

Verkenning toepasbaarheid KIK-V in de GHZ-sector



UITKOMSTEN KIK-V VERKENNING IN DE GEHANDICAPTENZORG-SECTOR



Verkenning toepasbaarheid KIK-V in de GHZ-sector
Uitkomsten KIK-V verkenning in de GHZ-sector juli 2023

Docnr: 2023011249

Programma (KIK-V) Projectteam Zorginstituut Nederland:

- Mw. A. van Bergeijk
- Mw. B. van Aalst
- Mw. E. Piller
- Mr. W. Sniekers
- Mr. M. Henry (cartoons)

Contact: verkenningenkikv@zinl.nl

Voorwoord

Zorginstituut Nederland voert in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en op verzoek van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) in samenwerking met Federatie Landbouw en Zorg (FLZ) een KIK-V verkenning uit in de sector gehandicaptenzorg (GHZ). Als onderdeel van deze verkenning zijn belanghebbende partijen uit de sector geraadpleegd, waaronder zorgaanbieders en ketenpartijen.

Deze verkenning heeft als doel om inzicht te krijgen in de huidige gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en ketenpartijen en te bepalen wat de mogelijke toepasbaarheid van KIK-V is voor de GHZ-sector.

Dit document presenteert de resultaten van de GHZ-verkenning. Na deskresearch en een stakeholderanalyse is in november 2022 de nulmeting van deze verkenning gestart. Deze nulmeting bracht de huidige gegevensuitwisseling in kaart tussen zorgaanbieders en uitvragende ketenpartijen, en de mogelijke toepasbaarheid van KIK-V binnen de GHZ-sector. Dit document doet onder andere verslag van de nulmeting die is uitgevoerd tussen november 2022 en mei 2023 bij negentien zorgaanbieders en zeven ketenpartijen. In interviews hebben de deelnemende zorgaanbieders en ketenpartijen hun ervaringen met gegevensuitwisseling gedeeld. Hierop volgend zijn in een co-creatiesessie de gecombineerde bevindingen besproken. Bij de bevindingen hebben de deelnemers aanbevelingen geformuleerd, gericht op een toepassing KIK-V in de GHZ. De bevindingen en aanbevelingen zijn gebundeld in dit document.

Het projectteam dankt de zorgaanbieders en ketenpartijen voor hun deelname en bijdrage aan deze verkenning naar de toepasbaarheid van KIK-V in de GHZ-sector. We zijn dankbaar voor hun tijd, expertise en toewijding bij dit onderzoek. De geïnvesteerde tijd, betrokkenheid en gedeelde kennis en expertise worden zeer gewaardeerd. De opgehaalde kennis en inzichten vormen de grondslag voor deze rapportage.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5	4.4 NZa	36
1 Inleiding	8	4.5 Zorgkantoren	37
1.1 Aanleiding	8	4.6 Kwaliteitskader	40
1.2 Onderzoeksvragen en scope	9	4.7 Gemeenten	41
1.3 Leeswijzer	10	4.8 Persoonsgebonden budget (PGB)	45
2 Methode	12	5 Meerwaarde en toepasbaarheid KIK-V	46
2.1 Fasering van het onderzoek	12	5.1 Meerwaarde KIK-V	46
2.2 Onderzoeksmethoden	12	5.2 Verwachtingen over toepasbaarheid KIK-V	49
3 Huidige situatie gegevensuitwisseling	14	6 Registratieproces indicatoren in beeld	51
3.1 Algemeen beeld gegevensuitwisseling	14	6.1 Aantal cliënten	51
3.2 Knelpunten bij informatie-uitvragen	15	6.2 Aantal medewerkers	53
4 Overzicht van informatie-uitvragen	26	7 Conclusie	54
4.1 Structurele informatie-uitvragen	26	8 Aandachtspunten bij KIK-V in de GHZ	56
4.2 Jaarmaatschappelijke verantwoording (JMV) CIBG	29	Bijlage 1 – Kenmerken deelnemende zorgaanbieders	58
4.3 Wzd vanuit IGJ	33	Bijlage 2 – Deelnemende ketenpartijen	61
		Bijlage 3 – Maatregelen borging onderzoekskwaliteit	62
		Bijlage 4 – Woordenlijst	63

Samenvatting

Inleiding

Om een impuls te geven aan het verbeteren van kwaliteit van zorg en aan verminderen van administratieve lasten is in 2018 het programma KIK-V gestart, gericht op de verpleeghuiszorg. In dit programma maken ketenpartijen samen afspraken over gegevensuitwisseling in de zorg. De afspraken gaan niet alleen over het vaststellen en uitwisselen van informatie. Ze zorgen ook voor afstemming met de landelijke ketenpartijen die gegevens uitvragen, zodat het aanleveren van informatie praktisch en doeltreffend kan verlopen. Daarnaast maken de afspraken inzichtelijk welke partijen informatie uitvragen, waarom ze dat doen en wanneer.

Het doel van KIK-V is het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteits- en bedrijfsvoeringinformatie, beter afstemmen van nieuwe uitvragen en meer hergebruiken van gegevens. Met andere woorden: KIK-V betekent duidelijkheid, afspraken en efficiëntie. Daarmee verbetert de uitwisseling van keteninformatie en verminderen de administratieve lasten.

Deze werkwijze van KIK-V, met het gebruik van een Afsprakenset, is mogelijk ook relevant voor andere zorgsectoren. Ook daar is men immers op zoek naar manieren om administratieve lasten te verlichten door data op orde te krijgen voor interne sturing en externe verantwoording. Om inzicht te krijgen in de meerwaarde van een KIK-V Afsprakenset voor andere zorgsectoren, zijn medio 2022 drie verkennende

onderzoeken gestart, gericht op de gehandicaptenzorg (GHZ), geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Zorginstituut Nederland voert deze verkenningen uit in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

In dit document zijn de resultaten beschreven van de verkenning die is uitgevoerd in de GHZ. De scope van deze verkenning is vastgesteld op de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Waar van toepassing is zijdelings meegekeken naar uitvragen die gedaan worden vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)/Jeugdwet. In de verkenning stonden de volgende onderzoeksvragen centraal:

Wat is de toepasbaarheid van KIK-V in de GHZ?

- Wat is de huidige situatie van gegevensuitwisseling in de GHZ?
- Wat is de meerwaarde voor de GHZ om aan te sluiten bij KIK-V?
- Wat is er nodig voor de GHZ om aan te kunnen sluiten bij KIK-V?

Methode

Na deskresearch en een stakeholderanalyse is in november 2022 de nulmeting bij deze verkenning gestart. In de periode tot en met mei 2023 zijn gesprekken gevoerd met negentien zorgaanbieders en zeven ketenpartijen. Via deze gesprekken is in kaart gebracht hoe de reguliere informatie-uitvragen nu verlopen en welke inspanningen zij vragen van zorgaanbieders op het gebied van verzamelen, registreren en aanleveren van informatie. Daarnaast is besproken in hoeverre een KIK-V werkwijze

meerwaarde kan hebben voor de sector GHZ, en wat ervoor nodig is om in deze sector een KIK-V werkwijze te implementeren. Na afronding van de nulmetinggesprekken is in mei 2023 een co-creatiesessie gehouden waarin de belangrijkste bevindingen tot dan toe zijn voorgelegd aan zorgaanbieders en ketenpartijen. Hun is gevraagd om gezamenlijk tot aanbevelingen te komen voor een eventueel vervolg van KIK-V in de GHZ-sector, uitgaande van deze bevindingen.

Dit document bundelt en onderbouwt de antwoorden op de onderzoeksvragen van de verkenning GHZ. Het beschrijft de hoofdbevindingen uit de nulmeting en de aanbevelingen uit de co-creatiesessie. Het document vormt hiermee de afronding van de verkenning en een mogelijk startpunt voor een vervolg van KIK-V in de GHZ.

Bevindingen

Antwoorden op de onderzoeksvragen voor de verkenning GHZ luiden, samengevat, als volgt:

Wat is de huidige situatie van gegevensuitwisseling in de GHZ?

In de huidige situatie van Wlz-gegevensuitwisseling in de GHZ zijn er meerdere verplichte informatie-uitvragen naar zorgaanbieders. De meeste zorgaanbieders zijn hierop redelijk voorbereid en worden in meer of mindere mate ondersteund door hun ICT-systemen. Ze ervaren weinig toegevoegde waarde van de uitvragen en krijgen geen of nauwelijks inhoudelijke terugkoppeling na aanlevering van gegevens. De definities van gevraagde gegevens zijn vaak onduidelijk, en variëren bij verschillende uitvragen. Dat maakt ook dat de aangeleverde

gegevens van zorgaanbieders onderling niet (goed) vergelijkbaar zijn. Daarbij zijn uitvragen van verschillende partijen onvoldoende op elkaar afgestemd, worden uitgevraagde gegevens niet altijd voor interne sturing gebruikt en is de omvang van de zorgaanbieder medebepalend voor de ervaren belasting door aanleververplichtingen. Vooral in de Wmo en Jeugdwet ervaren zorgaanbieders hoge administratieve lasten bij aanleveringen. Sommige overwegen hierdoor hun Wmo-inzet te verminderen.

Wat is de meerwaarde voor de GHZ om aan te sluiten bij KIK-V?

Zorgaanbieders en ketenpartijen zien een meerwaarde voor de GHZ om aan te sluiten bij KIK-V. Ze benadrukken de meerwaarde van eenduidige definities, inhoudelijke terugkoppeling, betere ICT-modules en meer hergebruik en afstemming van gegevens en definities tussen uitvragende partijen. Met de KIK-V werkwijze kan dit worden bewerkstelligd. Dit moet leiden tot minder administratieve lasten, betere datakwaliteit, benchmarkmogelijkheden en betere mogelijkheden voor leren en verbeteren.

Wat is er nodig voor de GHZ om aan te kunnen sluiten bij KIK-V?

Zorgaanbieders en ketenpartijen pleiten voor afspraken over definities, vastlegging en (afstemming van) aanlevering, met betrokkenheid van ICT-leveranciers in de brede zin. Om de KIK-V werkwijze in de GHZ tot een succes te maken, moet KIK-V tijdig een merkbare tijdsbesparing opleveren voor zorgaanbieders; niet pas over bijvoorbeeld vijf jaar. De verwachting is dat het draagvlak onder zorgaanbieders sterk zal toenemen als ook het sociaal domein in de toekomst wordt meegenomen.

Aanbevelingen

Vanuit de deelnemers zijn de volgende aandachtspunten aangedragen bij implementatie van KIK-V:

- Zorgvuldig implementatietraject: zorgaanbieders meenemen in de uitwerking van het KIK-V Afsprakenstelsel in deel-stappen, waarbij per stap ook resultaat zichtbaar is.
- Softwareleveranciers GHZ-sector betrekken, zodat zij kunnen meedenken en hun producten kunnen afstemmen op KIK-V.
- Zorg voor eenduidigheid bij uitvragen: eenduidige definities bij dezelfde en vergelijkbare gegevensvragen.
- Zorg voor een inhoudelijke terugkoppeling na aanlevering, zodat zorgaanbieders weten of ze het juiste hebben aangeleverd en hoe ze het doen ten opzichte van vergelijkbare zorgaanbieders op het vlak van de betreffende uitvraag: welk beeld heeft de ketenpartij op basis van aangeleverde gegevens?
- Geen ongebreidelde toename in opgevraagde gegevens: nieuwe uitvragen moeten zich houden tot de afspraken die gemaakt worden in het kader van KIK-V.
- Voor draagvlak is het belangrijk dat het eerste effect na implementatie KIK-V snel zichtbaar is: maak tussenstappen met tastbare resultaten.

De volgende onderwerpen zijn door een deel van de deelnemers genoemd, maar liggen buiten de directe scope van de verkenning:

- Gegevensuitwisseling en informatie-uitvragen rondom persoonsgebonden budget (PGB): valt buiten scope.
- Gegevensuitwisseling en informatie-uitvragen Sociaal Domein: valt buiten de scope en is daarom beperkt meegenomen in de huidige verkenning. Vanuit de deelnemers kwam de dringende

aanbeveling om een aanvullende verkenning uit te voeren gericht op Wmo en Jeugdwet, omdat zorgaanbieders hier veel administratieve last ervaren.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

1.1.1 Ambities KIK-V

Het verbeteren van kwaliteit van zorg en verminderen van administratieve lasten zijn belangrijke ambities voor alle sectoren van de gezondheidszorg. Om hieraan in de verpleeghuiszorg een nieuwe impuls te geven is in 2018 het programma KIK-V gestart. In dit programma maken ketenpartijen afspraken over het vaststellen en uitwisselen van kwaliteits- en bedrijfsvoeringinformatie in de verpleeghuiszorg. Het doel van KIK-V is het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteitsinformatie, beter afstemmen van nieuwe uitvragen en meer hergebruik van gegevens. Sinds medio 2021 wordt op verzoek van de ketenpartijen binnen de verpleeghuissector naar een bredere set van informatie gekeken; naast kwaliteitsinformatie ook naar bedrijfsvoering onderwerpen. Tevens hebben andere zorgsectoren interesse geuit in de werkwijze van KIK-V: efficiënte gegevensuitwisseling waarbij ketenpartijen samen afspraken maken. De afspraken gaan niet alleen over het vaststellen en uitwisselen van informatie. Ze zorgen ook voor afstemming met de landelijke ketenpartijen die gegevens uitvragen, zodat het aanleveren van informatie praktisch en doeltreffend kan verlopen. Daarnaast maken de afspraken inzichtelijk welke partijen informatie uitvragen, waarom ze dat doen en wanneer.

Tot nu toe richtte het programma KIK-V zich op de verpleeghuiszorg, waarbij het programma door de keten als succes wordt ervaren. Dit gaf de VGN aanleiding om een verkenning te vragen in de GHZ-sector.

1.1.2 Toepasbaarheid KIK-V voor andere sectoren

De werkwijze van KIK-V is mogelijk ook relevant voor andere zorgsectoren, waar men ook op zoek is naar manieren om administratieve lasten te verlichten door efficiëntere gegevensuitwisseling, beter afstemmen van nieuwe uitvragen en meer hergebruik van gegevens. Een uitbreiding naar andere zorgsectoren heeft daarnaast een verwacht positief effect op de implementatiebereidheid van KIK-V onder ketenpartijen en zorgaanbieders in de verpleeghuissector. Zorgaanbieders die actief zijn in meerdere zorgsectoren kunnen dan in de gehele organisatie KIK-V toepassen. Als meerdere zorgsectoren de werkwijze KIK-V gebruiken, leidt dat tot schaalvergroting op het gebied van (technische en proces)inrichtingen bij de zorgaanbieders en ketenpartijen. Dit leidt mogelijk ook tot investeringen en bijpassende ontwikkelingen vanuit softwareleveranciers.

Om inzicht te krijgen in de meerwaarde van de KIK-V Afsprakenset in andere zorgsectoren zijn medio 2022 verkennende onderzoeken gestart voor de volgende sectoren:

1. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
2. Gehandicaptenzorg (GHZ)
3. Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT)¹.

In de periode augustus 2022 – juli 2023 is voor elk van deze sectoren de huidige situatie rondom gegevensuitwisseling en de toepasbaarheid van de KIK-V Afsprakenset in kaart gebracht. Het voordeel van de parallelle uitvoering van deze verkenningen is dat de verkenningen op elkaar aansluiten en (tussentijdse) bevindingen konden worden afgestemd. Dit eindrapport beschrijft de uitkomsten van de verkenning GHZ.

1.1.3 Betrokken partijen

Deze verkenning² is uitgevoerd door het onderzoeksteam KIK-V van Zorginstituut Nederland (ZIN) in opdracht van VWS (directie Langdurige Zorg). In de uitvoering is nauw samengewerkt met de branchepartij voor de GHZ-sector: de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Vertegenwoordigers van VWS, VGN en Federatie Landbouw en Zorg (FLZ) hebben deelgenomen aan het afstemmingsoverleg over de voortgang van deze verkenning. Daarnaast heeft er maandelijks werkgroepoverleg plaatsgevonden om het projectteam van de verkenning te ondersteunen. Hieraan hebben vertegenwoordigers van VGN, FLZ, Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ) en ZIN (team Langdurige Zorg, afdeling Zorg) deelgenomen. De werkgroepleden hebben inhoudelijk input geleverd, bijgedragen aan het benaderen en werven van deelnemers en

¹ Voor de VVT is de Verpleging niet nader bekeken omdat dit al onderwerp is in het huidige KIK-V programma. Wel is eind 2022 een 1-meting gehouden over de stand van zaken van het KIK-V programma.

gecommuniceerd naar hun achterban over de uitvoering van de verkenning.

1.2 Onderzoeksvragen en scope

De onderzoeksvragen voor de verkenning GHZ zijn:

Wat is de toepasbaarheid van KIK-V in de GHZ?

