



# Actieprogramma Informatievoorziening Wlz 2016-2018: Projectkaarten September 2016



Diemen, september 2016

Versie: 0.98

Bestand 20160921 Projectkaarten Actieprogramma Informatievoorziening Wlz 2016-2018 v0.98



## Inhoud

<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting projectkaarten</b> .....	<b>10</b>
<b>Projectkaart A: Ontsluiten indicatiegegevens</b> .....	<b>12</b>
<b>Projectkaart B: Verantwoordingsinformatie aanbieders (ViA)</b> .....	<b>19</b>
<b>Projectkaart C. Instellingsidentificatie op basis van het Handelregister en het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZA)</b> .....	<b>24</b>
<b>Projectkaart D: zorgplicht, zorgkantoren en informatievoorziening</b> .....	<b>28</b>
<b>Projectkaart E: Domeinovergang cliënt</b> .....	<b>34</b>
<b>Projectkaart F: Referentiemodel standaarden harmonisatie</b> .....	<b>39</b>
<b>Projectkaart G: Ontsluiten van gegevens aan de bron</b> .....	<b>45</b>
<b>Projectkaart H: Procesvereenvoudiging controles en horizontaal toezicht</b> .....	<b>51</b>
<b>Projectkaart J: Wachtlijsten</b> .....	<b>57</b>

## Versiebeheer

Versie	Datum	Veranderingen (concept/definitief)	Opdrachtgever
0.1	24-08-2016	Eerste volledige concept versie voor Stuurgroep iWlz	VWS
0.98	21-9-2016	Eindversie na redactieslag en afstemmingsronde met ketenpartijen; versie ter vaststelling door de Stuurgroep iWlz	VWS
0.99	1-10-2015	Versie vastgesteld door Stuurgroep iWlz	VWS
1.0	15-10-2016	Definitieve versie vastgesteld door opdrachtgever	VWS

## Inleiding

---

### Aanleiding

Het ministerie van VWS heeft in haar brief van 11 mei 2016 de Stuurgroep iWlz gevraagd te komen met concrete en onderbouwde voorstellen op het terrein van informatievoorziening Wlz en deze in stuurgroepverband te bespreken en te prioriteren. Het Zorginstituut Nederland is gevraagd de totstandkoming van de voorstellen te faciliteren door ze te verwerken in een actieprogramma. Op basis van dit programma zal VWS een opdracht verstrekken aan het Zorginstituut om de uitvoering te begeleiden. Dit document bevat een uitwerking van het actieprogramma in de vorm van projectkaarten.

### Naar een Actieprogramma Informatievoorziening Wlz 2016-2018

De stuurgroep iWlz en het ministerie van VWS hebben de ambitie om te willen investeren in de informatievoorziening voor de Wlz. In die ambitie wordt rekening gehouden met:

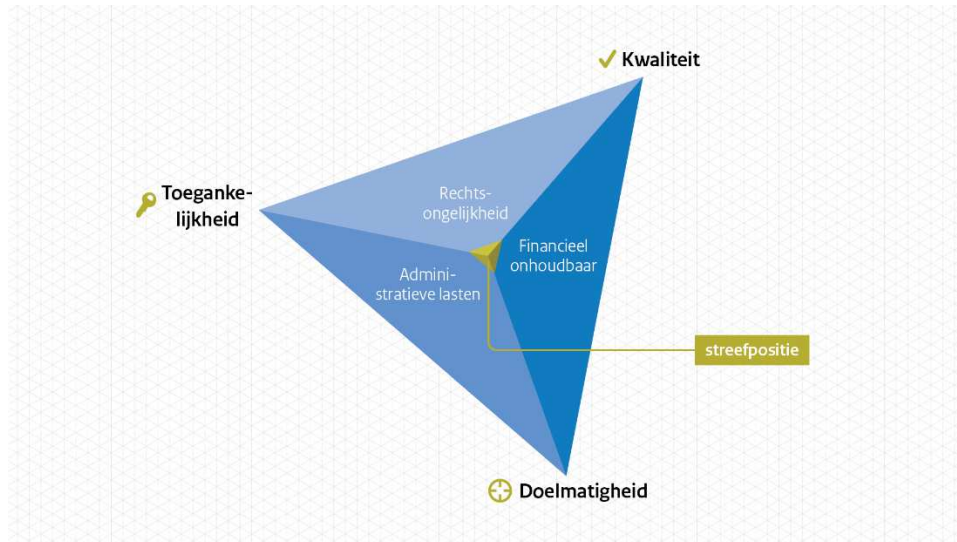
- Toekomstbeeld IZO 2020
- de notitie Inventarisatie hiaten en oplossingsrichtingen (ZIN)
- de outcome-doelen van het Informatieberaad Zorg
- en de beschikbare architectuurproducten

De Stuurgroep iWlz heeft vervolgens onderwerpen benoemd die in projectkaarten zijn uitgewerkt. Deze projectkaarten zijn input voor de activiteiten van het Actieprogramma Informatievoorziening Wlz 2016-2018. De kaarten maken het mogelijk te kiezen welke onderwerpen als eerste kunnen of moeten worden opgepakt. Door de opzet van de projectkaarten kunnen de onderwerpen ook getoetst worden door de Architectuurboard.

In juli en augustus 2016 is gewerkt aan eerste versies van de projectkaarten. ZIN heeft de schrijfactiviteiten daarvoor geïnitieerd en gecoördineerd. De projectkaarten zijn zo veel mogelijk identiek van opzet, zodat ze onderling vergelijkbaar zijn en het eenvoudiger is om dwarsverbanden te leggen. In de tweede helft van augustus zijn twee schrijfdagen georganiseerd. Daar is de inhoud van de kaarten verder ingevuld en aangescherpt met betrokken partijen. Ook is een redactieslag gedaan op de inhoud van de projectkaarten. De resulterende concept-projectkaarten zijn in dit document opgenomen.

Het thema *Domein-overstijgende governance* wordt georganiseerd in een afzonderlijk traject en is niet gevat in een projectkaart. Voor de projectkaart *Referentiemodel standaarden en harmonisatie* geldt dat afstemming in de schrijfdagen te vroeg kwam.

## Business case



## Hoofdpijnen

Er zijn drie hoofdpijnen onderkend voor het Actieprogramma Informatievoorziening Wlz 2016-2018 naar aanleiding van de discussie over de inhoud van de projectkaarten:

### **1. Sterkere informatiepositie van de cliënt**

Voor een gelijkwaardigere samenwerking tussen cliënten en professionals in de keten is nodig dat cliënten een sterkere informatiepositie krijgen. Het uitgangspunt is dat circa 80 procent van de cliënten zelf of met behulp van de directe omgeving de weg kan in de langdurige zorg. Cliënten kunnen zelf keuzes maken als zij weten wat het beschikbare zorgaanbod is, wat wachttijden zijn om ergens plaats te krijgen, als ze informatie hebben over de kwaliteit van de zorg en over de gevolgen van bepaalde keuzes. Cliënten zijn in de buitenwereld gewend keuzes te maken uit een groot aanbod door websites als Funda, Booking.com, Marktplaats en Bol. De presentatie van informatie op deze websites sluit aan bij de belevingswereld van de cliënt. Ketenpartijen kunnen zo hun energie en aandacht richten op de circa 20 procent van de mensen die niet zelfstandig hun weg kan vinden.

### **2. Overstap op een netwerkmodel**

Het Toekomstbeeld IZO 2020 beschrijft de ontwikkeling naar een architectuur en werkwijze volgens een netwerkmodel met bronregisters en knooppunten. Het huidige estafettemodel in de Wlz is ingewikkeld en arbeidsintensief. Het werken volgens een netwerkmodel levert ook voor de Wlz verbetering op. Het principe draait om eenduidige registratie van gegevens en meervoudig gebruik ervan. Gegevens over indicaties, financiering en beschikbaar aanbod zijn vanuit de bron beschikbaar voor ketenpartijen. Ze kunnen op het moment dat de gegevens nodig zijn de bron raadplegen om de meest actuele gegevens te zien. Deze gegevens hoeven de ketenpartijen niet zelf meer bij te houden. Op termijn biedt een architectuur op basis van een netwerkmodel ook voordelen voor cliënten. Als de gegevens van de Wlz-indicatie digitaal beschikbaar zijn, kunnen die in een module worden

gebruikt waarin ook het beschikbaar zorgaanbod wordt bijgehouden. Zo kan de cliënt passende suggesties krijgen voor een instelling waar plek is.

### 3. Domeinen overbruggen




Cliënt en zorgaanbieder werken samen zodat de cliënt goede zorg krijgt. Zij willen geen last hebben van informatievoorziening, die niet meebeweegt over de grens van een domein heen. Standaarden binnen domeinen moeten dus op elkaar aansluiten en duidelijk moet zijn welke gegevens tussen domeinen moeten worden gedeeld. Voorbeelden van situaties waar gegevens domeinen moeten overstijgen zijn de Wlz-registertoets bij een Wmo-aanvraag van een cliënt, maar ook als verzekeraars willen weten of een cliënt in een zorginstelling zit in verband met de vergoeding van medicijnen. Of een cliënt met een PGB in de Wmo die misschien niet alle controles en bewuste keuze-gesprekken hoeft te hebben om een PGB in de Wlz te ontvangen. De overgang van de cliënt van het ene naar het andere domein wordt makkelijker als gegevens niet opnieuw hoeven te worden aangeleverd.

