve lasten is gericht op:

- Preventie: zorgen dat er geen onnodige lasten bijkomen;
- Onderhoud: kritisch kijken naar bestaande regels;
- Minder plichten: zoveel mogelijk onnodige verplichtingen schrappen;
- Betere uitvoering: dubbelingen schrappen in verplichtingen en stroomlijnen van verplichtingen die erg op elkaar lijken, maar toch net even anders zijn.

Besparingspotentieel

Het maximale besparingspotentieel van de voorstellen van de Commissie De Beer is door de Commissie (i.c. EIM) berekend op € 300 mln. op een totaal van € 1 mld. aan administratieve lasten in de zorgsector (uitkomst nulmeting EIM). Het gaat hierbij dus uitdrukkelijk om het *maximale* besparingspotentieel. Het besparingspotentieel dus, dat maximaal kan

¹ In het Treekoverleg participeren NVZ, OMS, Arcare, LVT, GGZ-n, VGN, LHV, KNGF, Paramedisch Verband, KNMP, KNMG en ZN.

worden bereikt als alle voorstellen van de Commissie volledig zijn geïmplementeerd. Daaraan vooraf gaat echter de vraag of alle voorstellen implementeerbaar zijn en zo ja, welke investeringen in bijvoorbeeld ICT daarvoor noodzakelijk zijn. Om besparingen in de toekomst te kunnen behalen, zijn er eerder investeringen nodig. Deze verdienen zich in latere jaren terug. Met name ten aanzien van de voorstellen op het gebied van de declaraties – die qua opbrengst bijna de helft uitmaken van het door de Commissie becijferde besparingspotentieel – zijn ICT-investeringen noodzakelijk. De kost gaat hier dus voor de baat uit.

Aangetekend zij voorts dat na het verschijnen van het eindrapport van de Commissie De Beer bij een aantal becijferingen van het besparingspotentieel kritische kanttekeningen zijn geplaatst over de verwachte omvang van het besparingspotentieel. Deze kanttekeningen zullen worden bezien en bij de implementatie worden meegenomen.

Wij hebben het EIM eveneens opdracht gegeven om een zogenaamde 1-meting te verrichten naar de administratieve lasten op dezelfde wet- en regelgeving die in de nulmeting is onderzocht. Op basis daarvan ontstaat een goed beeld van de over 2002 behaalde resultaten op de voorstellen van de Commissie. Komend voorjaar zullen wij u daarover informeren.

Organisatorische inbedding

De komende jaren zullen, op basis van de voorstellen van de Commissie en van dit implementatieplan, concrete stappen moeten worden gezet ter reductie van de administratieve lasten in de zorgsector. Een sterkere en beter zichtbare inbedding in de VWS-organisatie van het dossier administratieve lasten is daarvoor een voorwaarde. Wij hebben daarom een coördinatiepunt ingesteld dat tot taak heeft de terugdringing van de administratieve lasten op VWS-terrein gecoördineerd op te pakken. Ook achten wij het van groot belang dat de zorgsector zelf nadrukkelijk is betrokken bij de follow-up. Wij hebben daarom de reeds genoemde stuurgroep ingesteld. Deze stuurgroep geeft tevens sturing aan de werkzaamheden van het coördinatiepunt.

Op dit moment is reeds een duidelijke cultuuromslag binnen VWS, en ook bij de genoemde colleges zichtbaar als het gaat om de awareness voor administratieve lasten.

Leeswijzer

Bij de opstelling van dit implementatieplan is dezelfde indeling gehanteerd als in het rapport van de Commissie.

Dit betekent dat achtereenvolgens wordt ingegaan op de voorstellen van de Commissie ten aanzien van de onderwerpen Bouw (paragraaf 2), Financiering – inclusief subsidieregelingen, persoonsgebonden budget en sectorfondsen Zorg en Welzijn (paragraaf 3), Prijzen (paragraaf 4). In verband met de samenhang zijn de onderwerpen Informatievoorziening en Enquêtes gecombineerd (paragraaf 5). In paragrafen 6 en 7 gaan wij respectievelijk in op de voorstellen van de Commissie ten aanzien van de Farmacie en de Jaarverslaggeving.

Alle voorstellen zijn genummerd en voorzien van een reactie. In de bijlage zijn de voorgenomen acties, actoren, tijdplanning en netto lastenreductie volgens de Commissie De Beer schematisch aangegeven. Tevens is daar aangegeven of naar verwachting sprake is van de noodzaak van extra financiële middelen voor de uitvoering van het voorstel, of dat dit naar verwachting niet het geval is.

De verschillende paragrafen zijn als volgt opgebouwd:

- probleemschets Commissie De Beer;
- voorstellen Commissie De Beer;
- reactie van de minister en staatssecretaris van VWS.

2. BOUW

Probleemschets

Het belangrijkste knelpunt dat de Commissie constateert op het deelterrein Bouw is de administratieve last die ontstaat uit de irritatie, die veroorzaakt wordt door het gebrek aan doorzichtigheid en zekerheid en de ineffectiviteit van procedures. Ook ontstaan administratieve lasten door de directe tijd, die een instelling moet besteden aan het verkrijgen van goedkeuring voor de verschillende projecten.

Voorstellen van de Commissie De Beer

- B1 – Bevorder elektronische data uitwisseling en vereenvoudig (aanbestedings) procedures;
- B2 – Bevorder het gebruik van budgettair bouwen;
- B3 – Zet het instrument van de «bouwprioriteiten» in de wachtstand;
- B4 – Vereenvoudig de aanbestedingsprocedures voor projecten € 1.5 mln.;
- B5 – Scheidt de (bouw)maatstaven in harde eisen (basiskwaliteitseisen) en indicatieve eisen;
- B6 – Voer een jaarlijks verantwoordingsdocument in ter vervanging van de huidige kwartaalrapportages en eindrapportages;
- B7 – Verruim de meldingsregeling in combinatie met een opwaardering van het LTHP als bijbehorend sturingsinstrument.

Het CBZ onderschrijft alle voorstellen van de Commissie De Beer. Ten aanzien van de voorstellen B1, B2 en B5 is inmiddels aan het CBZ gevraagd (Z/PB-2 276 087; d.d. 3 mei 2002) om signaleringsrapporten dan wel uitvoeringstoetsen op te stellen op het gebied van elektronische data-uitwisseling, vereenvoudigde aanbestedingsprocedures, budgettair bouwen en de opzet van de bouwmaatstaven.

Met betrekking tot het vereenvoudigen van de aanbestedingsprocedures (B 4) zijn naast de gevraagde uitvoeringstoets tevens van belang de af te wachten aanbevelingen van de Parlementaire Enquêtecommissie Bouwnijverheid. Naar aanleiding daarvan zullen wij bezien hoe de aanbevelingen van de Commissie De Beer en die van de bouwenquête met elkaar te combineren zijn.

Het voorstel voor een gecombineerd jaarlijks verantwoordingsdocument (B 6) wordt gecombineerd met voorstellen op de terreinen Prijzen (§ 4) en Jaarverslaggeving (§ 7).

Het voorstel van de Commissie De Beer betreffende verruiming van de meldingsregeling in combinatie met een opwaardering van het LTHP (B 7) wordt op dit moment niet opgevolgd, maar wellicht in een later stadium. In de sector algemene ziekenhuizen is besloten tot een pilot. De resultaten hiervan worden afgewacht alvorens te beslissen over al dan niet brede toepassing.

Op dit moment bestaat er geen aanleiding om het voorstel inzake het systeem van bouwprioritering (B3) op te volgen. Momenteel wordt de bestuurlijke actualisatie van bouwprioriteiten 2001–2004 geëvalueerd, waarna zal worden besloten of de huidige methodiek zal worden voortgezet. Daarnaast wordt gestudeerd op vereenvoudiging van de momenteel gebruikte procedures.

3. FINANCIERING

Analoog aan de presentatie van de verbetervoorstellen in het eindrapport van de Commissie De Beer zijn de maatregelen met betrekking tot de implementatie van de voorstellen gerubriceerd op basis van de door de Commissie geselecteerde casussen.

CASUS VERZEKERINGSGERECHTIGDHEID: MUTATIES

Probleemschets

Bewerkelijke mutaties doen zich voor bij de in- en uitschrijving van Ziekenfondswet (ZFW) naar Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) en omgekeerd. De administratieve lasten worden veroorzaakt door zowel het administratieproces als het grote aantal mutaties op jaarbasis.

Voorstellen Commissie De Beer (kort samengevat) F1 – Automatiseren en digitaliseren mutatieproces verzekeringsgerechtigdheid;

F2 a + b – Verminderen van het aantal complexe mutaties door de mobiliteit van bepaalde groepen verzekerden «aan banden te leggen».

De problematiek is opgesplitst naar een aantal onderdelen:

F1 – mutatieproces bij de verzekeringsgerechtigdheid;

F2a – mutatieproces bij studenten;

F2b – mutatieproces bij flexwerkers.

Mutatieproces bij de verzekeringsgerechtigdheid (F1)

Voorstel is het verlagen van de drempel voor zorgverzekeraars om deel te nemen aan het automatiseringssysteem RINIS door bij deelname te garanderen dat iets anders ook daadwerkelijk kan worden afgeschaft (derhalve geen eis om dubbele bestanden bij te houden).

Voorstel is voorts dat verdere digitalisering kan bijdragen aan de reductie van de administratieve lasten rond de werkgeverscontrole. Voorgesteld wordt een bredere toepassing van het gebruik van het systeem RINIS. Als de gegevensuitwisseling beter en sneller verloopt kan een deel van de controle overbodig worden. Voorwaarde is dat de werkgeverscontrole in de huidige vorm wordt afgeschaft en dat wordt nagedacht over nieuwe controlerichtlijnen.

Samen met het CVZ ondersteunen wij het «Programma voor de ontwikkeling van het RINIS-concept in de zorgverzekeringssector» van harte. Alle bij de uitwisseling van deze gegevens betrokken partijen (naast VWS zijn dat het CVZ, de ziekenfondsen, het Ministerie van SZW en het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV)) zijn positief over de voortgang van dat programma. Het programma voorziet in een implementatie van RINIS in de zorgverzekeringssector uiterlijk per 1 januari 2005.

Het voorstel betreffende het verlagen van de drempel voor zorgverzekeraars om aan het RINIS-concept deel te nemen, ondersteunen wij evenzeer. Het programmastreven is er op gericht dat uiteindelijk alle ziekenfondsen zullen deelnemen aan deze gegevensuitwisseling en dat het papieren bericht komt te vervallen.

Het voorstel dat verdere digitalisering kan bijdragen aan de reductie van de administratieve lasten rond de werkgeverscontrole kunnen wij daarom eveneens ondersteunen.

Mutatieproces bij studenten (F2 a)

Voorstel is een keuze te maken uit een drietal voorstellen. Deze houden in dat studenten boven de 18 jaar of blijven «zitten waar ze zitten» of allemaal worden ondergebracht in de ZFW of allemaal worden ondergebracht in de WTZ.

In het strategisch akkoord zijn afspraken gemaakt over vernieuwingen in het zorgstelsel (verzekeringswet per 2005). Daardoor wordt dit aspect opgelost. Tussentijdse actie op dit punt achten wij niet meer relevant.