- Wat is de huidige situatie van gegevensuitwisseling in de GHZ?
- Wat is de meerwaarde voor de GHZ om aan te sluiten bij KIK-V?
- Wat is er nodig voor de GHZ om aan te kunnen sluiten bij KIK-V?

De verkenning sluit aan bij de twee andere verkenningen (GGZ en VVT) die gelijktijdig plaatsvinden, om te zien of en hoe er synergie te behalen valt in de bevindingen uit de drie verkenningen. Uitkomsten van deze synergie worden beschreven in een aparte memo.

Dit document beschrijft de uitkomsten van deze verkenning, in antwoord op de boven beschreven onderzoeksvragen. Deze vragen waren de basis voor de nulmetinggesprekken met negentien zorgaanbieders en zeven ketenpartijen tussen november 2022 en mei 2023. Met de zorgaanbieders is besproken hoe zij gegevens verzamelen en aanleveren om vragen van externe partijen te beantwoorden en wat zij verwachten van de toepasbaarheid van KIK-V. Met de ketenpartijen is gesproken

² Als in dit eindrapport sprake is van 'verkenning' wordt bedoeld: verkenning GHZ, tenzij expliciet anders wordt vermeld.

over hoe zij informatie uitvragen en hoe zij denken over de toepasbaarheid van KIK-V binnen de GHZ.

Bij aanvang van de verkenning is de scope bepaald. De voorgestelde scope is afgestemd met de werkgroepleden en voorgelegd aan het afstemmingsoverleg. De scope van de verkenning GHZ richt zich op:

- Wlz-domein
- Zvw-domein

In praktijk zijn daarmee met name informatie-uitvragen verkend in het Wlz-domein, aangezien het merendeel van de GHZ-zorgaanbieders daarin werkzaam is. Zvw is bij de meeste deelnemende zorgaanbieders niet, of in een enkel geval slechts beperkt, aan de orde.

De volgende domeinen zijn buiten scope gehouden:

- Wmo-domein
Wmo (en Jeugdwet) bevinden zich op het vlak van het sociaal domein, terwijl de opdracht voor de verkenning ingestoken is vanuit de langdurige zorg. Ook speelt in deze besluitvorming de hoeveelheid gemeenten mee (circa 350) die bij de verkenning zouden moeten aansluiten en het effect daarvan op een tijdige uitvoering en haalbaarheid van de verkenning. Wel is op advies van de werkgroep besloten om, waar dat van toepassing was, globaal informatie op te halen over de knelpunten rond aanleveringen Wmo. Zo is er niet gedetailleerd op de betreffende (Wmo-)uitvraag ingegaan (deze is immers per gemeente verschillend), maar is er een aantal algemene vragen gesteld over de aard, frequentie en werkdruk in relatie tot de uitvraag vanuit gemeenten.

Daarnaast is het Ketenbureau i-Sociaal Domein geïnterviewd als ketenpartij.

- Jeugd-domein
Een belangrijke overweging bij het buiten de scope houden van het jeugddomein richt zich op het feit dat de Jeugdwet, net als de Wmo, tot het sociaal domein behoort. Ook dit vraagt om betrokkenheid van gemeenten. Daarnaast wijkt de doelgroep, en daarmee ook stakeholders, af van de Wlz.
- Forensische GHZ
Een belangrijke overweging bij het buiten de scope houden van forensische GHZ is dat dit gebied doorgaans onder Justitie valt. Dit betekent dat er andere wet- en regelgeving van toepassing is.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 1 geeft de inleiding van de verkenning(en) weer, hoofdstuk 2 beschrijft de gehanteerde methode.

Hoofdstuk 3 en 4 beschrijven de bevindingen vanuit de deskresearch en de nulmeting. De huidige situatie van gegevensuitwisseling is beschreven en er is een overzicht opgenomen van structurele informatie-uitvragen in de GHZ door ketenpartijen. Iedere bevinding wordt toegelicht en voorzien van voorbeelden uit de praktijk van de zorgaanbieders en/of ketenpartijen. Daarbij zijn onderstaande samenvattende getalsaanduidingen gebruikt:

- *Enkele*: tot 5 deelnemers
- *Een aantal*: 5 tot 10 deelnemers
- *Het merendeel*: 10 tot 15 deelnemers
- *Bijna alle*: 15 tot 19 deelnemers

Hoofdstuk 5 beschrijft de meerwaarde en toepasbaarheid van KIK-V in de GHZ-sector volgens zorgaanbieders en ketenpartijen.

Om een beeld te krijgen in hoeverre de huidige registraties van zorgaanbieders zich er al voor lenen om via een KIK-V werkwijze gegevens geautomatiseerd aan te leveren is met zorgaanbieders meegekeken naar het registratieproces van twee indicatoren: aantal cliënten en aantal medewerkers. Hoofdstuk 6 beschrijft de uitkomsten hiervan.

In hoofdstuk 7 zijn de conclusies opgenomen van de verkenning, en het hoofdstuk schetst de aandachtspunten van deelnemende zorgaanbieders en ketenpartijen om met KIK-V aan de slag te gaan in de GHZ-sector.

Verder komen er in dit rapport een aantal afkortingen voor:

- **GHZ** – Gehandicaptenzorg
- **VVT** – Verpleging, verzorging en thuiszorg
- **GGZ** – Geestelijke gezondheidszorg
- **Wlz** – Wet langdurige zorg
- **Zvw** - Zorgverzekeringswet
- **Wmo** – Wet maatschappelijke ondersteuning
- **VWS** – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- **ZIN** – Zorginstituut Nederland
- **NZa** – Nederlandse Zorgautoriteit
- **IGJ** – Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

2 Methode

De onderzoeksvragen zijn beantwoord door middel van een verkennend onderzoek. Dit type onderzoek wordt gekenmerkt door een flexibele, brede benadering en is gericht op het beter begrijpen van vraagstukken waar nog weinig of geen onderzoek naar gedaan is. Dit hoofdstuk beschrijft de opzet en methoden van het onderzoek.

2.1 Fasering van het onderzoek

De verkenning is uitgevoerd in de periode augustus 2022 tot en met juli 2023. Tijdens de verkenning zijn vijf fases doorlopen, met verschillende onderzoeksmethoden:

1. Contouren schetsen: Tijdens deze fase is informatie over de sector en (verplichte) gegevensuitwisselingen in kaart gebracht evenals relevante partijen in gegevensuitwisseling in de GHZ, met deskresearch en een stakeholderanalyse. Tijdens deze fase is ook de scope van het onderzoek vastgesteld in samenspraak met de branchepartijen en VWS.
2. Nulmeting ketenpartijen en zorgaanbieders: In de nulmeting is de huidige situatie rond gegevensuitwisseling in kaart gebracht via interviews met zorgaanbieders en ketenpartijen. Hierdoor ontstaat een beeld van de werkwijze bij registreren, verzamelen en aanleveren van gegevens voor reguliere informatie-uitvragen en eventuele pijnpunten. Voor de ketenpartijen werden, omwille van de efficiëntie en indien mogelijk, interviews voor de drie verkenningen gecombineerd.

Verder is voor twee indicatoren uit de jaarverantwoording zorg JMV-uitvraag³ (aantal cliënten en aantal medewerkers) in kaart gebracht hoe deze gegevens door de zorgaanbieders worden geregistreerd, en hoe de zorgaanbieders vanuit deze registraties tot berekening van de betreffende indicatoren komen.

3. Inventarisatie behoeften en verwachtingen KIK-V: In interviews is geïnventariseerd welke behoeften en verwachtingen zorgaanbieders en ketenpartijen hebben ten aanzien van KIK-V, en wat er volgens hen nodig is voor de GHZ-sector om bij KIK-V aan te sluiten. Om de gevraagde inzet van de zorgaanbieders en ketenpartijen te beperken, zijn de interviews van fase 2 en 3 vaak gecombineerd uitgevoerd.
4. Conceptrapportage en oplossingsrichtingen: In een co-creatiesessie hebben ketenpartijen en zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan de nulmeting, op basis van de bevindingen, aanbevelingen geformuleerd en geprioriteerd. Samen met de bevindingen uit vorige fases zijn deze verwerkt in de conceptrapportage bij deze verkenning.
5. Rapportage en verspreiding: Op basis van de bevindingen en aanbevelingen voor toepasbaarheid KIK-V is deze eindrapportage opgesteld, waarin de antwoorden op de onderzoeksvragen zijn beschreven.

2.2 Onderzoeksmethoden

Voor de dataverzameling zijn verschillende methoden gebruikt: deskresearch, stakeholderanalyses, interviews, werkgroepoverleggen en een co-creatiesessie.

³ Sinds 2022 heeft de Jaarmaatschappelijke Verantwoording (JMV) een andere naam, namelijk Jaarverantwoording in de Zorg (JVZ). Met de op 1 januari 2022 in werking getreden Aanpassingswet toetreding zorgaanbieders (AWtza) is de openbare jaarverantwoording verplicht geworden voor alle zorgaanbieders.

In het onderzoek is iteratief gewerkt: via verschillende cycli van uitvoering en reflectie is het onderzoeksproces verfijnd en verbeterd, om te komen tot een optimaal eindresultaat. Na afronding van elke fase in het onderzoek is er steeds teruggekoppeld naar de werkgroep om betrokken partijen op de hoogte te houden, met hen te evalueren en op basis daarvan het onderzoeksproces waar nodig bij te sturen. Ook hebben de drie verkenningen regelmatig onderling bevindingen en inzichten gedeeld. Hiermee is de samenhang tussen de trajecten bewaakt.

Interviews zorgaanbieders

Deze verkenning tracht een zo representatief mogelijk beeld van de GHZ-sector te geven. Bij de selectie van zorgaanbieders voor deelname aan de nulmeting is daarom rekening gehouden met de volgende factoren:

- Regionale spreiding: verdeling op provinciaal niveau.
- Omvang organisatie: op basis van het aantal medewerkers en cliënten in zorg en financieel resultaat.
- Zorgaanbod: een aantal deelnemende zorgaanbieders levert naast zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking ook zorg aan cliënten met een lichamelijke, auditieve en/of visuele beperking.
- Gebruikte systemen: verschillende ECD- en/of HR-systemen; rekening houdend met het marktaandeel van de partijen.
- Mate van informatisering: diversiteit in gebruikte systemen en software bij zorgaanbieders bij aanlevering (van gebruik van Excel tot werken met BI-tools).

Bij deze zorgaanbieders zijn gesprekken gevoerd met kwaliteits- en beleidsmedewerkers, P&O- en HR-adviseurs, secretarissen raad van bestuur, systeembeheerders en andere medewerkers die een rol vervullen bij het verzamelen en aanleveren van gegevens.

Interviews met ketenpartijen

Daarnaast zijn er interviews gehouden met zeven ketenpartijen. Deze zijn geselecteerd op basis van de mate waarin zij een rol hebben in of zicht hebben op gestructureerde informatie-uitvragen. Deelname was mede afhankelijk van beschikbaarheid en bereidheid tot deelname in de periode van dataverzameling (zie bijlage 2 voor de lijst met deelnemers).

Uitdieping registratieproces indicatoren

Op basis van de opgehaalde input uit de negentien interviews van fase 2 en 3 met zorgaanbieders heeft er een analyse plaatsgevonden om het registratieproces in kaart brengen van de eerdergenoemde twee indicatoren (zie paragraaf 2.1). Op basis van deze analyse is voor de indicatoren een advies opgesteld voor de toepasbaarheid van KIK-V voor de registratie en aanlevering van deze indicator.

Co-creatiesessie

Tot slot is een co-creatiesessie gehouden met zorgaanbieders en ketenpartijen die aan de verkenning hebben deelgenomen. Bevindingen vanuit de interviews met zorgaanbieders en ketenpartijen zijn gebruikt voor de thematische invulling van de co-creatiesessie. Naast een plenair gedeelte voor de drie verkenningen samen, was er tijdens de co-creatie per verkenning een verdiepend onderdeel. Hierin hebben de deelnemers op basis van de bevindingen aanbevelingen geformuleerd en geprioriteerd.

3 Huidige situatie gegevensuitwisseling

3.1 Algemeen beeld gegevensuitwisseling

3.1.1 Administratielast Wlz-uitvragen is te overzien

De verplichtingen rond gegevensaanleveringen in de Wlz leiden volgens het merendeel van de zorgaanbieders niet tot heel grote inhoudelijke of procesmatige knelpunten – zorgaanbieders noemen het doorgaans ‘te doen’. In de nulmeting zijn verschillende Wlz-uitvragen besproken: de jaarmaatschappelijke verantwoording (JMV) van het CIBG, de aanleveringen vanuit de Wet zorg en dwang (Wzd) aan de IGJ, de aanleveringen aan zorgkantoren, de aanleveringen in het kader van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en de aanleveringen in het kader van het kostprijsonderzoek, productieverantwoording en herschikkingsgegevens aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Het merendeel van de zorgaanbieders heeft aangegeven dat de administratieve werkzaamheden die voortkomen uit deze aanleververplichtingen redelijk tot goed te organiseren zijn. Dit geldt voornamelijk voor de uitvragen vanuit de zorgkantoren en de NZa. De laatste uitvragen noemt een aantal zorgaanbieders ook zinvol.

“Er worden terechte vragen gesteld waarbij de cliënt centraal staat.” – Zorgaanbieder

Enkele zorgaanbieders geven aan dat zij geen aandachtspunten zien in de Wlz-uitvragen; het gaat goed zoals het gaat.

“Laat de huidige Wlz-aanleveringen [inhoud en proces] zoals ze zijn. Bepaalde verantwoording moet er zijn, en heeft ook voor de organisatie zelf meerwaarde omdat het inzicht verschaft.” – Zorgaanbieder

3.1.2 Definities zijn niet eenduidig en dus multi-interpretabel

Andere zorgaanbieders signaleren wel aandachtspunten rondom de Wlz-gegevensaanleveringen. Zo geeft het merendeel van de zorgaanbieders aan dat definities niet eenduidig zijn, waardoor zij aannames doen en/of eigen keuzes maken om het antwoord op de vraag te berekenen. Dit maakt dat aangeleverde gegevens van verschillende zorgaanbieders niet op dezelfde wijze zijn samengesteld en dat zorgaanbieders zich afvragen of zij wel de juiste invulling geven aan een definitie.

3.1.3 Meerdere uitvragen naar dezelfde informatie

Ook melden zorgaanbieders dat in verschillende uitvragen naar (ongeveer) dezelfde gegevens wordt gevraagd. Omdat de definitie dan net verschilt en/of het op een andere manier moet worden aangeleverd, moet een zorgaanbieder dezelfde gegevens meerdere keren bewerken en apart aanleveren aan verschillende partijen – in plaats van dat deze partijen van dezelfde gegevens gebruik maken.

3.1.4 Gebrek aan inhoudelijke terugkoppeling

Tot slot is volgens alle zorgaanbieders gebrek aan inhoudelijke terugkoppeling van de uitvragende partijen een belangrijk

aandachtspunt. Om te kunnen vergelijken, leren en verbeteren, willen zorgaanbieders graag inhoudelijk geïnformeerd worden over de aanlevering die ze hebben gedaan. Deze terugkoppeling ontbreekt nu bij bijna alle genoemde aanleveringen, met uitzondering van de aanlevering aan zorgkantoren. Hierbij krijgen zorgaanbieders veelal direct bericht op het moment dat aangeleverde cijfers niet overeenkomen met de gegevens die het zorgkantoor heeft.

De aandachtspunten komen overeen met wat in de verpleeghuiszorg is geconstateerd. Met het adresseren van deze aandachtspunten zien de zorgaanbieders mogelijkheden om de gegevensaanleveringen Wlz efficiënter en effectiever te organiseren. Deze aandachtspunten worden later in het rapport verder beschreven.

3.2 Knelpunten bij informatie-uitvragen

Hieronder volgt een aantal overkoepelende knelpunten die niet toegewezen kunnen worden aan specifieke informatie-uitvragen, maar van toepassing zijn op de huidige gegevensuitwisseling tussen ketenpartijen en zorgaanbieders in de GHZ-sector. Deze knelpunten werden benoemd, ook al is de administratielast van Wlz-uitvragen te overzien.

3.2.1 Toegevoegde waarde aanlevering ontbreekt

Het merendeel van de zorgaanbieders vindt het werk in voorbereiding op de aanlevering te doen, maar ervaart de toegevoegde waarde van (onderdelen van) uitvragen niet altijd: "We doen het omdat het moet, zelf doen we er verder niks mee." In dat geval ervaart de zorgaanbieder de moeite om tot

verzamelen van gegevens te komen en deze aan te leveren, als groot.