### Samenhang tussen projectkaarten en ontwikkelingsrichting in stappen

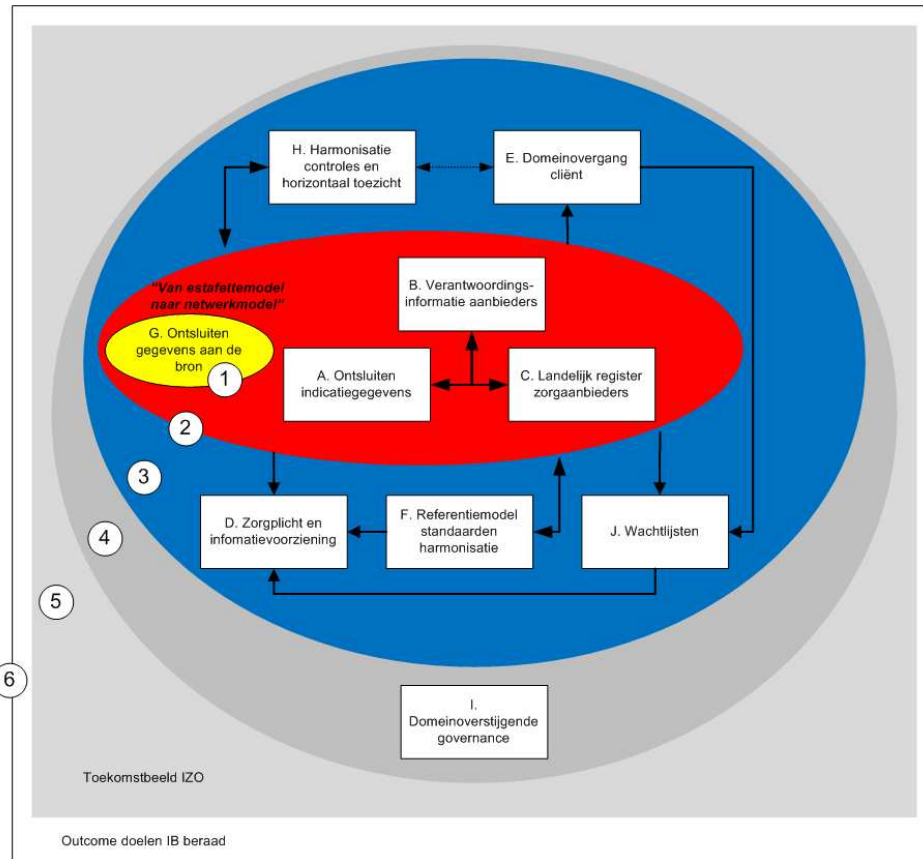
De door de Stuurgroep iWlz geformuleerde onderwerpen hangen op allerlei manieren met elkaar samen. Bij het opstellen van de projectkaarten en in de discussies tijdens de schrijfdagen werd dit goed duidelijk. De geformuleerde hoofdlijnen kunnen wel parallel aan elkaar worden opgestart. Het werken aan de realisatie van het netwerkmodel biedt echter extra mogelijkheden om ook te werken aan de andere hoofdlijnen.

Onderstaande infographic toont welke hoofdlijnen door welke projectkaarten worden ondersteund:

### Score projecten op basis van hoofdlijnen

	 Burger centraal	 Netwerk model	 Domeinen overstijgend
Ontsluiten indicatiegegevens Wlz	•	•	
Verantwoordingsinformatie Aanbieders (VIA)		•	
Landelijk register Zorgaanbieders	•	•	
Zorgplicht, zorgkantoren en informatievoorziening	•		
Domeinovergang cliënt	•		
Referentiemodel standaarden harmonisatie			•
Ontsluiten van gegevens aan de bron	•	•	
Harmonisatie controles en horizontaal toezicht			•
Wachlijsten	•		
Domein overstijgende governance			•

## Ontwikkeling in stappen



Het vertrekpunt in bovenstaande infographic is Projectkaart G: Ontsluiten van gegevens aan de bron en staat in de gele schijf 1.

Om het netwerkmodel voor de langdurige zorg verder invulling te geven zijn drie projectkaarten verder uitgewerkt, te zien in de rode schijf 2:

- Ontsluiten indicatie gegevens (projectkaart A),
- Verantwoordingsinformatie aanbieders VIA (projectkaart B)
- instellingsidentificatie Handelregister en LRZA (projectkaart C)

Overgaan op het netwerkmodel hangt samen met de onderwerpen daar omheen in de blauwe schijf 3:

- Zorgplicht (zorgkantoren) en informatievoorziening (projectkaart D),
- Domeinovergang cliënt (projectkaart E),
- Referentiemodel standaarden harmonisatie (projectkaart F),
- Harmonisatie controles en horizontaal toezicht (projectkaart H)
- Wachtlijsten (projectkaart J).

Afspraken met andere zorgdomeinen zoals Wmo, Jw en Zvw zijn nodig om de ontwikkelingen op elkaars domein af te stemmen. Dit vindt plaats in de donkergrijze schijf 4.

- Domein overstijgende governance (projectkaart I)

Alle ontwikkelingen van deze projecten sluiten naadloos aan op het Toekomstbeeld IZO 2020, in de lichtgrijze rechthoek 5. De outcome-doelen die het Informatieberaad Zorg heeft vastgesteld, vloeien daaruit voort en staan in de witte rechthoek 6.

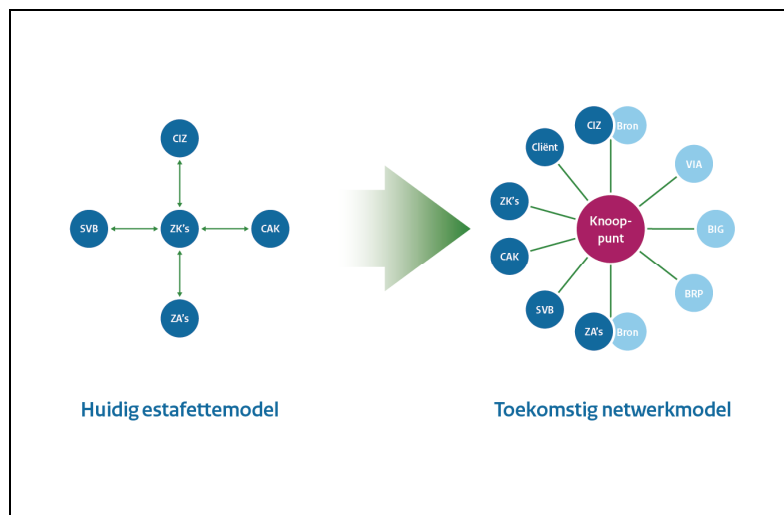
### Starten: eerste activiteiten

Het opstellen van een overzicht van alle gegevens die gebruikt worden in de Wlz-keten is de activiteit die het eerste dient te worden opgepakt. In dit overzicht moet ook staan wie de gegevens produceert of wie er verantwoordelijk voor is; wie de gegevens nodig heeft voor welk proces, etc.

Onontbeerlijk voor de ontwikkeling van de projecten is dat iedereen zorginstellingen kan identificeren op basis van het Handelsregister zorgaanbieders en bovendien het betreffende zorgaanbod kan inzien, met een relatie naar zorgplicht en wachtlijsten. Het Landelijk Register Zorgaanbieders kan daarvoor worden ingezet.

Starten met Verantwoordingsinformatie Aanbieders kan al op korte termijn en levert ook op korte termijn al aanzienlijke winst op voor het verminderen van administratieve lasten van aanbieders.

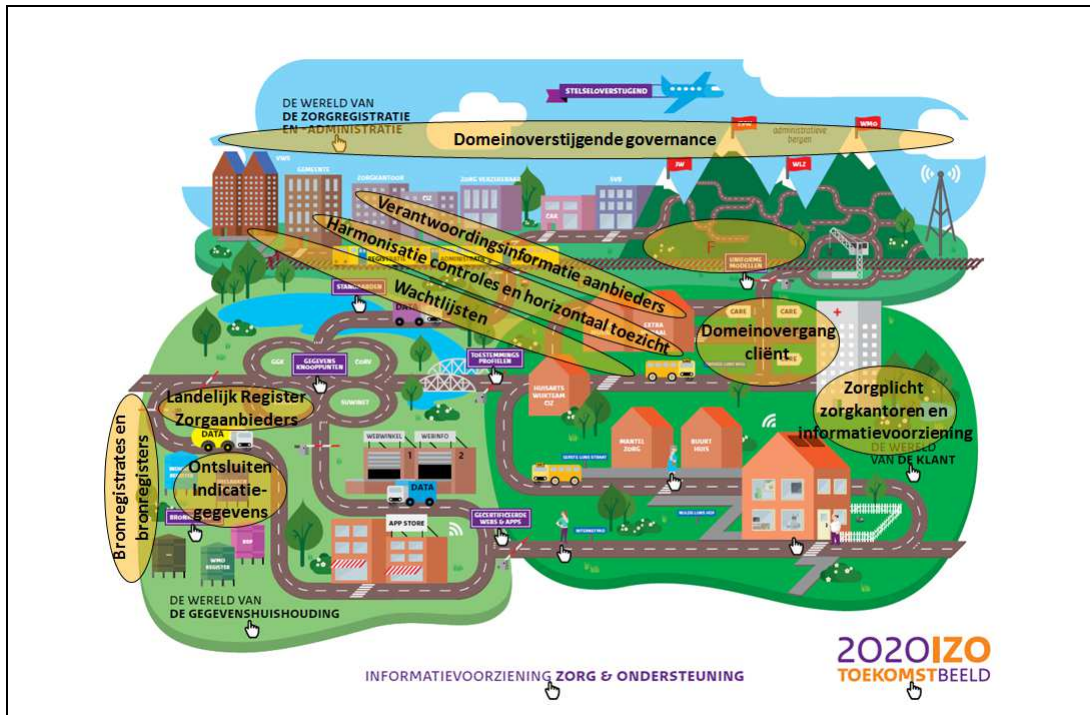
Parallel aan de projecten rondom het netwerkmodel kunnen de andere projecten worden opgepakt. Alle projectkaarten houden rekening met de ambitie om over te gaan tot een netwerk-architectuurmodel.





## Toekomstbeeld IZO 2020

Het Actieprogramma Informatievoorziening Wlz 2016-2018 sluit aan op het Toekomstbeeld IZO 2020 voor de informatievoorziening in de zorg en ondersteuning. In onderstaande afbeelding zijn de projectkaarten geplot op de visualisatie van het Toekomstbeeld IZO 2020:





**Positionering ten opzichte van Outcome-doelen Informatieberaad Zorg**

Op 15 juli 2016 heeft het Informatieberaad Zorg vier outcome-doelen vastgesteld voor de zorgsector in de komende jaren. Deze doelen komen voort uit de gezamenlijke behoefte om de activiteiten op het gebied van informatievoorziening in de verschillende zorgsectoren op elkaar af te stemmen.