Zoals hiervoor is aangegeven in de probleemschets doen zich voor studenten bewerkelijke mutaties voor bij de in- en uitschrijving van ZFW naar WTZ en omgekeerd. Geconstateerd is dat het doorvoeren van die mutaties veel administratieve lasten oplevert. Kern van het probleem wordt gevormd door de mobiliteit van de groep studenten en het feit dat er te weinig is geregeld rondom digitale gegevensuitwisseling. Wij zullen bezien op welke wijze dit laatste aspect kan worden gefaciliteerd. De Stichting uitvoering omslagregelingen (SUO) heeft gewezen op de mogelijkheid van het gebruik van het sofi-nummer hierbij. Wij zullen deze door de SUO naar voren gebrachte oplossing op haalbaarheid bezien.

Mutatieproces bij flexwerkers (F2b)

Voorstel is dat in het licht van de vergoeding (restitutie) de aanvraag tot restitutie tussen particuliere en ziekenfondsverzekering alleen kan worden ingediend bij de verzekeraar waar de flexwerker verzekerd is. Verzekeraars met alleen een particuliere tak worden, als het gaat om restituties, verdeeld «over het land» en gekoppeld aan een vast ziekenfonds.

Het tweede voorstel op dit gebied betreft het uitbreiden van de termijn waarbinnen het verzoek tot restitutie moet zijn ingediend bij de verzekeraar van maximaal een half jaar naar maximaal een jaar na einde loondienst.

Het derde voorstel is dat ten aanzien van de controle en vordering bij flexwerkers de zorgverzekeraar met de verzekerde van te voren afspraken maakt over de handelwijze in geval een week niet is gewerkt. De twee laatstgenoemde voorstellen zijn inmiddels opgepakt in de CVZ-circulaire Flexwerk en ziekenfondsverzekering d.d. 8 mei 2002). Het CVZ is verzocht om in overleg met de ziekenfondsen te bezien of het eerste voorstel eveneens kan worden gerealiseerd en indien tot realisatie wordt overgegaan op welke wijze invulling daarvan zou kunnen plaatsvinden (brief Z/VV-2 297 521, 8 juli 2002). Daarover komt in december 2002 nader bericht van het CVZ.

CASUS VERZEKERINGSGERECHTIGDHEID: CONTROLES

Probleemschets

Deze casus gaat over de werkgeverscontrole en verzekerdencontrole.

De werkgeverscontrole richt zich op het juist hanteren door de werkgever van de aan- en afmeldingsystematiek. De controle is wettelijk verplicht en een ziekenfonds dient in enig jaar 10% van de werkgevers te controleren.

De verzekerdencontrole door het ziekenfonds dient voor het ziekenfonds als basis voor het verkrijgen van een uitkering uit de algemene kas. Deze controle kost relatief veel tijd, is betrekkelijk klantvriendelijk en blijkt door de lage respons in de praktijk niet altijd effectief.

F3 – De Commissie De Beer stelt voor om de werkgeverscontrole in de huidige vorm af te schaffen en nieuwe controlerichtlijnen op te stellen waarbij gebruik wordt gemaakt van RINIS. De Commissie stelt tevens voor om de controles vooral te richten op «risicogroepen» om daarmee het aantal controles terug te dringen.

De huidige wijze van controle is dringend aan vernieuwing toe. Dit traject is reeds in gang gezet: in december 2001 is een rapport hierover door het CTZ uitgebracht met aanbevelingen aan het CVZ. De aangegeven oplossingsrichting houdt in dat daar waar mogelijk de werkgeversverklaring verzekeringsgerechtigdheid via digitalisering/elektronische berichten-uitwisseling te laten lopen, en daarbij zoveel mogelijk het RINIS-concept te benutten en gebruik ervan te stimuleren.

De realisatie hiervan kan bijdragen aan een meer efficiënte controle van de verzekerdengegevens bij de zorgverzekeraars. Samen met het CVZ beoordelen wij de initiatieven om te komen tot een nieuwe controle-aanpak zonder meer positief en zullen wij de nodige acties nemen.

Ten aanzien van het voorstel om bij de verzekerdencontrole over te stappen van integrale controles in een bepaalde tijdsacyclus op controles op risicogroepen, heeft het CVZ de nieuwe controlerichtlijnen met het oog op het boekjaar 2003, in juni 2002 vastgesteld. De door de Commissie De Beer voorgestane focus op steekproeven en risicogroepen is daarmee mogelijk.

CASUS INDICATIESTELLING

Probleemschets

Door de huidige wijze van uitvoering van de indicatiestelling in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden in de praktijk veel administratieve lasten ervaren. Er is meer communicatie dan nodig is, overlap van werkzaamheden en hiaten. Kern van het probleem is een te sterke focus op het microniveau: voor elke zorgvraag wordt een apart indicatietraject gestart. Bovendien is er sprake van zeer grote volumes bij de indicatiestelling.

Voorstel Commissie De Beer

F4 – Samengevat luidt het voorstel van de Commissie: vereenvoudig de uitvoering van de indicatiestelling door te protocolleren, mandateren, categoriseren en door een adequate afstemming in de zorgketen.

Wij werken samen met de Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO), het Landelijk centrum indicatiestelling in de gehandicaptenzorg (Lcig) en de indicatiestellers in de GGZ aan een verdere vereenvoudiging van de indicatiestelling. De modernisering van de AWBZ leidt overigens als vanzelf tot een afname van de bureaucratie. De eerste resultaten van de inspanningen zijn te vinden in de nieuwe LVIO-richtlijn «Met speed indiceren».

Het College Implementatie Indicatiebeleid volgt het beleid op het gebied van de indicatiestelling kritisch en rapporteert daarover periodiek aan de Staatssecretaris. De vereenvoudiging van het indicatiebeleid valt ook onder het aandachtsgebied van deze commissie.

CASUS EIGEN BIJDRAGEREGELING

Probleemschets

Het uitvoeren van de eigen bijdrageregelingen binnen de AWBZ brengt veel administratieve lasten met zich mee. Deze worden met name veroorzaakt door de complexiteit van de regelingen (detailniveau), het naast elkaar bestaan van verschillende regelingen en de complexiteit van de uitvoering. Ook hier is een te sterke focus op het «microniveau», terwijl er eveneens sprake is van zeer grote volumes.

Voorstel Commissie De Beer (samengevat)

F5 – Pas alternatieven toe (zoals vrijstellingsregelingen) voor het realiseren van medefinanciering via de huidige eigen bijdrageregelingen, vereenvoudig de uitvoering van de eigen bijdrageregelingen door uniformering en categorisering, en maak gebruik van de mogelijkheden die elektronische gegevensuitwisseling biedt.

Het CVZ werkt momenteel aan de invoering van het verzamelinkomen als grondslag voor de eigen bijdrage. Hierdoor wordt een vereenvoudiging gerealiseerd die procedures voor de cliënten gemakkelijker zal maken. Verder worden alle stappen in de uitvoering tegen het licht gehouden van de voorstellen van de Commissie.

De elektronische gegevensuitwisseling etc. richt zich op het item procesverbetering eigen bijdrageregelingen voor verblijf en thuiszorg. Het uniformeren van het loonbegrip richt zich op het uniformeren van de grondslagen voor de eigen bijdrageregelingen.

De huidige stand van zaken is als volgt:

De bijdragegrondslag voor het persoonsgebondenbudget (PGB) en extramurale zorg is dezelfde, namelijk het gecorrigeerde verzamelinkomen.

Het CVZ heeft de coördinatie van de invoering per 1 januari 2003 van de vrijwel identieke grondslag verzamelinkomen voor de bijdrageregeling intramurale zorg. Alles ligt tot heden op schema, de standaard voor geautomatiseerde gegevensuitwisseling wordt nu bij de zorgkantoren geïmplementeerd. De acties zijn de volgende:

- VWS maakt de regeling;
- CVZ heeft de algehele coördinatie en verzorgt de implementatie bij de invoering;
- ZN/CAK/VEKTIS/ZK regelen de standaard en de inbouw in automatisering.

Bij dit laatste zal aan het begin van het proces ook het zorgkantoor elektronisch de GBA-check gaan uitvoeren, zodat fouten in de NAW+-gegevens al in het begin van de keten worden gesignaleerd. Hiermee wordt een aanzienlijke versnelling in de verkrijging van het belastbaar inkomen bij de Belastingdienst beoogd. De kosten van de GBA-check zullen naar verwachting grotendeels gecompenseerd worden door het bijna geheel vervallen van de jaarlijkse herziening per 1 juli. Wel zal het CAK de aanvragen van de zorgkantoren over de hoogte van het verzamelinkomen moeten gaan verwerken. Daar zal dus een uitbreiding van werkzaamheden optreden.

In het kader van de modernisering AWBZ streven wij naar één AWBZ-brede eigen bijdrageregeling extramurale zorg, in te voeren per 1 januari 2003. Overigens zal de thuiszorgbijdrage als overgangsmaatregel vooralsnog nog een jaar gelden.

De VWS-werkgroep Eigen Bijdragen heeft een voorstel gedaan over hoe per 1 januari 2003 in aansluiting op de gemoderniseerde PGB-regeling kan

worden omgegaan met de eigen bijdragen voor zorg in natura. Hierbij zal de indicatie bepalend zal zijn voor de eigen bijdrage.

Samenvattend kan worden gesteld dat de voorgestane maatregelen rond de uitvoering van de bijdrageregelingen op schema liggen.

CASUS MACHTIGINGEN

Probleemschets

De procedurele toegangsvoorwaarden die gelden voor diverse verstrekkingen in de zorg brengen veel administratieve lasten met zich mee voor verwijzers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het gaat hierbij om grote volumina. Voorts worden machtigingen voor bepaalde verstrekkingen in de praktijk als overbodig ervaren, bijvoorbeeld als er sprake is van jaarlijkse herhalingen bij chronische zorg.

Voorstel Commissie De Beer

F6 – De Commissie beveelt aan om de procedurele toegangsvoorwaarden tot de zorg af te schaffen en over te gaan op een systeem van toetsing achteraf. Machtigingen vooraf dienen uitsluitend in uitzonderingsgevallen te worden gehanteerd. De voorstellen van de Commissie hebben betrekking op de onderdelen poliklinische zorg, dagopname, ziekenhuisopname en paramedische zorg.

De Commissie heeft in haar rapportage aandacht besteed aan de procedurele toegangsvoorwaarden binnen de ziekenfondsverzekering (casus machtigingen) en heeft daarbij bovengenoemde verbetervoorstellen gedaan.

Het CVZ heeft op 27 juni 2002 een rapport inzake het toestemmingsvereiste voor ziekenhuisopname aan de minister van VWS uitgebracht. Het betreft hier de verstrekking met de meeste administratieve lasten voor verzekeraars en aanbieders. Het CVZ stelt voor om de toestemmingsvereisten voor opnamen in een ziekenhuis als algemene regel te laten vervallen.

De betreffende regeling is inmiddels dienovereenkomstig worden aangepast.

Ten aanzien van de overige verstrekkingen onderzoekt het CVZ verder de mogelijkheden tot reductie van de machtigingensystematiek. Wij verwachten daarover in 2003 nadere voorstellen van het CVZ.

CASUS BEZWAARSCHRIFTEN/BEROEPSPROCEDURES

Probleemschets

Bij verstrekkingenverschillen is er sprake van administratieve lasten veroorzaakt door de ZFW en de AWBZ. Bij deze geschillen moeten ziekenfondsen, als zij een bezwaar van een burger jegens de beslissing van het ziekenfonds ongegrond willen verklaren, de concept-beslissing eerst voorleggen aan CVZ. Deze geschillen concentreren zich rondom de hulpmiddelen en de plastische chirurgie. Alle overige bezwaarschriften/beroepsprocedures vallen onder de Algemene Wet Bestuursrecht (AWB) en daarmee buiten het onderzoeksterrein van de Commissie.