"Voor wie schrijf ik dit [kwaliteitsrapport] nu eigenlijk? Je schrijft iets over het voorafgaande jaar, dat al een half jaar achter ons ligt: in mei moet je het namelijk publiceren. Het is een beetje mosterd na de maaltijd."
– Zorgaanbieder

Voor het merendeel van de zorgaanbieders voelt het alsof de organisatie aan een administratieve verplichting moet voldoen, zonder dat de verzamelde gegevens daadwerkelijk gebruikt worden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dit gevoel wordt versterkt doordat zorgaanbieders geen inhoudelijke terugkoppeling krijgen over de aanleveringen.

"Als het niet verplicht was, had ik niet aangeleverd. Intern doen we weinig met de aangeleverde gegevens."
– Zorgaanbieder

3.2.2 Zorgaanbieders ontvangen weinig tot geen inhoudelijke terugkoppeling van de uitvragende partij

Zorgaanbieders leveren veel gegevens aan bij verschillende uitvragende partijen, maar ontvangen hierover doorgaans geen inhoudelijke terugkoppeling. Dit leidt tot onzekerheid bij zorgaanbieders over de kwaliteit van de aangeleverde gegevens, over keuzes die zij maken over definities en wijze van berekening, en over de manier waarop deze gegevens worden gebruikt.

*"Wat doen ze er dan mee? We hebben geen idee." –
Zorgaanbieder*

*"Het komt in een grote database terecht en je hoopt
maar dat er wat goeds mee gedaan wordt." –
Zorgaanbieder*

Dit versterkt het gevoel dat bij een aantal zorgaanbieders leeft dat het een 'moetje' is: er worden gegevens gevraagd die bij een deel van de zorgaanbieders weinig of geen rol spelen bij interne sturing. Daarbij ontvangen zij geen terugkoppeling die de zorgaanbieder in staat stelt om nut en noodzaak van de uitvraag beter te kunnen plaatsen.

Bijna alle zorgaanbieders zien meerwaarde in een inhoudelijke terugkoppeling, zodat zij op basis hiervan kunnen leren en verbeteren. Zorgaanbieders noemen ook de wens om te kunnen benchmarken met collega-zorgaanbieders.

*"Als bijvoorbeeld de IGJ zou zeggen: 'Dit missen we nog
of dit moet er wel of niet in.' Daar hebben we als
organisatie wel wat aan." – Zorgaanbieder*

Enkele zorgaanbieders spreken uit dat zij geen dringende behoefte hebben aan een terugkoppeling. Dit betreft vooral zorgaanbieders die de aan te leveren gegevens 'uit zichzelf' al bijhouden en gebruiken in hun eigen processen rond interne sturing.

Gebruik van aangeleverde gegevens is onbekend



3.2.3 Gebrek aan vergelijkbaarheid

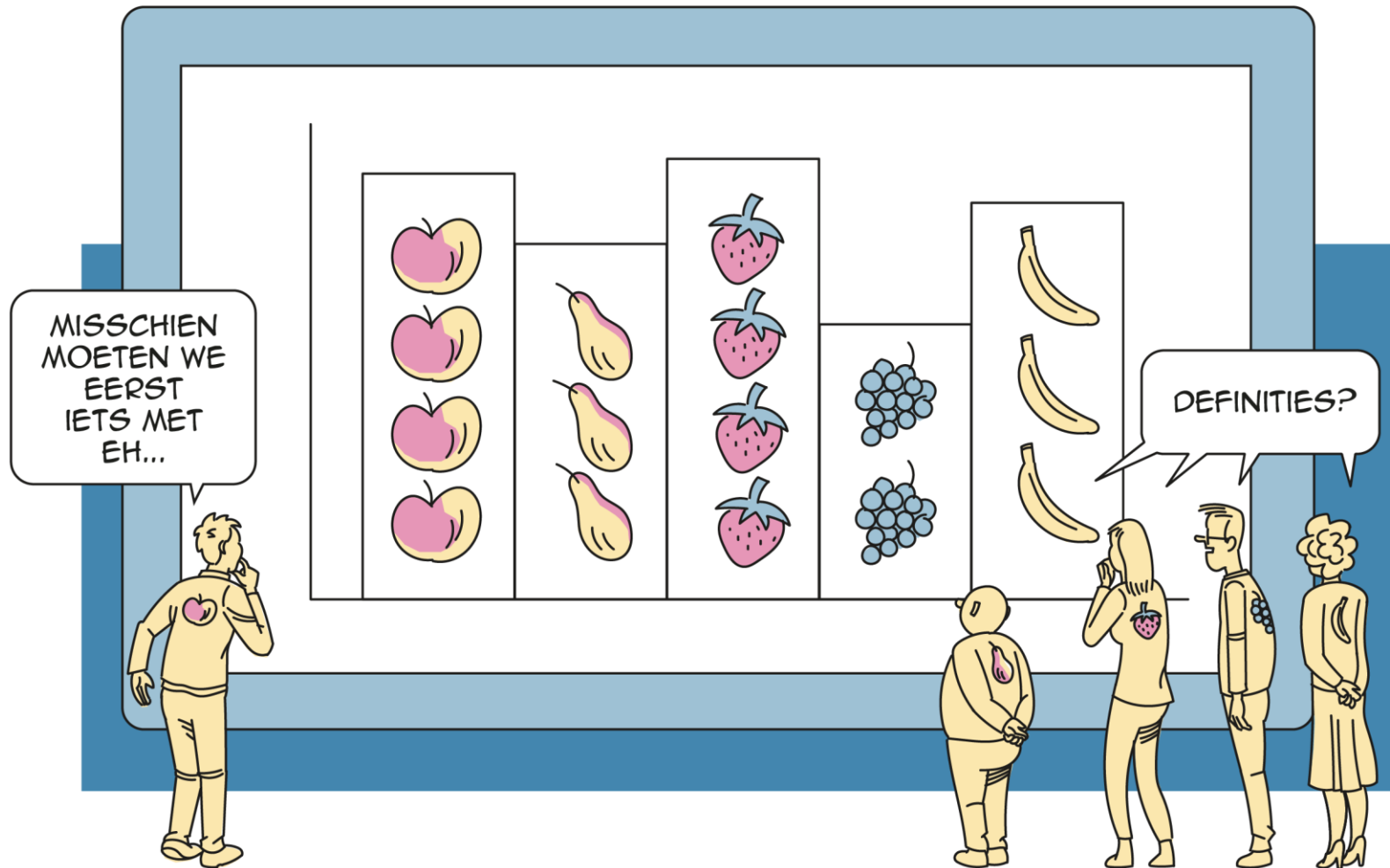
Gerelateerd aan het punt van de ontbrekende terugkoppeling is het gebrek aan benchmarkmogelijkheden: het is voor zorgaanbieders niet mogelijk om hun cijfers te vergelijken met die van andere zorgaanbieders. Hoewel zorgaanbieders sterk van elkaar kunnen verschillen en niet op alle punten vergelijkbaar zijn, kan benchmarking waardevol zijn voor zorgaanbieders om (meer) inzicht te krijgen in de gegevens van vergelijkbare zorgaanbieders en om te kijken waar eigen verbetering mogelijk is. Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat het belangrijk is dat uitvragende partijen aandacht besteden aan benchmarkmogelijkheden op basis van de informatie-uitvragen. Een benchmark wordt volgens zorgaanbieders die er behoefte aan hebben meer waardevol, als er rekening wordt gehouden met de verschillen tussen zorgaanbieders en de complexiteit van de doelgroepen en de bijbehorende zorg. Wel vraagt een betrouwbare benchmark om eenduidige toepassing van definities, anders zijn aangeleverde gegevens alsnog niet goed vergelijkbaar.

"Omdat iedere organisatie hiermee te maken heeft [eigen interpretatie definities], is een eventuele vergelijking met andere zorgaanbieders op basis van de aangeleverde gegevens niet per se betrouwbaar." – Zorgaanbieder

Ook Fizi, beroepsvereniging voor financials in de zorg, ziet mogelijkheden voor benchmarking.

"Als je het [definities in informatie-uitvragen] uniformeert kun je het ook vergelijken." – Ketenpartij

Zorgaanbieders willen graag benchmarken maar gegevens zijn niet vergelijkbaar



3.2.4 Uitvragen onvoldoende op elkaar afgestemd

Zorgaanbieders ervaren onnodige administratieve lasten door dubbelingen in één uitvraag en/of in de uitvragen van verschillende ketenpartijen. Deze dubbelingen worden regelmatig gezien bij onderdelen van de jaarverantwoording vanuit CIBG in DigiMV, zoals de jaarrekening, die zowel wordt geüpload als apart ingetikt in de DigiMV-portal. Andere dubbelingen worden gezien in verantwoording aan de NZa met informatie-uitvragen van gemeenten. Het zou zorgaanbieders tijd en moeite besparen als uitvragen beter op elkaar zijn afgestemd, zodat ze dezelfde gegevens kunnen hergebruiken.

"We zouden waar het gaat over gegevensuitwisselingen graag een beter op elkaar aansluitend geheel willen zien, in plaats van allemaal losse documenten wegens uitvragen van verschillende ketenpartijen, met verschillen in definities, ook als de inhoud (ongeveer) overeenstemt." – Zorgaanbieder

"Alle uitvragende partijen zitten op hun eigen pad en wijken daar niet van af. Er zijn nu allemaal 'eilandjes van informatie', die aan kracht kunnen winnen als ze gecombineerd worden." – Zorgaanbieder

"Alles wordt meerdere keren aangeleverd; de CBS-uitvraag over productie is grotendeels hetzelfde als facturatie [die bij zorgverzekeraars en gemeenten opgevraagd wordt]. DigiMV overlapt (deels) met CBS-uitvragen zoals vragen over uitval." – Zorgaanbieder

Uitvragen onvoldoende op elkaar afgestemd



3.2.5 Uitgevraagde informatie wordt niet voor interne sturing gebruikt

Zorgaanbieders hebben soms moeite om de juiste gegevens aan te leveren, omdat de gevraagde gegevens inhoudelijk niet altijd overeenkomen met wat wordt vastgelegd voor interne sturing. Een zorgaanbieder moet dan alsnog gegevens op- of samenstellen, alleen voor die betreffende aanlevering.

Daarnaast komt het voor dat de vorm van de gegevens bij de zorgaanbieder niet overeenkomt met wat wordt gevraagd voor aanlevering: gegevens moeten in een bepaalde vorm worden aangeleverd, terwijl de zorgaanbieder deze op een andere manier heeft vastgelegd. Zo worden Wzd-cijfers vaak in een Excelbestand of soms zelfs in tekst vastgelegd, terwijl het in een XML-bestand moet worden aangeleverd. In dit geval moeten zorgaanbieders extra tijd besteden aan het bewerken van hun interne gegevens om deze aan de juiste vormvereisten te laten voldoen.

"Voor de stakeholder ontkoppelen we dat dan in een apart Excelbestandje. Met dit bestand doen wij intern niets." – Zorgaanbieder

Mismatch stuurinformatie en aanlevering



3.2.6 Verschil in ervaren belasting in relatie tot omvang zorgaanbieder

Het beperkte aantal medewerkers en cliënten van kleinere zorgaanbieders maakt het voor hen overzichtelijker om informatievragen uit het hoofd te beantwoorden.

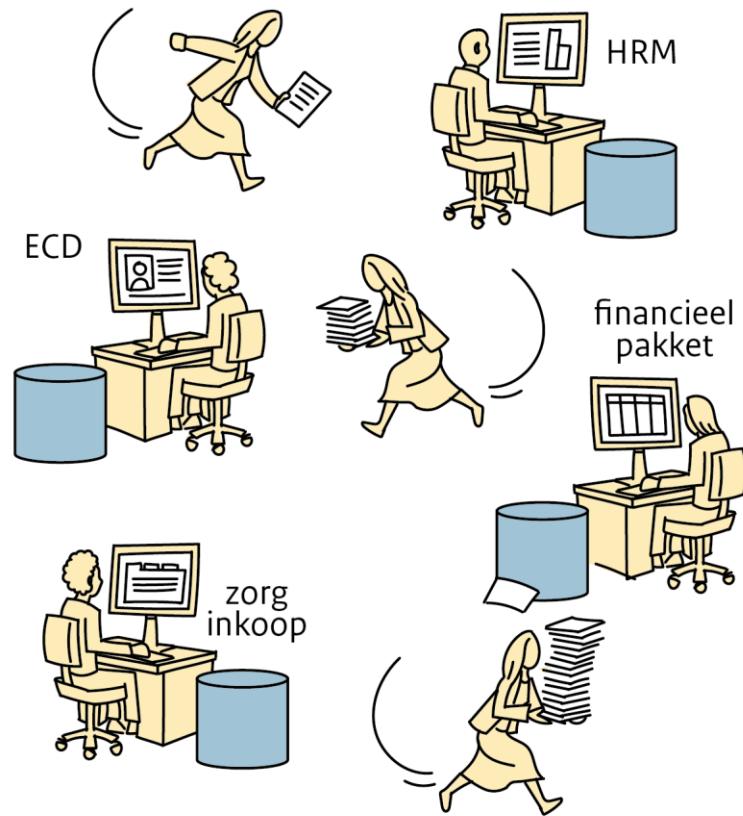
"Ik weet zo wel hoeveel medewerkers hier zijn en hoeveel cliënten we hebben." – Zorgaanbieder

"Zo is de directe leidinggevende van de alledaagse zaken vaak ook de bestuurder binnen een kleinschalige organisatie. Dat betekent dat de bestuurder een duizendpoot moet zijn: met ook verstand van HR en andere onderdelen van de zorgaanbieder. Bij grootschalige organisaties is dit doorgaans verdeeld onder verschillende personen." – Zorgaanbieder

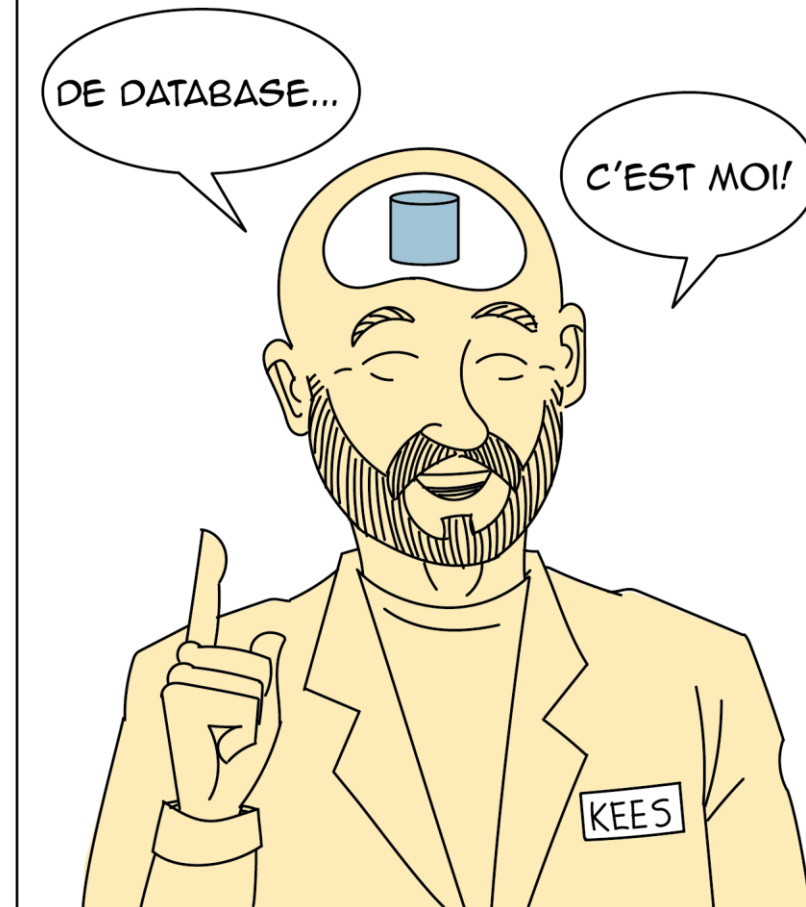
Kleinere zorgaanbieders hebben vaak een informeler werkwijze en een platte organisatie: informatie hoeft niet eerst over verschillende 'schijven' te gaan. Daardoor is de werkwijze bij verzamelen van gegevens minder complex, en kost het minder tijd dan bij grotere zorgaanbieders. Ook gebruiken kleinere aanbieders bij het verzamelen van gegevens minder systemen, in tegenstelling tot grote zorgaanbieders.

Verschillen tussen kleine en grote zorgaanbieders bij informatie-uitvragen

Beantwoording informatie-uitvragen bij grote zorgaanbieder



Beantwoording informatie-uitvragen bij kleine zorgaanbieder



4 Overzicht van informatie-uitvragen

4.1 Structurele informatie-uitvragen

Op basis van de interviews met zowel zorgaanbieders als ketenpartijen is een inventarisatie gemaakt van de structurele informatie-uitvragen van ketenpartijen aan zorgaanbieders in de GHZ-sector (Wlz en Zvw). Het overzicht van deze informatie-uitvragen staat weergegeven in onderstaande tabel.