De verschillende projectkaarten dragen in de volgende mate bij aan het bereiken van deze outcome-doelen:

Projectkaarten	Outcome doelen Informatie beraad			
	<u>Outcome-doel 1:</u>	<u>Outcome-doel 2:</u>	<u>Outcome-doel 3:</u>	<u>Outcome-doel 4:</u>
	Medicatie- veiligheid	zorgaanbieders ondersteunen een gelijkwaardiger samenwerking tussen patiënt en zorgverleners en bieden aan burgers digitaal toegang tot een persoonlijk medisch dossier en waaraan zij eigen gegevens kunnen toevoegen.	burgers en hun zorgverleners in Nederland altijd en overal veilig toegang tot zorg- en gezondheidsinformatie die zij nodig hebben voor goede zorg	dubbele registratie komt niet meer voor en voor het zorgproces geregistreerde (medische) gegevens worden hergebruikt voor declaratie, onderzoek, kwaliteitstransparantie en governance
A. Ontsluiten indicatiegegevens Wlz		👍👍👍	👍👍👍	👍
B. Verantwoordingsinformatie aanbieders (VIA)		👍		👍👍👍
C. Landelijk Registers Zorgaanbieders Wlz (LRZa)		👍👍👍	👍	👍👍
D. Zorgplicht Zorgkantoren & informatievoorziening		👍👍	👍	👍
E. Domeinovergang cliënt		👍👍	👍👍	👍👍
F. Referentiemodel standaarden harmonisatie		👍	👍👍	👍👍👍
G. Bronregistraties en brongegevens		👍	👍👍	👍👍👍
H. Harmonisatie controles en horizontaal toezicht				👍👍👍
I. Domein Overstijgende governance		👍👍	👍👍	👍👍
J. Wachlijsten			👍👍👍	👍



## Samenvatting projectkaarten

---

### **A. Ontsluiten indicatiegegevens (~indicatieregister Wlz)**

Het ontsluiten van de Wlz-indicatiegegevens bij de bron, het CIZ, is het startpunt voor een nieuwe werkwijze in de keten. Wlz-indicatiegegevens worden eenduidig vastgelegd en meervoudig gebruikt. In een netwerkmodel worden de indicatiegegevens aangeboden door CIZ in de sets die de betrokken partijen op dat moment nodig hebben. Deze manier van ontsluiten heeft veel voordelen. De kwaliteit en betrouwbaarheid van de gegevens verbetert, het is eenvoudiger gegevens te delen en te actualiseren. Processen kunnen efficiënter worden ingericht en administratieve lasten verminderen. De investering levert voelbare voordelen op bij partijen in de keten zoals zorgkantoren, zorgaanbieders, SVB en CAK, maar ook voor cliënten.

### **B. Verantwoordingsinformatie Aanbieders (VIA)**

Processen rondom financiële verantwoording kunnen eenvoudiger als een minimale gegevensset wordt gedefinieerd voor de langdurige zorg, die kan dienen als verantwoordingsinformatie voor alle partijen die verantwoordingsinformatie nodig hebben. Zorgaanbieders ervaren door die set minder administratieve lasten. De gegevens voor verantwoording kunnen worden ontleend aan het primaire proces van de zorgaanbieder. Zorgfinanciers en andere ketenpartijen gebruiken dezelfde gegevensset voor verantwoordingsdoeleinden.

### **C. Instellingsidentificatie op basis van het Handelsregister en het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZA)**

Cliënten hebben informatie nodig: wie levert zorg, wat wordt er geleverd en waar wordt deze zorg geleverd. Het Landelijk Register voor Zorgaanbieders verbindt de bronnen AGB, de basisregistratie Handelsregister (Kamer van Koophandel) en het BIG-register. Informatie uit deze bronnen kan worden aangevuld met informatie over de kwaliteit van geleverde zorg. Het ontsluiten van dit register voor de langdurige zorg aan cliënten en andere partijen draagt bij aan de verbetering van de informatiepositie van de cliënt en de ontwikkeling van een netwerkmodel.

### **D. Zorgplicht (zorgkantoren) en informatievoorziening**

Cliënten willen een afgewogen keuze kunnen maken over hun zorg. Zij hebben daar informatie voor nodig: welke leveringsvormen zijn er van zorg, en welke consequenties hebben die? Ook moet een cliënt kunnen kijken naar het beschikbare aanbod van zorgaanbieders en hun kwaliteit. Zorgkantoren hebben in het kader van de Wlz zorgplicht: zij moeten de cliënt ondersteunen bij het maken van deze afwegingen. Zorgplicht begint met te voldoen aan de informatiebehoefte van de cliënt.

### **E. Domeinovergang cliënt (inclusief PGB)**

Voor cliënten staat de eigen zorg centraal. Onder welke wet de financiering en verantwoording van die zorg vallen, is voor cliënten minder relevant. De cliënt wil inzicht in de eigen zorgsituatie, weten wat de eigen bijdrage is, wat de gevolgen zijn voor keuzes over bijvoorbeeld de overgang naar een



andere wetgeving. Een cliënt wil er geen last van hebben als hij of zij van de ene naar de andere wet overgaat. Ketenpartijen moeten er samen voor zorgen dat de cliënt de juiste informatie krijgt en dat hij of zij niet onnodig extra gegevens moet aanleveren.

#### **F. Referentiemodel standaarden en harmonisatie**

Binnen de verschillende domeinen Wlz, Wmo, Jeugdwet en Zvw wordt veel gewerkt met standaarden voor de administratie, classificatie en inhoud van zorg. Deze veelzijdigheid maakt onderlinge afstemming tussen domeinen lastig. Als een cliënt tussen wetgevingsdomeinen en organisaties beweegt, wordt de informatie over deze cliënt in verschillende standaarden uitgewisseld. Om overzicht te geven in de zorg voor een cliënt, moeten bestaande standaarden kunnen worden vertaald. De projectkaart stelt voor om aan een gezamenlijke thesaurus te werken: een begrippenlijst met definities van alle organisaties en domeinen. Daarmee kunnen standaarden verbonden worden.

#### **G. Ontsluiten van gegevens aan de bron (~Bronregistraties en brongegevens)**

Door gegevens te ontsluiten bij de bron kunnen alle partijen werken met het meest complete en actuele beeld van een cliënt. Om dit te bereiken moeten de gegevens in kaart gebracht worden die in de keten nodig zijn en moeten de bronnen van die ketens bepaald worden. De gegevens worden vervolgens ontsloten via knooppunten. Hierdoor hoeven de deelnemers met maar één punt contact te maken en niet met diverse onderdelen. Onderzocht moet worden of het knooppunt meer of minder zelf moet kunnen, van doorgeeffluik van gegevens tot zelf kunnen samenstellen van informatiebeelden uit verschillende bronnen.

#### **H. Procesvereenvoudiging, controles en horizontaal toezicht**

Door controles en horizontaal toezicht verloopt het proces tot het starten van zorg voor een cliënt soms te traag. Ook leveren controles veel administratieve lasten op. Sommige controleprocessen leiden tot dubbel werk. Dit project wil er voor zorgen dat zorgtrajecten van cliënten zonder vertraging verlopen. Cliënten hebben immers niet voor niets zorg nodig. Administratieve lasten voor cliënten en zorgaanbieders moeten zo veel mogelijk verminderen. Vereenvoudiging van controleprocessen helpt daarbij.

#### **J. Wachtlijsten**

Het is belangrijk dat cliënten in de Wlz niet te lang op een wachtlijst staan en dat zij zo snel mogelijk kunnen doorstromen naar passende zorg. Zij willen uiteraard terecht komen op de plek van hun voorkeur. Om dit te verbeteren moeten cliënten beter geïnformeerd worden en moet het beschikbare aanbod aan zorgplekken bij zorgaanbieders inzichtelijk worden gemaakt.

De projectkaart **I Domein overstijgende governance** wordt georganiseerd in een afzonderlijk traject.

## Projectkaart A: Ontsluiten indicatiegegevens

---



Het ontsluiten van de Wlz-indicatiegegevens bij de bron, het CIZ, is het startpunt voor een nieuwe werkwijze in de keten. Wlz-indicatiegegevens worden eenduidig vastgelegd en meervoudig gebruikt. In een netwerkmodel worden de indicatiegegevens aangeboden door CIZ in de sets die de betrokken partijen op dat moment nodig hebben. Deze manier van ontsluiten heeft veel voordelen. De kwaliteit en betrouwbaarheid van de gegevens verbetert, het is eenvoudiger gegevens te delen en te actualiseren. Processen kunnen efficiënter worden ingericht en administratieve lasten verminderen. De investering levert voelbare voordelen op bij partijen in de keten zoals zorgkantoren, zorgaanbieders, SVB en CAK, maar ook voor cliënten.

### Situatieschets

Op dit moment worden de Wlz-indicatiegegevens van het CIZ naar het zorgkantoor gestuurd en vervolgens naar zorgaanbieders, het SVB en het CAK doorgegeven. Dit is een estafettemodel. De Wlz-indicatiegegevens worden niet exact in dezelfde set doorgestuurd. Delen ervan worden doorgestuurd en opnieuw geregistreerd bij ketenpartijen. Dit doorsturen, ontvangen, verwerken en checken van gegevens zorgt voor extra administratieve handelingen bij de ketenpartijen. Doordat de Wlz-indicatiegegevens deels worden doorgegeven en nooit volledig zijn, kunnen fouten ontstaan.

Dit estafettemodel willen het ministerie van VWS en de ketenpartijen in de Wlz vervangen door een netwerkmodel. In het netwerkmodel kunnen ketenpartijen de gegevens die zij nodig hebben voor hun processen steeds bij de bron ophalen. Deze werkwijze garandeert de kwaliteit en de beschikbaarheid van gegevens. Ook wordt de bron van de gegevens transparant. De bron zorgt voor actuele gegevens.

Het CIZ is de eerste schakel in de Wlz-keten. Het ontsluiten van gegevens bij deze bron is een ideaal startpunt om in de rest van de keten ook andere informatie op deze manier te ontsluiten.

Het ontsluiten van indicatiegegevens op deze nieuwe manier heeft impact op:

- de inhoud en kwaliteit van Wlz-indicatiegegevens
- hoe gegevens technisch ontsloten worden
- processen waarin indicatiegegevens nodig zijn
- administratieve lastenverlaging in de keten

Hoe de gegevens technisch ontsloten kunnen worden, moet nog worden uitgewerkt. Projectkaart G: *Ontsluiten van gegevens aan de bron (~Bronregistraties en brongegevens)* is hiervoor een leidraad.

Het ontsluiten van de indicatiegegevens bij de bron levert ook domein-overstijgende voordelen op als een cliënt van de ene in de andere wet komt, bijvoorbeeld van Wmo naar Wlz. Gemeenten willen bijvoorbeeld graag weten of een potentiële Wmo-cliënt mogelijk al een Wlz-indicatie heeft.



