



**Hoe kunnen
we de zorg blijvend
(ont)regelen?**




**Lessen uit de
schrapsessies**



De ArgumentenFabriek

www.argumentenfabriek.nl

 september 2018

Inhoud

Kees Kraaijeveld

Eindredactie

Reijer Lomans

Vormgeving

Willem van den Goorbergh

Met dank aan:



HET ROER MOET OM

**[Ont]Regel
de Zorg**

schrapp én verbeter!



Wat staat waar in deze publicatie?

Introductie	Wat zijn de oorzaken van het probleem?	Welke oplossingsrichtingen zijn er?	Besluit
4 Lessen trekken uit (Ont)Regel de Zorg	10 Het informatieprobleem: gebrek aan neutrale, eenduidige informatie	24 Oplossingen voor het informatieprobleem	39 Over de auteur
6 Verspilling van honderdduizenden mensen en miljarden euro's	12 Het regelprobleem: te veel details, te fanatieke regelmakers	26 Oplossingen voor het regelprobleem	40 Bronnenlijst
8 Schrapconferentie, schrapsessies en actieplan (Ont)Regel de Zorg	14 Het implementatieprobleem: de bedoeling onttaardt in bureaucratisme	28 Oplossingen voor het implementatieprobleem	
	16 Het houdbaarheidsprobleem: registraties zijn voor eeuwig	30 Oplossingen voor het houdbaarheidsprobleem	
	17 Het doelmatigheidsprobleem: geen oog voor de kosten van de bureaucratie	32 Oplossingen voor het doelmatigheidsprobleem	
	18 Het toezichtsprobleem: angst en reputatierisico's	34 Oplossingen voor het toezichtsprobleem	
	19 Het cultuurprobleem: schuilen in systemen en status quo	35 Oplossingen voor het cultuurprobleem	
	20 Samenvatting van de problemen en hun oorzaken	36 Samenvatting van de oplossingen en de bijbehorende acties	

Lessen trekken uit (Ont)Regel de Zorg

Voorwoord

De beweging (Ont)Regel de Zorg is nu ruim een jaar op gang. Wat hebben we tot dusverre geleerd? Tot welke problemen leidt de overmaat aan administratie in de zorg? Waaruit ontstaat de ongebreidelde groei aan administratieve handelingen? En wat kunnen we doen om, na de eerste succesvolle serie schrapessies en het door VWS gepubliceerde actieplan (Ont)Regel de Zorg, de zorg bestendig te ontregelen?

In dit verkennend schrijven probeer ik lessen te trekken uit (Ont)Regel de Zorg. Het onderzoek van de denktank (Ont)Regel de Zorg en de vele bijeenkomsten en schrapessies met zorgverleners, zorginstellingen, zorgverzekeraars, toezichthouders, wetenschappers en politici zijn zeer leerzaam geweest. Steeds opnieuw blijkt hoe ingewikkeld het vraagstuk van de administratieve lasten is en hoe machteloos vrijwel iedereen zich voelt om er daadwerkelijk iets aan te doen.

Tegelijkertijd waren er ook terugkerende thema's. Rode draden die we bij nader inzien kunnen trekken, zowel door de analyse van het probleem als door de mogelijke oplossingsrichtingen. In dit boekje doe ik een poging om deze rode lijnen op papier te zetten en de complexiteit van regeldruk en regelverstremming uiteen te rafelen.

Ik hoop hiermee het inzicht in het vraagstuk verder te vergroten, het denken erover te verhelderen, de onderliggende oorzaken en belangen te expliciteren en in elk geval een paar effectieve oplossingsrichtingen aan te dragen.

Eerdere versies van deze tekst zijn de afgelopen maanden van waardevol en opbouwend commentaar voorzien door een aantal prominente denkers uit de zorg. De tekst is daar beter en evenwichtiger van geworden. Mijn meelezers wil ik bij dezen nogmaals hartelijk danken, net als de vele enthousiaste deelnemers aan de

schrapessies. Ik zeg er ook bij: de conclusies en aanbevelingen zijn en blijven de mijne; eventuele misvattingen of aanstootgevende formuleringen ook.

Doel van deze publicatie is iedereen die in de zorg werkt en geconfronteerd wordt met het heersende bureaucratisme, handvatten te geven om erover na te denken, om er onderling over te discussiëren en om er iets aan te doen. Het bureaucratisme hebben we zelf gemaakt. We kunnen er ook zelf een einde aan maken.

Kees Kraaijeveld

Juli 2018

Verspilling van honderdduizenden uren en miljarden euro's

Actiecomité Het Roer Moet Om en de VvAA nemen begin 2017 het initiatief om de strijd aan te gaan tegen de uit de hand gelopen administratieve lasten in de zorg. De beweging (Ont)Regel de Zorg is geboren. Een denktank van jonge academici onderzoekt in de zomer van 2017 de registratielast van zes groepen zorgverleners. De resultaten zijn schokkend. De zorgverleners blijken 40 procent van hun werktijd kwijt aan administratie.

De denktankers beschrijven vooral de verspilling van tijd en geld. Verpleegkundigen, artsen, paramedici en apothekers die voltijds werken, besteden inmiddels al anderhalf tot twee volle dagen per week aan administratieve handelingen. Dat kost de samenleving jaarlijks miljarden. Bovendien gaat de tijd die zorgverleners aan administratie besteden ten koste van tijd voor de patiënt. Dit voelt voor veel zorgverleners als verspilling van de capaciteiten waarvoor ze zijn opgeleid, vaardigheden die schaars zijn op de huidige arbeidsmarkt.

Het tweede wat in het oog springt is de frustratie. Niemand gaat in de zorg werken vanwege een voorliefde voor formulieren, vinkjes en spreadsheets. De vele administratieve taken leveren verpleegkundigen, artsen, paramedici en apothekers professioneel onbehagen op. Regeldruk gaat ten koste van werkplezier.¹ Voor een groeiend aantal professionals is het reden de zorg vaarwel te zeggen.

De frustratie is geen wonder. Zorgverleners vinden veel administratieve handelingen onzinnig. Informatie wordt vaak dubbel of driedubbel geregistreerd. Of zorgverleners krijgen geen terugkoppeling van wat ze registreren, waardoor ze er niets van kunnen leren. Ook hebben ze het gevoel met hun registraties slechts een 'schijnwerkelijkheid' te creëren. De werkelijke kwaliteit van de geleverde zorg heeft dan geen relatie meer met wat de kwaliteitsregistraties en keurmerken laten zien.

Een derde opvallend punt is de verwarring over de redenen waarom bepaalde registraties gedaan moeten worden. Zorgverzekeraars en de inspectie worden veel genoemd als de aanstichters van de administratieve rompslomp, maar in de praktijk blijkt voor zorgverleners vaak niet duidelijk te zijn *wie* nou de vragende partij is en *waarom* iets eigenlijk (nog) wordt geadmistreerd. De bedoeling is zoek.

Administratieve handelingen blijken veelal voort te komen uit de richtlijnen en protocollen die zorgverleners en instellingen zelf opstellen of uit de wens van instellingen of van zorgverzekeraars om zich te onderscheiden van hun concurrentie. Jaren na de invoering van een registratie-eis weet vrijwel niemand meer waarom iets nou wel of niet geregistreerd moet worden. Toch gaan zorgverleners er dan maar mee door. Niemand wil gedoe met de directie, de inspectie of met een declaratie aan een zorgverzekeraar. *Better safe than sorry*, is veelal de gedachte. Zo komen we meerdere voorbeelden tegen van administratieve handelingen die nog op grote schaal worden uitgevoerd, terwijl die al jaren geleden formeel zijn afgeschaft.

Een vierde punt dat opvalt in het vraagstuk van de administratieve lastendruk is de machteloosheid die zorgverleners ervaren als het gaat om het terugdringen van de bureaucratie. Zelfs onder medisch specialisten, toch een van de meest hoogopgeleide beroepsgroepen van ons land, zegt driekwart niet het gevoel te hebben opgewassen te zijn tegen de regel- en registratiedrift.² Zorgverleners zien niet hoe ze zelf het tij kunnen keren en leggen zich dan gelaten neer bij de taken die ze ‘moeten’ doen. Dit ondanks dat zorgverleners weten dat ze met deze aangeleerde hulpeloosheid geen stap verder komen. ‘Domweg invullen’ is makkelijker dan er iets aan te doen.

Schrapconferentie, schrapsessies en actieplan (Ont)Regel de Zorg

Administratieve lastendruk in de zorg betekent in de praktijk de jaarlijkse verspilling van honderdduizenden uren en miljarden euro's en veel frustratie en verwarring onder zorgverleners. Als de denktank (Ont)Regel de Zorg in november 2017 tijdens de eerste 'schrapconferentie' zijn onderzoeksresultaten presenteert, is het even gedaan met de aangeleerde hulpeloosheid onder de zorgverleners.

Ruim tweehonderd mensen uit de sector inventariseren direct de eerste suggesties voor wat er beter kan en wat er 'geschrapt' moet worden. Het nieuwe kabinet heeft dan al in het regeerakkoord aangekondigd dat het met zorgaanbieders, zorgverleners, verzekeraars en toezichthouders in 'schrapsessies' fors wil inzetten op 'minder bureaucratie en minder regels in de zorg'. Minister Bruno Bruins zegt tijdens de schrapconferentie dat hij in maart 2018 de eerste resultaten wil zien.

VvAA organiseert daarop in samenwerking met Het Roer Moet Om, het ministerie van VWS en De Argumentenfabriek een serie schrapsessies. Tijdens drie 'schrapweken', gehouden in januari, februari

en maart denken zeven beroepsgroepen samen met toezichthouders, verzekeraars en instellingen na over wat er geschrapt kan worden en wat er beter kan.

De schrapsessies in het kader van (Ont)Regel de Zorg waren zo succesvol dat het ministerie van VWS het meerjarig actieplan voor het 'merkbaar verminderen van de ervaren regeldruk voor professional én patiënt', gepubliceerd in mei 2018 ook de naam (Ont)Regel de Zorg heeft meegegeven.⁹ Het ministerie is erin geslaagd om het leeuwendeel van de punten uit de schrapsessies op te nemen in sectorplannen waaraan de verzekeraars, de koepels van zorginstellingen en patiënten en beroepsverenigingen zich hebben gecommitteerd.