Per informatie-uitvraag zijn de volgende elementen in kaart gebracht: frequentie, vragende ketenpartij, doel van de uitvraag en de aanleverwijze. Vervolgens worden de bevindingen ten aanzien van de structurele informatie-uitvragen en daarbij uitvragen die vaak werden benoemd door zorgaanbieders en ketenpartijen toegelicht.

Informatie-uitvraag	Frequentie	Ketenpartij	Doel uitvraag	Aanleverwijze
1 Jaarmaatschappelijke verantwoording (JMV)	1x per jaar	CIBG	Afleggen maatschappelijk verantwoording zorgorganisaties over besteding collectieve middelen	Portal DigiMV
2 Wet zorg en dwang (Wzd): kwalitatieve analyse	1x per jaar	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	Inzicht geven in toepassing gedwongen zorg: cijfers en aanpak, t.b.v. risico-gestuurd toezicht	Hoeft niet aangeleverd te worden, moet wel beschikbaar zijn bij bezoek IGJ
Wet zorg en dwang: kwantitatieve aanlevering	2x per jaar			Portal IGJ via een XML-bestand
3 Kostprijsonderzoek	1x per 5 jaar	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	Herijking van tarieven	NZa-portaal/website
Productieverantwoording en herschikking	Variabel		Aanpassen (budget)productieafspraken voor (restant van) het betreffende jaar	NZa-portaal/website
Nacalculatie	1x per jaar		Vastleggen definitieve (budget)productieafspraken van het betreffende jaar	NZa-portaal
4 Herschikking (prognose-uitvraag) en nacalculatie (omzetverantwoording)	Variabel	Zorgkantoren	Aanpassen/vastleggen (budget)productieafspraken voor (restant van) het betreffende jaar	Varieert per zorgkantoor (formulier, mail)
Materiële controle	Variabel		Toezicht op passende levering gedeclareerde zorg (in overeenstemming met indicatie)	Varieert per controle

Informatie-uitvraag	Frequentie	Ketenpartij	Doel uitvraag	Aanleverwijze
Dialogogesprek	Variabel		Uitwisseling informatie werkwijze, kwaliteitsonderwerpen	Gesprek
Meerzorg	Jaarlijks		Verantwoording aanvraag/besteding meerzorg	Varieert – via aanvraagformulier, vragenlijst, rekentool betreffende zorgkantoor
5 Kwaliteitskader	1x per jaar	Zorginstituut Nederland (ZIN)	Inzicht in leren en verbeteren, uitwerking kwaliteitsonderwerpen via beantwoorden vragenlijst, en opstellen kwaliteitsrapport	Mediquest (vragenlijst) Tekstdocument (kwaliteitsrapport)

4.2 Jaarmaatschappelijke verantwoording (JMV) CIBG

4.2.1 Over deze uitvraag

Zorgaanbieders zijn verplicht om jaarlijks maatschappelijke verantwoording af te leggen over hun bedrijfsvoering. Dit doen zij door gevraagde gegevens aan te leveren via een digitaal portal DigiMV. De aanlevering bestaat uit een openbaar en niet-openbaar deel:

- Openbaar: onder meer de jaarrekening, accountantsverklaring, bestuursverslag en gegevens rondom bedrijfsvoering.
- Niet-openbaar: ingevulde vragenlijsten voor de NZa en het CBS.

4.2.2 Proces bij zorgaanbieders

Voor 1 juni moeten zorgaanbieders de JMV aanleveren in de portal van DigiMV. Begin van het jaar wordt bekend gemaakt om welke gegevens het gaat. Om aan aanlevering te voldoen stellen zorgaanbieders zelf of met behulp van een accountant de jaarrekening op, wordt een bestuursverslag geschreven en verzamelen zij de antwoorden op de gestelde vragen.

Zorgaanbieders ervaren het jaarlijks verplicht aanleveren van de jaarverantwoording DigiMV aan het CIBG verschillend. Een aantal zorgaanbieders noemt het een vrij nutteloze bezigheid. Andere zorgaanbieders vinden het belangrijk dat deze gegevens jaarlijks worden uitgevraagd, omdat het de zorgaanbieder zelf scherp houdt op onder meer borging van goed bestuur. Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat het belangrijk is dat er zicht is op zorgaanbieders en hun bestedingen. Er wordt immers gewerkt

met publiek geld dat goed besteed moet worden. Het merendeel van de zorgaanbieders vindt dat de gegevensverzameling en aanlevering DigiMV effectiever en efficiënter kan. Hierbij worden verschillende aspecten genoemd: tijdrovend knip- en plakwerk om interne gegevens 'DigiMV-klaar' te krijgen; gebrek aan inhoudelijke terugkoppeling van het CIBG; verschillende mogelijke interpretaties bij de opgegeven definities; en wijzigingen in de gestelde vragen, waardoor zorgaanbieders in februari merken dat ze het jaar ervoor iets (in een bepaalde vorm) hadden moeten registreren.

"Tegen de tijd dat de aanlevering plaatsvindt, zijn de gegevens ten minste een half jaar oud. De jaarverantwoording is daardoor in het gunstigste geval een bevestiging van eerder geconstateerde informatie en geen actuele stuurinformatie." – Zorgaanbieder

Kleine zorgaanbieders geven aan dat zij veel vragen uit het hoofd kunnen beantwoorden. Zij zien daardoor minder winst als de uitvraag anders zou worden georganiseerd. Grotere organisaties zijn, verdeeld over verschillende functionarissen, dagen tot soms weken bezig om de diverse gegevens uit verschillende systemen en/of hoofden te halen. Wel geldt dat de jaarrekening sowieso gemaakt wordt, en niet alleen voor DigiMV.

4.2.3 Knip- en plakwerk in DigiMV

Voor het merendeel van de zorgaanbieders zit het belangrijkste aandachtspunt bij aanlevering in DigiMV in het repetitieve en tijdrovende knip- en plakwerk. Zo wordt de jaarrekening al als pdf-bestand geüpload in het portal, maar moeten de gegevens uit deze jaarrekening ook worden ingetypt in het portal: bijna alle

zorgaanbieders noemen dit als een overbodige administratieve last. Daarnaast komen de gevraagde gegevens niet altijd 'hapklaar' uit de systemen van de zorgaanbieders. Soms ligt dat aan keuzes ten aanzien van interne processen, soms aan de inrichting en mogelijkheden van systemen en applicaties. Voor deze zorgaanbieders betekent dat dat zij tijd kwijt zijn aan het bewerken van intern vastgelegde gegevens tot een vorm die geschikt is voor aanlevering.

"Er wordt intern anders en minder gedetailleerd geregistreerd, waardoor aanvullende bewerking nodig is voordat de gegevens kunnen worden aangeleverd. We hebben een Business Intelligencetool (BI) en een prachtig dashboard, en dan nog kost het in totaal een week of twee om alles compleet te krijgen." – Zorgaanbieder

"Het is vaak handwerk, want er moeten filters worden aangezet en data gecombineerd. Het gaat om grote groep medewerkers, met vaak meerdere dienstverbanden, dat maakt het lastig." – Zorgaanbieder

4.2.4 Gebrek aan inhoudelijke terugkoppeling

Alle zorgaanbieders noemen het uitblijven van een inhoudelijke terugkoppeling als aandachtspunt. Na het indienen van de jaarverantwoording ontvangen zorgaanbieders geen informatie over de juistheid van de aangeleverde gegevens, of over wat er verder mee gebeurt. Hierdoor blijven zorgaanbieders in het ongewisse of hun gegevens correct zijn en of ze voldoen aan de gestelde eisen. Dit gebrek aan feedback bemoeilijkt de

mogelijkheid om verbeteringen aan te brengen, en maakt dat zorgaanbieders die keuzes hebben gemaakt over definities, dataselecties en berekeningen, niet weten of zij dat juist hebben gedaan. Het merendeel van de zorgaanbieders geeft aan dat ze niet goed snappen waarom ze deze uitvraag in deze vorm en omvang jaarlijks moeten doen – ook als ze wel het belang inzien van een verantwoording op de besteding van publiek geld.

"Laat de accountant een check doen: dat is zinvol. Kwaliteit verantwoorden we via het kwaliteitskader en in eigen audits. Waarom dat circus als je er vervolgens nooit iets van hoort? Ik vul DigiMV al tien jaar in, ik heb er nog nooit één vraag over gehad". – Zorgaanbieder

"Je hebt aan je plicht voldaan, maar het voelt wel ondanbaar." – Zorgaanbieder

4.2.5 Verschillende interpretaties van definities

Een uitdaging voor zorgaanbieders is dat de definities bij gevraagde gegevens vaak niet eenduidig zijn. Dat betekent dat de zorgaanbieder keuzes maakt hoe hij de betreffende definitie interpreteert en hanteert. Dit kan leiden tot variaties en inconsistenties in de manier waarop gegevens worden aangeleverd. Welke medewerkers bijvoorbeeld worden meegerekend in het aantal medewerkers dat zorg verleent, verschilt tussen zorgaanbieders. Een aantal zorgaanbieders vertelt dat ze wel intern bijhouden welke keuzes ze maken bij de definities, zodat ze in ieder geval in opvolgende jaren intern consistent blijven. Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat ze

inhoudelijke keuzes bij gehanteerde definities toelichten in tekstvelden, maar dat daar nooit reactie op komt.

"Ik vind de uitvraag via DigiMV onbetrouwbaar, omdat iedere organisatie de vragen anders kan interpreteren."
– Zorgaanbieder

4.2.6 Jaarlijks wijzigingen

Jaarlijkse veranderingen in de gestelde vragen in de uitvraag van het CIBG zorgt voor uitdagingen voor de zorgaanbieders. Investerings in systeemaanpassingen en werkwijze om gevraagde gegevens uit het ene jaar goed te kunnen registreren, kunnen in een jaar daarop overbodig blijken.

"Uitvragen zijn in de tijd aan wijzigingen onderhevig, waardoor het niet altijd mogelijk is om processen hierop in te richten." – Zorgaanbieder

"Je hebt net het systeem aangepast op een definitie, en dan is de uitvraag de keer daarop weer anders en heb je die aanpassing voor niks gedaan." – Zorgaanbieder

Omgekeerd kan het zijn dat er iets nieuws wordt uitgevraagd, waar de zorgaanbieder geen rekening mee had gehouden. Omdat de aanlevering gegevens uit het voorafgaande jaar betreft, moet een zorgaanbieder zich dan in administratieve bochten wringen om alsnog gegevens aan te kunnen leveren. Aanpassingen in definities brengen andere (administratieve) handelingen en mogelijk andere berekeningen met zich mee, waarop een zorgaanbieder zich moet instellen.

"Zo wordt het ene jaar gevraagd naar aantal werkzame personen onderverdeeld in zorg- en niet-zorggerelateerd, het andere jaar gaat het om het aantal fte en weer een ander jaar om het gemiddeld aantal personen werkzaam." – Zorgaanbieder

Dit resulteert in administratieve lasten, aangezien zorgaanbieders opnieuw tijd moeten investeren om de nieuwe of aangepaste vragen naar juistheid te beantwoorden uit gegevens die werden geregistreerd toen de vereisten nog niet bekend waren. De vergelijkbaarheid met voorafgaande jaren gaat door aanpassingen ook verloren.

"Dan heb je niets aan een vergelijking met de aangeleverde gegevens van vorig jaar. Dit is voor interne automatisering ook niet handig." –
Zorgaanbieder

Fizi onderschrijft bovenstaande bevindingen. Op basis van hun ervaring zien zij veel handmatige verzameling van gegevens en veel interpretatieverschillen bij definities. Ook komen gevraagde gegevens vaak uit verschillende systemen. Dit alles maakt de aanlevering DigiMV volgens Fizi foutgevoelig. Ook ziet Fizi dat het moeite kost om de administratie zo zuiver mogelijk te houden.

"Als HR een nieuwe functie bedenkt, hoe hang ik die er dan in? Dat is niet altijd klip en klaar; zo kan vervuiling ontstaan". – Ketenpartij

De CIBG jaarverantwoording voelt als een nutteloze klus



4.3 Wzd vanuit IGJ

4.3.1 Over deze uitvraag

Zorgaanbieders die onvrijwillige zorg leveren moeten jaarlijks tweemaal een digitaal overzicht aanleveren met kwantitatieve gegevens over de toegepaste maatregelen Wzd (Wet zorg en dwang) en eenmaal per jaar een kwalitatieve analyse opstellen die niet aangeleverd moet worden, maar wel beschikbaar moet zijn. De kwantitatieve uitvraag moet aan de IGJ worden aangeleverd in een bestand in XML-format.

4.3.2 Aanlevering via XML-bestand

Een aantal zorgaanbieders noemt het aanleveren van de kwantitatieve uitvraag "een uitdaging". De uitdaging zit in het feit dat dit XML-format niet altijd wordt ondersteund door de systemen die zorgaanbieders gebruiken om de Wzd-maatregelen te registreren. Bovendien kunnen zorgaanbieders na het overzetten van Wzd-gegevens vanuit eigen systemen in XML niet meer controleren of deze gegevens goed zijn overgenomen.

4.3.3 Worsteling interne vastlegging

Daarnaast worstelt het merendeel van de zorgaanbieders met de interne vastlegging van Wzd-gegevens. Niet alle ECD's zijn zo ingericht dat deze gegevens vastgelegd kunnen worden conform de vereisten voor aanlevering.

"Het rapporteren van het toepassen van onvrijwillige zorg gebeurt nu nog niet goed genoeg. Het geschiedt op de verkeerde plek, waardoor het niet goed onttrokken

kan worden op het moment dat het naar de IGJ moet." – Zorgaanbieder

"Als alle organisaties in Nederland die Wzd-aanlevering moeten doen, verwacht je dat een softwareleverancier hier wat in kan doen." – Zorgaanbieder

Ook is er intern vaak nog verschil in opvatting wanneer iets een maatregel Wzd is, hoe maatregelen worden beschreven en waar dat gebeurt. Niet alle medewerkers zijn even goed thuis in de Wzd en zij interpreteren deze niet altijd op dezelfde manier. Dit heeft effect op de registratie en maakt de aanlevering inconsistent. Dat vermindert de bruikbaarheid van deze data voor gebruik bij risicogestuurd toezicht door de IGJ.

"Zuiverheid van de Wzd-cijfers staat of valt met hoe medewerkers dit registreren. Hier hebben wij intern nog geen controles op uitgevoerd. Dit zou wel waardevol zijn, maar er is tot op heden geen tijd voor geweest." – Zorgaanbieder

4.3.4 Meerwaarde in leren en verbeteren

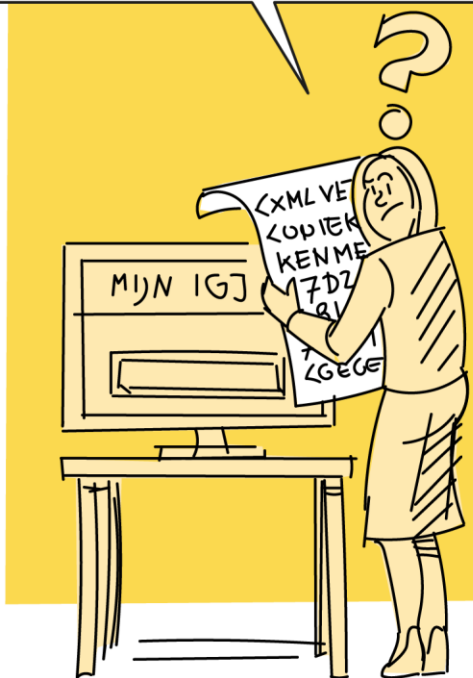
Het merendeel van de zorgaanbieders die Wzd-gegevens aanleveren, ziet de waarde van bijhouden en analyseren van Wzd-gegevens. Het is een belangrijk onderdeel voor intern leren en verbeteren.