Er is nog geen project over de toegang van de cliënt tot zijn of haar Wlz-indicatiegegevens of tot andere bronnen. Dit kan in de toekomst wel worden ontwikkeld en biedt voordelen voor de cliënt. Het opzoeken van gegevens bij de bron beperkt onduidelijkheid. Als andere bronnen ook worden ontsloten, kan de cliënt een volledig beeld krijgen van zijn status, type zorg en zorgaanbod bij instellingen. Maar tot dit zo ver is, levert het ontsluiten van de Wlz-indicatiegegevens bij de cliënt al meer rust en minder vragen op.

### **Toekomstbeeld 2020 IZO**

Het Toekomstbeeld 2020 IZO stelt de eigen regie van de cliënt op de zorg centraal. Een verbeterde gegevenshuishouding, zorgregistratie en zorgadministratie zijn daarvoor nodig. Het ontsluiten van de Wlz-indicatiegegevens draagt hier aan bij.

In 2020 moet de gegevenshuishouding in de zorg en ondersteuning geregeld zijn in een netwerkmodel met afgesproken gegevenssets, bronregisters, gegevensknooppunten en toestemmingsprofielen. Het ontsluiten van Wlz-indicatiegegevens is een eerste stap in deze richting. De zorgregistratie is gericht op de vastlegging van feiten als begin/eind tijdstip, persoon, klant, productcode, meetwaarde, etc. Feitelijke gegevens die statisch zijn worden daarvoor ontsloten aan de ketenpartijen en de cliënt. Er moet nog nader worden onderzocht welke gegevens noodzakelijk zijn. Ook moet gekeken worden of het CIZ niet-feitelijke gegevens moet ontsluiten, of dat de bron daarvan elders ligt.

Administratieve lastenverlichting is te behalen omdat het voorgestelde netwerkmodel de stelsels en partijen onderling verbindt. Daardoor is gegevensuitwisseling relatief eenvoudig. Hergebruik van gegevens kan veilig en betrouwbaar plaatsvinden door verdere harmonisering van gegevensstandaarden en de inzet van toestemmingsprofielen.

### **Eenduidig registreren, meervoudig gebruiken**

Het netwerkmodel vergroot de mogelijkheden om gegevens te hergebruiken over de stelsels heen. Zorgverlening en administratie wordt efficiënter, want er zijn minder registratiehandelingen. Een ander belangrijk voordeel is dat op deze manier digitale middelen en automatisering gestimuleerd worden. Dit reduceert het aantal fouten in gegevens door menselijke interpretatie en handelingen.

Deze vereenvoudiging van de zorg stimuleert niet alleen zelfzorg en zelfregie voor de klant (cliënt of burger), maar beperkt ook de administratieve lasten voor de klant (cliënt of burger), de zorgaanbieders en de zorgfinanciers.

### **Aanpak**

We stellen een aanpak in vier fasen voor:

- Fase 1: Initiatie – analyse en impactbepaling
- Fase 2: Ontwerp – inrichting ontsluiting indicatiegegevens
- Fase 3: Realisatie – implementatiefase
- Fase 4: Uitfaseren – oude manier van werken

De invulling en planning van de fasen 2 t/m 4 vindt plaats na de initiatiefase. In de initiatiefase wordt de opdracht van het project scherper gedefinieerd.



## Fase 1: Initiatie – analyse en impactbepaling

### 1. *Verdieping*

Bepalen van de impact van deze wijziging.

- Welke consequenties (positief en negatief) heeft dit voorstel?
- Wat betekent het concreet voor de inhoud van het huidige berichtenverkeer?

### 2. *Indicatiegegevens analyse en impact:*

Analyseren en bepalen van de impact op het delen van indicatiegegevens;

- Met welke partijen wordt informatie gedeeld over de Wlz-indicaties?
- Welke wettelijk verplichtingen zijn er op dit moment van toepassing op het delen van indicatiegegevens met cliënten en ketenpartijen?
- Met welke toekomstige wettelijke veranderingen met impact op het ontsluiten van gegevens moet rekening worden gehouden?
- Welke partijen willen ook graag toegang hebben tot de Wlz-indicatiegegevens?
- Definiëren van een matrixmodel: welke gegevens hebben cliënten en ketenpartijen nodig en welke gegevens mogen zij hebben?
- Welke indicatiegegevens wil het CIZ ontsluiten, waarbij we onderscheid maken tussen feitelijke, statische gegevens, en veranderlijke gegevens? Welke verantwoordelijkheden van het CIZ horen daarbij?
- Welke indicatiegegevens die de ketenpartijen nodig hebben, kunnen ook beschikbaar gesteld worden door het CIZ? Welke afspraken zijn gemaakt over deze gegevens en hun bronnen?

### 3. *Technische analyse en impact:*

Hoe kunnen de Wlz-indicatiegegevens technisch ontsloten worden: delen, digitaliseren, sturen, halen, architectuur vaststellen en inrichten?

- Vaststellen welke kaders uit de projectkaart G: *Ontsluiten van gegevens aan de bron (~Bronregistraties en brongegevens)* van invloed zijn op het ontsluiten van de indicatiegegevens door het CIZ.
- Overeenstemming bereiken over de functionaliteiten die nodig zijn om de indicatiegegevens te ontsluiten.
- Analyse van de technische eisen voor het CIZ en de ketenpartijen:
  - Architectuurkaders en inrichting
  - Budget
  - Hoe wil men de Wlz-indicatiegegevens delen?
  - Hoe worden de Wlz-indicaties gedigitaliseerd bij CIZ?
  - Moeten ketenpartijen geïnformeerd worden als er Wlz-indicatiegegevens beschikbaar zijn? Hoe krijgt dit vorm?
  - Hoe te registreren dat ketenpartijen de informatie ook echt hebben opgehaald?

### 4. *Analyse en impact op processen*

Analyse van de impact en wijzigingen op het huidige proces voor het CIZ en de ketenpartijen.

Moeten er nieuwe processen worden opgesteld, bestaande processen worden aangepast?

Komen er processen te vervallen?



## **Fase 2: Ontwerp – inrichting ontsluiting indicatiegegevens**

Als de impact van het ontsluiten van de indicatiegegevens, de technische inrichting en de impact op de processen duidelijk zijn, wordt een definitief ontwerp vastgesteld voor de inrichting van het ontsluiten van indicatiegegevens. De opdracht tot uitvoering kan dan concreter worden en er komt meer duidelijkheid over de benodigde budgetten en governance.

## **Fase 3: Realisatie – implementatiefase**

Als duidelijk is hoe de indicatiegegevens ontsloten gaan worden, wordt de ontsluiting geïmplementeerd.

De volgende punten komen daar in ieder geval in voor:

- *Afspraken beheer en kwaliteit indicatiegegevens CIZ:*  
Met het CIZ en de ketenpartijen moeten afspraken gemaakt worden over het beheer en de kwaliteit van de indicatiegegevens. Hoe gaat men om met wijzigingen van indicatiegegevens? Hoe gaat men om met het beëindigen van indicaties? Hoe wordt de kwaliteit van de indicatiegegevens geborgd?
- *Afspraken ketenpartijen:*  
Heldere afspraken moeten gemaakt worden met de ketenpartijen aangaande het beschikbaar stellen van de indicatiegegevens en de toegang hiertoe. Dit zal in de vorm van een samenwerkingsconvenant of een SLA gaan.

## **Fase 4: Uitfaseren – oude manier van werken**

Als de indicatiegegevens op de nieuwe manier ontsloten zijn, wordt in de daarop volgende uitvoeringsperiode de oude manier van werken uitgefaseerd.

### **Randvoorwaarden**

Het uitvoeren van de activiteiten in deze projectkaart is afhankelijk van enkele randvoorwaarden.

- De uitgangspunten van *Ontsluiten van gegevens aan de bron (~Bronregistraties en brongegevens)* zijn van toepassing op deze projectkaart.
- De resultaten van project G: *Ontsluiten van gegevens aan de bron (~Bronregistraties en brongegevens)* zijn randvoorwaarde voor het succes van dit project.
- De RAK (Richtinggevende Architectuur Kaders) en daarbij behorende genoemde uitgangspunten worden gehanteerd.
- Het CIZ blijft eigenaar en blijft verantwoordelijk voor de inhoud van de indicatiegegevens.

### **Implementatiestrategie**

Voor de implementatie wordt een transitie-model gekozen, waarbij de bestaande werkwijze operationeel blijft tot volledig wordt overgegaan op de nieuwe manier van werken. Er wordt bepaald wanneer de nieuwe werkwijze volledig operationeel moet zijn en aan welke eisen de nieuwe werkwijze dan moet voldoen. Dan wordt een einddatum voor de bestaande werkwijze bepaald.

### **Betrokken partijen**

De partijen die nu betrokken zijn bij het proces van indicatiestelling tot het leveren van zorg moeten betrokken worden bij dit project. Het gaat om de volgende partijen maar de mate van betrokkenheid verschilt per partij:



- CIZ
- Zorgkantoren / ZN
- Branches (vertegenwoordigers) Zorgaanbieders
- NPCF
- CAK
- SVB
- NZA
- Zorginstituut
- VNG/KING
- VWS als opdrachtgever en eindverantwoordelijke

### **Planning**

Op basis van deze projectkaart moet een impactanalyse plaatsvinden zodat de volledige impact gedefinieerd kan worden in fase 1 van het project. Gedurende deze fase moet er ook een planning worden opgesteld voor de volgende fasen.

### **Kosten en baten**

De kosten in relatie tot de baten zullen verder onderzocht moeten worden.

*Kosten:* het ontsluiten van de indicatiegegevens is een investering. De kosten zullen per fase verschillen. Fase 1 geeft inzicht in wat men wil, voor wie en hoe men dat wil en wat er dan verandert. Het ontwerpen en realiseren van het ontsluiten van de indicatiegegevens op de nieuwe manier zorgt voor kosten. Ondertussen blijft in het transitieproces de bestaande werkwijze nog in gebruik, met de daarbij behorende kosten.

*Baten:* CIZ, cliënten en ketenpartijen ondervinden de baten van het project. Cliënten hebben baat bij toegang tot betrouwbare informatie die ze kunnen delen met bepaalde partijen. Het CIZ heeft voordeel door als bron indicatiegegevens beschikbaar te stellen in plaats van informatie herhaaldelijk te moeten doorgeven. Ook zal het CIZ voordeel hebben omdat ze feedback ontvangt en gegevens waar gewenst kan aanpassen. De ketenpartijen hebben er baat bij als het estafetteproces wordt vervangen door een netwerkmodel. De keten is gebaat bij directe toegang tot die gegevens en het kunnen combineren ervan met andere gegevens.