Voorstel Commissie De Beer

F7 – De Commissie De Beer beveelt aan om het aantal geschillen met betrekking tot deze verstrekkingen te verminderen door een betere informatievoorziening; bovendien pleit zij voor een steekproefsgewijze evaluatie in plaats van het voorleggen van alle bezwaren die een ziekenfonds ongegrond wil verklaren.

Het CVZ meent dat de bestaande adviesprocedure veel voordelen met zich meebrengt. Het advies van het CVZ voorziet de verzekerde en de verzeke-

raar van een onafhankelijke «second opinion». Dit advies blijkt in de praktijk een grote rol te spelen bij het afwickelen van de procedure. Het levert namelijk een grote zeefwerking op om de rechterlijke macht te ontlasten. Wanneer wordt overgegaan op steekproeven wordt de administratieve last weer voor een groot deel op het bord van de rechterlijke macht gelegd. Naast de zeefwerking beoogt de adviesprocedure ook het bevorderen van een eenduidige interpretatie van complexe regelgeving in een vroeg stadium en het tijdig signaleren bij het beleidsniveau van problemen, ontstaan ten gevolge van nieuwe regelgeving en nieuwe medische ontwikkelingen.

Om onnodige vertraging te voorkomen en een vlotte afhandeling te bevorderen heeft het CVZ in overleg met de zorgverzekeraars een gids uitgebracht met praktische informatie over verstrekkingengeschillen. Ook op andere manieren werkt het CVZ aan kennisverspreiding.

CASUS SUBSIDIEREGELINGEN

Probleemschets

De administratieve lasten die zich op dit terrein voordoen hangen vooral samen met het feit dat elke subsidieregeling zijn eigen financierings- en verantwoordingstraject kent. Door de Regeling subsidies AWBZ en ZFW die in 2000 van kracht is geworden wordt een grote mate van standaardisatie bereikt. Deze standaardisatie kan echter niet worden toegepast op de «oude» subsidieregelingen, waardoor ook hier administratieve lasten ontstaan.

Voorstellen Commissie De Beer

F8 – De Commissie stelt voor om de levensduur van een subsidieregeling te maximaleren op 2 jaar. Daarna moet worden bepaald of de regeling wordt afgeschaft of wordt opgenomen in de reguliere financiering (F8).

F9 en F10 – In het kader van de subsidieregelingen doet de Commissie De Beer verder voorstellen ten aanzien van Persoonsgebondenbudget (F9) en Sectorfondsen Zorg en Welzijn (F10).

Subsidieregelingen (F8)

De commissie constateert veel administratieve lasten als gevolg van de uitvoering van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet. In verband daarmee hebben wij besloten om de subsidies te beperken tot de eigenlijke doelstelling, namelijk pseudoverstrekingen.

Het CVZ is met ons van oordeel dat een onbegrensde/onbeperkte financiering via subsidies niet gewenst is.

Ik ondersteun een beperking van de subsidie in de tijd. Echter, deze periode moet lang genoeg zijn om te kunnen beoordelen of de financiering van de betreffende verstrekking moet worden gestopt dan wel wordt opgenomen in de reguliere financiering. Het beoordelen van de therapeutische werking van sommige weesgeneesmiddelen is hiervan een goed voorbeeld. Een beperking van de subsidieduur op bijvoorbeeld 5 jaar is hier meer adequaat. Aan de andere kant is het zo dat er nu subsidies zijn die veel te lang bestaan. VWS en CVZ voeren momenteel een scan uit om in beeld te brengen hoe lang subsidies lopen (en waarom dat zo is) om de voortzetting ervan te kunnen beoordelen. Begin 2003 verwachten wij nader te kunnen berichten op welke wijze verder zal worden omgegaan met de onderscheidene subsidieregelingen.

Persoonsgebonden budget (F9)

Het eerste voorstel van de Commissie over het persoonsgebonden budget (Pgb) heeft betrekking op een steekproefsgewijze controle van een doeltreffende en doelmatige besteding van het pgb door het zorgkantoor. Via modeltrajecten in het kader van de modernisering AWBZ zal worden gekeken naar de beste manier om de controle van de besteding van het pgb door het zorgkantoor vorm te geven. Of de controle het best steekproefsgewijs en zo ja, met welke intensiteit, kan worden uitgevoerd zal mede worden ingegeven door de resultaten van het modeltraject.

Bij de opzet van de nieuwe uitvoeringsstructuur pgb is zoveel mogelijk aangesloten op de reguliere uitvoeringsstructuur van de AWBZ en de reguliere taken van de Belastingdienst en het UWV. Het zorgkantoor heeft daarbij de verantwoordelijkheid voor de toekenning en verantwoordingscontrole. Het zorgkantoor keert een «netto pgb» uit: het bruto pgb vermindert met de eigen bijdrage. De eigen bijdrage bij pgb is daarmee een eenvoudige administratieve handeling zonder dat daarbij een daadwerkelijke inning aan de orde is. Deze rol aan de Belastingdienst toekennen lijkt eerder te leiden tot een complexere uitvoering omdat dan verantwoordelijkheden over meerdere partijen worden verdeeld.

Tot slot raadt de Commissie aan de ondersteuning bij werkgeverschap van cliënten bij het aanvragen en aanwenden van het pgb over te laten aan marktpartijen.

De SVB beheert op dit moment de dossiers van alle circa 35 000 budgethouders. Door de modernisering van de AWBZ en de vereenvoudiging van het pgb is de verwachting dat alleen een bepaalde groep budgethouders ondersteuning nodig zal hebben bij de administratie rond het pgb: budgethouders die te maken hebben met het volledig werkgeverschap. Deze groep is ongeveer 3000 budgethouders groot.

Om de lasten van de administratie waar deze budgethouders mee te maken hebben, te verlichten, wijst de overheid een facilitaire organisatie aan die op verzoek van een budgethouder kosteloos de administratie kan overnemen. De budgethouder blijft daarbij overigens zelf de regie voeren. Hij ontvangt het budget op zijn rekening en betaalt zelf de hulpverlener(s). De kosten van de facilitaire organisatie worden gedragen door de budgethouders gezamenlijk.

Een budgethouder bij wie sprake is van volledig werkgeverschap kan er in deze situatie ook voor kiezen zijn administratie onder te brengen bij een andere organisatie. Dit is dan echter ook niet kosteloos. Hetzelfde geldt natuurlijk voor de rest van de budgethouders.

De Tweede Kamer heeft ingestemd met het voorstel een facilitaire organisatie aan te wijzen speciaal voor budgethouders waarbij sprake is van volledig werkgeverschap (AO 24 januari 2002). De aanbestedingsprocedure voor de facilitaire organisatie wordt binnenkort afgerond.

Sectorfondsen Zorg en Welzijn (F10)

De sectorfondsen hanteren een aantal subsidie- en stimuleringsregelingen voor het terugdringen van het ziekteverzuim en het bevorderen van de instroom en het behoud van werknemers. Instellingen in de zorg- en welzijnssector kunnen daarvan gebruikmaken. De Commissie komt tot de conclusie dat de administratieve lasten voor de instellingen, verbonden aan die regelingen, niet in een goede verhouding staan tot de opbrengsten ervan. Weliswaar constateert de Commissie dat er de laatste jaren verbeteringen zijn aangebracht, maar naar het oordeel van de Commissie is er veel meer mogelijk. De Commissie noemt een aantal mogelijke opties, zoals opheffing van de fondsen onder toevoeging van de gelden aan de reguliere instellingsbudgetten of verdere verbetering en stroom-

lijning van de administratieve procedures bij de fondsen. De Commissie beveelt aan de voor- en nadelen van de verschillende opties in kaart te brengen en op basis daarvan een besluit te nemen.

Sociale partners zijn verantwoordelijk voor een goed functionerende arbeidsmarkt. Instrumenten van sociale partners om dat doel te bereiken zijn ondermeer de door sociale partners bestuurde sectorfondsen. Wij zijn voor het functioneren van de arbeidsmarkt dus niet verantwoordelijk, maar hebben er vanwege onze verantwoordelijkheid voor de zorgverlening wel belang bij. Daarom subsidieëren wij de sectorfondsen. In het verlengde van het voorgaande zijn de sociale partners ook verantwoordelijk voor de administratieve lasten die de subsidie- en stimuleringsregelingen van de sectorfondsen voor de instellingen teweeg brengen. Het is dus aan de sociale partners en niet aan ons om te besluiten aan die administratieve lasten het nodige te doen, zo dat mogelijk is. Dat neemt niet weg dat wij er wel alle belang bij hebben dat de door ons verstrekte subsidiemiddelen efficiënt en effectief worden aangewend en dat de instellingen zoveel mogelijk zorg kunnen verlenen.

Sociale partners en de besturen van de sectorfondsen zijn zich overigens terdege bewust dat zij in deze een belangrijke verantwoordelijkheid dragen. Ze hebben inmiddels ook al de nodige activiteiten op touw gezet om daarin verder te komen. In de eerste plaats moet in dat verband natuurlijk worden genoemd de fusie per 1 januari 2001 tussen de drie grote sectorfondsen tot twee nieuwe, te weten het sectorfonds voor de Zorg en het sectorfonds voor Welzijn, en één gezamenlijk uitvoerend bureau. Daarnaast – en dat is een activiteit die momenteel nog druk gaande is – is er de stroomlijning en samenvoeging van subsidieregelingen en de heroverweging/vereenvoudiging van de in de regelingen te stellen subsidievoorwaarden. En, om beter aan de behoeften van de instellingen tegemoet te kunnen komen, is ook de aanpassing van het bureau van de sectorfondsen al geruime tijd een belangrijk aandachtspunt.

Wij zijn van mening dat alles moet worden gedaan om de administratieve lasten voor de instellingen, die voortvloeien uit de activiteiten van de sectorfondsen, tot een minimum te beperken. Wellicht is nog meer mogelijk dan thans op de rails staat. In dat licht zullen wij dan ook met sociale partners (en sectorfondsen) in overleg treden en een dringend beroep op ze doen op dit punt tot het uiterste te gaan. Van de uitkomsten daarvan zullen wij u op de hoogte stellen.

4. PRIJZEN

CASUS BUDGETTERING

Probleemschets

Het proces van het maken van een productieafspraken met één of meerdere partijen leidt tot veel administratieve inspanningen bij zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar. Daar waar het gaat om het ontwerp van formulieren en het inrichten van de techniek is het vaak niet mogelijk om de productiecycclus op de beleidscyclus aan te laten sluiten. De verschillende partijen in het budgetteringsproces spreken niet dezelfde taal of houden er geen gelijklopende interpretaties van circulaire en beleidsregels op na.

Voorstellen van de Commissie Beer

- P1 – Maak eenduidige definities van producten, prijzen en werkwijze;
- P2 – Harmoniseer de beleids- en productiecycclus;
- P3 – Gebruik begrijpelijke taal in circulaire en beleidsregels.

Eenduidige definities van producten, prijzen en werkwijze (P1)

Wij zijn samen met het CTG van mening dat dit voorstel past in het streven naar een meer prestatiegerichte bekostiging van instellingen. Voor het eerste verzekeringscompartiment wordt dit meegenomen in het vervolgtraject Modernisering AWBZ. Voor het tweede verzekeringscompartiment loop dit actiepunt mee in het DBC-traject.