"Vier keer per jaar komt immers de Wzd-commissie samen om dit inhoudelijk te bespreken, waarmee de analyse voor de IGJ al bijna klaar is." – Zorgaanbieder

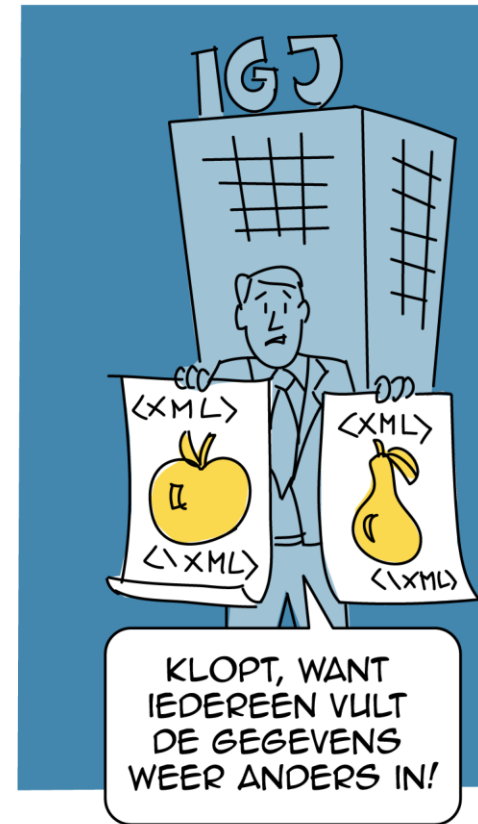
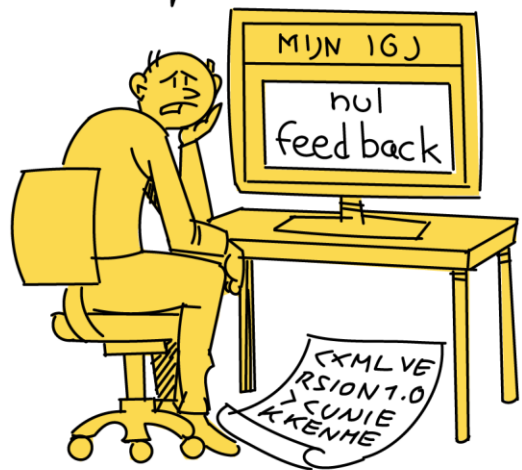
De IGJ deelt dit beeld en erkent dat de bruikbaarheid van aangeleverde Wzd-cijfers varieert per zorgaanbieder en per gebruikt systeem (waarbij ook meespeelt hoe een systeem wordt benut). De aanlevering in z'n geheel is nog niet voldoende bruikbaar bij risicogestuurd toezicht. De IGJ tekent aan dat een beslissing over een toezichtbezoek nooit alleen op basis van de Wzd wordt gedaan; het vormt een onderdeel van een geheel aan indicatoren die de IGJ gebruikt om een risico-inschatting te doen en te bepalen waar een inspectiebezoek zal plaatsvinden. De IGJ vindt Wzd-data in de huidige vorm nog te weinig zeggen en zal niet op basis van de aanlevering alleen een oordeel vellen over de toepassing Wzd bij een zorgaanbieder; daartoe worden cijfers altijd nog getoetst in de praktijk (bij een inspectiebezoek).

Zorgaanbieders willen juist leren als het gaat om de Wzd
maar...

... DE BESTANDEN DIE WE AAN
DE IGJ LEVEREN, KUNNEN WE
ZELF NIET LEZEN.



EN WE HOREN
NOOIT IETS TERUG.
GEEN IDEE HOE
WIJ OF ANDEREN HET
DOEN!



4.4 NZa

4.4.1 Over de uitvragen

De NZa is betrokken bij de verschillende aanleveringen:

- het kostprijsonderzoek, waarbij gegevens rechtstreeks van zorgaanbieders naar de NZa gaan;
- de productieverantwoording en herschikkingsgegevens, die via de zorgkantoren lopen.

Omdat de productieverantwoording en herschikkingsgegevens via het zorgkantoor lopen, zien de zorgaanbieders deze aanlevering nogal eens als een aanlevering (vooral) aan het zorgkantoor.

4.4.2 Kostprijsonderzoek

Het kostprijsonderzoek van de NZa vindt eens in de drie tot vijf jaar plaats en speelt een rol bij het vaststellen en herijken van tarieven in de gezondheidszorg. Het doel van het kostprijsonderzoek is om inzicht te krijgen in de werkelijke kosten die zorgaanbieders maken bij het verlenen van zorg. Door dit zo precies mogelijk in kaart te brengen, kunnen de tarieven waar nodig zodanig worden bijgesteld dat zorgaanbieders eerlijke en passende vergoedingen krijgen.

Voor het merendeel van de zorgaanbieders betekent de deelname aan het kostprijsonderzoek een tijdsintensief proces waarbij veel (financiële) gegevens worden verstrekt; tegelijkertijd herhaalt zich dit niet ieder jaar. De incidentele aard van de uitvraag betekent ook dat systemen en de administratie van zorgaanbieders hier niet altijd op zijn ingericht. Hierdoor zijn ze soms lang bezig zijn met een zoektocht naar benodigde gegevens en uitvoeren van bijbehorende berekeningen.

Fizi denkt dan ook dat het voor tijdig en adequaat samenstellen van de kostprijsberekeningen beter zou zijn als er vooraf samen met de NZa en (controllers van) zorgaanbieders wordt bepaald wat er precies wordt opgevraagd.

"Dat vraagt wel wat, maar dan heb je wel minder verschil doordat je aan de voorkant kijkt: 'wat stop ik er nou in?' Appels zijn appels. Op dit moment gebeurt het nog erg gekunsteld; er wordt geplust en gemind." – Ketenpartij

4.4.3 Productieverantwoording en herschikking

In een herschikking-aanlevering kunnen gemaakte productieafspraken worden aangepast, als bijvoorbeeld blijkt dat een zorgaanbieder meer zorg heeft geleverd dan eerder in de budgetafspraken was afgesproken. De aanlevering over deze feitelijke productie en herschikking wordt zowel door de zorgaanbieder als door het zorgkantoor ingevuld. Hierover is volgens het merendeel van de zorgaanbieders goede afstemming met het zorgkantoor. In principe leveren beide partijen dezelfde gegevens aan. Een eenzijdig aanleveren van gegevens is in theorie ook mogelijk, als er verschil zou zitten tussen wat de zorgaanbieder heeft geregistreerd over de inzet en wat het zorgkantoor aan cijfers heeft staan. In de praktijk is dat bij geen van de deelnemers aan de nulmeting ooit voorgekomen. Zorgaanbieders noemen dit proces effectief waar het gaat om verantwoording van geleverde zorg en het regelen van een eventuele herschikking van middelen voor de rest van het jaar; het is duidelijk wat er moet gebeuren en het levert op wat de bedoeling is (een adequate bijstelling van budget, waar van toepassing). Er zijn geen noemenswaardige verbeterpunten

genoemd door zorgaanbieders. Zorgaanbieders geven aan dat het makkelijk is om tot de gevraagde gegevens te komen.

"Je hebt immers zelf ook in je financiële administratie vastgelegd wat je gedeclareerd hebt". – Zorgaanbieder

Ook geven zorgaanbieders aan dat de zorgkantoren dit proces effectief hebben ingeregeld en goed bereikbaar zijn als er vragen zijn. Als zorgaanbieders met meer dan één zorgkantoor te maken hebben, ervaren zij dit soms anders.

4.4.4 Nacalculatie

De nacalculatie levert een zorgaanbieder samen met het zorgkantoor aan bij de NZa. Hierbij moet een onderbouwing van feitelijke levering van zorg worden aangeleverd. Dit blijft voor een aantal zorgaanbieders handwerk, waarbij cliëntstukken uit het dossier ter onderbouwing dienen. Afhankelijk van het zorgkantoor kan een zorgaanbieder de informatie controleren die het zorgkantoor heeft voor-ingevuld en hierop wel of niet akkoord geven. In dat geval hoeft er geen aanvullende informatie te worden aangeleverd.

De meeste zorgaanbieders noemen de nacalculatie zinvol, omdat zij hierdoor een kwantitatief beeld krijgen van hun populatie en de bijbehorende leveringen zorg. Een deel van de zorgaanbieders geeft aan dat het efficiënter zou kunnen, afhankelijk van hoe een zorgaanbieder de eigen administratie op dat punt heeft ingeregeld en hoe gemakkelijk of lastig het is om te komen tot bepaalde selecties in de cliëntpopulatie en de financieringsstromen. De productieverantwoording,erschikking en nacalculatie worden door de NZa als 'normale processen' gezien die los staan van het

kostprijsonderzoek. De zorgautoriteit ziet die niet als informatie-uitvraag. De NZa is tevreden over de gegevensuitwisseling met zorgaanbieders: ze ontvangt de gegevens die ze nodig heeft en het proces verloopt zonder haperingen of (veel) vragen van de zorgaanbieders. Wat de NZa betreft zijn hierin geen duidelijke knelpunten.

4.5 Zorgkantoren

4.5.1 Over de uitvragen

Zorgkantoren maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit van de zorg en welke zorg zij kunnen leveren aan mensen met een Wlz-indicatie. Informatie-uitvragen vanuit de zorgkantoren betreffen onder andere de herschikking, nacalculatie, materiële controle, dialooggesprek en, indien van toepassing, de meerzorgaanvraag.

4.5.2 Herschikking (prognose-uitvraag) en nacalculatie (omzetverantwoording)

Zorgkantoren vragen jaarlijks bij de zorgaanbieders een 'financiële tussenstand' op die tegelijk dient als prognose voor de resterende periode van dat kalenderjaar. In dit herschikkingsmoment wordt bekeken of het budget nog moet worden bijgewerkt. De nacalculatie is een verantwoording van de omzet tot dan toe: in beide gevallen gaat het om een gelijkzetten van de financiële klokken. Het merendeel van de zorgaanbieders is hier, als het één zorgkantoor betreft en/of zorgkantoren die op dezelfde manier uitvragen, hooguit een paar uur mee bezig.

Als een zorgaanbieder te maken heeft met verschillende zorgkantoren, kan de tijdsinvestering voor aanleveringen van de

herschikking en nacalculatie oplopen. Zorgkantoren vragen dit apart uit en hanteren verschillende formats. Als er geen verschillen zijn tussen door de zorgaanbieder aangeleverde informatie en datgene wat het zorgkantoor heeft staan, verloopt het proces relatief vlot. Zijn er wel verschillen, dan neemt het zorgkantoor contact op om dit verder uit te zoeken.

Ook het zorgkantoor dat deelnam aan de nulmeting ziet dat verschillende zorgkantoren informatie-uitvragen doen over hetzelfde onderwerp, maar daarbij net andere formats hanteren en soms een iets andere inhoud.

"Het ene zorgkantoor wil dan toch nog wat aanvullende informatie hebben en gooit er nog een eigen sausje overheen, waardoor de uitvraag er net weer anders uitziet." – Ketenpartij

Er lopen al initiatieven om tot (meer) overeenstemming tussen zorgkantoren te komen, maar tot op heden zijn er nog verschillen die het voor de zorgaanbieders lastig(er) maken.

"Er is nog veel werk aan de winkel om tot standaardisatie te komen, maar het inzicht is er al." – Ketenpartij

4.5.3 Materiële controle

Incidenteel voeren zorgkantoren een materiele controle uit om de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg na te gaan. Wat hierbij wordt uitgevraagd is niet standaard; dat hangt af van de focus en de diepgang van de betreffende controle. Afhankelijk van wat

daarbij wordt aangeleverd en hoe het zorgkantoor dat beoordeeld, volgt er soms nog een gesprek op locatie.

4.5.4 Dialooggesprek

Zorgkantoren houden jaarlijkse dialooggesprekken met de zorgaanbieders, waarbij inhoudelijke punten worden besproken en doorgaans ook het kwaliteitsrapport onderwerp van gesprek is. Voor deze gesprekken worden (vooraf) vaste gegevens opgevraagd (anders dan wat een zorgkantoor al 'in huis' heeft aan gegevens over bestedingen, en het kwaliteitsrapport). Afhankelijk van het zorgkantoor vinden deze gesprekken eens per jaar plaats of vaker (soms ieder kwartaal). Door deze gesprekken blijft het zorgkantoor goed op de hoogte van de ontwikkelingen bij een zorgaanbieder, zowel cijfermatig als inhoudelijk. Daarbij ondersteunt het een goede verstandhouding met het zorgkantoor; de meeste zorgaanbieders noemen dat prettig.

"Je hebt goed contact, je kunt elkaar snel vinden als er iets is. Het zorgkantoor is een gesprekspartner, en niet (alleen) iemand met een rode pen." – Zorgaanbieder

Ook het zorgkantoor benoemt de dialooggesprekken als een prettige manier om contact te houden, zonder dat er sprake is van een toetsing of oordeel ("We zijn geen IGJ"). Het zorgkantoor blijft op deze manier goed op de hoogte van ontwikkelingen en informatie, waardoor het ook cijfers beter kan duiden.

"Soms maken we afspraken dat we een jaar later graag ergens de voortgang nader van bespreken of geven we tips: kijk eens bij die aanbieder mee, die doet het

anders, dat inspireert wellicht. In theorie kan je ook consequenties verbinden aan hele gekke bevindingen, maar dat is nog niet voorgekomen.” – Ketenpartij

“We vragen voor een dialooggesprek geen informatie vooraf uit, maar laten wel weten wat we willen bespreken via een gemeenschappelijke agenda, waar ook de zorgaanbieder punten op kan zetten. Zo kunnen ze zich wel voorbereiden.” – Ketenpartij

Volgens een zorgkantoor is er weinig noodzaak meer voor specifieke verbeteringen in de gegevensuitwisseling met zorgaanbieders.

“Ik denk dat er de laatste jaren fors is gewerkt aan die data-uitvraag en dat deze ook fors verbeterd is. Je ziet af en toe knelpunten, maar dat is dan bij zorgaanbieders die net gestart en/of gecontracteerd zijn. Bij grote aanbieders zien we nooit problemen.” – Ketenpartij

Wel valt het een inkoper van een zorgkantoor op dat het voor zorgaanbieders niet altijd duidelijk is of een bepaalde uitvraag structureel landelijk verplicht is en of door het zorgkantoor wordt uitgevraagd. Hierdoor kan de perceptie van belasting van zorgaanbieders worden beïnvloed: dat er zoveel moet van een zorgkantoor of verzekeraar, terwijl dat feitelijk niet zo is.

“Ik hoor vaak ‘dit moeten wij doen omdat het zorgkantoor of de zorgverzekeraar dit vraagt van ons’, maar dan komt het niet van ons uit.” – Ketenpartij

4.5.5 Meerzorg

Voor meerzorg(vergoeding) moet een zorgaanbieder een aparte aanvraag indienen los van de initiële indicatie. Dit proces valt daarmee strikt genomen niet onder de informatie-uitvraag zoals die is gedefinieerd in de verkenning en betreft vooral inhoudelijke (cliënt)informatie. In de nulmeting werd het wel genoemd door zorgaanbieders en daarom is meerzorg wel globaal meegenomen in dit rapport.

De meerzorgaanvragen worden door de meeste zorgaanbieders die er ervaring mee hebben gezien als tijdrovend en onnodig complex. Zeker gezien het feit dat meerzorg in de GHZ doorgaans levenslang nodig blijft, maar wel jaarlijks opnieuw moet worden aangevraagd. Daarbij moet ook worden gespecificeerd hoe de meerzorg weer wordt afgebouwd. Dat laatste is volgens de zorgaanbieders doorgaans niet te rijmen met de aandoeningen waarvoor de meerzorg (langdurig of permanent) nodig is. Ze ervaren dit als een onnodige administratieve belasting door gebrek aan vertrouwen. Kleinere zorgaanbieders hebben er meer last van dan grotere, omdat het een relatief groter deel van hun werk betreft.

“Door deze situatie [streng beoordelen van de uitvraag waarbij het om een relatief hoog bedrag gaat] is het maatwerk bieden van complexe zorgvragen een relatief groot ondernemersrisico voor een kleine organisatie. Dat

is raar; het zou moeten worden gewaardeerd als een organisatie bereid en in staat is om op deze zorgvragen in te spelen.” – Zorgaanbieder

“Het is belangrijk dat de aanbieder voldoende inspanningen levert om het aantal meerzorgaanvragen te verminderen, aangezien meerzorg bedoeld is als een tijdelijke oplossing. Het is de bedoeling dat dit wordt afgebouwd, vandaar dat we daar nadrukkelijk naar kijken.” – Ketenpartij

Dit zorgkantoor houdt een meerzorgdialoog met zorgaanbieders waar meer dan tien cliënten meerzorg ontvangen. Het verplicht zorgaanbieders om in een meerzorgplan te beschrijven hoe zij ervoor willen zorgen dat de meerzorg kan worden afgebouwd.

“Als het goed loopt, hoeft de aanbieder alleen schriftelijk verantwoording af te leggen.” – Ketenpartij

4.6 Kwaliteitskader

4.6.1 Over de uitvraag

Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg verplicht zorgaanbieders om jaarlijks een kwaliteitsrapport op te stellen dat onder andere aan het zorgkantoor moet worden aangeleverd. Daarnaast moet een korte vragenlijst worden ingevuld, waarvan Mediquest de gegevensmakelaar is. Ook is een cliënttevredenheidsmeting verplicht met een instrument uit de zogenoemde waaier (een overzicht van voor de gehandicaptenzorg goedgekeurde instrumenten voor cliënttevredenheidsmetingen). Met ingang van

2023 is het Kwaliteitskader vervangen door het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028. Vanaf verslagjaar 2023 moet het kwaliteitsrapport nog maar eens in de twee jaar worden opgesteld. In de tussenliggende jaren is een beperkter voortgangsrapportage voldoende. Aangezien de aanlevering geschiedt over het voorafgaande jaar zijn zorgaanbieders dit jaar nog gehouden aan de verplichtingen van het Kwaliteitskader.