### **Risico's**

- De grootste inzet en afbreuk risico liggen momenteel bij het CIZ, waar specifiek aandacht voor dient te zijn.
- Betrokkenheid van de ketenpartijen aan het ontsluiten van indicatiegegevens en naar de toekomst toe volledig op deze nieuwe manier te gaan werken.




## Samenhang

### Samenhang met andere projectkaarten

Nr	Projectkaartnaam	Impact op projectkaart A	Impact van projectkaart A op
B	Verantwoordingsinformatie Aanbieders (VIA)		
C	Landelijk Register Zorgaanbieders Wlz (LRZa)	Geen impact	
D	Zorgplicht en informatievoorziening		
E	Domeinovergang cliënt		
F	Referentiemodel standaarden harmonisatie		
G	Ontsluiten van gegevens aan de bron (~Bronregistraties en brongegevens)		
H	Harmonisatie controles en horizontaal toezicht		
I	Domein overstijgende governance		
J	Wachlijsten	Geen impact	

 Impact op Projectkaart A, dikte bepaald de mate van impact.

 Impact van Projectkaart A op, dikte bepaald de mate van impact.

### Toelichting

Nr	Projectkaartnaam	Impact uitleg
B	Verantwoordingsinformatie Aanbieders (VIA)	Uniformering van de gegevens bepaalt welke indicatiegegevens beschikbaar gesteld moeten worden en noodzakelijk zijn voor rapportage en verantwoording doeleinden ook voor het indicatieregister Wlz.
D	Zorgplicht en informatievoorziening	Door het ontsluiten van de indicatiegegevens kan het zorgkantoor wanneer noodzakelijk indicatiegegevens ophalen bij het CIZ.
E	Domeinovergang cliënt	Door het beschikbaar stellen van indicatiegegevens Wlz en deze altijd te kunnen ophalen. Hierdoor kunnen domeinovergangen duidelijk inzichtelijk worden gemaakt en kan de waarheid aangaande de status van de klant (cliënt of burger) niet dubbel zijn.
F	Referentiemodel standaarden harmonisatie	Het referentiemodel standaarden vraagt een gelijke registratie van gegevens binnen de keten. Iedereen spreekt 1 taal die begrepen wordt. Dit geldt ook voor het



Nr	Projectkaartnaam	Impact uitleg
<b>G</b>	Ontsluiten van gegevens aan de bron (~Bronregistraties en brongegevens)	indicatieregister Wlz. Deze projectkaart stelt de kaders vast voor de ontsluiten van bronnen, zoals de Wlz-indicatiegegevens van het CIZ.
<b>H</b>	Harmonisatie controles en horizontaal toezicht	Het beschikbaar stellen van de indicatiegegevens geeft lastenverlichting voor de klant (cliënt of burger) door het niet meermaals hoeven te herhalen van informatie. Anderzijds zal er ook lastenverlichting bij het CIZ kunnen worden bereikt door het open stellen van andere bronnen.
<b>I</b>	Domein-overstijgende governance	De brede governance zorg en ondersteuning (Wlz, Zvw, Wmo en JW) geldt overkoepelend voor alle activiteiten benoemd onder het actieprogramma. Daarmee raakt hij alle individuele projectkaarten.

## Projectkaart B: Verantwoordingsinformatie aanbieders (ViA)



Processen rondom financiële verantwoording kunnen eenvoudiger als een minimale gegevensset wordt gedefinieerd voor de langdurige zorg, die kan dienen als verantwoordingsinformatie voor alle partijen die verantwoordingsinformatie nodig hebben. Zorgaanbieders ervaren door die set minder administratieve lasten. De gegevens voor verantwoording kunnen worden ontleend aan het primaire proces van de zorgaanbieder. Zorgfinanciers en andere ketenpartijen gebruiken dezelfde gegevensset voor verantwoordingsdoeleinden.

### 1. SITUATIESCHETS

Sinds de decentralisatie van de langdurige zorg en ondersteuning wisselen partijen meer zorggegevens uit met meer en andere partijen. Op het gebied van verantwoording is grote diversiteit ontstaan aan uitvragen, regels en formats. Iedere partij gebruikt eigen bewoording om vaak in essentie dezelfde informatie op te vragen. Aanbieders ervaren hoge lasten en complexiteit in de administratieve processen rondom verantwoording. Verantwoordingsinformatie Aanbieders (ViA) wil dit probleem aanpakken. Door eenduidig af te spreken welke gegevens er worden uitgewisseld voor verantwoording, wordt de diversiteit in uitvragen flink gereduceerd. Zorgaanbieders kunnen op één manier alle partijen van verantwoordingsinformatie voorzien, ook omdat ViA het mogelijk maakt om de informatie aan de bron te registreren.

#### ViA als archiefkast

*Een archiefkast bij een zorgaanbieder met lades vol informatie over de cliënt en geleverde zorg. Er is afgesproken welke informatie er tenminste beschikbaar is. Partijen die uitvoeringsinformatie nodig hebben, hebben recht om bepaalde informatie, in bepaalde lades, in te zien. Een sleutel bepaalt welke partij toegang heeft tot welke informatie.*

#### Aanleiding

Het idee van ViA is ontstaan bij de landelijke zorgaanbieder Leger des Heils die sinds de decentralisatie verantwoording aflegt aan circa 300 gemeenten en andere afnemers. Iedere afnemende partij vraagt in essentie om dezelfde informatie, maar in een ander format, op een ander moment of via een ander kanaal.

#### Voordelen ViA

Het belangrijkste effect van ViA is de reductie van administratieve lasten bij aanbieders. Door eenduidig af te spreken welke gegevens er worden uitgewisseld voor verantwoording, wordt de diversiteit in uitvragen flink gereduceerd. Aanbieders kunnen op één manier alle partijen van verantwoordingsinformatie voorzien.

Bijvangst zijn er ook. Zo maakt ViA betere kwaliteitstoetsing mogelijk, want vanwege de eenheid van taal die ViA biedt worden appels niet lager met peren vergeleken. Daarnaast maakt ViA het voor gemeenten mogelijk om gemakkelijk aan te sluiten op de gemeentelijke monitor sociaal domein. ViA



is flexibel waardoor toekomstige ontwikkelingen op gebied van financieringsvormen kunnen worden ingebouwd, bijvoorbeeld cliëntvolgende financiering in de langdurige zorg.

#### *Toekomstbeeld*

ViA realiseert eenduidig registreren en meervoudig gebruik. Stabiele informatiebronnen bij de zorgaanbieders dienen als basis voor flexibele processen. Daarnaast maakt ViA *tracking and tracing* van informatie in het zorgproces mogelijk, omdat kan worden geverifieerd welke sleutels welke lades hebben geopend. Op die manier is de informatiebehoefte beter in kaart te brengen.

#### *Waarde voor de cliënt*

Informatie over zorgproduct- en periode worden op termijn inzichtelijk voor cliënt en mantelzorger. Het eigen zorgproces wordt daardoor beter te begrijpen en vergelijkbaar. De administratieve lasterverlichting die aan de kant van zorgaanbieder ontstaat, kan een andere verdeling van (financiële) middelen teweegbrengen. Tot slot is met ViA als stabiele informatiebron een ander flexibel proces van financiering mogelijk, bijvoorbeeld cliëntvolgende bekostiging in de langdurige zorg.

- *'Sinds de decentralisatie van taken in het sociaal domein per 2015 is het verantwoordings- en controleproces ingewikkelder'* (Binnenlands Bestuur, 11 juli 2016).
- *'De uniforme gegevensset is verrassend volledig. Er staat meer in dan je denkt'* (Financial van gemeente in Oost-Brabant)
- *'Door een oplossing zoals VIA kan ik de administratie met 2 FTE minder organiseren'* (Medewerker landelijke zorgaanbieder)
- *'ViA reduceert met enorme factor de interpretatieverschillen die er bestaan op het gebied van verantwoording'* (Softwareleverancier)

## **2. AANPAK**

Op korte termijn realiseert ViA administratieve lastenverlichting bij aanbieders vanwege een eenvoudiger uitwisseling van verantwoordingsgegevens aan ketenpartijen. Op de lange termijn wil ViA naar een netwerkmodel toewerken waar eenduidige registratie aan de bron plaatsvindt om een meervoudig gebruik te faciliteren.

ViA wordt gerealiseerd in vijf fasen:

- Fase 1: Uniforme gegevensset definiëren
- Fase 2: Gegevensuitwisseling voorbereiden/onderzoeken
- Fase 3: Praktische toetsing
- Fase 4: Scope-uitbreiding
- Fase 5: Implementeren

#### *Stakeholders*

Initieel zijn de cliënt, zorgaanbieders, zorgbranches, de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), zorgkantoren en het Zorginstituut betrokken. Domein-overstijgende uitbreiding betekent dat partijen zoals het CAK, Ondernemers in de Zorg (OIZ) en VNG/KING betrokken raken.

#### **Fase 1: Uniforme gegevensset**

De eerste fase heeft als doel om samen met ketenpartijen de uniforme gegevensset te definiëren. De



gegevensset<sup>1</sup> bevat informatie over de geleverde zorg op uitvoeringsniveau, bijvoorbeeld zorgperiode en producten. Onafhankelijk van financieringsvorm is de basisset van uitvoeringsinformatie altijd beschikbaar voor partijen die verantwoordingsinformatie van geleverde zorg nodig hebben.

De uniforme gegevensset heeft overlap met het aanleveren van gegevens via regulier declaratieverkeer. In eerste instantie ligt de focus op het deel extra informatie dat nu niet via het regulier berichtenverkeer wordt uitgewisseld. Op den duur kan de gegevensset uitgroeien naar alle gegevens zoals declaratiegegevens die nu via iStandaarden worden uitgewisseld.

#### **Fase 1**

##### *Activiteiten:*

1. Inventarisatie uniforme gegevensset op basis van huidige gegevensuitwisseling conform iStandaarden.
2. Standpunten ketenpartijen in beeld

*Resultaat:* Afgestemde inhoud van uniforme gegevensset inclusief heldere definities.