VWS zal strak de regie houden op de uitvoering van actieplan (Ont)Regel de Zorg. De vraag is nu: wat hebben we verder geleerd van de schrapsessies? En hoe kunnen we, in aanvulling op het door VWS uitgevoerde actieplan, de zorg bestendig ontregelen? Om deze vragen te beantwoorden moeten we eerst inzoomen op de oorzaken van de doorgeslagen bureaucraties. Wat zijn de oorzaken van het probleem?

**Wat zijn
de oorzaken van het
probleem?**

- 1 Het informatieprobleem
- 2 Het regelprobleem
- 3 Het implementatieprobleem
- 4 Het houdbaarheidsprobleem
- 5 Het doelmatigheidsprobleem
- 6 Het toezichtsprobleem
- 7 Het cultuurprobleem

Wat zijn de oorzaken van het probleem?

De schrapessies zijn leerzame bijeenkomsten, waarin niet alleen 62 concrete plannen voor schrapacties worden gemaakt, maar die ook inzicht geven in de onderliggende oorzaken van de uit de hand gelopen administratieve lastendruk in de zorg.

Duidelijk is dat veel deelnemers aan de schrapessies zich realiseren dat de toenemende regeldruk en regelverstremming een breder en groeiend maatschappelijk probleem vormen. De complexiteit en gedetailleerdheid van het bureaucratisch systeem in ons land neemt in versnelde vaart toe.⁴ Over de oorzaken van deze toenemende regeldruk in met name de publieke dienstverlening zijn de afgelopen jaren diverse analyses verschenen.^{5 6}

Zorgverleners ervaren de administratieve lasten aan den lijve, waardoor de verschillende aspecten van het vraagstuk van de administratieve lasten op een andere manier aan het licht komen. Als rode draden door alle schrapessies heen lopen in elk geval zeven onderling verbonden deelproblemen: 1) het informatieprobleem 2) het regelprobleem 3) het implementatieprobleem 4) het houdbaarheidsprobleem 5) het

doelmatigheidsprobleem 6) het toezichtsprobleem en 7) het cultuurprobleem.

Het informatieprobleem: gebrek aan neutrale, eenduidige informatie

Geen regel is zonder reden. De administratieve lastendruk in de zorg heeft vele onderliggende ratio's en vele opdrachtgevers. Dat er zoveel goede redenen zijn om informatie te registeren, betekent niet dat zorgverleners *weten* wat er wel en niet geadministreerd moet worden en waarom. De denktank (Ont)Regel de Zorg constateerde al dat de verwarring over de ratio achter registraties groot is. Zorgverleners zijn wekelijks uren bezig met registraties waarvan ze niet weten waarvoor die dienen. Tijdens de schrapessies blijkt deze verwarring eens te meer.

Het informatieprobleem van de zorgverleners is zowel *inhoudelijk* als *procesmatig*. Er heerst niet alleen onduidelijk over wat nou wel en niet verplicht geregistreerd moet worden en waarom; de professionals weten ook niet of nauwelijks hoe het

bureaucratisch beleid in de zorg wordt gemaakt en welke partijen daarbij zijn betrokken.

Wat betreft het inhoudelijke informatieprobleem zijn de herhaalverwijzingen voor chronische patiënten een mooi voorbeeld. In verschillende schrapessies beklaagden huisartsen, fysiotherapeuten en medisch specialisten zich over deze tijdrovende en in hun ogen overbodige verplichting. Het gaat hier bijvoorbeeld over chronische patiënten die voortdurend fysiotherapie nodig hebben. Om die zorg vergoed te krijgen, vraagt de fysiotherapeut jaarlijks een herhaalverwijzing aan de arts. Een herhaalverwijzing die nooit wordt geweigerd, waarmee de hele administratieve handeling feitelijk overbodig wordt. Maar ja, het moet. En dat punt maakten zorgverleners dus in drie afzonderlijke schrapessies.

Maar, wat is het geval? Die herhaalverwijzingen zijn niet meer verplicht. Paramedici hebben al in 2015 met de zorgverzekeraars afgesproken dat de herhaalverwijzing voor chronische patiënten geschrapt kon worden. Sinds 1 januari 2017 is het niet meer nodig, maar niemand weet dat. Paramedici, artsen en zorgverzekeraars houden in de praktijk de bureaucratische molen gewoon aan de gang.

Ook over tal van andere onderwerpen, de 5-minuten-registratie voor de wijkverpleegkundigen, de uitvoeringsverzoeken voor risicovolle handelingen, of de zogenaamd verplichte Verklaring omtrent het gedrag (VOG) voor huisartsen, doen diverse indianenverhalen de ronde.

Het is verwarring alom. En dat is geen wonder. Neutrale, eenduidige informatie over wat *wel* en *niet* moet ontbreekt. Lastig te begrijpen en soms tegenstrijdige informatie op goed bedoelde websites als ‘Het Roer Gaat Om’ van huisartsenvereniging LHV, ‘Minder lasten meer zorg’ van de zorgverzekeraars of in de factcheckers van kenniscentrum Vilans, maken de verwarring onder zorgverleners niet minder.

Ook het procesmatige informatieprobleem stak in elke schrapessie de kop op. Dit gaat over het gebrek aan inzicht in hoe en door wie de bureaucratie in de zorg wordt vormgegeven. Of het nu gaat om richtlijnontwikkeling of het vaststellen van kwaliteitskaders, het gros van de zorgverleners heeft werkelijk geen idee over hoe dat gaat. Zelfs het feit dat hun eigen beroepsgroep mede de kwaliteitsindicatoren opstelt, blijkt voor veel zorgverleners een verrassing.

Het is ook complex. De bureaucratische kaders in de zorg worden gemaakt in een fijnmazig vergadercircuit met vele 'tafels' en spelers. De beroepsverenigingen, brancheverenigingen, instituten en verzekeraars die 'aan tafel' zitten, hebben zelf de indruk dat ze de zorgverleners nadrukkelijk betrekken bij de totstandkoming van het beleid ('We hebben jullie áltijd uitgenodigd', roept een beleidsmedewerker verontwaardigd tijdens een van de schrapsessies). Maar daarmee heeft het gros van de professionals nog geen notie van hoe deze administratie-genererende machine draait. Ze weten domweg niet van het bestaan van het InformatieBeraad (IB), het Landelijk overleg Machtigingen (LOM) of de werkgroep Bureaucratie & administratieve lasten (BAL).

Of het nu gaat om *hoe* het administratief beleid tot stand komt, of over *wat* er nou *wel* en *niet* geregistreerd moet worden en *waarom*, heeft de zorg een informatieprobleem. Een probleem dat deels de gelaten houding van veel zorgverleners ten aanzien van administratieve lasten kan verklaren. De complexe regelbrij over de zorg, dat is nu voor de meeste zorgverleners een ver-van-mijn-bed-show waar geen doorkomen aan is.

Het regelprobleem: te veel details, te fanatieke regelmakers

Maar waarom zijn er eigenlijk *zoveel* regels in de zorg? Komt dit door een overactieve wetgever? Zijn de zorgverzekeraars de kwade genius? Of is het de inspectie? De conclusie van de schrapsessies is dat de zorgverleners zelf het leeuwendeel van de regels produceren, in elk geval van de regels waar ze zelf gebukt onder zeggen te gaan.

Richtlijnen vormen de eerste bron van de overmaat aan bureaucratische bezigheden. De richtlijnen komen van de beroepsverenigingen en de wetenschappelijke verenigingen. Zij maken, samen met richtlijninstututen, expertisecentra en patiëntenorganisaties richtlijnen voor vrijwel alles. Voor elk onderwerp is er een richtlijncommissie die (heel) precies beschrijft wat, volgens de laatste stand van de wetenschap, de beste handelwijze is. De richtlijnmakers doen dit zonder terughoudendheid en schijnbaar zonder rekening te houden met de praktische consequenties van wat ze opschrijven.

Een richtlijn is een ideaaltypische beschrijving van hoe te handelen. Zorgverleners die de richtlijn opstellen doen dit in het

volle besef dat elke zorgverlener te allen tijde van de richtlijn kan afwijken als de situatie daarom vraagt. Wat richtlijnmakers zich minder realiseren is dat de kwaliteitsmanagers, juristen en beleidsadviseurs op instellingenniveau hier anders tegen aankijken. Voor deze regelaars heeft een richtlijn al snel een verplichte status.

De tweede bron van bureaucratie waarnaar tijdens de schrapsessies veel wordt verwezen is de kwaliteitsmeting. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars willen zich onderscheiden wat betreft de kwaliteit van de geleverde, dan wel ingekochte zorg. Ministerie, toezichthouders en patiëntenorganisaties hameren ook al jaren op het belang van transparantie en van inzicht in de kwaliteit van de zorg. De wens om deze kwaliteit te meten, heeft ertoe geleid dat zorginstellingen en zorgverzekeraars monitorsystemen hebben opgezet met – letterlijk – duizenden indicatoren.

Terugdringen en uniformeren van deze indicatorenbrij is lastig. Een verzekeraar die wil laten zien dat hij betere zorg inkoop, wil over ‘eigen’ informatie beschikken op basis waarvan die betere zorg geselecteerd kan worden. Denk bijvoorbeeld aan

specifieke kwaliteitsindicatoren voor een apotheek of van een fysiotherapiepraktijk.

Wanneer zorgverleners deze kwaliteitsindicatoren willen schrappen, dan valt tijdens de sessies steevast de term ‘concurrentieel’. Vooral de zorgverzekeraars zouden de extra registraties niet kunnen missen, omdat ze die informatie nodig hebben om betere zorg in te kunnen kopen dan hun concurrenten. Begrijpelijkerwijs willen ook kwaliteitsinstituten, accreditatiebureaus en patiëntenorganisaties niet zomaar van hun kwaliteitsindicatoren af.

De derde bron van bureaucratie is de wetgever zelf. Hoewel nieuwe wet- en regelgeving van VWS in principe al wordt getoetst op de consequenties voor de administratieve lastendruk, zijn ze toch vaak minder ‘regelluw’ dan vooraf gedacht. Neem bijvoorbeeld de nieuwe Wet zorg en dwang, die in 2020 van kracht moet worden en waarvan nu iedereen al weet dat deze gepaard gaat met veel administratie voor zorgverleners. Of kijk naar de enorme bureaucratische rompslomp die is ontstaan doordat de jeugdzorg is gedecentraliseerd naar de gemeenten.

Richtlijnen, kwaliteitsindicatoren en wet- en regelgeving vormen samen het wortelstelsel waaruit het bureaucratisch

onkruid groeit. De werkelijke opbloei ontstaat tijdens de invoering van de regels. Daarmee stuiten we op de derde oorzaak van de ongebreidelde groei van de lastendruk: het implementatieprobleem.