Hoewel een zorgkantoor niet de uitvragende partij is bij het kwaliteitsrapport, gebruikt het deze kwaliteitsinformatie om zich een beeld te vormen van de betreffende zorgaanbieder.

“De uitvraag verloopt wel goed. VGN informeert haar achterban als brancheorganisatie goed. De aanlevering is bijna altijd volledig, bijna 100%, en anders belt Mediquest na bij de betreffende zorgaanbieder.” – Ketenpartij

4.6.2 Mogelijkheid voor leren en verbeteren weegt niet op tegen de administratielast

Het merendeel van de zorgaanbieders ziet het opstellen van het kwaliteitsrapport volgens de thema's van het Kwaliteitskader als een omvangrijke en tijdrovende exercitie. Vaak zijn veel medewerkers er weken mee bezig. Bij veel zorgaanbieders gaat het kwaliteitsrapport voor de aanlevering nog langs de cliëntenraad, en in ieder geval langs het bestuur voor akkoord. Ook dit kost tijd. De coördinatie ligt doorgaans bij een beleidsmedewerker kwaliteit of vergelijkbare functie, die er een geheel van maakt.

De meeste zorgaanbieders geven aan dat het samenstellen van het kwaliteitsrapport leren en verbeteren binnen de organisatie stimuleert, al vindt een aantal dat dit (nog) meer kan leven bij medewerkers. Toch meent het merendeel dat de lasten de baten overtreffen: de impuls voor leren en verbeteren weegt niet op tegen de tijd die het kost om het rapport samen te stellen.

4.6.3 Niet alle informatie uit systemen te onttrekken

Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat sommige vragen uit het hoofd worden beantwoord, omdat bepaalde informatie niet uit het systeem te halen is. Welke vragen dat zijn, is niet voor alle zorgaanbieders gelijk (afhankelijk van wat zorgaanbieders op welke manier registreren).

*"Het gaat om vragen zoals percentage zorgplannen waarbij de cliënt actief betrokken is geweest bij het opstellen, of voor hoeveel procent van de cliënten er een risico-inventarisatie is gehouden. Hierop doen we een globale inschatting. In hoeverre een cliënt betrokken is kan je namelijk niet uit ons systeem halen." –
Zorgaanbieder*

4.7 Gemeenten

Een deel van de zorgaanbieders die participeerden in de verkenning, levert ook zorg en ondersteuning vanuit de Wmo (en/of Jeugdwet). Gemeenten kunnen zelf bepalen welke (verantwoordings)informatie zij opvragen bij de zorgaanbieders, en met welke frequentie. Het sociaal domein valt formeel buiten de scope van deze verkenning. Wel is afgesproken dat zijdelings

wordt gekeken naar uitvragen die gedaan worden vanuit de Wmo en Jeugdwet.

4.7.1 Over de uitvraag

Zorgaanbieders actief in het sociaal domein geven aan dat gemeenten informatie uitvragen over onder andere productieverantwoording, spiegelrapportage, cliënttevredenheidmeting, inkoop en aanbesteding, perspectiefplan, wachtlijst informatie jeugd en financiële verantwoording. Uitvragen verschillen per gemeente. Met name voor grotere aanbieders die actief zijn in meerdere gemeenten betekent dat een forse administratieve belasting.

4.7.2 Hoge administratieve last

Zorgaanbieders actief in het sociaal domein noemen de bijbehorende administratieve lasten als de grootste belasting, waar het gaat over aanleveringen. Deze belasting neemt toe naarmate zorgaanbieders met meer gemeenten te maken hebben. Zorgaanbieders benadrukken dat de administratieve last meestal niet logisch verband houdt met het aandeel Wmo op het geheel van hun omzet. Een aantal zorgaanbieders vindt de administratieve last zo hoog dat zij hun Wmo-/Jeugdwet-inzet geheel of gedeeltelijk willen heroverwegen.

"Met 20% van de omzet Wmo zijn we 80% van de tijd aan kwijt aan administratielast." – Zorgaanbieder

"We hadden een aantal jeugdzorgcliënten, maar het beperkte aantal weegt niet meer op tegen onder meer de inspanning op het bijhouden van de kennis van

*medewerkers, en de verantwoordingseisen.” –
Zorgaanbieder*

Beleidsvrijheid resulteert in inhoudelijk verschillende uitvragen
Gemeenten hebben veel beleidsvrijheid om inkoop en
verantwoording over verstrekte zorg en ondersteuning in te
richten. Dat betekent dat er per gemeente andere uitvragen zijn.
Dit geldt zowel voor de vorm als de inhoud van de uitvragen. Voor
zorgaanbieders betekent dat een onevenredig zware
administratieve inzet.

*“Bij iWlz is het strak: dit doen we, allemaal, en op die
ene manier. Bij iWmo gaat het alle kanten op.” –
Zorgaanbieder*

Fizi kent signalen dat er bij de Wmo en Jeugdwet onevenredig
hoge administratieve lasten zijn rondom de facturatie. Dat komt
doordat verschillende gemeenten verschillende systemen
hanteren. Het Ketenbureau i-Sociaal Domein ziet dat de
beleidsvrijheid bij gemeenten zorgt voor een grote diversiteit in
de informatie-uitvragen, zowel op inhoud als op vorm. Gemeenten
vinden die eigenheid belangrijk en zijn niet geneigd aanpassingen
te doen naar gedeelde afspraken. Als dat wel zou lukken,
bijvoorbeeld met hulp van de VNG, is het volgens het
Ketenbureau lastig om hierop gerichte handhaving te organiseren.

*“Standaardisering zou een hele grote klus in de Wmo
betekenen. De VNG heeft een soort standaard
voorgesteld, maar iedere gemeente kan daaraan toch
weer een eigen invulling geven.” – Zorgaanbieder*

Ook als gemeenten samen optrekken in een
samenwerkingsverband rond inkoop, zijn er vaak verschillen
tussen die gemeenten in gehanteerde eisen rond verantwoording.

*“Waarom zijn we bij gemeente X verplicht tot een
gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) als
we kunnen aantonen dat we aan het kwaliteitskader
voldoen? Waar hebben we dat kwaliteitskader dan
voor?” – Zorgaanbieder*

Andere gemeenten vragen om gegevens die zorgaanbieders
wettelijk gezien niet mogen verstrekken:

*“Of we een check kunnen doen op de gegevens zoals die
in de Gemeentelijke Basisadministratie
Persoonsgegevens staan (GBA).” – Zorgaanbieder*

4.7.3 Overgang jeugd naar Wlz

Als een cliënt 18 wordt, gaat hij de Jeugdwet uit. De overgang
naar de Wet langdurige zorg, terwijl er aan de aandoening niets
verandert, veroorzaakt extra administratieve last bij de
zorgaanbieder. Zorgaanbieders werkzaam in de Jeugdwet geven
aan dat veel van hun cliënten in feite al Wlz'ers zijn omdat hun
aandoening blijvend is, en een levenslange inzet van zorg en
ondersteuning vraagt. De administratieve overgang van Jeugdwet
naar Wlz voelt daarmee gezocht en is volgens aanbieders
overbodig. Terwijl het een hoge administratieve last met zich
meebrengt.

*"Onze cliënten worden niet per se beter, de meesten gaan zich niet verder ontwikkelen. De zorg en ondersteuning dient puur om de situatie zo stabiel mogelijk te houden. Het is lastig om daar een (verplicht) perspectiefplan bij te schrijven. Gezien deze situatie is ook niet duidelijk waarom dat moet; we weten immers dat ze nu weliswaar Wmo 'zijn', maar dat het feitelijk om langdurige zorg gaat. Er zijn genoeg kinderen met een zware lichamelijke beperking of zware vorm van autisme, dat gaat natuurlijk niet over. Dan kan in de wet wel staan dat je in principe tot je 18e kan ontwikkelen, maar dat gaat bij deze cliënten niet op." –
Zorgaanbieder*

Informatie-uitvragen gemeenten geven administratieve overlast



4.8 Persoonsgebonden budget (PGB)

4.8.1 Over de uitvraag

Voor de initiële aanvraag en voor de bijbehorende jaarlijkse verantwoording van het PGB is de budgethouder verantwoordelijk: de cliënt zelf, of diens vertegenwoordiger. Op basis van de verantwoording accordeert het zorgkantoor dat de Sociale Verzekeringsbank (SVB) het PGB uitkeert aan de budgethouder, die daarmee de zorgaanbieder/zorgverlener betaalt.

4.8.2 Buiten scope verkenning

De inhoud van deze verantwoording en de wijze van aanlevering zijn niet specifiek uitgevraagd tijdens de nulmeting, omdat PGB formeel buiten de scope van de verkenning lag en de verkenning zich bovendien richt op de zorgaanbieders.

4.8.3 Extra werk voor zorgaanbieder in ondersteuning budgethouder

De zorgaanbieder die zorg en ondersteuning levert op basis van PGB, geeft aan dat de complexiteit van de verantwoordingsplicht leidt tot stress en onzekerheid bij de budgethouders: die zijn verantwoordelijk voor het correct bijhouden van een ingewikkelde financiële administratie. Het is voor zorgaanbieders van belang dat budgethouders tijdig en correct verantwoorden, omdat anders de betaling hapert. Zorgaanbieders proberen vanuit dat belang (tijdige uitbetaling) hun cliënten hierbij te ondersteunen, maar dat betekent extra (administratief) werk.

"Het lastige hierbij is dat bij een enkel verkeerd getal of een nagelaten vinkje er automatisch een afwijzing volgt van het zorgkantoor. De SVB kan vervolgens niet uitbetalen. Dat is voor ons als zorgondernemers een risico." – Zorgaanbieder

5 Meerwaarde en toepasbaarheid KIK-V

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de behoeften en verwachtingen van zorgaanbieders en ketenpartijen omtrent KIK-V in de GHZ-sector. Eerst wordt ingegaan op de verwachte meerwaarde en worden kansen en uitdagingen besproken voor het toepassen van KIK-V in de GHZ-sector. Daarna wordt stilgestaan bij de behoeften en benodigdheden om daadwerkelijk met KIK-V aan de slag te kunnen gaan.

Voorafgaand aan de gesprekken zijn de zorgaanbieders en ketenpartijen geïnformeerd over KIK-V en zijn de uitgangspunten van KIK-V nader belicht. Ter volledigheid staan deze uitgangspunten opgenomen in onderstaand informatieblok.

Uitgangspunten KIK-V

KIK-V heeft als doel het verbeteren van de uitwisseling van (kwaliteits-)gegevens tussen zorgaanbieders en ketenpartijen (informatie-uitvragen), waarbij:

- data eenmalig wordt geregistreerd voor meervoudig gebruik;
- data afkomstig is uit het operationele proces;
- de administratieve lasten worden verlaagd.

Hiervoor maken zorgaanbieders en ketenpartijen gezamenlijk afspraken over:

- welke gegevens voor welk doel door welke partij mogen worden opgevraagd en gebruikt;
 - gehanteerde definities;
 - vorm en momenten van uitwisseling.
- Zie ook de [video over KIK-V](#) voor een korte uitleg over KIK-V.

5.1 Meerwaarde KIK-V

"Laten we zo snel mogelijk verbreden [met KIK-V], des te krachtiger wordt het." – Ketenpartij

Alle zorgaanbieders en ketenpartijen geven aan dat zij meerwaarde zien in een KIK-V werkwijze in de gehandicaptenzorg, als middel om tot een eenduidiger, gestroomlijnder aanleverproces te komen. Als gevolg daarvan zouden aanleveringen minder tijd kunnen kosten (verminderde administratieve lasten), en kunnen zorgaanbieders en ketenpartijen voordeel hebben van een verbeterde datakwaliteit. Doordat de administratieve lasten voor de Wlz voor sommige zorgaanbieders beperkt zijn, noemen deze aanbieders de toegevoegde waarde van KIK-V in Wlz-aanleveringen minder groot. Dit geldt vooral voor kleine organisaties die een deel van de gegevens uit het hoofd kunnen invullen, en voor organisaties die zich al zodanig geautomatiseerd hebben ingericht op de gegevensuitvragen, dat zij relatief weinig tijd besteden aan de uitvragen.

"De administratieve lasten van de Wlz ervaren wij al als klein, en de administratieve lasten vanuit overige

wetten/financieringen worden hiermee [KIK-V toepassing in Wlz] niet kleiner.” – Zorgaanbieder

5.1.1 Verbetermogelijkheden

Zorgaanbieders zien verbetermogelijkheden op het gebied van efficiëntie en effectiviteit bij uitwisselingen Wlz. Veel genoemd worden:

- eenheid en eenduidigheid in definities;
- onderlinge uitwisseling tussen ketenpartijen om dubbelingen in aanleveringen te voorkomen/mogelijkheid tot het onderling delen van gegevens door ketenpartijen opnemen in afspraken;
- betrokkenheid en inzet van softwareleveranciers bij inrichten van systemen in overeenstemming met aanleverisen.

5.1.2 Eenheid en eenduidigheid in definities

Eenheid in en helderheid rond definities geeft zorgaanbieders de kans zich beter voor te bereiden op aanlevering, en maakt dat ze niet meer te hoeven ‘kiezen’ hoe zij definities interpreteren.

“We weten dat onze datakwaliteit niet overal even goed is. We zijn op dit moment bezig om de data te beschrijven en de datakwaliteit naar een hoger niveau te tillen. Een eenduidige afsprakenset en modelgegevensset à la KIK-V helpt ons hierbij.” – Zorgaanbieder

“Als er eenduidige definities zijn, kan je hiermee ook softwareleveranciers iets vragen. Als dit landelijk bepaald is, voelt deze leverancier zich gedwongen om

wijzigingen toe te passen in systemen, omdat dit voor alle aanbieders nodig is.” – Zorgaanbieder

Als ketenpartij ziet de NZa hierin met name voor de eigen organisatie ruimte voor verbetering in eenduidigheid bij uitvragen voor het kostenonderzoek.

“Bij ieder nieuw kostenonderzoek bedenken weer nieuwe NZa-medewerkers de bijbehorende vragen.” – Ketenpartij

Doordat er ieder jaar nieuwe medewerkers vragen bedenken, treden er verschillen op in interpretaties en definities. Volgens de NZa kan een KIK-V werkwijze conform afspraken eraan bijdragen dat definities behorende bij het kostenonderzoek niet eenmalig gebruikt worden, maar eenduidig zijn en voor meerdere, opvolgende onderzoeken gebruikt worden. Daarnaast ziet de NZa mogelijkheden voor een verbeterd inzicht in overeenkomsten en verschillen tussen zorgsectoren bij gegevensaanleveringen, als meerdere zorgsectoren een KIK-V werkwijze toepassen. De NZa laat zich terughoudender uit over de mogelijkheid om gezamenlijke afspraken in de keten te maken.

Volgens Fizi kunnen zorgaanbieders bij eenduidiger (toepassing van) definities beter benchmarken.

“Onderling vergelijken geeft een extra dimensie: ‘ben ik een uitzondering of een van de velen?’” – Ketenpartij

Gebruik van dezelfde standaarden en definities draagt volgens Fizi ook bij aan meer transparantie. Het is daarbij volgens Fizi niet nodig om te wachten totdat de hele sector zover is.

"Als een datastation op bepaalde plekken goed werkt, gaat dat verhaal rond en dan werkt het als een olievlek. Als je een paar succesvolle koplopers hebt, dan werkt dat het beste." – Ketenpartij

5.1.3 Onderlinge uitwisseling tussen ketenpartijen om dubbelingen in aanleveringen te voorkomen

"Het zou fijn zijn als de uitvragende partijen onderling contact hebben en afspraken maken. Het uitgangspunt: eenmalig vastleggen, meervoudig gebruiken, zien we als helpend." – Zorgaanbieder

"Meer samenwerking zowel op inhoud als proces, kan het leven voor aanbieders een stuk gemakkelijker maken, en kan de datakwaliteit voor de vragende partijen ook verbeteren." – Zorgaanbieder

Net als de zorgaanbieders zien ook ketenpartijen meerwaarde in een werkwijze met een afsprakenstelsel en een (vorm van) een modelgegevensset. Zij zien winst in afspraken over een eenduidiger, meer geautomatiseerde wijze van aanlevering, in onderlinge uitwisseling van gegevens waar behoefte is aan dezelfde informatie, en in duidelijker afspraken over definities zodat de datakwaliteit verbetert.