Harmonisatie beleids- en productiecycclus (P2)

Veel administratieve lasten en verstoringen van het financieel beheer ontstaan door tussentijdse en late aanpassingen van beleidsregels en tarieven. Ordening is geboden. Ambitie van alle actoren (CTG, partijen en overheid) is dat de relevante aanpassingen in beleidsregels uiterlijk in oktober worden uitgebracht voor het komende jaar. De regels zijn dan tijdig bekend, zodat het veld voorafgaand aan het boekjaar afspraken kan maken over productievolumina en prijzen. Vervolgens dienen aanpassingen tijdens het boekjaar tot een minimum te worden beperkt.

Gebruik begrijpelijke taal in circulaire en beleidsregels (P3)

Het CTG heeft intern reeds een aantal initiatieven genomen. Zo is men reeds gestart met een project gericht op de bewaking van de huisstijl en start men dit najaar met een externe klankbordgroep waaraan conceptteksten van beleidsregels en circulaire zullen worden voorgelegd voor een toets op leesbaarheid.

CASUS NACALCULATIE

Probleemschets

De functie van nacalculatie binnen de WTG is het vaststellen en het verrekenen van het instellingsbudget. Inmiddels is dit instrument uitgegroeid tot een middel voor controle en toetsing van het budget van de instellingen. Binnen de nacalculatie bestaan knelpunten die leiden tot administratieve lasten. Daarbij moet gedacht worden aan de handmatige verwerking van formulieren en regelmatige aanpassingen in de administraties van zorgaanbieders.

Voorstellen Commissie De Beer

P4a – Integreer het nacalculatieformulier in de jaarrekening;

P4b – Stel duidelijkere toetsingsprocedure vast;

P4c – Sluit controle op controle uit;

P4d – Maak afspraken over de maximum behandeltermijnen voor de afhandeling van de nacalculatie.

Het CTG heeft in zijn reactie op het rapport van de Commissie De Beer aangegeven dat door middel van het zogenaamde controleprotocol reeds (enige) aansluiting tussen jaarverslaggeving en nacalculatie is bewerkstelligd. Maar er is meer nodig, omdat de nacalculatie feitelijk plaatsvindt na de vaststelling van de jaarrekening, waardoor beide acties nauwelijks zijn te integreren in één document. Bovendien dient actie te worden ondernomen op de volgende terreinen:

- 1) Het digitaliseren van het berichtenverkeer, waaronder de nacalculatie, tussen instellingen en CTG;
- 2) Het digitaliseren van de verwerking van de jaarverslaggeving door de instellingen;
- 3) het koppelen c.q. integreren van de activiteiten die de instellingen moeten verrichten ten aanzien van nacalculatie en jaarverslaggeving.

Ad 1) Het digitaliseren van het berichtenverkeer tussen instellingen en CTG vergt een investering bij het CTG. Hiertoe is begin juli toestemming verleend. De ontwikkeling van het benodigde softwareprogramma is intussen gestart.

Ad 2) Voor het digitaliseren van de verwerking van de jaarverslaggeving door de instellingen is in opdracht van VWS een format in ontwikkeling dat volgend jaar beschikbaar komt.

Ad 3c) Het programma voor de nacalculatie en het format voor de jaarverslaggeving worden gekoppeld c.q. geïntegreerd. Dit vergt afstemming tussen CTG en de Werkgroep RJ-Zorg (zie hoofdstuk 7, Jaarverslaggeving). Aan beide is gevraagd om gezamenlijk een realistische planning te maken over hoe dit actiepoint zo effectief mogelijk kan worden opgepakt. De Stuurgroep Terugdringing Administratie Lasten voorziet in de coördinatie.

Een bijkomend punt waarvoor de Commissie nadrukkelijk aandacht vraagt zijn de termijnen, dat wil zeggen:

- de termijnen die de instellingen in acht horen te nemen ten aanzien van jaarverslaggeving en nacalculatie;
- de tijd die zorgkantoren en verzekeraars nodig hebben om te komen tot instemming met de nacalculatie (die als tweezijdig verzoek aan het CTG hoort te worden voorgelegd);
- de afhandelingstijd die het CTG nodig heeft om tot vaststelling van de nacalculaties te komen.

De Commissie wijst ook op het fenomeen van «controle-op-controle»: a) door de accountant van de instelling, b) door zorgkantoren/verzekeraars en c) door het CTG waarbij het rechtmatigheidsaspect meespeelt. De Commissie acht stroomlijning aangewezen, waarbij de suggestie is gedaan om te gaan werken met steekproeven. Wij zijn het daarmee eens. De voorgestane aanpak staat vermeld in het navolgende schema.

Schema: Aanpak termijn/controles ten aanzien van jaarverslag en nacalculatie over boekjaar t

A. Uiterlijk 30 juni t+1 (conform huidige RJZ)

Instellingen hebben jaarverslag en nacalculatie gereed, voorzien van een accountantsverklaring; digitaal toegankelijk voor onder meer zorgkantoor/verzekeraars en CTG.

B. Uiterlijk 31 oktober t+1

Instemming zorgkantoor/verzekeraars met de nacalculatie en tweezijdige indiening van het nacalculatieverzoek bij het CTG.

C. Uiterlijk 31 januari t+2

Vaststelling nacalculatie door CTG onder hantering van de volgende lijn.

C.1 Bij tijdige aanlevering en beschikbaarheid van de accountantsverklaring en instemming zorgkantoor/verzekeraars beperkt het CTG zich tot een steekproefsgewijze controle (niet te verwarren met toetsing aan de beleidsregels).

C.2 Eén-op-één controle (en zonodig arbitrage) vindt plaats in het geval van niet-tijdige aanlevering, dan wel het mankeren van de accountantsverklaring en/of instemming van zorgkantoor/verzekeraars.

De voorgestane aanpak raakt de administratieve processen bij instellingen, zorgkantoren, verzekeraars en CTG. Het CTG bespreekt dit met de

WTG-partijen en brengt hierover uiterlijk in februari 2003 een signalement uit. Na het uitbrengen van het signalement door het CTG staat te bezien in hoeverre relevante regelgeving moet worden aangepast.

Specifiek aandachtspunt

Een specifiek aandachtspunt geldt de zorgaanbieders en betreft de verkorting van de afschrijvingstermijn voor automatisering. De huidige afschrijvingstermijn die is vastgelegd in WTG-beleidsregels, bedraagt vijf jaar. In het bedrijfsleven en voor de fiscus wordt een afschrijvingstermijn van drie jaar aangehouden. Normalisatie is aangewezen. Dit zou evenwel een extra inzet aan financiële middelen van € 75 mln. structureel vergen.

CASUS DECLARATIE

Probleemschets

Het declaratieverkeer tussen instellingen en ziektekostenverzekeraars dan wel patiënten gaat samen met een aanzienlijke hoeveelheid administratieve lasten, met name bij de twee eerstgenoemde partijen. De verzekeraars dienen de nota's van de instellingen te controleren en adequaat te reageren bij onjuistheden. Bovendien sturen instellingen vaak meerdere nota's per patiënt naar verzekeraars. Ook worden nota's vaak nog met de hand verwerkt in tegenstelling tot elektronische alternatieven.

Voorstellen Commissie De Beer

- P5 a – Oprichting van een landelijke databank t.b.v. gegevensuitwisseling declaratieverkeer;
- P5 b – Meer steekproefsgewijze controles, bijvoorbeeld op basis van vooraf aangekondigde thema's;
- P5 c – Voer nieuwe tariefswijzigingen pas door nadat het tarief definitief is en partijen zijn geïnformeerd;
- P5 d – Maak duidelijke afspraken over maximum behandeltermijnen voor afhandeling van declaraties;
- P6 – Ontwikkel een elektronische postbus/clearinghouse waar zorgaanbieders de declaraties (in EDI-format) aanleveren;
- P7 – Inventariseer vooraf de consequenties van beleidsregels en stem hierover af met het veld;

De administratieve lasten, die samenhangen met het declaratieproces tussen instellingen/zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn gebaseerd op de huidige praktijk. In die praktijk kunnen verbeteringen worden gerealiseerd. Het CVZ initieert daartoe de volgende trajecten:

Traject 1ste zorgaanbieder: verbetering declaratieproces bij de bron. Nagaan op welke wijze het tijdig en juist declareren door de zorgaanbieder kan worden verbeterd en op welke wijze ondoelmatigheden kunnen worden geëlimineerd (genoemd door de Commissie De Beer: meerdere declaraties per geval).

Traject 2de zorgverzekeraar: verbetering afhandeling declaraties. Onderzoeken op welke wijze zorgverzekeraars kunnen bijdragen aan de verbetering van een tijdig en betrouwbaar declaratieproces door de zorgaanbieders. Nagaan op welke wijze de zorgverzekeraars kunnen worden gefaciliteerd bij de noodzakelijke controle en nagaan of bestaande controles worden vereenvoudigd.

Traject 3 (ondersteunend traject) het elektronisch berichtenverkeer en landelijke clearing: Uitgaande van de verbeteringen in traject 1 en 2 bestaat de behoefte om het elektronisch berichtenverkeer tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar te verbeteren. Nagaan welke

initiatieven al op dit punt lopen en nagaan of daar branchebreed gebruik van kan worden gemaakt. Verdere optimalisering moet worden nagestreefd conform het idee van de Commissie De Beer om de declaraties van de zogenaamde «verre verzekerden» landelijk te laten verwerken door een clearinghouse. Bij deze casus moet men er op bedacht zijn dat het genoemde besparingspotentieel gebaseerd is op meerdere oplossingsrichtingen, die niet gelijktijdig kunnen worden gerealiseerd. Ook zullen bij realisatie van het idee van het clearinghouse de nodige investeringen moeten worden gedaan. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen nauw bij de uitwerking van de probleemstelling worden betrokken.

Op initiatief van het CVZ zal over de genoemde trajecten een overlegstructuur worden opgezet waarbij naast het CVZ, in ieder geval betrokken zijn VWS, ZN en de NVZ. Met een afzonderlijk plan van aanpak zullen deze trajecten tot nadere voorstellen en activiteiten leiden.

Het bovenstaande traject vergt, gelet op de omvang en diversiteit, een meerjarige aanpak waarbij de besparingsresultaten zicht eerst in latere fasen zullen voordoen. Daarnaast zullen mogelijk aanzienlijke investeringen nodig zijn ter realisering van de voorstellen. De omvang van de noodzakelijke investeringen zal in de komende maanden worden geprognosticeerd.

Specifiek aandachtspunt

Uit ervaring met het Gemeenschappelijk Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB) en de huisartsendienstenstructuren blijkt dat de onderlinge verrekening tussen zorgaanbieders een struikelblok voor een adequaat gestroomlijnd declaratieverkeer kan zijn.

5. INFORMATIEVOORZIENING EN ENQUÊTES

De enquêtedruk zoals door de Commissie De Beer in beeld gebracht hangt ten nauwste samen met de meer algemene problematiek van de informatievoorziening.

Daarom wordt in deze paragraaf – weliswaar aan de hand van de bevindingen van de Commissie betreffende de enquêtedruk – eveneens ingegaan op meer algemene aspecten van de informatievoorziening.

CASUS VERMINDERING LASTENDRUK ENQUÊTES

Probleemschets

De Commissie De Beer constateert dat de zorgsector periodiek wordt geconfronteerd met 90 enquêtes, registraties en andere dataverzamelingsactiviteiten ten behoeve van beleid en wetenschap. Van deze dataverzamelingen worden er 30 door of namens de overheid gehouden. De overige 60 dataverzamelingsactiviteiten worden geïnitieerd door andere instanties, in 42 gevallen gaat het daarbij om brancheorganisaties. De dataverzamelingen door of namens de overheid vertonen in een aantal gevallen overlap met andere dataverzamelingen. Het gevolg is dat zorginstellingen of -praktijken dezelfde gegevens soms meerdere malen aan dataverzamelaars moeten verstrekken. Deze dubbele enquêtering veroorzaakt irritaties en onnodige kosten.