**Het implementatieprobleem:
de bedoeling onttaardt in bureaucratisme**

De consequenties van het implementatieprobleem zien we terug in elke schrapessie. De richtlijnen, kwaliteitsindicatoren en wetsartikelen – het zijn er zoals gezegd *duizenden* – vormen samen de basis van het beleid in de zorg. De richtlijnen en indicatoren worden grotendeels door de zorgverleners zelf opgesteld. Vervolgens maken anderen – de regelaars – met de richtlijnen in de hand kwaliteitsregistraties, normen en procesindicatoren. Toezichthouders en zorgverzekeraars beschouwen de geïmplementeerde regels als ‘de veldnormen’, waarop ze toezien, waarop ze handhaven en op basis waarvan ze afrekenen.

Wat we zien gebeuren is dat richtlijnen, leidraden en kwaliteitsstandaarden in de zorg zo gedetailleerd worden ‘ingeregeld’ dat er absurdistische administratieve praktijken ontstaan. De

oorspronkelijke bedoeling van de richtlijn of maatregel *onttaardt* tijdens de implementatie. De ontaarding van bureaucratie tijdens de implementatie is een bekend fenomeen, dat ook wel ‘bureaucratisme’ wordt genoemd.

Bureaucratisme is dodelijk voor de effectiviteit van elke bureaucratie. Zodra registreren en afvinken van bovenaf opgelegde taken worden, die geen verbinding hebben met het primair proces, dan ontstaat de ‘schijnwerkelijkheid’ waar zorgverleners voortdurend voor waarschuwen. De mooie scores op het dashboard van het peperdure kwaliteitssysteem zeggen dan *niets* meer over de daadwerkelijke kwaliteit van de aan de patiënt geleverde zorg.

Bureaucratisme zien we in de zorg overal; bij de zorgverzekeraars, bij de zorginstellingen en ook bij de beroepsverenigingen van de zorgverleners zelf. Beleid en uitvoering zijn in grote organisaties door taakverdeling bewust van elkaar gescheiden, de inhoudelijke mensen zijn gescheiden van de regelaars. Het ontbreekt de regelaars doorgaans aan kennis over de bedoeling van de te implementeren richtlijnen en ze missen (hierdoor) het nodige relativeringsvermogen. Ze doen hun werk en zorgen dat alles

piekfijn wordt ingeregeld, geen suggestie blijft onopgevolgd, geen deeltaakje blijft zonder vinkje in het systeem. Het resultaat is ‘overimplementatie’. Zorgverleners laten zich door de regelaars in hun eigen pak naaien, een pak zó strak dat elke bewegingsruimte ontbreekt.

Een mooi voorbeeld van bureaucratisme is de implementatie van het IFMS, een zelfevaluatie-instrument voor medisch specialisten bedoeld als hulpmiddel bij hun professionele ontwikkeling. Het huidige IFMS-systeem begon in 2014 met een leidraad, opgesteld door de beroepsgroep zelf. De leidraad stelt nadrukkelijk dat het uiteindelijk ‘aan de medische staf van de instelling is om een goed werkende IFMS-aanpak te kiezen en te organiseren.’ Vier jaar later betekent IFMS veelal dat medisch specialisten formulieren moeten invullen in speciaal voor IFMS ontwikkelde apps. De oorspronkelijke bedoeling om ‘de medische specialist te helpen bij de evaluatie, het ontwikkelen en borgen van zijn competenties’, is in sommige instellingen ontaardt tot een bureaucratisch circus waar commerciële bureaus hun geld mee verdienen en medisch specialisten het nut niet meer van inzien.

Het implementatieprobleem is nadrukkelijk ook een IT-probleem. Waar het om administratieve lastendruk gaat is digitalisering een zege én een vloek.

Tijdens alle schrapsessies geven zorgverleners er blijk van hoge verwachtingen te hebben van IT-systemen voor het verlichten van hun administratieve last. Logisch ook. Uniforme datasets, gekoppelde systemen en één-bron-registratie zijn – al decennia – beloften die mensen veel registratiewerk uit handen kunnen nemen. En het ‘structureel verbeteren’ van de IT-systemen is voor het ministerie van VWS uiteraard onderdeel van het actieplan (Ont)Regel de Zorg.

Tegelijkertijd maken IT-systemen het implementatieprobleem alleen maar groter. Digitalisering leidt overal tot voortschrijdende precisering en detaillering. Standaardisering, iets dat vanuit het oogpunt van het terugdringen van administratieve lasten wenselijk is, maakt weloverwogen afwijken van de gebaande paden onmogelijk. *Iedereen* moet *altijd alles* invullen, hoe onzinnig dit in de specifieke situatie ook mag zijn.

Het houdbaarheidsprobleem: registraties zijn voor eeuwig

Het probleem is niet die registratie die voortkomt uit die ene regel, maar de voortdurende stapeling van administratieve taken. Er komen per saldo alleen regels bij. De stapeling van registraties, ook wel het 'poly-administratie-effect' genoemd, loopt als rode draad door de schrapsessies.

Het houdbaarheidsprobleem heeft een administratieve kant en een personele kant. De administratieve kant is dat we bij het invoeren van nieuwe registraties domweg vergeten er een houdbaarheidsdatum op te plakken. Bij invoering van nieuwe regels en richtlijnen denken de bedenkers onvoldoende na over de afschaffing ervan. Hierom worden eenmaal ingevoerde administratieve taken zelden weer opgedoekt, ook niet wanneer ze geen doel meer dienen.

Dat richtlijnen, regels, registraties en afvinklijstjes meestal niet worden afgeschaft, komt niet alleen omdat ze niet voorzien van een uiterste houdbaarheidsdatum. Bureaucratie is mensenwerk. Rondom nieuwe registraties en kwaliteitssystemen ontstaan altijd nieuwe banen. Denk aan al die kwaliteitsmanagers, *compliance officers*, en keurmerkconsultants.

Van de 1,2 miljoen mensen die nu in de Nederlandse zorgsector werken, zijn er vele tienduizenden bezig met het onderhouden, verbeteren, uitbreiden, controleren en handhaven van de administratieve systemen. Hoeveel mensen het precies zijn, weten we niet. De 'overhead' ligt in de zorg – afhankelijk van de deelsector – tussen de 12,5 en de 20 procent van het personeelsbestand van een instelling, zo blijkt uit de onderzoeken die adviesbureaus Berenschot en KPMG Plexus periodiek doen.

De regelaars zitten vanzelfsprekend niet stil. Wie regels schrapt en de regelaars laat zitten, zit zo weer opgescheept met een pakket nieuwe regels. Opmerkelijke observatie uit de schrapsessies is overigens dat de zorgverleners, zodra dit tot ze doordringt, zich bij voorbaat al zorgen maken over de werkzekerheid van de regelaars. Met opmerkingen als; 'wat moet die patiënttevredenheids-onderzoeker dan straks gaan doen?' of; 'dadelijk verliezen die JCI-consultants nog hun baan.' Interessant hieraan is dat zorgverleners dus zien dat bureaucratie verband houdt met werkgelegenheid én ze er zich van bewust zijn dat het terugdringen van de regeldruk niet zonder consequenties kan zijn voor de banen van de regelaars.

Voor een goed begrip van het houdbaarheidsprobleem en het implementatieprobleem is het zinnig om wat verder in te zoomen op de verhouding tussen zorgverlener en regelaar. We kunnen het houdbaarheidsprobleem en het implementatieprobleem onder meer beschouwen als een klassiek principaal-agent-probleem. De ‘principalen’ zijn in dezen de beleidsmakende zorgverleners, maar ook de verzekeraars, bestuurders of de wetgever. De ‘agenten’, de uitvoerders, zijn de regelaars, die er eenvoudigweg zijn om de regels van hun principalen netjes in te voeren. Zodra de regelaars aan de slag gaan, verliezen de principalen uit het oog wat de regelaars precies doen. Daardoor kan de bedoeling zo ontaarden.

Tegelijkertijd wordt de principaal vrijwel direct afhankelijk van de agent. Door de technische detaillering die de regelaars tijdens de overimplementatie aanbrengen, kunnen de principalen al snel door de bomen het bos niet meer zien. Dan ontstaat de voor principaal-agent-problemen zo typische informatie-asymmetrie. Concreet kunnen de dokters niet meer zonder de informatie en de expertise van de regelaars om hun administratieve werk goed te doen.

Ook de belangen van principaal en agent lopen vrijwel direct uiteen. Voor de regelaar is er veel aan gelegen om de status quo te

handhaven. Zijn of haar baan hangt ervan af. Helder is nu hoezeer de regelaar baat heeft bij complexiteit, bij over-implementatie en bij het in stand houden van het huidige systeem. Helder is ook dat regelaars, ongeacht of ze nu werken bij een beroepsvereniging, een verzekeraar, of een toezichthouder, niet staan te springen als je ze vraagt mee te helpen om de zorg te ontregelen. Juist hetgeen waar de zorgverlener zo’n last van heeft, het bureaucratisme, vormt de machtsbasis én het bestaansrecht van de regelaars.

Het doelmatigheidsprobleem:

geen oog voor de kosten van de bureaucratie

Het richtlijnprobleem, het implementatieprobleem en het houdbaarheidsprobleem kenmerken zich door een gebrek aan kostenbewustzijn. Richtlijnen moeten zo goed en zo volledig mogelijk. En bij de implementatie van kwaliteitsbeleid mag geld geen rol spelen. Het gaat om het meten en het toetsen van ‘de kwaliteit’? En met ‘de kwaliteit’ valt niet de marchanderen. Die moeten we weten, dus die moeten we meten. En afvinken, tot in het einde der tijden.

De doelmatigheidsvraag – wegen de baten wel op tegen de kosten? – die in de zorg overigens steeds vaker wordt gesteld, blijft

nog achterwege als het om administratieve handelingen gaat. Wanneer de directie van een instelling bijvoorbeeld besluit tot het invoeren van een nieuw keurmerk, blijft de tijdsbesteding van de eigen medewerkers doorgaans buiten beschouwing. Door de personele inzet niet bewust mee te rekenen, voelen de extra registraties 'gratis'. De directie ervaart wel de baten (we hebben een nieuw keurmerk!) maar niet de kosten (dat medewerkers bezig zijn het systeem te vullen, kost op korte termijn geen cent extra).