De IGJ ziet meerwaarde in samenwerking van ketenpartijen op datagebruik. Zo zou de IGJ zelf graag de mogelijkheid hebben om inzicht te krijgen in data bij andere ketenpartijen, zoals een (deel) van de declaratie-informatie van zorgkantoren. Dit helpt om nieuwe zorgaanbieders eerder in beeld te krijgen. Wat de IGJ betreft kunnen (de voorwaarden voor) dergelijke uitwisselingen tussen ketenpartijen meegenomen worden in een Afsprakenstelsel GHZ en/of zorgbreed. Als er afspraken komen over hergebruik van gegevens, kunnen volgens een zorgkantoor dubbele aanleververplichtingen worden voorkomen. Een zorgkantoor tekent daarbij aan dat zorgkantoren al onderling uitwisselen en dat dit goed verloopt.

5.1.4 Betrokkenheid en inzet van softwareleveranciers bij inrichten van systemen in overeenstemming met aanleveren

"Het zou handig zijn als een ECD-leverancier de inrichting en de mogelijkheden van het ECD aanpast op de uitvragen; dan hoeven organisaties dat niet ieder voor zich te regelen." – Zorgaanbieder

Een zorgkantoor ziet meerwaarde in gegevensaanleveringen via een portaal, in plaats via e-mail. Dat maakt het minder foutgevoelig en het vergemakkelijkt eenduidige communicatie met zorgaanbieders.

"Ik heb al vaker gehoord dat het fijn zou zijn om een portaal te hebben. Dan kunnen we processen standaardiseren en automatiseren." – Ketenpartij

Daarbij zijn ketenpartijen voorstander van (het streven naar) uniforme gegevensuitwisseling en het verminderen van administratieve lasten voor zorgaanbieders. Al zien zij dat ook met een afsprakenstelsel zich nieuwe informatie-uitvragen zullen voordoen. Het is immers niet te voorspellen welke informatie er in de toekomst nodig is. Ook het zorgkantoor staat positief tegenover afstemming over de inhoud van informatie-uitvragen met andere ketenpartijen. Het vindt echter ook dat er ruimte moet blijven voor diversiteit vanwege net andere informatiebehoefte bij verschillende uitvragende partijen.

"Soms heb je nuance nodig in cijfers." – Ketenpartij

"Gezamenlijk waar het kan, apart waar het moet. Maar de vraag is of verschillende ketenpartijen hierin voldoende concessies willen en kunnen doen." – Ketenpartij

5.1.5 Wmo/Jeugdwet

Zorgaanbieders die zorg en ondersteuning leveren vanuit Wmo en/of Jeugdwet, zijn uitgesproken over de noodzaak die zij zien om een stelsel van afspraken te hanteren en uniformiteit bij (model)gegevens. Hierdoor kan de grote administratielast verminderen die nu ontstaat doordat alle gemeenten eigen gegevensuitvragen doen.

"Gemeenten maken allemaal een eigen format, ondanks dat ze allemaal ongeveer dezelfde soort informatie willen hebben. Maar omdat beleidsmedewerkers er een eigen

draai aan geven, moeten wij ons in evenzoveel bochten wringen." – Zorgaanbieder

"En met een nieuw college kan het iedere vier jaar weer helemaal anders worden. De politieke situatie op gemeenteniveau speelt hier heel sterk mee." – Zorgaanbieder

Ook het Ketenbureau i-Sociaal Domein ziet meerwaarde in landelijke afspraken (à la KIK-V) ten aanzien van informatie-uitvragen vanuit gemeenten, en benadrukt dat dan ook nagedacht moet worden over handhaving ervan. Het Ketenbureau ziet de beleidsvrijheid bij gemeenten als een belangrijk aandachtspunt bij het terugdringen van administratieve lasten voor zorgaanbieders. Tegelijk ziet het wel mogelijkheid om tot meer eenheid in uitvragen te komen zonder dat die beleidsvrijheid geheel verdwijnt.

5.2 Verwachtingen over toepasbaarheid KIK-V

Ook kleinere zorgaanbieders geven aan dat de implementatie van KIK-V aantrekkelijk is. Zij zien meerwaarde in eenduidige definities en afspraken over hergebruik en eenmalig aanleveren. Dat mag echter niet betekenen dat het aanleverproces juist meer bewerkelijk en/of duurder wordt, bijvoorbeeld door de inzet van nieuwe of aanvullende systemen. Dit houdt verband met het feit dat kleine organisaties nu een deel van de aanlevering uit het hoofd doen, en dat zij vaak minder financiële en personele ruimte hebben voor implementatie van een nieuwe werkwijze (KIK-V),

zeker als dat meer en/of andere automatisering met zich meebrengt.

"Deze mensen [in kleinere organisaties] moeten echt meegenomen en overtuigd worden. Het ontlasten moet niet eens de primaire boodschap zijn, maar je moet ze ervan overtuigen dat het hen helpt in het primaire proces. Ze zijn op een heel ander niveau bezig; als ze ineens anders moeten aanleveren, komt er werk bij. Dat is in eerste instantie alleen maar lastig." – Zorgaanbieder

De meeste grotere zorgaanbieders zijn bereid om te investeren als ze hierdoor meer inzicht krijgen in hun processen en de datakwaliteit toeneemt. Dat werkt uiteindelijk ook door in de kwaliteit van zorg.

Ook een zorgkantoor merkt op dat er eerst moet worden geïnvesteerd in tijd en mogelijk in geld (bij de zorgaanbieder) voordat er resultaten zichtbaar zullen zijn van een andere werkwijze. Dat zal bij de ene zorgaanbieder een groter effect hebben op het draagvlak voor KIK-V dan bij de andere. Tegelijkertijd kunnen 'kartrekkers' de winst zichtbaar maken en daarmee andere zorgaanbieders motiveren. Ook de NZa onderschrijft dit.

"Laat zien dat het werkt, via pilots". – Ketenpartij

In algemene zin zijn ketenpartijen voorstander van alles wat kan bijdragen aan een afname van administratieve lasten, zeker in

een tijd van aanhoudende personele krapte. De verwachting is dat KIK-V hierin een rol kan spelen.

"We moeten onze aanbieders koesteren, we hebben ze knetterhard nodig om alle zorg te kunnen (blijven) bieden. Als we het hen iets makkelijker kunnen maken, ben ik voor. Al die uitvragen kosten veel tijd, daarmee ook mankracht en geld." – Ketenpartij

Zorgaanbieders bij wie dat van toepassing is, zien nut en dringende noodzaak van een KIK-V werkwijze bij informatie-uitvragen van gemeenten. Hun verwachting is dat het hen vooral daar de grootste besparing oplevert in tijd en moeite. Als gemeenten een afsprakenstelsel hanteren en eenduidige(r) definities hanteren bij uitvragen, kunnen de zorgaanbieders eenduidig, effectiever en efficiënter aanleveren. Dit zou niet alleen de administratielast significant verminderen, maar ook de kwaliteit van de gegevens ten goede komen, wat uiteindelijk ook doorwerkt in de kwaliteit van zorg. Daarbij vindt een aantal zorgaanbieders dat 'ontschotting' ook bij aanleverwerkwijze zou moeten plaatsvinden.

"Ik denk dat het minder effectief zal zijn om KIK-V alleen in één zorgsector toe te passen en/of om de scope te beperken tot de Wlz. De andere financieringsstromen zouden ook meegenomen moeten worden." – Zorgaanbieder

6 Registratieproces indicatoren in beeld

Naast ervaringen rond aanleveringen is er met zorgaanbieders meegekeken naar het registratieproces van twee indicatoren DigiMV: aantal cliënten en aantal medewerkers. Zorgaanbieders hebben laten zien in welke systemen zij deze gegevens vastleggen en hoe zij met selecties en berekeningen vanuit deze gegevens tot de betreffende indicatoren komen. Op basis hiervan is onderzocht in hoeverre de KIK-V werkwijze kan worden toegepast op deze twee indicatoren. Hieronder wordt per indicator stilgestaan bij het huidige registratieproces en de toepasbaarheid van KIK-V voor deze specifieke indicator.

6.1 Aantal cliënten

De indicator 'aantal cliënten' dient door alle zorgaanbieders beantwoord te worden in de JMV via DigiMV. Het bestaat uit de volgende drie subvragen:

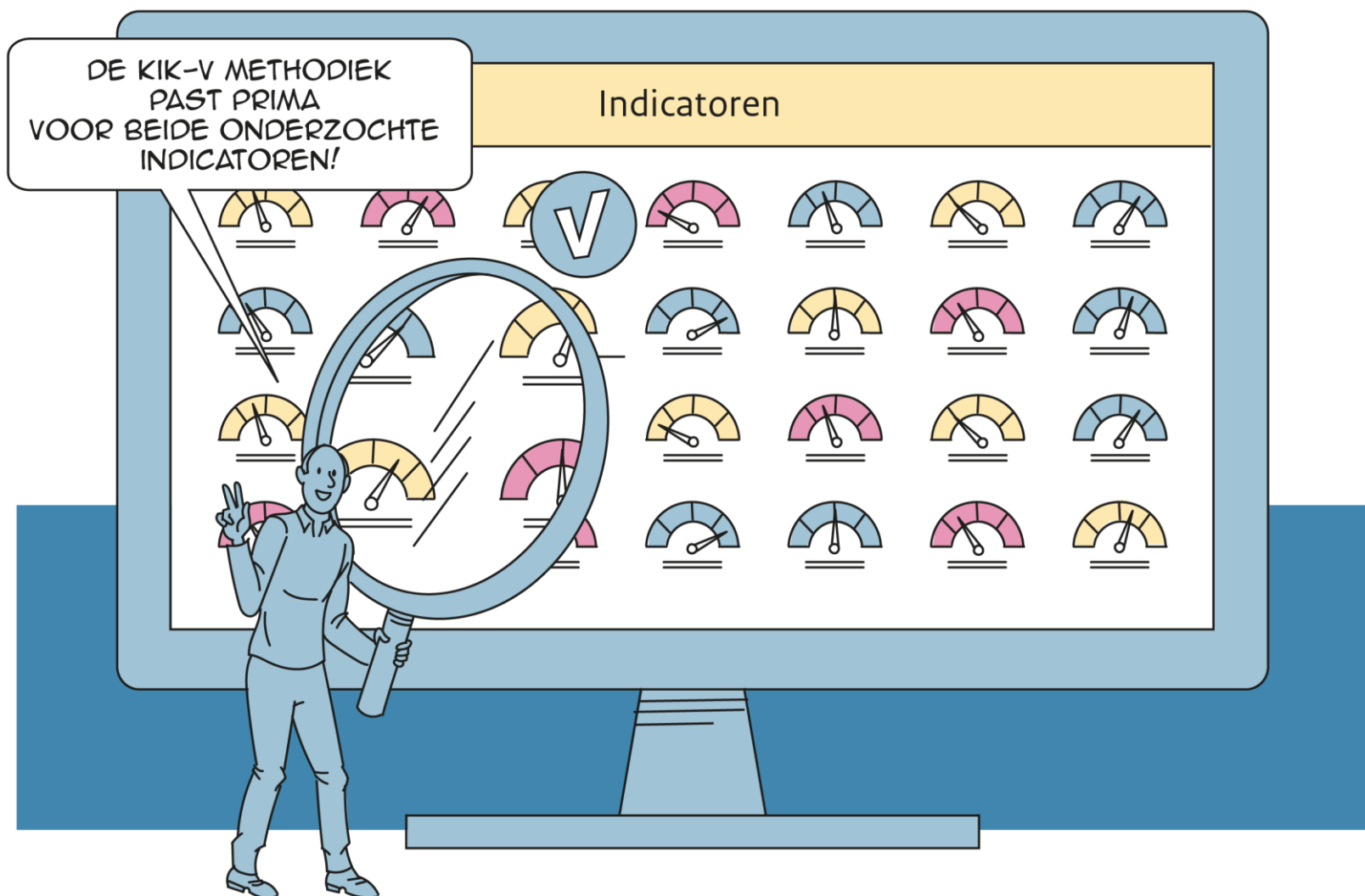
- Hoeveel unieke patiënten waaraan Zvw- of Wlz-zorg is verleend, inclusief de patiënten in onderaanneming, waren in het boekjaar ingeschreven?
- Aan hoeveel unieke patiënten heeft de zorgaanbieder in totaal, inclusief de patiënten in onderaanneming, in het boekjaar Zvw- of Wlz-zorg verleend?
- Hoeveel unieke patiënten waaraan Zvw- of Wlz-zorg is verleend, inclusief de patiënten in onderaanneming, zijn in het boekjaar uitgeschreven?

Tijdens de verkenning zijn op basis van negentien verslagen de volgende bevindingen over de indicator 'aantal cliënten in zorg' opgehaald. Bijna alle zorgaanbieders leggen gegevens vast in het ECD. Slechts enkele zorgaanbieders hebben gegevens in een eigen tool of Excel vastgelegd of stellen dat de indicator voor hen niet van toepassing is. Een aantal zorgaanbieders haalt de gegevens op uit Excel, waar vervolgens nog handmatige bewerkingen in nodig zijn voor aanlevering. Enkele zorgaanbieders halen gegevens direct op uit het ECD, eventueel in combinatie met een BI-systeem.

Toepasbaarheid KIK-V voor de indicator 'aantal cliënten'

De KIK-V werkwijze is goed toepasbaar voor deze indicator, omdat bijna alle zorgaanbieders deze indicator aanleveren vanuit geregistreerde brongegevens in het ECD. Daarnaast heeft KIK-V al indicatoren geformuleerd voor het thema cliëntgegevens voor uitvragen vanuit het zorgkantoor, de IGJ en de ODB. De gevraagde informatie is naar verwachting goed te beantwoorden uit bestaande registraties in het ECD. Dat geldt zowel voor het aantal cliënten waaraan in de meetperiode zorg is verleend, als voor de in- en uitstroom.

Enkele indicatoren onder de loep



6.2 Aantal medewerkers

Ook de indicator 'aantal medewerkers' dient door alle zorgaanbieders beantwoord te worden in de JMV via DigiMV. Deze indicator bestaat uit twee subvragen:

- Aantal werkzame personen in het boekjaar.
- Aantal natuurlijke personen die beroepsmatig zorg verlenen in het boekjaar.

Tijdens de verkenning zijn op basis van negentien verslagen de volgende bevindingen over de indicator 'aantal medewerkers' opgehaald. Het merendeel van de zorgaanbieders legt gegevens vast in het HRM-/urenregistratiesysteem. Slechts enkele zorgaanbieders hebben gegevens in eigen tool of Excel vastgelegd of stellen dat de indicator voor hen niet van toepassing is. Een aantal zorgaanbieders haalt de gegevens op uit het HRM-/urenregistratiesysteem, eventueel in combinatie met een BI-systeem. Enkele zorgaanbieders halen de gegevens op uit Excel, waar vervolgens nog handmatige bewerkingen in nodig zijn voor aanlevering.

Zorgaanbieders bepalen over het algemeen of een werknemer wel of niet zorgverlener is op basis van functie. Er bestaat enige onduidelijkheid over de wijze van het bepalen van het aantal medewerkers. Is dat per einde jaar of een gemiddelde? Een enkele zorgaanbieders telt fte's in plaats van personen.

Toepasbaarheid KIK-V voor de indicator 'aantal medewerkers'

De KIK-V werkwijze is goed toepasbaar voor deze indicator, omdat het merendeel van de zorgaanbieders deze indicator kan aanleveren vanuit geregistreerde brongegevens in het HRM-

/urenregistratiesysteem. Daarnaast heeft KIK-V al indicatoren geformuleerd voor het thema medewerkersgegevens voor uitvragen vanuit het zorgkantoor, de IGJ en de ODB. De gevraagde informatie is naar verwachting goed te leveren vanuit bestaande registraties in personeelssysteem, urenregistratiesysteem, financieel systeem en/of ECD.

7 Conclusie

De verkenning GHZ is uitgevoerd om inzicht te krijgen in een mogelijke meerwaarde van een KIK-V afsprakenstelsel in de GHZ-sector. De bevindingen vanuit deze verkenning onderschrijven de toepasbaarheid van KIK-V voor de gehandicaptenzorg. Zowel zorgaanbieders als informatievragende partijen geven aan dat zij toegevoegde waarde zien in een toepassing van KIK-V. Zij verwachten dat er draagvlak is voor de werkwijze en uitgangspunten KIK-V, mits er een zorgvuldig implementatietraject wordt gevolgd, waarin bruikbare, getoetste KIK-V producten bijdragen aan een aantoonbaar efficiënte en effectieve gegevensuitwisseling.

De in deze eindrapportage gepresenteerde bevindingen geven antwoord op de vraag:

Wat is de toepasbaarheid van KIK-V in de GHZ?

Deze hoofdvraag werd beantwoord met behulp van de volgende sub-vragen:

- Wat is de huidige situatie van gegevensuitwisseling in de GHZ?
- Wat is de meerwaarde voor de GHZ om aan te sluiten bij KIK-V?
- Wat is er nodig voor de GHZ om aan te kunnen sluiten bij KIK-V?