Hoofdvorstel Commissie De Beer

E1 – Afschaffen 11 dataverzamelingen;

Aanvullende voorstellen:

E2 – Actualiseren en expliciteren informatiebehoefte op grond van artikel 22 WZV;

E3 – Actualiseren en expliciteren informatiebehoefte van brancheorganisaties;

E4 – Initiëren structureel overleg tussen data/info gebruikers en -verzamelaars;

Enquêtes zijn goed in het tijdsbeeld van de jaren zeventig en tachtig te plaatsen. Een tijd waarin de informatievoorziening, in technologisch opzicht nog in ontwikkeling was. Vandaag de dag kan dat anders. In veel van de primaire processen op de werkvloer worden de gegevens vastgelegd die aansluiten op de informatiebehoefte van brancheorganisaties, de betrokken zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) en VWS. De informatievoorziening zal in de komende jaren zo worden veranderd dat informatie uit de primaire bron wordt afgetapt. Dat betekent in ieder geval dat van de zijde van de overheid geen gebruik meer wordt gemaakt van enquêtes voor de structurele informatievoorziening. Voor het eenmalig vergaren van informatie blijft de enquête het instrument. Dit betekent niet dat enquêtes regelmatig moeten worden afgenomen. De structurele informatievoorziening moet vrijwel volledig voorzien in de informatie. Bij hoge uitzondering, in goed overleg met de betreffende branche, zal gebruik worden gemaakt van enquêtes. Indien blijkt dat de informatiebehoefte verandert zal de structurele informatievoorziening worden aangepast. In overleg met de brancheorganisaties proberen we ook de enquêtes van de branche te vervangen door een structurele informatievoorziening. Zeer waarschijnlijk kan uit dezelfde bron van gegevens de meer specifieke informatie voor de branche worden afgeleid.

Ons ideaalbeeld ziet er zo uit: nul enquêtes van overheidswege. De informatiebehoefte is vastgelegd in een stabiele «basisset van gegevens». Deze informatiebehoefte wordt integraal voorzien uit de jaarverslaggeving en rechtstreeks uit de geautomatiseerde administraties van de primaire processen. Verder zijn de gegevens uit de jaarverslagen en uit de primaire processen tijdig beschikbaar, gevalideerd en betrouwbaar, afkomstig van 95% van de zorgorganisaties en toegankelijk voor tal van organisaties op een passend aggregatieniveau.

Hieronder geven wij u een overzicht van de acties die op de korte termijn en de wat langere termijn zullen worden opgepakt om uiteindelijk tot dit ideaalbeeld te kunnen geraken. Het betreffen zowel acties waarvoor het initiatief bij VWS ligt (in de voorwaardenscheppende sfeer) als acties waarvoor het voortouw ligt bij de brancheorganisaties, CBS en Prismant.

Korte termijn

- De brancheorganisaties die dat nog niet gedaan hebben, herstructureren hun jaarlijkse enquêtes. De financiële, personele en productiestatistiek worden geïntegreerd tot één enquête, eventueel aangevuld met andere specifieke enquêtes van de koepels. Dit scheelt in ieder geval papier en maakt een integrale invulling mogelijk. Ook kunnen vragen die duidelijk «verlopen» zijn, worden verwijderd;
- Beperking van de administratieve lastendruk is ook te bereiken wanneer Prismant, het CBS en het CTG onderling instellingsgegevens kunnen uitwisselen. De vertrouwelijkheid van de gegevens moet worden gewaarborgd. Brancheorganisaties kunnen hierbij een stimulerende rol vervullen;
- De brancheorganisaties organiseren een structureel overleg data/info gebruikers en verzamelaars;
- Individuele instellingen en de dataverzamelende instanties brengen verdere ICT-toepassingen tot stand om enquêtes overbodig te maken. Dit betreft het aftappen uit de primaire administratieve processen;

- Het CBS, CTG en Prismant wisselen onderling de informatie uit, en werken aan een versnellingslag van de bestaande enquêtes en werken aan een hogere dekkinggraad. Bonussen en kortingen voor de betrokken instellingen zijn een bespreekbare optie met VWS. Zo worden de 11 enquêtes afgeschaft, conform het voorstel van de Commissie De Beer;
- Het CBS, het CTG en Prismant leveren vanaf nu altijd gegevens over: de dekkinggraad van de steekproef, de termijn waarop 50% van de aangezochte zorgorganisaties heeft gerapporteerd, de termijn waarop naar verwachting 90% van de aangezochte zorgorganisaties gaat rapporteren;
- De naleving van de inleverdatum van de Jaarverslagen moet beter, desnoods onder toepassing van sancties;
- VWS treedt in overleg met betrokken instanties om het datamateriaal uit de jaarverslagen digitaal, uniform in een databestand kosteloos beschikbaar te maken voor alle relevante derden;
- VWS scheidt voorwaarden voor het CTG om de automatisering op het vereiste niveau te brengen;
- VWS financiert de verdere, interdepartementale ontwikkeling van het Basis Bedrijven Register (BBR), om dit veelbelovende instrument ook nuttig te laten worden voor de zorg;
- De brancheorganisatie van de sector verpleging en verzorging legt de nieuwe afspraken over de jaarverslaggeving naast de bestaande enquêtes. De jaarverslaggeving wordt indien nodig aangevuld met extra informatie en daarna worden de enquêtes geschrapt.

Langere termijn

- De jaarverslaggeving wordt ook op de andere punten uit het advies van de Commissie De Beer geschikt gemaakt om te dienen als bouwsteen van de informatievoorziening. De diverse brancheorganisaties worden geacht daartoe het initiatief te nemen;
- Steeds meer instellingen automatiseren op een adequate manier en plukken daar zelf de vruchten van met een lagere (papieren) enquête-druk;
- De verantwoordelijkheidsverdeling voor de informatievoorziening wijzigt. De overheid lift niet meer mee, maar bepaalt zelf de randvoorwaarden waaronder informatie wordt verzameld. Alle andere relevante partijen mogen «meeliften». De Trusted Third Party wordt uitgewerkt met de betrokken partijen, het principe van de informatieartikelen in de wet wordt gewijzigd.
- Enquêtes worden verder afgeschaft, naarmate de jaarverslaggeving en het aftappen uit de administraties van de primaire processen in de informatiebehoefte voorziet;
- De «basisset van gegevens» stabiliseert na alle organisatorische en zorginhoudelijke veranderingen.

6. FARMACIE

CASUS CONTROLE VERZEKERD ZIJN

Probleemschets

Voor de Ziekenfondswet geldt dat de verzekerde zelf geen rekening hoeft te betalen van de geleverde zorg (de geneesmiddelen en de dienstverlening door de apotheker), met uitzondering van die geneesmiddelen die geen deel uitmaken van het verzekerde pakket en de geneesmiddelen waarvoor een bijbetaling geldt. Ook voor het merendeel van de particuliere zorgverzekeraars geldt een dergelijk systeem. Dit is de reden dat het voor de apotheker noodzakelijk is om te weten wat de verzekerdenstatus is van de patiënt. In de praktijk werkt dit inefficiënt en loopt de apotheker financieel risico.

Voorstellen Commissie De Beer

- Fa1a – Apothekers ontvangen van zorgverzekeraars periodiek een Cd-rom met de status van de verzekerden;
- Fa1b – Invoering van zorgidentificatienummer;
- Fa1c – Online-verbinding met zorgverzekeraars gekoppeld aan apotheekstelsel.

Op deze voorstellen willen wij graag positief reageren en daarbij ook de actuele ontwikkelingen bij bepaalde zorgverzekeraars meenemen. Aan de implementatie van deze voorstellen hangt vanzelfsprekend een kostenplaatje.

De implementatie van deze voorstellen ligt vooral op het terrein van de zorgverzekeraars. Dit punt staat op de agenda voor het overleg met de zorgverzekeraars.

CASUS MACHTIGINGEN

Probleemschets

Voor ziekenfondsverzekerden geldt dat een verzekerde voor bepaalde behandelingen eerst toestemming moet vragen aan het ziekenfonds wil de behandeling voor rekening van het ziekenfonds verleend worden (vastgelegd in wet- en regelgeving). Particulier verzekerden moeten voor bepaalde zorg eerst toestemming vragen van de verzekeraar, wil deze zorg voor vergoeding in aanmerking komen (opgenomen in polisvoorwaarden). Door het tijdsverloop tussen aanvraag en afgifte van de machtiging is de effectiviteit van het machtigingstelsel in het geding.

Voorstellen van de Commissie De Beer

- Fa2a – Standaardiseren van procedures en formulieren individuele zorgverzekeraars;
- Fa2b – Vervangen van de «papier» stroom door elektronische informatie;
- Fa2c – Bij chronisch gebruik machtigingsaanvragen beoordelen en afhandelen door apotheker i.p.v. arts;
- Fa2d – Nagaan mogelijkheid van versoepelen of vervallen van machtigingen;
- Fa2e – De bewustzijnsverklaring dient zowel te kunnen worden gebruikt als machtiging voor import maar ook als «machtiging» om toch voor vergoeding in aanmerking te komen;
- Fa2f – Inventariseren instelling centraal machtigingstelsel voor alle zorgverzekeraars.

De bewustzijnsverklaring betreft een kwaliteitstoets die op zichzelf genomen zijn nut heeft. Door een dergelijke verklaring te verlangen, wordt de arts gedwongen stil te staan bij het feit dat hij de keuze heeft gemaakt om een ongeregistreerd geneesmiddel, dat niet vooraf is getoetst door het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), voor te schrijven. In de dagelijkse praktijk levert dit incidenteel extra werkzaamheden op voor de apotheker om de verklaring van de arts te verkrijgen. Wij onderschrijven het inventariseren van het vervallen of versoepelen van machtigingen.

Hierbij is het wel van belang in het oog te houden dat het stellen van voorwaarden aan de vergoeding door middel van bijvoorbeeld een machtigingsvereiste een belangrijk sturingsinstrument is voor zorgverzekeraars, CVZ en VWS om doelmatig voorschrijven te bevorderen. De Commissie Beleidsonderzoek Genees- en hulpmiddelen (BOGH) van het CVZ is op dit moment bezig met de aanbesteding van een onderzoek ter evaluatie van dit beleidsinstrument. Dit vindt plaats mede naar aanleiding van vragen vanuit de zorgverzekeraars om inzicht te krijgen in de inspanningen die zorgverzekeraars moeten leveren om de nadere voorwaarden (waaronder machtigingen) te effectueren, in relatie tot de mate van en kosten voor oneigenlijk gebruik.

Wij zullen de informatie uit dit onderzoek gebruiken bij de beoordeling van deze voorstellen.

CASUS CONTRACTEREN

Probleemschets

Iedere apotheker moet op basis van het overeenkomstenstelsel een separaat contract afsluiten met afzonderlijke zorgverzekeraars, waardoor administratieve lasten verder worden vergroot omdat er verschillen kunnen ontstaan in gecontracteerde diensten, verzekerde pakketten, verstrekkingenvoorwaarden en honoreringswijzen. De opheffing van de regionale werkingsgebieden van de ziekenfondsen veroorzaakt bovendien extra administratieve lasten omdat de apotheker contractuele relaties moet onderhouden met meerdere zorgverzekeraars. Zeker als per 1 januari 2003 de Uitkomsten van Overleg (UvO's) komen te vervallen zal iedere apotheker een separaat contract moeten afsluiten met afzonderlijke zorgverzekeraars.