Opvallend is ook dat niemand precies weet wat de kosten zijn van de doorgesloten bureaucraties in de zorg, hoewel het zeker om vele miljarden euro's per jaar gaat.

Het toezichtsprobleem: angst en reputatierisico's

De administratieve systemen moeten op orde. Dat instellingen daarbij niet of nauwelijks naar de kosten kijken, heeft ook te maken met hun angst voor de toezichthouders, zowel intern (de raad van toezicht) als extern (onder andere de inspectie). Simpel gesteld; de dokter is bang voor de directie, de directie is bang voor de raad van toezicht, de raad van toezicht is bang voor de

inspectie, de NZa en de verzekeraar, toezichthouders zijn bang voor het ministerie, het ministerie is bang voor de politiek, de politiek is bang voor de publieke opinie.

Angst is een slechte raadgever, ook in de zorg. Het maakt dat zorgverleners niet meer durven te vertrouwen op hun eigen professionele oordeelsvermogen. Ze kijken angstig naar buiten voor goedkeuring. Ze gaan registreren 'voor de NZa', of 'voor de verzekeraar', niet zozeer om er zelf van te leren.

Bang gemaakte mensen anticiperen op handhaving, waardoor de verhoudingen tussen organisaties verkrampen. Het gevolg is dat iedereen panisch vasthoudt aan registraties. Als de vinkjes maar goed staan, dan kan niemand je iets maken, is de gedachte. Een gedachte waarvan iedereen wel weet dat die niet klopt, maar die nog maar weinigen ter discussie durven te stellen.

Tijdens de schrapessies bleek ook meermalen hoezeer het toezichtsprobleem is verbonden met het implementatieprobleem. De inspectie handhaaft 'de veldnormen'. En al bedoelt de inspectie voor alles naar *de geest* van de veldnormen te kijken, zorgverleners ervaren dit vaak anders. Zo hebben medisch specialisten het gevoel dat voor de inspectie op de werkvloer de

bedoeling van de leidraad medische technologie – die de specialisten zelf hebben opgesteld – niet telt. In de perceptie van de specialist kijkt de inspectie alleen maar of de vinkjes goed staan in het bureaucratisch systeem dat de regelaars bij de implementatie van de leidraad hebben gemaakt.

Ook bij grote onderwerpen, zoals het preferentiebeleid bij de apothekers of de behandelindex bij de fysiotherapeuten, gaat het niet zozeer mis wat betreft de bedoeling van de maatregel. Apothekers zien heus de redelijkheid van het preferentiebeleid in en fysiotherapeuten hebben er op zich niets op tegen om onderling het aantal behandelingen per aandoening te vergelijken.

Het probleem ontstaat wanneer zorgverzekeraars hoge administratieve eisen stellen, automatisch handhaven bij overschrijding van een benchmark en – met terugwerkende kracht – straffen uitdelen.

Waar bij verzekeraars en inspectie op bestuurlijk niveau vriendelijke woorden worden gesproken over bedoeling en dialoog, daar is op de werkvloer – op het niveau van de zorginkopers en de inspecteurs – de proportionaliteit en redelijkheid soms ver

te zoeken. Welwillende zorgverleners voelen zich behandeld als criminelen en worden steeds cynischer en banger.

Wat tijdens de schrapsessies ook opvalt, is dat controlerende instanties, zoals de inspectie of de verzekeraars, niet écht doorlijken te hebben hoe angstig instellingen en zorgverleners zijn. Of het nu om wijkverpleegkundigen gaat, die van hun machtigingen af willen, of om ziekenhuisbestuurders, die wel in het woud aan kwaliteitskeurmerken willen snoeien, ze hebben gevoelsmatig allemaal expliciet ‘toestemming’ nodig van de vertegenwoordigers van de inspectie en de verzekeraars in de zaal. En als die toestemming dan komt, als een gezaghebbende verzekeraar zegt dat van hem die kwaliteitskeurmerken écht niet hoeven, dan is de opluchting in de zaal duidelijk voelbaar.

Het cultuurprobleem: schuilen in systemen en status quo

De angst waardoor zorgverleners en instellingen vast blijven houden aan administratieve handelingen is deel van een breder cultuurprobleem, waarvoor de afgelopen jaren al veelvuldig aandacht is gevraagd.⁹ Denk aan de eenzijdige nadruk op beheer

en beheersing; afrekenen op abstracte *benchmarks* die voor zorgverleners betekenisloos zijn geworden en aan de extern opgelegde kwaliteitssystemen die samen hebben geleid tot een verkrampte ‘afvinkcultuur’, waarin de professionele ruimte van de zorgverlener wordt ingeperkt.

Tijdens de schrapessies blijkt ook keer op keer hoezeer zorgverleners de wens om alles te registreren al hebben geïnternaliseerd. Bij het denken over het schrappen van registraties, is vaak de eerste neiging om te komen met wat minder omslachtige alternatieven. Het idee dat je een katheter gewoon kan verwijderen zonder uitvoeringsverzoek is iets waaraan verpleegkundigen – die gewend zijn geraakt aan die goedkeurig vooraf – weer moeten wennen. De *status quo bias*, de irrationele voorkeur om de huidige situatie in stand te houden, is sterk voelbaar tijdens de sessies. De vraag ‘welke administratieve handelingen kunnen er weg?’ leidt tot bescheiden modificaties van het bestaande systeem.

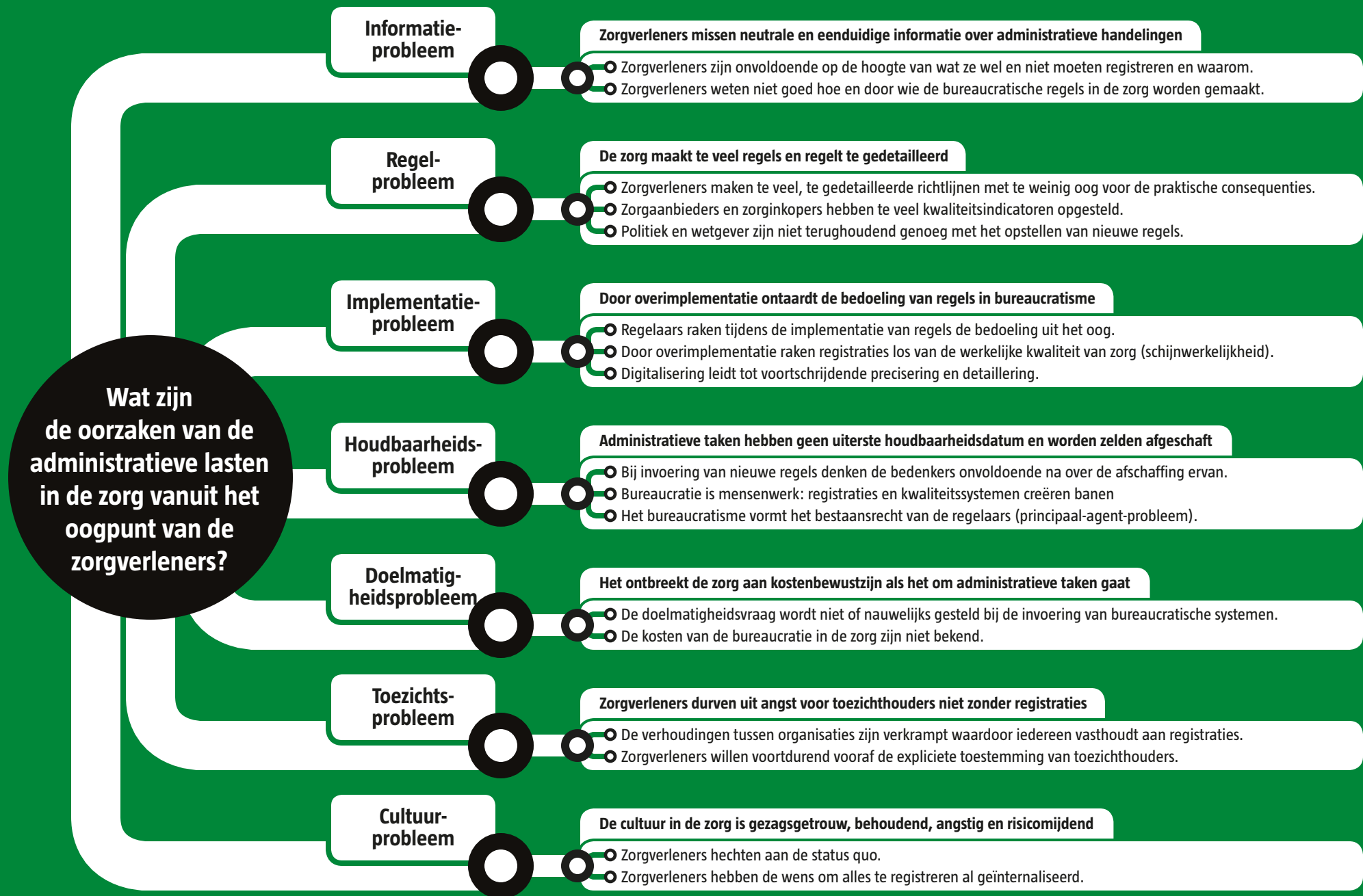
De huidige cultuur in de Nederlandse gezondheidszorg is nog opvallend gezagsgetrouw, behoudend, angstig en risicomijdend. Nog veel te vaak horen we zorgverleners zeggen dat ze registraties

uitvoeren omdat ‘het moet’ van een ander. Om vervolgens te wijzen naar verzekeraar, raad van bestuur of inspectie. Hoe begrijpelijk dergelijke externalisaties in sommige gevallen ook zijn, ze getuigen niet van een volwassen en ontwikkelingsgerichte organisatiecultuur.

Zorgverleners en regelaars lijken te berusten in hun lot en tonen over het algemeen weinig veranderbereidheid. Zorgverleners nemen onvoldoende de verantwoordelijkheid voor wat er in hun eigen sector is gebeurd en lijken zich nog onvoldoende te realiseren dat het doorbreken van de ontstane patronen toch in eerste instantie van henzelf zal moeten komen. Actiecomité Het Roer Moet Om (HRMO) noemt dit ‘interpassiviteit’. De heersende cultuur staat het ontregelen van de zorg en het samen werken aan verbetering nog danig in de weg.

Samenvatting van de problemen en hun oorzaken

Het grote probleem van ‘de administratieve lastendruk in de zorg’ hebben we nu uiteengehaald in zeven facetten die tijdens elke schrapessie in bepaalde vorm de kop opsteken. De problemen en hun oorzaken hebben we samengevat in **figuur 1**.