#### **Fase 2: Gegevensuitwisseling**

In ViA registreren aanbieders aan de bron. Operationele gegevens uit het eigen zorgadministratiesysteem worden hergebruikt voor het verantwoordingsproces. Afnemende partijen, zoals zorgkantoren en gemeenten, kunnen op elk gewenst moment relevante data ophalen en inzien. Registreren aan de bron vermindert administratieve lasten bij aanbieders aanzienlijk. Aanbieders hoeven niet langer verschillende portalen en formulieren in te vullen. Eenmalig klaarzetten is voor aanbieders voldoende om alle partijen te bedienen. Aanbieders registreren eenduidig, afnemers gebruiken meervoudig.

In fase 2 wordt de technische uitvoerbaarheid van de uitwisselingsmethodiek onderzocht. Er zijn drie onderdelen:

- a. Transport: Eén systematiek voor het delen van gegevenssets;
- b. Registratie: Aanbieders registreren uniforme gegevensset;
- c. Afname: data en rapportage

---

<sup>1</sup> Gebaseerd op gegevenselementen uit de huidige gegevensuitwisseling van toewijzing via 'start zorg' en 'stop zorg' en declaraties zijn de basiselementen voor verantwoording opgenomen in de uniforme gegevensset verantwoordingsinformatie.



## **Fase 2**

### *Activiteiten*

1. Inventariseren welke technische toepassingen er mogelijk zijn
2. Omschrijven processen/*use cases* bij uitwisseling tussen zorgaanbieder en afnemer
3. Onderzoek naar partijen die ook baat hebben bij ViA

### *Resultaat*

1. Inventarisatie technische mogelijkheden uitwisselingsmethodiek
2. Omschrijving taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

## **Fase 3: Praktische toetsing**

In deze fase worden fase 1 en 2 gecombineerd in een praktische toetsing. De werkbaarheid en uitvoerbaarheid van de gegevensset en uitwisselingsmethodiek worden door een klein aantal partijen getoetst. Tegelijkertijd wordt in deze fase een Privacy Impact Analyse (PIA) uitgevoerd. Het resultaat van fase 3 is een eerste indruk van de praktische uitwerking van ViA.

## **Fase 4: Scope-uitbreiding**

De uitvoering van de projectkaart beperkt zich in eerste instantie tot de inventarisatie van verantwoordingsinformatie in de Wlz-keten. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en zorgkantoren werpen een kritische blik op de gegevensset en bijbehorende uitwisselingsmethodiek. Op langere termijn zal ViA breder worden ingezet in zorg en ondersteuning. Bijvoorbeeld door het proces van Eigen Bijdrage met het CAK op te nemen en gemeenten als afnemer van verantwoordingsinformatie aan ViA toe te voegen. Zoals gezegd zal in eerste instantie de additionele verantwoordingsinformatie worden onderzocht, waarna deze wordt uitgebreid met elementen uit de reguliere gegevensuitwisseling in de iWlz, iWmo en iJw.

## **Fase 5: Implementatie**

ViA wordt gefaseerd ingevoerd en stapsgewijs opgebouwd, ook qua deelnemers. ViA begint vanuit de Wlz met grote (keten)partijen om op termijn te zorgen dat alle partijen die verantwoordingsinformatie uitwisselen, zijn aangesloten bij ViA. Vanuit de huidige situatie zullen de bestaande uitwisselingen van verantwoordingsinformatie worden vervangen door ViA. Via een transformatieproces kan de oude structuur worden uitgefaseerd.

## **Randvoorwaarden**

Het resultaat van de uitvoering van deze projectkaart is mede afhankelijk van de participatie en medewerking van relevante vertegenwoordigers en inhoudelijke experts. Daarnaast is landelijke steun bij standaardisatie en promotie van uniforme gegevensset wenselijk zo niet randvoorwaarde.

## **Risico's en impact**

Het voornaamste risico van ViA doet zich voor als volledigheid en landelijke dekking niet bereikt worden. Gebruik van ViA wordt voor zorgaanbieders pas lucratief als een groot percentage van de ketenpartijen deelneemt aan deze uitwisselingsmethodiek. Niet alle afnemers zullen er gebruik van maken, omdat het niet verplicht is. Het risico bestaat dat gedurende de beginfase van ViA, tijdens onderzoeken en herinrichting van administratieve processen, dubbel werk ontstaat bij deelnemende partijen. Zorgaanbieders zullen, vanwege gebrek aan financiering, niet meedoen als het geen acute probleemoplossing biedt. Een laatste risico is de databreuk/trendbreuk die ontstaat. Partijen kunnen



na ingebruikname van ViA de data niet langer met eerdere jaren vergelijken vanwege de andere opbouw.

### **Samenhang**

De uitvoering van deze kaart komt voort uit de verantwoordelijkheid die Zorginstituut Nederland heeft voor het beheer en de (door)ontwikkeling van iStandaarden. Gegevens uit de huidige iWlz, iWmo en iJw worden gecombineerd tot een uniforme gegevensset verantwoording. ViA heeft sterke verbanden met de projectkaarten van Landelijk Wlz-indicatierijster en bronregistraties. Vooral vanuit de hoofdlijn domeinen overstijgen' en de gestandaardiseerde verantwoordingsset.

### **Impact**

ViA maakt op een eenvoudige manier (her)gebruik van informatie die in het operationele proces bij aanbieders wordt geregistreerd. Landelijke afspraken, samenwerking en eenvoud maken ViA tot een efficiënte en toegankelijke werkwijze die direct administratie lastenverlichting veroorzaakt. De bijbehorende uitwisselingsmethodiek is voor zowel kleine als grote zorgaanbieders beschikbaar.

## Projectkaart C. Instellingsidentificatie op basis van het Handelregister en het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZA)

---



Cliënten hebben informatie nodig: wie levert zorg, wat wordt er geleverd en waar wordt deze zorg geleverd. Het Landelijk Register voor Zorgaanbieders verbindt de bronnen AGB, de basisregistratie Handelsregister (Kamer van Koophandel) en het BIG-register. Informatie uit deze bronnen kan worden aangevuld met informatie over de kwaliteit van geleverde zorg. Het ontsluiten van dit register voor de langdurige zorg aan cliënten en andere partijen draagt bij aan de verbetering van de informatiepositie van de cliënt en de ontwikkeling van een netwerkmodel.

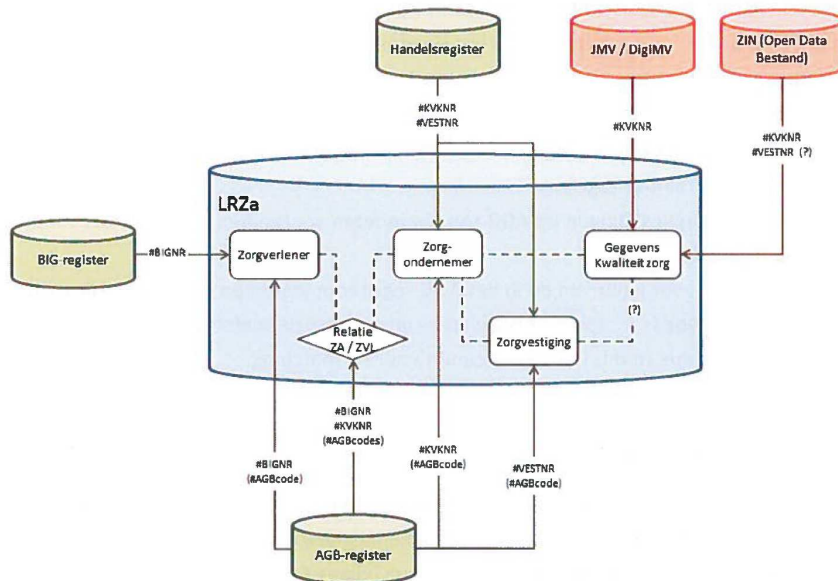
### 1. Situatieschets

De burger staat centraal in de zorg. Door wetgeving, financieringsvorm en uitvoering is een domeinstructuur ontstaan. Een laatste grote verandering was bijvoorbeeld de overheveling van een breed pakket aan zorg uit de AWBZ naar de WMO, uitgevoerd door gemeenten. Problemen rond het persoonsgebonden budget (PGB) zijn veel in de pers verschenen. Persoonsgebonden suggereert dat er vanuit de persoon gedacht wordt. De praktijk blijkt voor die burger erg complex wanneer zijn zorg overgaat van het Wmo-domein naar het Wlz-domein, al blijft de zorg praktisch dezelfde.

Om de burger centraal te stellen, is het noodzakelijk om de vragen Wie levert zorg, Wat wordt er geleverd, en Waar wordt deze zorg geleverd onder een 'zelfde noemer' te brengen. Los van domeinen, financieringsvormen en uitvoeringsvarianten en met behoud van de huidige wettelijke taken van de partijen binnen de domeinen, de controle op doelmatigheid, rechtmatigheid, kwaliteit, capaciteit etc.

Landelijk is een start gemaakt met het LRZa. Het LRZa staat voor het Landelijk Register voor Zorgaanbieders. Het verbindt de bronnen AGB, het Handelsregister van de Kamer van Koophandel en het BIG-register. Zo zijn de zorgaanbieders als zorgonderneming, zorgvestiging en zorgverlener beschikbaar. Informatie uit deze bronnen wordt aangevuld met informatie over de kwaliteit van de zorg. Op dit moment wordt data om technische reden opgeslagen in het LRZa. Op termijn kan het LRZa een knooppunt zijn waarbij data door het LRZa verbonden wordt, maar alleen in bronregisters feitelijk beschikbaar is.





Schema samenhang bronnen en het LRZa (bron rapport Human Inference, LRZa, Adviesrapport september 2014)

Het AGB bevat gegevens over zorgaanbieders, -locaties en -verleners die betrokken zijn bij zorg uit de Wlz en de Zorgverzekeringswet. Zorgaanbieders in het kader van Wmo staan niet altijd in het AGB. Vektis onderhoudt het AGB, waarin de zorgondernemers geregistreerd zijn. Hun naamgeving in het AGB wijkt vaak af van de naamgeving het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.

Als de cliënt er makkelijk achter komt welke zorgaanbieder welke zorg verleent, is de zorg inzichtelijker voor de cliënt. De cliënt is beter te volgen bij domeinovergangen en de informatie van die cliënt kan beter hergebruikt worden in het zorgproces over de domeinen heen, uiteraard onder strikte voorwaarden. Het Landelijk Register Zorgaanbieders is de basis voor deze gegevens, in dit project voor de Wlz maar in potentie voor alle zorgdomeinen.