Voorstellen Commissie De Beer

Fa3a – Meer en betere ICT-ondersteuning door zorgverzekeraars;

Fa3b – Of, indien het vorige niet mogelijk is, toestaan van uniformering in polisvoorwaarden en overeenkomsten (hanteren van een beperkt aantal typen contracten).

Dit is geen specifiek probleem voor de farmacie, het speelt bij alle zorgverleners. Het belang van verscheidenheid en differentiatie in de contracten weegt zelfs mogelijk zwaarder dan de administratieve lasten die deze structuur met zich mee brengt. Het probleem is derhalve genuanceerd. Er is een wetsvoorstel in de maak (wetsvoorstel herziening overeenkomstenstelsel) dat ingrijpende aanpassingen van het overeenkomstenstelsel voorstelt. De geschetste bezwaren worden daarin meegenomen. Uniformering van polisvoorwaarden schatten wij niet in als een reële optie, gezien de invloed van de Mededingingswet en de beoogde regierol van de zorgverzekeraars (concurrentie door onderscheid in gecontracteerde zorg en tariefstelling).

Ten slotte zij opgemerkt dat de Nederlandse Mededingings Autoriteit (NMA) inmiddels een consultatiedocument het licht heeft doen zien waarin concept-richtsnoeren over de toepassing van de Mededingingswet worden gegeven. Met name ook over het (collectief) contracteren en het contracteerbeleid waarin praktische «handvatten» worden gegeven waarmee overbodige administratieve belasting kan worden voorkomen. Na de consultatieronde worden deze richtsnoeren definitief vastgesteld.

CASUS VERSTREKKINGENBESLUIT

Probleemschets

De vergoeding van geneesmiddelen binnen de Ziekenfondswet is gebaseerd op het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Ook de particuliere verzekeraars hanteren deze regeling in het algemeen. Aanpassingen binnen het GVS leiden tot administratieve lasten. Als voorbeeld kan worden genoemd de 1-septembermaatregel waarbij de aanspraken voor buiten WTG-geneesmiddelen verder zijn beperkt, terwijl dit weer niet geldt voor chronische patiënten.

Voorstellen Commissie De Beer Fa4a – Betere voorlichting bij aanpassing regelgeving;
Fa4b – Heldere, eenduidige voorwaarden en definities hanteren in de regelgeving;
Fa4c – Nieuwe maatregelen vooraf door middel van scenariostudies toetsen.

Uiteraard is het van belang bij aanpassing van regelgeving tijdig en op heldere wijze alle betrokkenen te informeren over de reden van de maatregel en de consequenties voor eenieder.

Zoals de Commissie zelf ook aangeeft, is inmiddels de 1-septembermaatregel geëvalueerd door het CVZ. Daaruit blijkt dat er ook positieve effecten zijn te noemen van de maatregel in de zin van opbrengsten. In het kader van de modernisering van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) zullen definities op hun helderheid worden bezien, met name het herhaalrecept.

Ad scenariostudies: bij nieuwe regelgeving betreft de Raad van State bij haar advisering ook uitdrukkelijk de uitvoerbaarheid van de regeling. Ook de betrokkenheid van het Adviescollege administratieve lasten (Actal) dwingt tot het uitdrukkelijk aandacht besteden en afwegen van alternatieve mogelijkheden. Tezamen met de bewustwording van het belang van het doordenken van de consequenties van nieuw beleid in verband met genoemde actoren, wordt hier in voldoende mate in voorzien.

Ten algemene wijzen wij er op dat de GVS-vergoedingslimieten uiteindelijk zullen worden afgeschaft. Vooruitlopend daarop is het niet de bedoeling dat nog fundamentele wijzigingen zullen plaatsvinden, zoals een herberekening van de limieten of het introduceren van gedifferentieerde GVS-limieten. De wijzigingen die nu nog op stapel staan (modernisering, bevoegdheid experiment buiten werking stellen van sommige vergoedingslimieten) hebben als zodanig geen invloed op de werkzaamheden van individuele apothekhoudenden. De volledige ontmanteling van de GVS-vergoedingslimieten is afhankelijk van de resultaten en de evaluatie van voornoemd experiment.

CASUS REGELING ADMINISTRATIEVOORSCHRIFTEN

Probleemschets

Op basis van de Meerjarenaafspraken is met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) overeengekomen dat de apothekhoudenden voorlopig de registratie verzorgen van poliklinische receptuur. Zij registreren van welk specialisme het recept afkomstig is en welk ziekenhuis erbij betrokken is. Het doel daarvan is het bevorderen van transparantie en inzicht in de voorschrijfgedrag van specialisten. Het verschaft daarmee de zorgverzekeraars belangrijke informatie. De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verzorgt ten behoeve van de ziekenhuizen hierover rapportages. Daarnaast legt de regeling aan onder andere de apothekhoudende de verplichting op kortingen en bonussen te registreren. Probleem is dat

- de afkomst van het recept veelal niet volgens de eisen valt te registreren, vanwege het ontbreken van de benodigde gegevens
- apothekhoudenden mogen dan formeel niet afleveren (plegen anders economisch delict);

– kortingen en bonussen kennen veel gedaanten, deze zijn niet per productniveau vast te stellen.

Voorstellen Commissie De Beer

Fa5a – Vermelding van persoonsgebonden code arts (AGB)-code op recept;

Fa5b – Eventueel kunnen gegevens op het recept worden omgezet in streepjescodes;

Fa5c – Voorzie de apothekhoudenden regionaal van een actueel bestand van specialisten, gekoppeld aan de genoemde codes.

Het voorstel voor wat betreft de registratie van kortingen en bonussen komt erop neer dat deze registratie niet langer dient te worden opgelegd (dus schrappen uit de regeling).

Extra activiteit van de overheid lijkt op dit moment niet geboden omdat de Economische Controle Dienst (ECD) thans een onderzoek doet naar de uitvoerbaarheid van en praktijkervaringen met de Regeling administratievoorschriften alvorens over te gaan tot het handhaven daarvan. Daarbij is afgesproken dat de ECD expliciet kijkt naar de kortingen en bonussen. Naar aanleiding van de bevindingen van de ECD zal de regeling mogelijk worden aangepast. In het najaar wordt deze rapportage van de ECD verwacht.

In de Regeling administratievoorschriften is overigens *niet* opgenomen dat apothekhoudenden per afzonderlijk recept de verkregen kortingen en bonussen apart moeten administreren. Er staat dat uit de administratie een getrouw beeld moet zijn te halen over de aan een patiënt in rekening gebrachte farmaceutische hulp, het gehanteerde tarief en de materiaal-kosten: de werkelijk betaalde inkoopprijs van geneesmiddelen, de betaalde bruto inkoopprijs verminderd met op geld waardeerbare voordelen. Voor zover één pakketkorting wordt gegeven kan dan ook vrij gemakkelijk de verkregen kortingen worden berekend (factuurprijs verminderd met algemeen kortingspercentage).

Voorts zijn wij van mening dat, indien er niet valt te registreren (verplichting op grond van de WTG), dit niet betekent dat niet mag worden afgeleverd op grond van de WOG. Waar de apotheker er voldoende blijk van geeft aan de verplichting te willen voldoen maar niet kan, is er geen probleem, ook niet met de WTG.

Van belang is nog te vermelden dat in de zogenaamde definitiestudie het aantal soorten kortingen en bonussen is onderscheiden. Ook de beroepsgroep kon zich hiermee verenigen.

Die indeling is uitgangspunt geworden van het onderzoek naar kortingen en bonussen van PriceWaterhouseCoopers (waarop later de clawback-verhoging is gebaseerd).

In een aangespannen procedure heeft de rechter (ook in hoger beroep) de bezwaren ten aanzien van de Regeling administratievoorschriften (en met name ten aanzien van het niet kunnen registreren van de kortingen en bonussen) afgewezen.

CASUS ARCHIVEREN VAN ORIGINELE RECEPTEN

Probleemschets

Op grond van artikel 30 BUA zijn de apothekhoudenden verplicht de voorgeschreven recepten gedurende zes jaren te bewaren. Probleem is dat elektronische recepten meer en meer de praktijk gaan uitmaken terwijl de apotheker daarnaast er voor dient te zorgen dat alsnog het originele recept wordt verkregen en moet worden gearchiveerd.

Fa6 – Ontwikkel uniforme ICT-technieken waardoor elektronische opslag van recepten in de apotheek worden ondersteund en deze op echtheid kunnen worden getoetst. Streef naar acceptatie van dergelijke ontwikkelingen in het algemeen.

Wij ondersteunen dit voorstel. In de praktijk wordt er al veel elektronisch bewaard. Ten algemene geldt dat andere zorgverleners die onder de WGBO vallen, verplicht zijn hun dossiers gedurende minimaal tien jaar te bewaren (al dan niet elektronisch). In het vervolgtraject zullen ZN en CVZ worden betrokken in verband met de controlemogelijkheden voor zorgverzekeraars (vragen thans ook originele recepten op). Dit punt nemen wij mee in besprekingen met ZN, CVZ en IGZ. De uitkomst daarvan wordt zo mogelijk verwerkt in nieuwe geneesmiddelenwetgeving.

CASUS TOEZICHT DOOR IGZ

Probleem

Op basis van artikel 14 WOG dient de apotheker voordat hij de artseneijbereidkunst mag uitoefenen, zich in te schrijven bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in het register. Ook de apothekersassistente dient te worden ingeschreven door de IGZ in het register van apothekersassistenten. In de praktijk betekent dit veel briefwisseling tussen IGZ en de apotheker bij mutaties van apothekersassistenten en vakantiewaarnemingen.

Voorstel Commissie De Beer

Fa7 – Integreer de IGZ-registraties in het eigen kwaliteitssysteem van de apotheek, dat deel uitmaakt van de kwaliteitsborging van de apotheek. Dit ondervangt de noodzaak van het bijhouden van dergelijke registraties.

In het kader van de aanpassing van artikel 19 van de WOG komt de inschrijving van de apothekersassistente in het register van de IGZ reeds te vervallen.

In de nieuwe Geneesmiddelenwet komt het huidige onderscheid van verschillende registers te vervallen. Er wordt nog slechts één register bijgehouden: het register van praktiserende apothekers, waardoor IGZ zowel over een overzicht van locaties van receptgeneesmiddelen kan beschikken als van praktiserend apothekers. Dit geldt als belangrijke voorwaarde voor de IGZ om nog toezicht te kunnen uitoefenen. Dit actiepoint is dus reeds in gang gezet.

7. JAARVERSLAGGEVING

Probleemschets

De huidige systematiek van de informatieverstrekking door zorginstellingen en controle door accountants kenmerkt zich door een grote veelheid van verantwoordingen en bijbehorende accountantsverklaringen. Hierbij is sprake van verschillende definities en andere sortering van informatie.

Voorstellen Commissie De Beer

J1 – Ontwikkel de verplichte jaarverslaggeving tot het centrale instrument waarlangs zorgaanbieders zich verantwoorden over het gevoerde beleid en de daarmee bereikte resultaten, zowel financieel als inhoudelijk. Daarmee kan de jaarverslaggeving het vehikel worden om de vele aparte verantwoordingsstromen te bundelen, het toezicht te stroomlijnen, de controle te vereenvoudigen, de transparantie te versterken en de administratieve lasten in de zorgsector substantieel en structureel te beperken.