Figuur 1

Welke oplossingsrichtingen zijn er?

- 1 Oplossingen voor het informatieprobleem
- 2 Oplossingen voor het regelprobleem
- 3 Oplossingen voor het implementatieprobleem
- 4 Oplossingen voor het houdbaarheidsprobleem
- 5 Oplossingen voor het doelmatigheidsprobleem
- 6 Oplossingen voor het toezichtsprobleem
- 7 Oplossingen voor het cultuurprobleem

Welke oplossingsrichtingen zijn er?

Bij elk deelprobleem hebben we de afgelopen maanden ook praktische oplossingsrichtingen aangereikt gekregen en uitgedacht.

Voordat we op de deelproblemen ingaan eerst nog een belangrijke observatie over het geheel. (Ont)Regel de Zorg is in een jaar tijd uitgegroeid tot een succesvolle en omvangrijke beweging. Een beweging waarmee in potentie jaarlijks vele honderdduizenden uren in de zorg en vele miljarden euro's bespaard kunnen worden.

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft de beweging omhelst. De drie huidige bewindspersonen van VWS hebben hun meerjarige toewijding toegezegd. Ministers en zorgverleners staan nu naar eigen zeggen 'schouder aan schouder'. Dat is effectief; de mensen 'uit het veld' weten zich gesteund door hogerhand en de politiek kan eventuele weerstanden tegen verandering bij de verzekeraars, de koepels van zorginstellingen en de beroepsverenigingen breken door (ad populum) een beroep te doen op de grote onvrede onder de zorgverleners.

In het meerjarig actieplan (Ont)Regel de Zorg geeft het ministerie zichzelf 'een regierol'. Dat betekent dat het ministerie zal faciliteren, aanjagen en de voortgang monitoren. De 'verantwoordelijkheid voor het oplossen van de knelpunten ligt bij de (veroorzakende) partijen zelf'.⁹ Het ministerie komt met een 'merkbaarheidsscan', die moet aantonen dat zorgverleners *merken* dat (Ont)Regel de Zorg resultaat boekt, maar concrete doelstellingen voor het terugdringen van de administratieve lasten heeft het ministerie niet.

Deze opstelling past bij het ministerie van VWS, dat de afgelopen decennia bewust de rol van 'systeemverantwoordelijke' heeft ingenomen. Normaal gesproken is dat voldoende. Het ministerie is vooralsnog in staat om op afstand de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te garanderen. Zorgverleners zijn daar door de bank genomen tevreden over.

Maar niet als het om (Ont)Regel de Zorg gaat. Direct na publicatie van het actieplan lieten zorgverleners het ministerie weten dat ze

concrete doelstellingen missen. De oppositie in de Tweede Kamer sloot zich daarbij aan. Voor een belangrijk, rendabel en omvangrijk project als het bestrijden van de lastendruk in de zorg, vinden de zorgverleners ambitieuze, concrete doelstellingen noodzakelijk. Blijkbaar vrezen de zorgverleners dat ze niet zijn opgewassen tegen de macht en de belangen van de regelaars bij de verzekeraars, de koepels en hun eigen beroepsverenigingen.

Het doel dat de zorgverleners zichzelf hebben gesteld is het halveren van de tijd die zorgverleners nu aan administratie besteden. Concreet: niet gemiddeld twee dagen per werkweek aan administratie besteden, maar maximaal één dag. Een dergelijke doelstelling is van belang om stoom op de ketel te houden, ook als de politiek straks wellicht weer minder is geïnteresseerd in de bestrijding van bureaucratisme. Het zou daarom goed zijn als het ministerie, maar ook andere betrokken partijen als de inspectie, de koepels van zorgaanbieders en patiënten en de zorgverzekeraars deze doelstelling expliciet zouden omarmen.

Naast het stellen van een doel, zou het ministerie er goed aan doen (Ont)Regel de Zorg voorlopig serieus te institutionaliseren. In het actieplan staat nu een aantal sectorale werkgroepen en

een ‘klankbordgroep’ van betrokkenen die toeziet op de voortgang. Dit kan steviger en gezaghebbender, bijvoorbeeld door het instellen van een gezaghebbende regiegroep.

De noodzaak van de serieuze institutionalisering van het terugdringen van het bureaucratisme – van het structureel *in*regelen van *ont*regelen – loopt ook als een rode draad door de oplossingsrichtingen die we voorstellen bij de zeven deelproblemen.

Oplossingen voor het informatieprobleem

De oplossing voor het informatieprobleem ligt voor de hand. Als desinformatie en verwarring het probleem zijn, dan zijn neutrale en eenduidige informatie en communicatie de oplossing. Heldere informatie over welke administratieve handelingen nu *niet of wel* moeten (en waarom dan) is essentieel zodat zorginstellingen en zorgverleners weten waar ze aan toe zijn en waartegen ze ‘nee’ kunnen zeggen.

De komende maanden zal (Ont)Regel de Zorg, samen met het ministerie van VWS, deze informatie verzamelen op een onafhankelijke website: www.ordz.nl Gezien het toezichtsprobleem is het van belang dat de informatie op deze site expliciet wordt onderschreven door de toezichthouders, betrokken beroepsgroepen,

patiëntenorganisaties, verzekeraars en het ministerie. Hoe voor de hand liggend deze oplossing ook is, het is een grote klus die veel menskracht en uithoudingsvermogen vraagt van alle betrokken partijen. Wil de informatie op www.ordz.nl door zorgverleners vertrouwd worden, dan moet de eindredactie van de website liggen bij een gezaghebbende, onafhankelijke partij.

Betrouwbare en begrijpelijke informatie en communicatie over administratie in de zorg is te organiseren. De procesmatige kant van het informatieprobleem laat zich minder makkelijk oplossen. Ook hier zou het helpen als zorgverleners beter zicht zouden hebben op hoe de bureaucratische molens draaien. En als ze iets van een overzicht zouden hebben van alle ‘tafels’ waaraan afspraken worden gemaakt over richtlijnen, indicatoren en beleidsregels die consequenties hebben voor hun dagelijks werk. Hoe de bureaucratische molens draaien in de zorg – en hoe je daar zelf invloed op uit kunt oefenen – is een onderwerp waarover zorgverleners beter geïnformeerd moeten worden, liefst al tijdens hun opleiding.

Zeker zo belangrijk is het vergroten van de betrokkenheid van ‘het veld’ bij de daadwerkelijke totstandkoming van het

beleid. Tijdens de schrapsessies bleek hoezeer de regelaars bij de beroepsverenigingen en de brancheverenigingen onthecht zijn van hun respectievelijke achterbannen. De regelaars zijn zich onvoldoende bewust van de uitwerking van hun beleid in de praktijk. De praktijkmensen weten niet hoe de regelaars hun werk doen en voelen zich – ondanks de uitnodiging – niet geroepen om aan te schuiven aan de tafels van de regelaars.

De ‘boedelscheiding’ tussen zorgverleners en regelaars moet worden teruggedraaid. Zorgverleners moeten de ratio achter een administratieve handeling ‘snappen’, zei minister De Jonge, tijdens de schrapsessies. Snapt de zorgverlener het niet? Dan moet de regel geschrapt. ‘Schrappen én er dan ook echt mee kappen’, aldus de minister.

Het informatieprobleem is alleen écht te verminderen als zorgverleners weer écht betrokken zijn bij de totstandkoming van het beleid waarmee ze in hun dagelijks werk te maken krijgen. Het medisch primaat moet terug in de systemen. De inhoud moet leidend zijn.¹⁰

Oplossingen voor het regelprobleem

Waar het om de richtlijnen gaat, kunnen de zorgverleners het regelprobleem grotendeels zelf oplossen. Het begint met de commissies die de richtlijnen opstellen. Die moeten zich bewust zijn van het implementatieprobleem en minder gedetailleerd te werk gaan. Strenge zelfbeperking en terughoudendheid zijn essentieel.

Het aantal richtlijnen moet drastisch worden teruggebracht. De bestaande richtlijnen moeten worden herzien, worden vereenvoudigd en worden ingekort. Makers van *nieuwe* medisch-inhoudelijke richtlijnen doen er goed aan aanbevelingen over registratie van handelingen tot het minimum te beperken én eventuele registraties altijd te voorzien van een houdbaarheidstermijn. Richtlijncommissies die gaan over informatiestandaarden moeten zichzelf vooraf ambitieuze getalsmatige restricties opleggen.

Elke richtlijn moet voor implementatie getoetst worden door een aparte (*Ont*)regelcommissie van ervaren collega's die letten op de gewenste terughoudendheid, zowel inhoudelijk als wat betreft de administratieve lasten die de richtlijn op gaat leveren bij implementatie.

De (*Ont*)regelcommissie bekijkt aan de hand van de Trechter van Verdunning (**figuur 2**) of eventuele administratieve

handelingen die uit een beleidsmaatregel kunnen voortkomen, noodzakelijk, werkzaam én doelmatig zijn. Zo niet, dan wordt de voorgestelde registratie *niet* geïmplementeerd.

De tweede oorzaak van het regelprobleem – de wens tot het meten van kwaliteit én daar onderscheidend in willen zijn – is voor zorgverleners en zorginstellingen zelf wat lastiger aan te pakken. De externe indicatoren zijn er immers om zorgverleners verantwoording af te laten leggen over de kwaliteit van hun werk aan externe partijen. Dus aan inspectie, verzekeraars en patiëntenorganisatie. Het is dan voor zorgverleners en instellingen lastig om zelf te vragen of de verantwoording een onsje minder mag. 'Voor je het weet, denkt men dat je niet transparant wilt zijn', verzucht een bestuurder na een van de schrapsessies.

Toch is het 'uniformeren en minimaliseren van indicatoren voor externe partijen' dé grote wens van de zorgverleners tijdens alle schrapsessies. Van de ruim zestig schrappunten die we tijdens de sessies uitwerken tot actieplannen gaat *een kwart* over dit deelthema. De algemene gedachte is dat het aantal kwaliteitsindicatoren wordt gedecimeerd en dat externe partijen hun informatie voortaan halen uit één basisset van indicatoren.

Welke vragen moeten we beantwoorden voordat we een beleidsmaatregel invoeren?