In het LRZa zijn al flinke stappen gezet om zorgverleners, organisaties en locaties onder één noemer brengen. Deze basis kan verder uitgebouwd worden, te beginnen voor betrokkenen in de Wlz, door kwaliteit van de gegevens te verhogen, met meer aandacht voor de complete vulling, door toe te voegen welke zorg geleverd wordt en door gemeenten toegang te geven als afnemer of leverancier.

De burger krijgt daardoor optimaal inzicht in het zorgaanbod. Als daar informatie aan wordt toegevoegd over de kwaliteit van zorgaanbieders vanuit ZIN maar ook door reviews van cliënten, ontstaat een krachtig portaal voor burgers. Gegevens worden eenduidig en efficiënt bij de bron vastgelegd waardoor de kwaliteit hoog is. Dat is goedkoper en verhoogt de transparantie. Cliënten winnen hierbij, het zorgveld winst hierbij en de burger als belastingbetaler winst ook.

Het LRZa heeft als uitgangspunt dat het zelf geen data aanpast. Het bestaat dus bij gratie van het netwerkmodel. Wanneer we aan het LRZa kunnen toevoegen welke zorg geleverd wordt, past dit uitstekend in Toekomstbeeld IZO 2020.

Als het LRZa data kan combineren van o.a. KvK, AGB en BIG, dan kan het LRZa ook een Datahub zijn. Aanpassingen in een van deze bronnen kunnen via de Datahub automatisch doorgezet worden naar 'abonnees' op die wijziging, zoals b.v. AGB en BIG. Dit scheelt fors in de administratieve lasten.

**Kwaliteit:** De cliënt heeft inzicht in aanbod en bijbehorende kwaliteit. Door inzet van een portaal voor cliënten met b.v. ranking van zorgaanbieders, kan de cliënt zelf ook een kwaliteitsoordeel geven.

**Doelmatigheid:** Door gegevens eenduidig te maken over wie, wat en waar onder eenzelfde noemer te brengen wordt transparantie bereikt. Koppeling met BIG (wie en met welke bevoegdheid), helpt bij transparantie en doelmatigheid.

**Toegankelijkheid:** De cliënt heeft inzicht in wie, wat, waar en bijvoorbeeld ook zien waar er wachtlijsten zijn. De informatie is transparant en gecontroleerd. Voor instanties binnen de zorg en/of beleid wordt het inzicht over het zorgveld (over domeinen heen) vergroot en kunnen dimensies zoals wie, wat, waar, kwaliteit toevoegen aan andere bronnen van informatie (geld, inkoop e.d.).

Een plek waar 'de waarheid' te achterhalen valt (SPOT, single point of truth) over: Wie is zorgaanbieder, Waar (in welke organisatie en welke fysieke plek) werkt hij/zij, Wat voor zorg levert hij, en met welke kwaliteit. Door koppelingen in deze informatie aan te brengen wordt kwaliteit van de informatie verhoogd. Een basis voor informatieverstrekking op portaal voor cliënten (over zorgdomeinen heen) en meerdere dimensies van inzicht binnen de zorg (over domeinen heen).

### **Wat is de impact voor ketenpartijen?**

Op den duur zal *Wie* afgezet worden tegen BIG, *Waar* tegen KvK, *Wat* nog nader de onderzoeken en *Wie – Waar* via AGB. Voor de Wlz wordt gestart met een extra veld, namelijk KvK en Vestiging, zodat een overgang van AGB 'zorginstelling' gemaakt kan worden naar Zorgondernemer (Kvk, SBI, xyz) en Zorglocatie (Vestiging). Met informatie ontsloten op vestigingsniveau kan de cliënt veel beter gerichte informatie krijgen dan in de huidige situatie.

## **2. Aanpak**

### *LRZa zelf*

- Kwaliteitsinformatie toevoegen
- Verder vullen (met name KvK en Vestigingen)
- Gemeenten als afnemer aanhaken
- Het LRZa laten werken als DataHub

### *"Wat vraag"*

- Ontwerp maken Wat vraag (wellicht zorgsoort AGB en KVK SBI als basis)
- Wat vraag toevoegen aan het LRZa

### *KvK gegevens voor toegangsbeheer.*

- Het E-herkenningsstelsel werkt op basis van KvK-gegevens. Als KvK data binnen het LRZa correct is ingevoerd is E-herkenning bij uitstek geschikt voor toegangsbeheer.

### *Aanpassen berichtenverkeer AZR*

- KvK en Vestiging toevoegen, kan op den duur AGB-code vervangen. Het LRZa moet min of meer compleet zijn, zodat het kan dienen als vertaling tussen huidig AGB en KvK/Vestiging



## Implementatiestrategie

### *LRZa zelf*

- Vulling compleet maken (zie plan HI)
- Platform moderniseren (azure, webservice gebruik, wellicht broker software inzetten)
- Met ZIN afstemmen op welke wijze kwaliteitsinfo aangehaakt kan worden (op KvK/vestigingen niveau?)
- Gemeente aansluiten op keten
- Samen met HI ervoor zorgen dat het LRZa ook de Datahub functie krijgt: wijzigingen automatisch doorgeven aan andere partijen binnen LRZa maar evt. ook daarbuiten (abbonementen op wijzigingen).

### *“Wat vraag”*

- Starten met de AGB soort zorg codering
- Onderzoeken of deze rijk genoeg is en of deze alle domeinen voldoende afdekt
- Wanneer dit niet het geval is, een nieuwe standaard ontwikkelen (samen met een SBI-code bij de KvK geeft een goede verbinding met het handelsregister)

### *KvK voor toegangsbeheer*

- Instanties (‘wie dan ook’) die toegang willen tot het LRZa moeten een juiste KvK registratie hebben en een E-herkenningsmiddel aanvragen
- Wanneer KvK in het LRZa met voldoende kwaliteit is vastgelegd, biedt E-herkenning de mogelijkheid om de zorgaanbieder (met dat KvK in het e-herkenningsmiddel) in te laten loggen en bepaalde gegevens te wijzigen in het register, wat vervolgens door de datahub ook doorgezet wordt naar de abonnees.

### *Aanpassen berichten verkeer*

- Meenemen in reguliere release om het bericht uit te breiden met KvK en Vestiging.
- Op later tijdstip veld verplicht maken (hiervoor moet het LRZa op voldoende niveau zijn)

## 3. Samenhang

Dit project hangt samen met alle andere projecten, als KvK/Vestiging de indicatie van de zorgonderneming wordt in het stelsel. Op korte termijn is er geen belemmering voor andere kaarten. Nader te onderzoeken is welke andere projecten makkelijk samen op te pakken zijn met dit project.

Projectkaarten B, E, G worden positief ondersteund door deze kaart. Er zijn geen ondermijnende kaarten.

### **Andere domeinen**

Het LRZa is voor alle domeinen van belang. Zeker wanneer ook de Gemeenten als afnemer van het LRZa worden aangesloten. Door KvK/Vestiging als identificerende code te gebruiken, kunnen ook de zorgaanbieders uit het WMO-domein (zonder een AGB-code) toegevoegd worden aan het LRZa. Het uitwerken van de ‘Wat vraag’ in een codestelsel en dat toevoegen aan of beschikbaar maken via het LRZa, is voor alle zorgdomeinen mogelijk.

## Projectkaart D: zorgplicht, zorgkantoren en informatievoorziening

---



Cliënten willen een afgewogen keuze kunnen maken over hun zorg. Zij hebben daar informatie voor nodig: welke leveringsvormen zijn er van zorg, en welke consequenties hebben die? Ook moet een cliënt kunnen kijken naar het beschikbare aanbod van zorgaanbieders en hun kwaliteit. Zorgkantoren hebben in het kader van de Wlz zorgplicht: zij moeten de cliënt ondersteunen bij het maken van deze afwegingen. Zorgplicht begint met te voldoen aan de informatiebehoefte van de cliënt.

### Situatieschets

- Cliënten maken nu keuzes over hun zorgproces zonder alle relevante informatie te hebben over leveringsvorm en aanbod en de hieruit volgende consequenties.
- Cliënten wachten soms onnodig op een wachtlijst voor hun voorkeursaanbieder, omdat ze niet weten dat een soortgelijke aanbieder een kortere wachtlijst heeft.

Een oplossing voor deze problemen is een betere informatievoorziening voor cliënten. Informatie geven over de zorg die mogelijk is, valt binnen de zorgplicht door zorgkantoren. Alle partijen onderschrijven dat het beter uitvoeren van de zorgplicht door de zorgkantoren deze problemen kunnen verminderen. VWS geeft aan dat conform de Wlz de zorgkantoren de opdracht hebben om invulling te geven aan hun zorgplicht.

### *Zorgplicht*

Het zorgkantoor heeft een wettelijke taak voor de uitvoering van de zorgplicht. Zorgplicht behelst de *inkoop van zorg, bemiddeling naar zorg en de informatieverstrekking aan de cliënt over zorg*.

De meeste cliënten weten niet dat zij zelf bij het zorgkantoor kunnen aankloppen voor ondersteuning, bijvoorbeeld bij het kiezen van de juiste zorgaanbieder, de zorgplanbespreking, bij onenigheid met de zorgaanbieder over de geleverde zorg of bij bemiddeling en verkorting van de wachtduur.

### *Informatieverstrekking*

Een cliënt moet veel afwegingen maken binnen het zorgproces. Het hebben van de juiste informatie is voorwaardelijk voor het maken van keuzes. Om een afgewogen keuze te kunnen maken moet de cliënt inzicht hebben in:

- Consequenties: wat zijn mogelijke leveringsvormen en wat zijn de consequenties daarvan.
- Beschikbaarheid: wat is het beschikbare aanbod; daarbij gaat het niet alleen om “wie, wat, waar”, maar ook om kwaliteit.

In de Wlz is vastgelegd dat zorgkantoren de verantwoordelijkheid hebben de cliënt te ondersteunen bij het maken van deze afwegingen. De zorgplicht begint met te voldoen aan de informatiebehoefte van de cliënt.



### *Toekomstbeeld*

Het zorgkantoor wordt in toenemende mate de informatiebron voor de cliënt. Cliënten kunnen de zorg in de Wlz zelf regelen en het zorgkantoor ondersteunt als een cliënt het niet meer zelf kan of wil. We schatten in dat in de toekomst 80% van de cliënten zelf of met behulp van de omgeving keuzes kan maken over de zorg. De overige 20% wordt actief door het zorgkantoor begeleid naar een passende aanbieder. Zorgkantoren zijn van mening dat er een differentiatie van benadering van de cliënt moet blijven bestaan. Cliënten moet via de voor hun passende kanalen contact kunnen houden met de zorgkantoren.