Wij zijn zeer ingenomen met deze voorstellen van de Commissie. De voorstellen sluiten heel goed aan op de al in de periode 1997–1999 ingezette acties op het terrein van de versterking van het financieel beheer. Toen is onder andere energie gestoken in het opnieuw op de rails zetten van de verantwoording van zorginstellingen. Er is in samenwerking met de Raad voor de Jaarverslaggeving een geheel nieuwe set van regels opgesteld – die daar waar dat kan – geheel gelijk zijn met het bedrijfsleven. Het verschil tussen een zorginstelling en een bedrijf in de markt is afgedekt met de «Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen» (RJZ). Dit is een miniregeling waarbij de relatie is gelegd met de wetgeving in de zorgsector in casu de WTG en de WZV.

De RJZ is in december 1999 gepubliceerd. In de toelichting is toen al gesteld dat het een nog niet afgeronde regeling was. Met name zou gewerkt worden aan het toevoegen van de niet-financiële informatie. Die ontwikkeling ziet men thans ook in het bedrijfsleven. Het is steeds meer het gebruik om niet alleen in het jaarverslag stil te staan bij het financiële resultaat, maar ook inzicht te bieden in beleidsafwegingen van de bestuurders en toezichthouders en informatie aan te reiken over relevante maatschappelijke discussiepunten. Voor de gezondheidszorg geldt daarbij de lijn van het rapport van de commissie Meurs «Health Care Governance». Vooruitlopend op deze ontwikkelingslijn heeft de RJZ daarover wel artikel 6 opgenomen met de toelichting dat er een continu proces van modernisering plaatsvindt. De harde financiële verplichtingen zijn opgenomen in artikel 4. Daarin is voorgeschreven dat voor een zorginstelling de opbouw zichtbaar moet zijn van het volgens de WTG vastgestelde budget en welke investeringen met name volgens de WZV in het boekjaar zijn gerealiseerd.

Het streven is dat de nacalculatie eerder wordt vastgesteld (zie § Prijzen, casus P4). Met inzet van de daarbij behorende ICT-modules leidt dat niet alleen tot een beperking van de administratieve lasten, maar ook tot een verhoging van de kwaliteit van het vast te stellen budget.

Inmiddels heeft het CTG het papieren nacalculatieformulier gedigitaliseerd en beschikbaar gesteld op internet. Wij hebben inmiddels alles in het werk gesteld – ook financieel – dat met deze stap de vervolgstap naar het jaarverslag met een druk op de knop zal plaatsvinden. Thans wordt nagedacht op welke wijze de daarna logische vervolgstap, gericht op de informatisering van gegevens uit het jaarverslag, kan worden gezet.

Ten aanzien van de automatisering van jaarverslaggeving is door het CBZ alle medewerking toegezegd om te komen tot een unieke verantwoording van de bouw via het jaarverslag. VWS zal – zowel vanuit organisatorisch als financieel oogpunt – stimuleren dat uit de individuele boekhoudingen van een zorginstelling geheel automatisch het te verantwoorden document in een standaard format kan worden gepubliceerd.

Tenslotte is te bezien of de verantwoording kan worden vereenvoudigd door de integrale weergave van de bouw en de budgetopbouw te comprimeren in het verantwoordingsdocument en uitsluitend integraal aan te bieden door middel van een elektronisch format bij Prismant. De meer specifieke informatie voor speciale groepen is dan wel beschikbaar, maar stoort de gemiddelde daarin niet geïnteresseerde gebruiker niet meer. Daarna kan worden overwogen of, in navolging van de Amerikaanse beurstoezichthouder, kan worden gekomen tot een spreiding van informatie in de tijd. Waarom wachten tot het moment van publicatie van het jaarverslag in de maand mei als onderdelen daarvan al geheel afgerond zijn in februari? Wij gaan thans na of bijvoorbeeld de opbouw van het budget en de investeringen in het jaarverslag 2003 eerder beschikbaar kunnen komen. Aan het CTG is gevraagd hierover een signalement uit te brengen (zie ook § Prijzen; casus P4).

Uiteraard zullen wij deze stappen nemen in overleg met de betrokkenen. Ook zal daarbij aandacht besteed worden in welke mate het toezicht van het CTG daarop wijzigt, indien deze belangrijke beleidsinformatie is voorzien van een accountantsverklaring met een rechtmatig karakter.

Per voorstel is aangegeven:

- Op welk voorstel de acties betrekking hebben
- Wie als trekker is belast met de implementatie
- Eventuele andere betrokkenen
- Tijdplanning
- De mogelijke (door de Commissie de Beer berekende) reductie van de administratieve lasten
- Of extra financiële middelen noodzakelijk zijn

Schema BOUW

Voorstel Cie. De Beer	Acties eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin. Middelen noodzakelijk
B1 Elektronische data uitwisseling rond aanbestedings-procedures	CBZ: Opstellen signaleringsrapport Gereed november 2002	VWS: Aanpassing Regeling toestemmings-procedures WZV en het Besluit uitzondering toestemmings-procedures	Na honorering ICT-investering door VWS start CBZ voorbereiding inclusief test gebruiksvriendelijkheid met Treekpartijen. Operationeel per 1.1.2004		Ja
B2 Bevorder budgettair bouwen	CBZ: Opstellen uitvoeringstoets Gereed januari 2003	VWS: Aanpassen circulaire budgettair bouwen (zie ook B6)	Voor 1.4.2003 gewijzigde circulaire vaststellen	45	Neen
B3 Instrument Bouw-prioriteit in wachtstand zetten	VWS: Eerst duidelijkheid over door Tweede Kamer gewenste plannings-instrumenten				Neen
B4 Vereenvoudig aanbestedings-procedures voor kleine projecten	CBZ: Opstellen uitvoeringstoets gereed januari 2003 (mede afhankelijk van de uitkomst van de Parlementaire Enquêtecommissie Bouwnijverheid)	Parlementaire commissie bouw-enquête VWS: uitbrengen nieuwe circulaire ter vervanging van bestaande	Afhankelijk van de uitkomst van de Parlementaire Enquêtecommissie Bouwnijverheid	4	Neen
B5 Scheiden van (bouw) maatstaven in harde eisen, de zgn. basis-kwaliteitseisen en de meer indicatieve eisen	CBZ is hiermee reeds begonnen		Naar verwachting afgerond voor 1.1.2004		Neen
B6 Jaarlijks verantwoordings-document invoeren	VWS: Aanpassing Regeling jaar-verslaggeving zorginstellingen, circulaire budgettair bouwen en wijziging toelichting Regeling toestemmings-procedures WZV. Afstemmen met voorstellen uit Prijzen en Jaarverslaggeving		1.6.2003	136	Neen

Voorstel Cie. De Beer	Acties eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin. Middelen noodzakelijk
B7 Verruimen meldingsregeling LTHP in combinatie met een opwaardering van het LTHP als bijbehorend sturingsinstrument	VWS: Brief over bouwbeleid afwachten	-		454	Neen

Schema FINANCIERING

Voorstel Cie. De Beer	Acties van eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin. Middelen noodzakelijk
F1 Mutatieproces verzekeringsgerechtigdheid automatiseren en digitaliseren	VWS: Papieren werkgeversverklaring m.b.t. ZFW-verzekering vervangen door elektronisch bericht CVZ: Drempel deelname RINIS voor ziekenfondsen verlagen door aanpassen wetten regelgeving en controlerichtlijn	CVZ, ziekenfondsen, SZW, UWV CVZ, ziekenfondsen, SZW, UWV CVZ, ziekenfondsen, SZW, UWV	Implementatie RINIS per 1-1-2005	20 162	Neen
F2a Mutatieproces studenten	VWS: Verzekeringgerechtigdheid keuze ZFW-, WTZ-verzekering: VWS beziet wijze van facilitering overschrijving tussen ZFW-verzekering en WTZ door mogelijkheid gebruik sofi-nummer		Regelen in nieuwe zorgverzekeringswet 2005 2004	5 336	Neen
F2 b Mutatieproces m.b.t flexwerkers	VWS heeft het CVZ verzocht te bezien of de voorstellen betreffende de flexwerkers gerealiseerd kunnen worden.	CVZ	De voorstellen zijn reeds deels gerealiseerd	2 025	Neen

Voorstel Cie. De Beer	Acties van eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin. Middelen noodzakelijk
F3 Werkgeverscontrole: Nieuwe controle systematiek ontwikkelen met gebruikmaking van RINIS en controles richten op risicogroepen	Voor het ontwikkelen van nieuwe controle-systematiek met gebruikmaking van RINIS: zie F1. CVZ heeft nieuwe controlerichtlijn opgesteld. De door de Commissie De Beer voorgestane focus op steekproeven en risicogroepen is daarmee mogelijk. Geen indicatie te geven van kostenbesparing omdat e.e.a. sterk afhankelijk is van invulling eigen verantwoordelijkheid ziekenfondsen. Wel zij benadrukt dat juist dat laatste ook nog investeringen vergt.	VWS VWS, CVZ,CTZ, ZN	Afgerond in juli 2002	8 592	Neen
F4 Indicatiestelling AWBZ protocolleren, mandateren en categoriseren en in keten afstemmen	VWS	Lcig GGZ Indicatiestellers	Voor 1-1-2004 resultaten tonen	10 160	Ja
F5 Eigen bijdrageregelingen AWBZ vereenvoudigen	CVZ Elektronische gegevensuitwisseling entameren tussen RIO's, GBA, thuiszorgen en intramurale instellingen en zorgkantoren in aansluiting op de AWBZ-brede zorgregistratie. Loonbegrip uniformeren	VWS Alle stappen in uitvoering tegen het licht houden Vrijstellingsregelingen invoeren/bedenken Zorgklassen of andere grondslagen invoeren i.p.v. urenvergoeding	1.1.2003 voor pgb intramurale eigenbijdrage; 1.1.2004 voor overige eigen bijdragen Per 1.1.2003 doorvoering drie belangrijke wijzigingen: – afschaffing afzonderlijk inkomensonderzoek bij intramurale eigen bijdrage – digitale uitwisseling tussen zorgkantoor, CAK en broninhouders gebruikmaking GBA nummers bij zorgkantoren	20 998	Ja

Voorstel Cie. De Beer	Acties van eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin. Middelen noodzakelijk
F6 Machtigingen systeem: afschaffen diverse procedurele toegangsvoorwaarden tot de zorg en meer toetsing achteraf	CVZ: – CVZ heeft rapport uitgebracht op 27 juni 2002 over het schrappen van procedurele toegangsvoorwaarden ziekenfondswet	VWS: Voorstel CVZ wordt overgenomen De regeling medisch specialistische zorg (ZFW) wordt dienovereenkomstig aangepast	1.1.2003 voor sector ziekenhuizen 1.1.2004 voor overige sectoren Thans vindt binnen CVZ een inventarisatie plaats over alle verstrekkingen ZFW en AWBZ. Nadere rapporten CVZ volgen voor 1.6.2003	60 611	Ja
F7 Bezwaarschriften en beroepsprocedures	Niet overgenomen	Niet overgenomen		570	Neen
F8 Begrenzing levensduur subsidies	CVZ Uitvoeren quick scan	VWS Besluitvorming over de 54 regelingen: afschaffen dan wel opnemen in reguliere financiering	Voor 1.1.2003 afronding scan door CVZ. Daarna volgt overleg met VWS gericht op eerste afschaffingen per 1.1.2004		Neen
F9 Persoonsgebonden budget	CVZ	VWS (en SVB, zorgkantoor met belastingdienst en UWV): – bezien obv resultaten modeltrajecten	Vereenvoudiging pgb-regeling per 1.1.2003		Neen
F10 Sectorfondsen Zorg en Welzijn	VWS	Met sociale partners in overleg treden om adm.lasten te verminderen	Voor 1.3.2003		Neen