‘Bouwen aan een nieuwe basis’ noemt het ministerie van VWS dit in het actieplan (Ont)Regel de Zorg. Hieronder vallen bestaande programma’s zoals *Registratie aan de Bron* en *i-Sociaal Domein* en de standaarden voor Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO) die in MedMij worden ontwikkeld.¹⁰

Zorginstellingen gaan onderling afspraken maken over het terugsnijden van het woud aan kwaliteitskeurmerken en stoppen met het toelaten van nieuwe accreditaties. Voor verzekeraars en patiëntenorganisaties betekent dit dat ze goed moeten nagaan welke punten binnen de basisset voor hen van belang zijn. Aanvullende informatie blijven opeisen om ‘concurrentiële redenen’ is er niet meer bij. Aan extra informatie-uitvragen door externe partijen werken zorgverleners en instellingen voortaan niet meer vanzelfsprekend mee.

De derde oorzaak van het regelprobleem, de wet- en regelgeving zelf, moet worden opgelost door de wetgever en door het ministerie. ‘Voorkomen van nieuwe regeldruk’ staat prominent in het actieplan (Ont)Regel de Zorg van het ministerie. Alle nieuwe wet- en regelgeving van VWS wordt al voorgelegd aan het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ATR). Dit heeft vooralsnog niet voldoende

effect. Actiecomité Het Roer Moet Om (HRMO) heeft eerder al gepleit voor een *moratorium*. Dat is een besluit dat alleen de politiek kan nemen, maar het klinkt als een goed idee: geen nieuwe wet- en regelgeving voordat de huidige tijdsbesteding aan administratie is gehalveerd.

Alleen via het aanpakken van het regelprobleem zet de zorgsector de bijl aan de wortel van het bureaucratisme. Zonder continu aandacht te hebben voor de onderliggende oorzaken van het ontstaan van regeldruk, is de strijd tegen bureaucratistische uitwassen ‘dweilen met de kraan open’.¹¹ En die kraan moet dicht, betoogt het ministerie van VWS. Alle nieuwe regels moeten voortaan eerst door de Trechter van Verdunning.

Oplossingen voor het implementatieprobleem

Om het implementatieprobleem tegen te gaan is het zaak dat zorgverleners die de bedoeling van een beleidsmaatregel of richtlijn kennen, betrokken blijven bij de implementatie. Dit om te voorkomen dat de bedoeling ontaardt tijdens de implementatie.

Om het regelprobleem en het implementatieprobleem te voorkomen, moeten richtlijnmakers, regelaars en toezichthouder

intensiever gaan samenwerken en beter met elkaar in overleg blijven; van het begin van de richtlijnontwikkeling tot aan de uiteindelijke handhaving ervan. Zie ook het vorig jaar verschenen proefschrift over dit vraagstuk van schrapssiedeelnemster Louise Blume.¹⁹

Zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars zullen er voortaan actief op moeten toezien dat beleid altijd alleen in de meest minimale variant wordt geïmplementeerd. Dit gaat *niet* vanzelf. Als zorginstellingen en zorgverzekeraars de strijd tegen de doorgeschoten bureaucratieserieuze willen nemen - en dat willen ze - dan moet het implementatieprobleem op het hoogste niveau in de organisatie worden belegd.

Het ministerie van VWS kan zorginstellingen en zorgverzekeraars vragen om de komende vijf jaar een (Ont)regelbestuurder, of *Chief Deregulation Officer* (CDO), aan te stellen in de raad van bestuur. Deze CDO heeft als primaire verantwoordelijkheid om de eigen organisatie te ontregelen en de tijd die mensen aan administratie besteden te halveren.

Net als de (Ont)regelcommissies doen bij de richtlijnontwikkeling, bekijkt de CDO bij elk beleidsvoorstel dat in de raad van

bestuur aan de orde komt aan de hand van de Trechter van Verdunning (**figuur 2**) of eventuele administratieve handelingen die uit een beleidsmaatregel kunnen voortkomen, noodzakelijk, werkzaam én doelmatig zijn. Zo niet, dan wordt het voorgestelde beleid *niet* geïmplementeerd.

Regelaars hebben voortdurend hulp nodig van bestuurders én van mensen uit de praktijk om te voorkomen dat ze in de valkuil van overmatige precisering en detaillering stappen, om te voorkomen dat ze gaan overimplementeren. De CDO is hierbij van groot belang. Want alleen met een CDO in de raad van bestuur kunnen de regelaars en de instellingen straks de bezwaren die zorgverleners hebben bij een implementatie niet meer afdoen als 'weerstand' of 'gezeur'. Door de implementatiewijze van beleid in administratieve handelingen meer aandacht te geven, en er in de raad van bestuur iemand verantwoordelijk voor te maken, valt veel winst te boeken.

Implementaties moeten altijd zo simpel en eenvoudig mogelijk. Dit betekent ook dat regelaars af moeten van hun neiging om zorgverleners *altijd alles* te laten invullen. Vanuit het oogpunt van gestandaardiseerde dataverzameling is dat streven begrijpelijk,

maar de autoritaire wijze waarop registraties nu veelal worden afgedwongen – zelfs met ‘harde stops’ in het IT-systeem – staat haaks op de wens om zinnige informatie te verzamelen.

Hoe vaak administreren we iets? Dat is ook een vraag die bij elke implementatie gesteld zou moeten worden. Registeren we iets ‘altijd’, of ‘elk kwartaal’ of ‘jaarlijks’? Of kan hetzelfde doel ook worden bereikt met af en toe een steekproef? Ook wat betreft hoe frequent registraties gedaan worden moet in algemene zin gelden: *minder is beter*. Dat was ook duidelijk de tendens tijdens de schrapessies: maak van jaarlijkse accreditatie een driejarige accreditatie, vervang de permanente monitoring tot een periodieke ‘meetweek’ en laat zorgverleners zelf bepalen voor welke patiënt het zinnig is om een begin- en eindmeting te doen.

In de bestrijding van het implementatieprobleem ligt ook een bijzondere rol weggelegd voor inspectie en verzekeraars. De inspectie kan de mate van ‘bureaucratisme’ gaan toetsen. Dit in de eerste plaats door nieuwsgierig te zijn naar de *manier waarop* richtlijnen en kwaliteitssystemen worden geïmplementeerd. De inspectie zou

dan kunnen optreden als daarbij de bedoeling ontaardt. Oftewel: zijn de geïmplementeerde veldnormen wel in overeenstemming met wat ermee was bedoeld? Zijn zorgverleners voldoende betrokken geweest bij de implementatie? Zien zorgverleners de noodzaak van deze registraties? Zijn nieuwe regels voorzien van een houdbaarheidsdatum? Is de implementatie doelmatig?

Zorginstellingen en zorgverzekeraars zouden vooral deze laatste vraag ook interessant moeten vinden. Als gezegd; met de tijd besteed aan administratieve handelingen en bureaucratische systemen worden in Nederland jaarlijks miljarden euro’s verspild. De mate van overimplementatie bij zorginstellingen is een maat voor geldverspilling. Zorgverzekeraars en gemeenten doen er goed aan hiermee rekening te houden bij de inkoop van zorg.

Oplossingen voor het houdbaarheidsprobleem

Het houdbaarheidsprobleem lijkt eenvoudig opgelost met het plakken van een uiterste houdbaarheidsdatum op elke registratie. Bijvoorbeeld: ‘We registreren dit alleen tijdens de implementatie van de nieuwe werkwijze.’ Of: ‘We registreren dit twee jaar en dan gooien we de administratieve handeling opnieuw door de Trechter van Verdunning (**figuur 2**) om te bepalen of we ermee

door zullen gaan.' Elke beleidsmaatregel en elke administratieve handeling moet voorzien worden van een datum waarop deze automatisch vervalt, tenzij uit de evaluatie blijkt dat deze dan nog noodzakelijk, werkzaam en doelmatig is.

Dit klinkt wellicht radicaal, maar de inspectie heeft al ervaring met beperkt houdbare indicatoren. Indicatoren die door de beroepsgroep zelf worden aangedragen, vervallen als de inspectie na verloop van enkele jaren constateert dat het door de beroepsgroep beoogde resultaat is bereikt.

Het tweede deel van het houdbaarheidsprobleem is lastiger op te lossen. Als gezegd; bureaucratie is mensenwerk. Hoeveel 'regelaars' de zorg precies telt, moet het ministerie van VWS nader laten onderzoeken. Het aantal loopt zeker in de tienduizenden. Al deze regelaars vormen een belangrijke hinderpaal voor het duurzaam terugdringen van de administratieve regeldruk in de zorg. Als gezegd; regelaars zijn aangenomen om zaken in te regelen. Zij voeren de nieuwe protocollen en kwaliteitssystemen in, zorgen dat de vinkjes goed staan, dat de declaraties kloppen en dat de privacyregels netjes worden uitgewerkt en opgevolgd.

Net als de zorgverleners zelf, zetten de meeste regelaars zich met hart en ziel in voor kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg. Elke nieuwe beleidsmaatregel is voor de regelaars een belangrijke klus. Als er regels verdwijnen of overbodig worden, dan verzinnen ze iets nieuws. Kijk bijvoorbeeld weer naar de keurmerken. Zodra alle organisaties het keurmerk hebben – en het beoogde doel in feite is bereikt – gaat de keurmerkorganisatie aan de slag met extra eisen en indicatoren en komt er een keurmerk 2.0. Het creatief vermogen van organisaties om opportunistisch nieuwe doelen te formuleren – militairen noemen dit fenomeen *mission creep* – mag ook van regelaars niet worden onderschat.

Kortom: wie regels schrapt en de regelaars laat zitten, heeft er zo weer een berg nieuwe regels bij. Duurzaam terugdringen van de regeldruk in de zorg, zal gepaard moeten gaan met het schrappen van de banen van duizenden regelaars.

Het monitoren en het bewust terugdringen van het aantal regelaars in de zorg is een taak van alle zorginstellingen. Toezichthouders als de inspectie en de NZa en de zorgverzekeraars kunnen hierin een belangrijke ondersteunende, stimulerende en

controlerende rol spelen, paradoxaal genoeg door ook en vooral in eigen vlees te snijden.

Maar wat moeten al die regelaars dan gaan doen? Dat vroegen zorgverleners zich regelmatig af, gedurende de schrapsessies. Het is een belangrijke vraag. Niet alleen uit mededogen met de regelaars en hun gezinnen, maar vooral omdat banen schrappen vanzelfsprekend leidt tot verzet. Met regelaars praten over ontregelen, is als overleggen met de spreekwoordelijke kalkoen over het kerstdiner.