Conclusies huidige situatie gegevensuitwisseling in de GHZ

Er zijn meerdere structurele, verplichte informatie-uitvragen vanuit de Wlz van ketenpartijen naar zorgaanbieders die actief zijn in de GHZ (voor een overzicht van uitvragen, zie hoofdstuk 4). De verkenning heeft zich met name verdiept in vereisten rond de uitvragen jaarverantwoording van het CIBG, uitvragen van de zorgkantoren en NZa rond budgetverantwoording en prognoses, Wzd-uitvragen van de IGJ en het opstellen van het kwaliteitsrapport en aanleveren van de vragenlijst vanuit het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Daarnaast hebben zorgaanbieders die daarin actief zijn, zich meer in algemene zin uitgesproken over de aanleveringen die zij moeten doen aan gemeenten, in het kader van Wmo en/of Jeugdwet. Over de Zvw en verzekeraars is weinig opgehaald in deze verkenning, aangezien de meeste zorgaanbieders in de GHZ hierin niet of beperkt actief zijn.

Het merendeel van de zorgaanbieders heeft aangegeven dat zij hun interne processen in meer of mindere mate hebben ingericht op de informatie-uitvragen die in het kader van de Wlz worden gedaan. Het kost wisselend tijd en moeite om aan de uitvragen te voldoen. Zorgaanbieders worden hierin in wisselende mate ondersteund door ICT-systemen. Hierin speelt ook de omvang van de zorgaanbieder een rol: kleinere zorgaanbieders beantwoorden meer onderdelen van uitvragen uit het hoofd, grotere zorgaanbieders hebben meer systemen afgestemd en ingericht op de uitvragen en maken vaker gebruik van BI-tools en dashboards.

De meeste zorgaanbieders ervaren weinig tot geen meerwaarde van de uitvragen: ze doen het "omdat het moet". Alle zorgaanbieders geven aan dat er geen inhoudelijke terugkoppeling komt over aangeleverde gegevens. Het merendeel van de zorgaanbieders

vertelt dat de definities bij gevraagde gegevens soms voor meerdere uitleg vatbaar zijn en vragen zich af of de keuzes die zij daarin maken, wel overeenstemmen met wat andere zorgaanbieders doen. Zij zien dat vergelijkbare gegevens in meerdere uitvragen terugkomen, meestal net anders gedefinieerd. Gevraagde gegevens maken niet altijd deel uit van wat de zorgaanbieder zelf wil vastleggen voor interne sturing en eigen leren en verbeteren.

Zorgaanbieders die zorg en ondersteuning leveren vanuit de Wmo en/of Jeugdwet geven aan dat dit onevenredig veel administratieve belasting oplevert, omdat iedere gemeente net iets anders opvraagt. Er zijn zorgaanbieders die (een deel van) hun Wmo-inzet afbouwen, omdat de administratieve inspanning de opbrengst te zeer overschaduwet.

Conclusies meerwaarde voor de GHZ om aan te sluiten bij KIK-V?

Zorgaanbieders en ketenpartijen zien alle meerwaarde voor de GHZ als de werkwijze rond huidige (en toekomstige) gegevensaanleveringen aansluit bij een KIK-V werkwijze. Zij zien de meerwaarde vooral in: (afspraken rond) eenduidige definities; inhoudelijke terugkoppeling over gegevensaanleveringen; een betere en passender inrichting van ICT-modules vanuit afspraken KIK-V; en meer hergebruik van gegevens en betere afstemming tussen uitvragende partijen om dubbelingen in aanleveringen te voorkomen. Van daaruit verwachten zorgaanbieders minder administratieve last rond aanleveringen, en ketenpartijen een betere datakwaliteit. Bij een eenduidiger werkwijze bij vastleggen en aanleveren ontstaan ook meer mogelijkheden voor benchmarken, leren en verbeteren.

De informatieanalyse op de twee indicatoren in DigiMV laat zien dat deze in een KIK-V context meer SMART geformuleerd kunnen worden. Dat neemt onduidelijkheid over de definitie van deze indicatoren weg.

Conclusies wat is er nodig voor de GHZ om aan te kunnen sluiten bij KIK-V

Zorgaanbieders en ketenpartijen zien een noodzaak voor (meer) afspraken over definities, vastlegging en aanlevering, waarbij ook ICT-leveranciers betrokken worden. Een werkwijze KIK-V moet vanaf het begin een merkbare besparing in tijd en moeite opleveren voor de zorgaanbieders. Een traject waarbij via gerichte pilots bij koplopers (zorgaanbieders) de meerwaarde concreter zichtbaar wordt voor de sector, wordt hierbij vaker genoemd. Bij zorgaanbieders die werkzaam zijn op dat vlak, zou het draagvlak voor een KIK-V werkwijze sterk toenemen als er ook verkend wordt in hoeverre op termijn Wmo en Jeugdwet hierin kunnen worden meegenomen.

8 Aandachtspunten bij KIK-V in de GHZ

De bevindingen uit de nulmeting zijn tijdens een co-creatiesessie besproken met zorgaanbieders en ketenpartijen die hebben deelgenomen aan de verkenning. De aanwezigen gingen met elkaar in gesprek om op basis van de bevindingen mogelijke aanbevelingen voor vervolg te verkennen. De aanbevelingen zijn hieronder uitgewerkt.

1. Zorgvuldig implementatietraject

Bij implementatie van KIK-V in de GHZ is een zorgvuldig implementatietraject van belang om te voorkomen dat zorgaanbieders afhaken. Ook omdat een deel van de zorgaanbieders in de verkenning aangeeft geen grote problemen te ervaren rond Wlz-aanleveringen, moet een implementatietraject snel merkbare winst opleveren voor zorgaanbieders. Zij definiëren deze winst als verminderde administratieve last, effectieve benchmarkmogelijkheid en gerichte, inhoudelijke terugkoppeling geschikt voor leren en verbeteren. Daarbij moeten implementatieproducten zoals Afsprakenset, Ontologie (Modelgegevensset) en Uitwisselprofielen merkbaar toegevoegde waarde hebben.

2. Softwareleveranciers GHZ-sector

In de GHZ-sector zijn softwareleveranciers actief die nog niet betrokken zijn in het huidige KIK-V programma in de verpleeghuiszorg. Vooral zorgaanbieders noemen het belangrijk om

in een zorgvuldige uitwerking KIK-V in de GHZ de softwareleveranciers van meet af aan te betrekken. ICT-/applicatieleveranciers kunnen dan nieuwe modules en/of updates laten aansluiten bij KIK-V ontwikkelingen.

3. Zorg voor eenduidigheid

Zorg voor eenduidigheid door heldere definities en standaardisatie die bij voorkeur bruikbaar zijn voor meerdere zorgsectoren. Voor zorgaanbieders die actief zijn in verschillende zorgsectoren betekent dat één KIK-V werkwijze voor de hele organisatie. Eenduidige afspraken rond definities helpen alle zorgaanbieders om van dezelfde definities uit te gaan bij interne registraties en ondersteunen leren en verbeteren. Afspraken over definities en registraties kunnen een plek krijgen in een Afsprakenset en Modelgegevensset.

"Geef ons één definitie voor fte!" – Zorgaanbieder

4. Zorg voor terugkoppeling na aanlevering

Zorg voor terugkoppeling na aanlevering van gegevens, waarbij zowel de inhoudelijke kwaliteit van gegevens als mogelijke verschillen met andere zorgorganisaties en/of een standaard worden geëvalueerd. Dan zien zorgaanbieders of ze de juiste gegevens op de goede manier vastleggen, en hoe zij het doen ten opzichte van vergelijkbare aanbieders. Beide helpt bij leren en verbeteren. Afspraken over inhoudelijke terugkoppeling kunnen worden opgenomen in een Afsprakenset.

5. Geen ongebreidelde toename van opgevraagde gegevens

Voorkom een onnodige toename van opgevraagde gegevens. Betrokken partijen vinden het belangrijk dat er afspraken gemaakt

worden over wat er nu opgevraagd wordt en wat daar eventueel aan kan worden toegevoegd. Om een ongebreidelde toename te voorkomen, kunnen afspraken over wanneer en hoe er (welke) nieuwe gegevens worden opgevraagd, onderdeel vormen van een Afspraken-set.

6. 'Niet pas over 5 jaar' – maak tussenstappen met tastbare resultaten

Zorg dat een eventuele implementatie van een werkwijze KIK-V vanaf het begin een merkbaar effect heeft voor betrokkenen. Dit kan door tussenstappen te definiëren die al tastbare resultaten opleveren. Voorkom dat implementatie een lange aanlooptijd heeft waarin de zorgaanbieders vooral last (aanpassingen in werkwijzen), maar nog geen lust ervaren. Een merkbare verlichting van de administratieve lasten en/of meer inzicht voor leren en verbeteren in een vroeg stadium is wezenlijk voor het draagvlak.

7. Tot slot

Op basis van de scope van deze verkenning zijn de gegevensuitwisselingen betreffende PGB en met gemeenten niet even intensief verkend als de gegevensuitwisselingen binnen de Wlz.

PGB

De gegevensuitwisseling rondom PGB is tijdens de verkenning in de GHZ-sector grotendeels buiten beschouwing gelaten, waardoor hier weinig informatie over is opgehaald (slechts bij één zorgaanbieder). De meeste verplichtingen rond gegevensuitwisseling liggen bij de individuele budgethouder, niet bij de zorgaanbieder. Om deze reden wordt voorgesteld om rond PGB vooralsnog geen vervolgstap te organiseren.

Gemeenten

De gegevensuitwisselingen met gemeenten zijn beperkt onderdeel geweest van de verkenning. Alle zorgaanbieders die ermee te maken hebben, geven aan dat zij veel administratieve lasten ervaren rondom de verantwoording naar gemeenten, (veel) meer dan vanuit verantwoording in het kader van de Wlz. Door de complexiteit van dit onderwerp en het grote aantal gemeenten is een nadere inventarisatie en diepgaander analyse van knelpunten nodig om te onderzoeken of en hoe een KIK-V werkwijze uitgewerkt kan worden in het sociaal domein. De zorgaanbieders dringen hier sterk op aan: "Maak in ieder geval een begin".

Bijlage 1 – Kenmerken deelnemende zorgaanbieders

Tabel 1: Kenmerken deelnemende zorgaanbieders (n=19)

Kenmerk	Waarden	Aantal
Regio ⁴	Noord (Friesland, Groningen, Drenthe)	2
	Oost (Gelderland, Flevoland, Overijssel)	11
	Zuid (Zeeland, Noord-Brabant, Limburg)	6
	West (Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht)	5
HR-systeem ⁵	KindVolgsysteem	1
	AFAS	3
	(uitbesteed aan) Borrie.nl	1
	Visma Raet (Beaufort)	0
	SDB (SDB Groep)	1
	Shiftbase/loket.nl	1

⁴ Totaal komt op 24, gezien grote zorgaanbieders in meerdere regio's actief zijn

⁵ Niet van alle zorgaanbieders is bekend welk HR-systeem in gebruik is.

Kenmerk	Waarden	Aantal
ECD-systeem	KindVolgsysteem	1
	Ons (Nedap)	3
	PUUR (Ecare)	1
	Zorgrapportage.nl	1
	MijnCaress (PinkRoccade)	1
	MEXTRA (Symax)	2
	Carefriend (Qurentis)	1
	Fierit (Tenzinger)	4
	CARE4 (Avinty)	2
	Pluriform Zorg (Adapcare)	1
	ZilliZ	1
	SDB	1
Aantal cliënten in zorg (omvang) ⁶	Klein (1-600)	6
	Middel (601-5.000)	6
	Groot (5.001-15.000)	5

⁶ Totaal komt op 17, omdat 2 deelnemende zorgaanbieders coöperaties met leden zijn, zonder cliënten die aan de coöperatie behoren.

Kenmerk	Waarden	Aantal
Type zorg ⁷	Verstandelijke beperking	14
	Visuele beperking	1
	Auditieve beperking	0
	Lichamelijke beperking	0

⁷ Niet van alle zorgaanbieders is bekend welk type zorg zij leveren.

Bijlage 2 – Deelnemende ketenpartijen

Figuur 1. Overzicht van de deelnemende ketenpartijen aan de drie verkenningen (VVT, GGZ en GHZ) tezamen. Voor de verkenning naar de toepasbaarheid van KIK-V in de GHZ is inhoudelijke input opgehaald uit 7 van de 8 interviews, namelijk: Fizi, Ketenbureau i-Sociaal Domein, NZa, Zorgkantoor CZ, Zorgkantoor Zilveren Kruis, IGJ en ZIN.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Zorginstituut Nederland

Bijlage 3 – Maatregelen borging onderzoekskwaliteit

Borging van onderzoekskwaliteit

Om de kwaliteit van onderzoek te borgen zijn verschillende strategieën gehanteerd:

- In opdracht van VWS en de betreffende branchepartij heeft het Zorginstituut het onderzoek uitgevoerd.
- Er is gewerkt met verschillende manieren van dataverzameling die hielpen om bevindingen te verifiëren en aan te vullen.
- Voor elk van de onderzoeksactiviteiten is een leidraad of plan van aanpak uitgewerkt. Dit is gedaan op basis van bestaande inzichten en met inbreng van meerdere methodologische en inhoudelijke experts.
- Er is een plan opgesteld voor de analyse van onderzoeksgegevens, zodat verzamelde gegevens op een gestructureerde manier konden worden verwerkt. Bij de analyse zijn altijd meerdere onderzoekers betrokken geweest en bevindingen zijn tussentijds en aan het eind geëvalueerd met het projectteam.
- Door regelmatig terug te koppelen aan betrokken partijen en gebruik te maken van citaten uit de gevoerde gesprekken, is zo goed mogelijk aansluiting gezocht met de praktijk. Door het regelmatig terugkoppelen was het mogelijk om processen tijdig bij te sturen wanneer dit nodig was.
- Tijdens het onderzoek zijn privacy en persoonsgegevens beschermd door te werken volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Ook wordt uitgegaan van ethische

onderzoekprincipes van onafhankelijkheid en transparantie van onderzoek en bescherming van de belangen van deelnemers aan het onderzoek. Met de zorgaanbieders is een geheimhoudingsverklaring afgesloten over de ontvangen data.

- Er is zorgvuldig omgegaan met de gevraagde tijd van de ketenpartijen en zorgaanbieders. Er is voor gewaakt om ketenpartijen (personen) onnodig dubbel te bevragen door vooraf met de ketenraadleden van KIK-V af te stemmen wie het beste geïnterviewd kon worden. Indien zorgaanbieders in meerdere sectoren actief waren, is er afstemming geweest tussen de verschillende trajecten om deze waar mogelijk te combineren.

Bijlage 4 – Woordenlijst

Afsprakenset: een verzameling afspraken tussen de deelnemende partijen over de onderlinge gegevensuitwisseling, onder meer over te hanteren definities, momenten van uitwisseling, informatieveiligheid en te gebruiken techniek. Ook worden er afspraken gemaakt over de manier waarop de uitvragende partijen de gegevens gebruiken en hoe zij hierover terugkoppelen.

Cliënt: persoon die gebruik maakt van de geleverde zorg.

Gegevensuitwisseling: het verstrekken en ontvangen van gegevens tussen een zorgaanbieder en een ketenpartij.

Indicator: een bepaald meetbaar onderwerp.

Informatie-uitvragen: uitvragen waar informatie wordt opgevraagd.

Ketenpartij: organisatie die informatie uitvraagt bij de zorgaanbieder op basis van een wettelijke taak.

KIK-V werkwijze: organisatie van gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en ketenpartijen waarbij gebruik wordt gemaakt van een Afsprakenset, uitwisselprofielen en modelgegevensset.

Koplopers: zorgaanbieders die als eerste aan de slag gaan met de implementatie KIK-V.

Modelgegevensset: hierin is vastgelegd welke soort gegevens zorgaanbieders moeten gebruiken en/of registreren en met welke gegevenselementen landelijke ketenpartijen rekening moeten houden bij het beantwoorden van hun vragen (de informatiebehoefte).

Nulmeting: inventarisatie van de huidige situatie van een sector.

Ontologie: een technische vertaling van de modelgegevensset. Ontologie wordt gebruikt om de samenhang en overlap tussen de verschillende gegevens in kaart te brengen.

Uitwisselprofiel: iedere ketenpartij kan gegevens opvragen op grond van een eigen uitwisselprofiel. Dit profiel beschrijft hoe de ketenpartij omgaat met de aangeleverde gegevens, waarvoor deze gegevens gebruikt worden en op welke manier de zorgaanbieder een terugkoppeling krijgt.

Zorgaanbieder: organisatie die zorg levert en heeft deelgenomen aan de nulmeting bij deze verkenning.