Schema PRIJZEN

Voorstel Cie. De Beer	Acties van eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin.middelen noodzakelijk
P1 Budgettering Maak eenduidige en progammeerbare definities van producten, prijzen en werkwijze	CTG past waar nodig beleidsregels aan V.w.b. 1e compartiment: wordt meegenomen in het vervolgtraject Modernisering AWBZ V.w.b. 2e compartiment: loopt mee in het DBC-traject	VWS	In gang gezet: 1e compartiment: conform traject Modernisering AWBZ 2e compartiment: conform traject DBC	616	Ja

Voorstel Cie. De Beer	Acties van eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin.middelen noodzakelijk
P2 Budgettering Harmoniseer beleids- en productiecycclus	CTG: Het CTG organiseert het proces zo dat beleidsregels voor jaar t+1 zo vroeg mogelijk worden vastgesteld. Doelstelling is oktober jaar t Doelstelling is dat beleidsregels op 1 januari in werking treden	Brancheorganisaties, aanbieders, verzekeraars en VWS verlenen op alle punten medewerking om het hiernaast gestelde te bevorderen VWS levert tijdig de kaders aan en keurt z.s.m. beleidsregels goed die aan het hiernaast gestelde voldoen en keurt beleidsregels die daar niet aan voldoen af	Start per 1.1.2003	7 149	Neen
P3 Budgettering Gebruik begrijpelijke taal in circulaire en beleidsregels	CTG: Intern project bewaking huisstijl Start externe klankbordgroep		Is reeds gestart 1.3.2003	6 882	Neen
P4a Nacalculatie t.b.v. definitieve budgetbepaling: Integratie nacalculatieformulier in jaarrekening	CTG: Het berichtenverkeer tussen CTG en instellingen wordt volledig gedigitaliseerd		Is meerjarig project		Ja
		VWS stelt format voor digitale verwerking jaarverslaggeving aan instellingen beschikbaar	1.4.2003		
	Werkgroep RJ-zorg en CTG en stellen planning op voor koppeling programma nacalculatie en format jaarverslaggeving Invoering	Stuurgroep (STAL) zorgt voor afstemming en coördinatie	1.1.2004		
P4b,c,d Nacalculatie vaststellen toetsingsprocedure Uitsluiten controle op controle Maak afspraken over de maximum behandeltermijnen voor afhandeling aanvragen	CTG: CTG brengt signalering uit over voorgestane aanpak conform schema bij casus nacalculaties (zie Implementatieplan hoofdstuk 4) Invoering nieuwe aanpak	WTG-partijen: inbreng bij opstellen signalering CTG	1.5.2003 1.1.2004	9 019	Neen

Voorstel Cie. De Beer	Acties van eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin.middelen noodzakelijk
P5 Declaraties Foutreductie declaratieverkeer	CVZ initieert de volgende trajecten: 1. de zorgaanbieder: verbetering declaratieproces bij de bron; 2. de zorgverzekeraar: verbetering afhandeling declaraties; 3. ondersteunend traject: elektronisch berichtenverkeer en landelijke clearing	VWS + – NVZ – ZN – CTG	Afzonderlijk plan van aanpak volgt voor 1.7.2003	Max. mogelijke reductie bij invoeren = declareren 83 993	Ja
P6 Declaraties Ontwikkeling digitale postbus/clearinghouse voor declaraties	CVZ Idem zie P5	VWS, RINIS, Zorgverzekeraars	Initieel investeren daarna aanzienlijke besparing	– 2 271	Ja
P7 Declaraties Inventariseren consequenties beleidsregels	CVZ, CTG, CB	VWS, zorgverzekeraars en -aanbieders	Loopt reeds		Neen

Schema INFORMATIEVOORZIENING en ENQUÊTES

Voorstel Cie. De Beer	Acties van eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin.middelen noodzakelijk
E1 Afschaffen 11 dataverzamelingen	VWS: (art. 22 WZV): Laten vervallen elf dataverzamelingen	CBS, Prismant, Brancheorganisaties en CTG	1.1.2004	204	Neen
E2 Actualiseren en expliciteren informatiebehoefte conform art. 22 WZV	Bestaande informatiebronnen ter beschikking stellen om nodige informatie uit af te leiden VWS: Bekijken eigen informatiebehoefte VWS		1.1.2004		Neen
E3 Actualiseren en expliciteren informatiebehoefte van brancheorganisaties	Brancheorganisaties	CBS Prismant	1.1.2004		Neen
E4 Structureel overleg data/info gebruikers en verzamelaars	Brancheorganisaties	CBS Prismant	1.1.2004		Neen
E5 Oprichting digitale databank gezondheidszorg en E6 Keurmerk nieuwe dataverzamelingen	VWS werkt in het kader van het informatiebeleid in de zorg het concept van een betrouwbare derde partij (TTP) uit. Dit TTP-concept moet ervoor gaan zorgen dat de betrouwbaarheid, toegankelijkheid, volledigheid en tijdigheid van de verschillende gegevensbronnen worden gewaarborgd	Zorginstellingen	1.1.2004		Ja

Schema FARMACIE

Voorstel Cie. De Beer	Acties van eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin.middelen noodzakelijk
Fa1 Controle op verzekerd zijn	VWS staat positief ten opzichte van de voorstellen en zal e.e.a. met ZN bespreken	Apothekers Zorgverzekeraars	Overleg met ZN start voor 1.1.2003	21 250	Neen
Apothekers ontvangen van zorgverzekeraars periodiek Cd-rom met status verzekerden					
Invoering van zorgidentificatienummer					
Online-verbinding met zorgverzekeraars gekoppeld aan apotheekstelsel					
Fa2 Machtigingen	VWS: Inventariseren van procedurele en administratieve voorwaarden in ZFW. Na beoordeling evt. schrapping overwegen	CVZ/BOGH Apothekers Zorgverzekeraars	1.1.2004	13 739	Neen
Standaardiseren van procedures en formulieren individuele zorgverzekeraars					
Vervangen van de «papier» stroom door elektronische informatie					
Bij chronisch gebruik Machtigingsaanvragen beoordelen en afhandelen door apotheker i.p.v. arts					
Nagaan mogelijkheid van versoepelen of vervallen van machtigingen					
De bewustzijnsverklaring dient zowel te kunnen worden gebruikt als machtiging voor import maar ook als «machtiging» om toch voor vergoeding in aanmerking te komen					
Inventariseren instelling centraal machtigingssysteem voor alle zorgverzekeraars					

Voorstel Cie. De Beer	Acties van eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin.middelen noodzakelijk
Fa3 Contracteren Meer en betere ICT-ondersteuning door zorgverzekeraars	VWS: Problematiek speelt zorgbreed. Hangt samen met stelseldiscussie. Wordt meegenomen in het in voorberei- ding zijnde wetsvoor- stel overeenkomsten- stelsel	NMA	Interdepartementaal overleg over nader rapport n.a.v. advies Raad van State loopt		Neen
Of, indien het vorige niet mogelijk is, toestaan van uniforme- ring in polisvoorwaar- den en overeenkom- sten (hanteren van een beperkt aantal typen contracten)	Wordt ook meegenomen in het overleg met ZN (zie Fa1)		Overleg met ZN start voor 1.1.2003		
Fa4 Aanpassen verstrekkin- gen besluit (Kosten- beheersing: GVS) Betere voorlichting bij aanpassing regelgeving	VWS: afschaffing de GVS- vergoedingslimieten	Apothekers Zorgverzekeraars	Afhankelijk van resultaat en evaluatie van het experiment		Neen
Heldere, eenduidige voorwaarden en definities hanteren in de regelgeving					
Nieuwe maatregelen vooraf d.m.v. scenario- studies toetsen					
Fa5 Regeling Administratie- voorschriften Vermelding van persoongebonden code arts (AGB)-code op recept	VWS: Regeling wordt wellicht aangepast aan de hand van de rapportage Economi- sche Controledienst	Apothekers Zorgverzekeraars ECD	Afhankelijk van de uitkomsten van het ECD-onderzoek naar de werking van de Regeling Administratie- voorschriften		Neen
Eventueel kunnen gegevens op het recept worden omgezet in streepjescodes					
Voorzie de apotheek- houdenden regionaal van een actueel bestand van specialis- ten, gekoppeld aan de genoemde codes					
Het voorstel voor wat betreft de registratie van kortingen en bonussen komt erop neer dat deze registra- tie niet langer dient te worden opgelegd (dus schrappen uit de regeling)					

Voorstel Cie. De Beer	Acties van eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin.middelen noodzakelijk
Fa6 Ontwikkel uniforme ICT-technieken waardoor elektronische opslag van recepten in de apotheek worden ondersteund en deze op echtheid kunnen worden getoetst en streef naar acceptatie van dergelijke ontwikkelingen in het algemeen	VWS neemt het voorstel over en zal overleg starten met ZN, CVZ, IGZ over controle mogelijkheden in relatie tot elektronische opslag recepten	Artsen	Loopt mee met de nieuwe Geneesmiddelenwet	10 625	Neen
Fa7 Toezicht inspectie Integreer de IGZ-registraties in het eigen kwaliteitssysteem van de apotheek, dat deel uitmaakt van de kwaliteitsborging van de apotheek. Dit ondervangt de noodzaak van het bijhouden van dergelijke registraties	VWS: wetswijziging is reeds in voorbereiding m.b.t. schrapping inschrijving apothekersassistentie IGZ-registers Verscheidenheid aan registraties komt te vervallen	Apothekers	Loopt mee met de nieuwe Geneesmiddelenwet	Niet kwantificeerbaar	Neen

Schema JAARVERSLAGLEGGING

Voorstel Cie. De Beer	Acties van eerste trekker	Andere betrokkenen	Planning	Max. opbrengst vlg. Cie. De Beer maal € 1 000	Extra fin.middelen noodzakelijk
J1 Ontwikkel de verplichte jaarverslaggeving tot het centrale instrument waarlangs zorgaanbieders zich verantwoordt over het gevoerde beleid en de daarmee bereikte resultaten, zowel financieel als inhoudelijk. Daarmee kan de jaarverslaggeving het vehikel worden om de vele aparte verantwoordingsstromen te bundelen, het toezicht te stroomlijnen, de controle te vereenvoudigen, de transparantie te versterken en de administratieve lasten in de zorgsector substantieel en structureel te beperken.	VWS: Nacalculatie zorginstellingen: Elektronificeren format van inzicht budgetopbouw uit de elektronische nacalculatie van Ctg VWS: Investeringsbijlage conform richtlijn 655: Elektronificeren format VWS en CBZ VWS + Prismant: Kwaliteitslag website Prismant: Website Prismant optimaliseren en automatiseren zodanig dat de zorginstellingen zelf de elektronisch verplichte jaarverslagen er op kunnen plaatsen in oorspronkelijke versie en PDF-formaat;	Wergroep RJ-Zorg en Ctg Wergroep RJ-Zorg en Ctg Wergroep RJ-Zorg en Ctg	1.7.2003 1.7.2003 1.7.2003	Opbrengst zie P4	Ja