Hoe kan dit anders? Door de regelaars expliciet een nieuwe opdracht te geven en ze nadrukkelijk in te zetten bij het ontregelen van de bureaucratie die ze zelf mede hebben opgebouwd. Benoem de regelaars tot ontregelaars. Het ontregelen van de zorg is een megaklus die jaren in beslag gaat nemen. Regelaars hebben unieke kennis van de regels en van de administratieve systemen. De kwaliteitsmanagers, *compliance officers* en keurmerkconsultants hoeven niet werkloos thuis te gaan zitten, de zorgsector kan de komende jaren volop gebruik van ze maken, door ze te laten ontregelen, door ze deel uit te laten maken van de staf van de CDO, door ze lid te maken van (Ont)regelcommissies, door ze, in

plaats van miljarden per jaar te laten verspillen, ze miljarden te doen besparen.

Oplossingen voor het doelmatigheidsprobleem

Het in kaart brengen van het aantal regelaars in de zorg is nuttig voor de aanpak van het doelmatigheidsprobleem: het gebrek aan kostenbewustzijn. Overheid, instellingen, toezichthouders en zorgverleners moeten veel beter zicht krijgen op wat de bureaucratie in de zorg de samenleving jaarlijks kost. Zeker is dat het gaat om grote bedragen. Zelfs met de meest conservatieve schattingen liggen de kosten van de bureaucratie in de zorg rond de 10 miljard euro per jaar. Toch is het kostenbewustzijn, als het om administratieve lasten gaat, in de zorg nog te gering.

Het doelmatigheidsprobleem moet worden aangepakt door allereerst dit kostenbewustzijn te vergroten. De administratieve lasten in de zorg kunnen we beschouwen als de transactiekosten die horen bij het huidige zorgstelsel. Hoe hoog zijn deze kosten nu precies? Het ministerie van VWS moet de kosten van de administratieve handelingen in de zorg precies in kaart laten brengen. En dan? Wat is dan een acceptabel bedrag? De schatting van

10 miljard per jaar zou 13 procent van het totale zorgbudget zijn. Driemaal zoveel als nu de hele huisartsgeneeskunde kost. Tweemaal zoveel als we jaarlijks uitgeven aan medicijnen. Vinden we dat acceptabel? Daarover moet de politiek zich uitspreken, op basis van de feiten.

Ook op mesoniveau moet de discussie over de kosten van de bureaucratie, van de kwaliteitssystemen en de keurmerken preciezer en nadrukkelijker worden gevoerd.

De zorgsector is door het stelsel van gereguleerde marktwerking de afgelopen jaren steeds kostenbewuster geworden. Zo adviseert Zorginstituut Nederland de minister over welke behandelingen en medicijnen er in het basispakket van de zorgverzekering komen en welke niet, op basis van een gedegen afweging. Het Zorginstituut maakt om te komen tot onderbouwde adviezen over het basispakket al jaren gebruik van een denkmodel dat 'de Trechter van Dunning' heet.¹⁹ Een van de filters in deze trechter is 'doelmatigheid'. Voor elke pakketbeslissing maakt Zorginstituut hierom een kosten-batenanalyse; wegen de maatschappelijke kosten van het opnemen van dit middel in het pakket wel op tegen de baten? Zorgverleners, zorginstellingen,

toezichthouders en zorgverzekeraars moeten voortaan ook een kosten-batenanalyse maken voordat ze een bepaalde administratieve handeling laten implementeren.

(Ont)Regel de Zorg heeft met dit doel en geïnspireerd door het werk van Dunning, de 'Trechter van Verdunning' gemaakt (figuur 2). Van elke administratieve handeling moet voortaan worden vastgesteld of deze noodzakelijk, werkzaam en doelmatig is.

Bij de kosten-batenanalyse, die hoort bij de beoordeling van de doelmatigheid van de implementatie een regel, mag de inzet van het eigen personeel niet over het hoofd worden gezien. Het is hier voor van belang dat beslissers in de zorg *weten* wat per beroepsgroep grofweg de gemiddelde kosten per minuut zijn. Zodra ze zich zouden realiseren dat een wekelijkse administratieve handeling van één minuut door een verpleegkundige, bij het uitrollen ervan over het hele land, twee miljoen euro per jaar kost, gaan ze minder snel over tot invoering.

Het kostenbewustzijn wat betreft administratie moet omhoog, ook bij externe partijen die zorginstellingen om registraties vragen, zoals de zorgverzekeraars of de inspectie. Deze partijen

kunnen nu in principe eindeloos informatie-uitvragen doen. Voor hen lijken de administratieve handelingen gratis. Ze krijgen immers wel de gevraagde gegevens, maar hoeven er niet voor te betalen. Zorginstellingen informeren externe partijen ook nu nog niet wat een bepaalde informatie-uitvraag de instelling kost. Het zou goed zijn als dit wel zou gebeuren. De overheid moet inspectie en zorgverzekeraars vragen te inventariseren welke administratieve kosten zij zorginstellingen laten maken.

Oplossingen voor het toezichtsprobleem

Tijdens de schrapessies bleek eens te meer hoezeer ook in de zorg de angst regeert. Welbekende fenomenen als de ‘risicoregelreflex’, de ‘transparantieparadox’, de ‘afvinkcultuur’ en het ‘geïnstitutionaliseerde wantrouwen’ werden veelvuldig genoemd. Ook konden zorgverleners moeiteloos anekdotes vertellen over hoe autoritair en onredelijk toezichthouders en zorgverzekeraars kunnen optreden.

De oplossing zoeken mensen altijd in ‘uitgaan van vertrouwen’, ‘meer overleg, minder vinken’ en vooral ook ‘proportioneel optreden’. Praktisch betekent dit dat toezichthouders en zorgverzekeraars nog meer bij zichzelf te rade moeten gaan.

Het schrappen van regels en systemen, vergt nieuwe vormen van toezicht. Inspecteurs, zorginkopers en controleurs moeten beter gaan samenwerken met zorgverleners. Het doel van toezicht en controle is de zorg te verbeteren en betaalbaar te houden en om het leervermogen van zorginstellingen te vergroten, niet om te toetsen of de dossiers op orde zijn en de vinkjes wel goed staan.

De nieuwe vorm van toezicht, waarmee de inspectie in 2017 is begonnen in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg, is wat dit betreft een goed voorbeeld. De inspecteurs doen een ‘waarderend onderzoek’ waarin ze kijken naar hoe persoonsgericht de zorg is, hoe deskundig het personeel, en hoe de cultuur is. Hoe veilig voelen de zorgverleners zich? Durven ze te leren van eventuele fouten en van de successen van anderen?

Om met nieuwe vormen van toezicht en controle aan de slag te kunnen, moeten toezichthouders en zorgverzekeraars nog beter beseffen hoe angstaanjagend ze zijn in de perceptie van zorgverleners. Veel zorginstellingen en zorgverleners zijn nu nog zo verkrampd en defensief dat het de kwaliteit van de zorg in gevaar brengt. De afvinkcultuur staat het in de zorg zo essentiële

situationele handelen in de weg, zo constateert ook de Raad van Volksgezondheid en Samenleving in een recent advies.⁶⁵ Het toezichtsprobleem zou ook verminderen als zorgverleners en zorginstellingen expliciet toestemming krijgen van hun toezicht-houders om kritisch na te denken over de zin en onzin van hun administratieve processen.

Ten slotte: wil het toezicht in de zorg écht kunnen overschakelen naar een meer ontspannen, gedistantieerde en autonomie-ondersteunende manier van werken, dan moeten de toezichthouders zelf dit vertrouwen ook krijgen. En dat zal moeten komen van de politiek. Dus; minder incidentenpolitiek, minder politiek micro-management, minder moreel-myopische nadruk op transparantie en openbaarheid.

Oplossingen voor het cultuurprobleem

Politiek, toezichthouders en zorgverzekeraars hebben dus de taak af te rekenen met de afvinkcultuur in de zorg. Zorgverleners en instellingen hebben die nadrukkelijk ook. Als gezegd: tijdens de schrapessies blijkt keer op keer hoe gewend zorgverleners al zijn geraakt aan het registreren. Dat het ook anders kan, en dat niet

voor elke geschrapte registratie per se een alternatief gezocht moet worden, is iets waar veel zorgverleners voortdurend aan herinnerd moeten worden.

Vaak ontstaat er tijdens een schrapessie pas ruimte voor kritisch denkwerk als we de radicale variant op tafel leggen: alle regels en registraties weg en dan vervolgens aan de hand van de Trechter van Verdunning (**figuur 2**) weloverwogen beslissen over de vraag of een bepaalde administratieve handeling weer moet worden ingevoerd.

Zorgverleners hebben de afgelopen jaren autonomie ingeleverd door de bureaucrativering. Een radicaal tegengeluid is daarom nu wellicht noodzakelijk: tenminste een halvering van de tijd die zorgverleners aan administratie besteden.

Voor het nastreven van een dergelijk doel is lef nodig en doorzettingsvermogen. De beweging is ingezet door de huisartsen van actiecomité Het Roer Moet Om (HRMO). HRMO heeft zich in de strijd *tegen* de regeldruk van meet af aan ook ingezet *voor* een cultuuromslag. Gelijkwaardigheid tussen zorgverlener en verzeke-raar, meer samenwerking en meer vertrouwen in de zorgverlener, vormen de kernpunten van de beweging.

De beroepsverenigingen van zorgverleners hameren nu ook op meer autonomie voor de professional. In plaats van vinkjes zetten, willen de zorgverleners: eenvoudige, door de beroepsgroep en patiënten samen opgestelde, kwaliteitsstandaarden; horizontaal toezicht op basis van gezond vertrouwen en onderlinge intervisie.

Zorginstellingen doen er goed aan het activisme van hun zorgverleners te omarmen en te ondersteunen. Niet alleen is het terugdringen van de administratieve lasten ook voor instellingen directe winst, het zal ook bijdragen aan het werkplezier en de ervaren autonomie van de zorgverleners. De organisatiecultuur kan in de meeste zorginstellingen wel een serieuze opknopbeurt gebruiken.

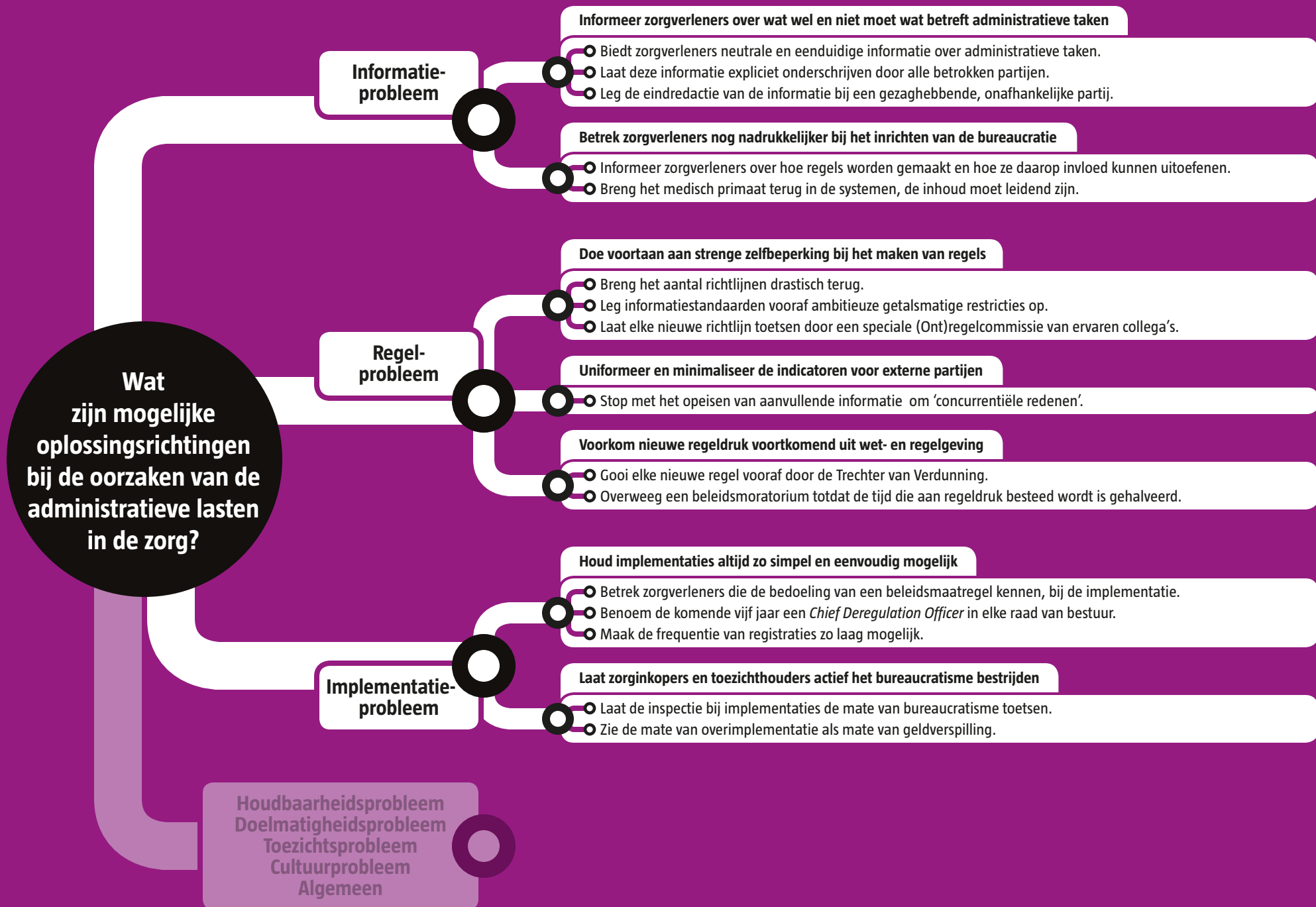
Ook de toezichthouders staan achter deze cultuurverandering. De afvinkcultuur moet een aanspreekcultuur worden, waarin zorgverleners en zorginstellingen, samen met hun patiënten, met verzekeraars én toezichthouders, werken aan goede en betaalbare zorg.

Daarvoor is een open cultuur nodig. Een cultuur waarin het veilig is elkaar aan te spreken, waar het mogelijk is om gemaakte fouten te bespreken en ervan te leren. Opdat zorgverleners de

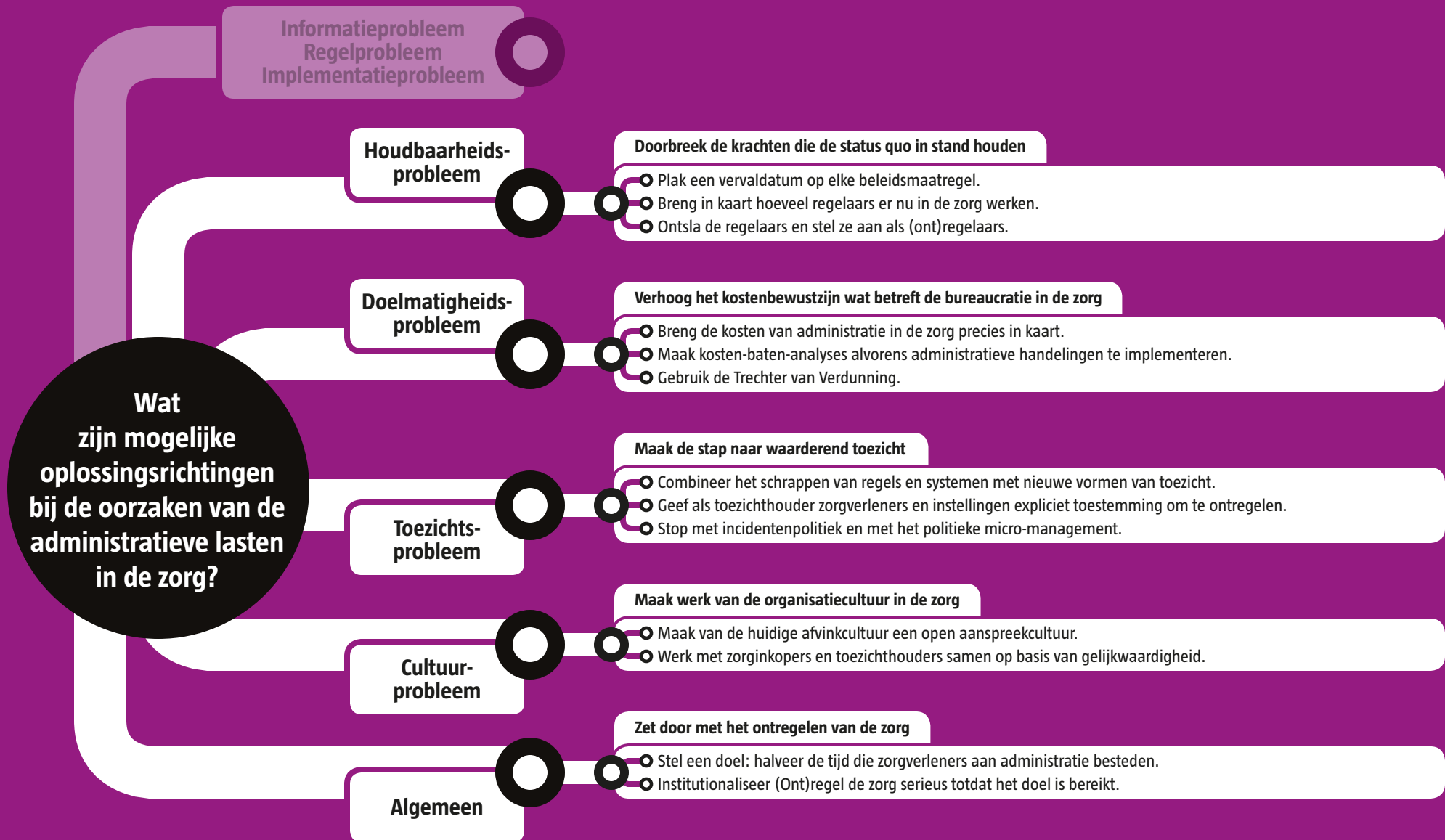
zorg elke dag een beetje beter maken, niet omdat het moet van de zorgverzekeraar, de inspectie, de NZa of het Zorginstituut, maar omdat ze dat zelf willen.

Samenvatting van de oplossingen en de bijbehorende acties

Wat zijn nu de acties die uit deze oplossingsrichtingen geëxtraheerd kunnen worden? **Figuur 3** geeft een overzicht.



Figuur 3a



Figuur 3b

Over de auteur

Kees Kraaijeveld is medeoprichter en directeur van De Argumentenfabriek. De Argumentenfabriek is inhoudelijk van meet af aan betrokken geweest bij het initiatief van actiecomité Het Roer Moet Om en VvAA om de zorg te ontregelen. De fabriek heeft het denkwerk van de denktank (Ont)regel de zorg mogen begeleiden, heeft de schrapconferentie in november 2017 inhoudelijk mede vormgegeven, en heeft de schrapsessies ontworpen en in goede banen geleid. Kees is mede-initiator van het platform Zó werkt de zorg en heeft in die hoedanigheid meerdere boeken geschreven over hoe het Nederlandse zorgstelsel is georganiseerd. Kees studeerde geneeskunde, psychologie, filosofie en journalistiek.

Vragen of opmerkingen over dit boek? Schroom niet en mail: kees@argumentenfabriek.nl

Bronnenlijst

- 1 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018) *Actieplan (Ont)Regel de Zorg*, Den Haag.
- 2 De Argumentenfabriek (2017) *Rapport Administratiedruk Medisch Specialisten, Enquête (Ont)Regel de Zorg VvAA en FMS*, Amsterdam.
- 3 VWS (2018)
- 4 Raad van State (2018) *Jaarverslag 2017*, Den Haag.
- 5 WRR (2004) *Bewijzen van goede dienstverlening*, Amsterdam University Press, Amsterdam 2004
- 6 Meurs, Pauline (2014) *Van Regeldruk naar Passende Regels, Vertrouwen, Veerkracht, Verantwoordelijkheid, Vrijheid*. Essay op verzoek van het Ministerie van VWS en van de leden van de Agenda voor de Zorg, Den Haag.
- 7 Orde Medisch Specialisten (2014) *Leidraad IFMS; Individueel Functioneren Medisch Specialisten*, OMS, Utrecht.
- 8 WRR (2004)
- 9 VWS (2018)
- 10 Meurs (2014)
- 11 VWS (2018)
- 12 VWS (2018)
- 13 Blume, Louise (2017), *Tools or rules: The utility and limitations of guidelines in Dutch hospitals*, Tranzo, Tilburg.
- 14 Zwaap, Jacqueline (2017) *Pakketadvies in de praktijk: Wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket*, Zorginstituut, Diemen.
- 15 Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2017), *Zonder context geen bewijs; Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*, Publicatie 17-05, Den Haag.