### *Ontwikkelrichtingen*

In Fase 1 van de uitvoering van deze projectkaart wordt gedefinieerd welke informatie nodig is en hoe die informatievoorziening ingericht kan worden. Vervolgens wordt beschreven hoe de zorgplicht zich zal ontwikkelen. Hieronder zijn twee voorbeelden van ontwikkelrichtingen voor de zorgplicht opgenomen. In fase 1 en 2 wordt onderzoek gedaan naar deze en andere mogelijke ontwikkelrichtingen.

- Ontwikkelen van een informatieplatform waar alle gecontracteerde zorgaanbieders door de cliënt zelf kunnen worden vergeleken. Zo kan een cliënt een keuze maken voor een aanbieder. Zo'n platform kan men vergelijken met Funda of Amazon.
- Zorgkantoren willen graag de cliënt al vóór de indicatiestelling kennen om zodoende de cliënt bij te kunnen staan gedurende het gehele proces. De wijkverpleegkundige of het CIZ kan bijvoorbeeld aan de cliënt toestemming vragen voor het doorsturen van gegevens aan het zorgkantoor, zodat het zorgkantoor contact kan opnemen met de cliënt.

Meer afstemming is nodig en het zorgkantoor moet beschikken over de juiste informatie over o.a. kwaliteit en wachttijden. Dit leidt tot een nieuwe informatiestroom van zorgaanbieder naar zorgkantoor. Dit moet vorm krijgen zonder lastenverzwaring voor de zorgaanbieder. Waar mogelijk kan worden aangesloten bij registraties en bronnen van informatie: de zorgkaart, het zorgkompas, ViA, etc. Mogelijk kan deze informatiestroom ook gebruikt worden voor andere doeleinden en zo andere informatiestromen en registraties vervangen. Dit leidt tot lastenverzwaring in het gehele zorgveld, maar met name bij de zorgaanbieder.

### *Waarde voor de cliënt*

Door dit project wordt de cliënt beter in staat gesteld de eigen regie te nemen en keuzes te maken in het zorgproces. Het zorgkantoor bemiddelt als de voorkeursaanbieder van de cliënt geen plaats heeft. Onnodig bij een zorgaanbieder op een wachtlijst staan wordt zo teruggedrongen.

### **Aanpak**

De projectdoelen worden verwezenlijkt door het onderstaande plan van aanpak. Dit bestaat uit vier fasen. De laatste fase, realisaties, is buiten scope van deze projectkaart. Bij iedere fase zijn de activiteiten en is het te realiseren resultaat beschreven.



- Fase 1: Definitiefase
- Fase 2: Onderzoeksfase
- Fase 3: Inrichting informatiebehoefte
- Fase 4: Realisatiefase

Voor het slagen van het project is het van belang dat de posities van belanghebbenden zo snel mogelijk inzichtelijk worden gemaakt. Hierbij wordt nadrukkelijk gekeken naar cliënten en wordt onderscheid gemaakt tussen uitvoerende partijen (zorgkantoren en zorgaanbieders, stelselverantwoordelijke partijen en overige partijen (o.a. NZa, VECOZO, Zorginstituut).

Door het betrekken van een vertegenwoordiging namens de NPCF kan de cliënt een rol krijgen in de inrichting van de zorgplicht door de zorgkantoren. Ook krijgt de cliënt een stem in wat de cliënt zal terugzien in de uitvoering van deze rol.

### **Fase 1: Definitiefase (duur: 5 weken)**

Door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en Zorginstituut wordt zorgplicht verschillend geïnterpreteerd. De discussie hierover heeft nog niet tot een gedeeld beeld geleid, dat door alle betrokken wordt onderschreven. In fase 1 wordt gewenste situatie omschreven van hoe de uitvoering van zorgplicht door zorgkantoren in 2020 eruitziet: 'Hoe ervaart de cliënt deze zorgplicht' en 'Wat is de toegevoegde waarde voor de cliënten'. Het is van belang om de standpunten van alle betrokkenen duidelijk in kaart te brengen en de definitie en reikwijdte van de zorgplicht te inventariseren.

#### *Activiteiten in fase 1*

- Inventarisatie wet en regelgeving aangaande de zorgplicht  
o.a. op definitie en reikwijdte
- Onderzoeken standpunten betrokken partijen
- In gezamenlijkheid komen tot een gedeeld standpunt

#### *Resultaat van fase 1:*

Afgestemde definitie en reikwijdte van zorgplicht voor zorgkantoren

### **Fase 2: Onderzoek- en ontwerpfase (duur 8 weken)**

Het is een randvoorwaarde dat er een nieuwe informatiestroom op gang komt tussen zorgaanbieder en zorgkantoor voor de uitvoering van de zorgplicht door de zorgkantoren. Idealiter wordt er gebruik gemaakt van gegevens of registraties die reeds worden uitgevoerd. Daarom zal bij de uitvoering van deze projectkaart expliciet gekeken worden naar de mogelijkheid om gegevens te betrekken uit andere bronnen en zo de administratieve last voor de zorgaanbieder en cliënt te verlagen.

In fase 2 wordt onderzocht welke informatie cliënten nodig hebben voor hun keuzes en welke de zorgkantoren nodig hebben om aan de zorgplicht te voldoen. Hierin wordt een procesomschrijving opgesteld en worden de administratieve lasten in de huidige situatie vergeleken met de administratieve lasten in de toekomstige situatie.



Het meetbaar maken van de kwalitatieve verbetering die deze aanpassing met zich meebrengt, is complexer. Met partijen wordt een inschatting van deze verbetering gemaakt.

#### *Activiteiten in fase 2*

- Onderzoek naar de informatiebehoefte van de cliënt
- Onderzoek naar de informatiestromen van zorgaanbieders en andere partners om te voldoen aan de zorgplicht
- Onderzoek naar alternatieve bronnen en validatie voor informatie
- Omschrijven proces, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in relatie tot informatiebehoefte
- Onderzoek hoe kan je zorgdragen dat dit niet leidt tot lastenverzwaring bij zorgaanbieder en cliënt
- Onderzoek naar de privacyaspecten
- Nevenactiviteit: Onderzoek naar partijen die eveneens baat hebben bij deze verandering

#### *Resultaat in fase 2*

- Afgestemde procesafspraken
- Omschreven informatiebehoefte cliënten
- Omschreven inschatting van de administratieve lastenverlichting
- Omschrijving taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

### **Fase 3: Inrichting informatiebehoefte**

#### *Activiteiten in fase 3*

- Inrichting informatiebehoefte
- Onderzoek naar impact op standaard en implementatie mogelijkheden

#### *Resultaat in fase 3*

- Implementatieplan t.b.v. het informatiemodel

### **Scope:**

De uitvoering van de projectkaart beperkt zich tot de inventarisatie van eisen en wensen van de zorgplicht bij zorgkantoren en realisatie van de voorwaarden voor deze zorgplicht. De realisatiefase valt buiten de scope van deze projectkaart. Er zijn te veel variabelen die onderzocht dienen te worden in de definitiefase om op dit moment een onderbouwd activiteitplan op te stellen voor deze fase.

### **Randvoorwaarden**

Het resultaat van de uitvoering van deze projectkaart is mede afhankelijk van een aantal randvoorwaarden:

- De beschikbaarheid, participatie en medewerking van relevante vertegenwoordigers en inhoudelijke experts.



## Kosten en baten

Duidelijk is dat er een wettelijke plicht ligt voor de uitvoering van de zorgplicht. De kosten in relatie tot de baten moeten in fase 2 verder onderzocht worden.

### *Baten*

Cliënten krijgen door betere uitvoering van de zorgplicht makkelijker toegang tot informatie. Dit helpt hen om beter de regie te nemen op hun zorgproces en zorgadministratie. Het zorgkantoor kan zorgaanbieders beter vergelijken om de kwaliteit en doelmatigheid op macroniveau te verhogen, bijvoorbeeld door selectieve inkoop.

Het project levert een bijdrage aan:

1. Het uitwisselen van (kwaliteits)informatie van aanbieders.
2. Het ondersteunen van de cliënt bij het beoordelen en selecteren van de beschikbare zorg en ondersteuning.
3. Het ondersteunen van de cliënt bij het organiseren van de zorg en ondersteuning.

## Risico's

- Als zorgkantoren onvoldoende urgentiebesef hebben of noodzaak voelen, zetten zij zich mogelijk minimaal in voor de uitvoering van dit project en de uitvoering van de zorgplicht in het algemeen.
- Het niet bereiken van overeenstemming tussen partijen over de reikwijdte en insteek van de zorgplicht is een risico voor het project.
- Als zorgkantoren gegevens gaan opvragen bij de cliënt leidt dit mogelijk tot onduidelijkheid bij de cliënt, die de indruk kan krijgen dat er nog een loket is bijgekomen om informatie aan te geven.
- Een risico is dat het resultaat van het project leidt tot een verzwaring van de administratieve lasten bij cliënt en zorgaanbieder.
- Een effect van het project kan zijn dat meer domeinen dezelfde gegevens opvragen bij de cliënt, wat kan leiden tot lastenverzwaring bij de cliënt.
- De privacywetgeving heeft mogelijk impact op de (deel)uitvoering van dit project.

## Betrokken partijen

Partijen die nu al betrokken zijn bij het uitvoeren van de zorgplicht worden bij dit project betrokken. De volgende partijen worden betrokken, maar de mate van betrokkenheid kan verschillen. Het is nadrukkelijk de wens om cliënten of hun afvaardiging te betrekken om hun wensen in kaart te brengen.

- Zorgkantoren / ZN
- Branches (vertegenwoordigers) Zorgaanbieders
- NPCF
- CIZ
- Zorginstituut





## Samenhang

Dit project komt voort uit de verplichting vanuit de wetgeving en is zodoende noodzakelijk om uit te voeren.

In fase 1 worden nadrukkelijk ook flankerende ontwikkelingen en beleid in de Wlz meegenomen. Door Zorgverzekeraars Nederland, NZa en het Zorginstituut wordt momenteel al gezamenlijk gekeken naar de visie op zorgplicht. Met de invulling van de informatiebehoefte willen we aansluiten op de ontwikkeling van deze visievorming.

Een flexibele inrichting en een gefaseerde realisatie maakt het mogelijk om gebruik te maken van ontwikkeling in de onderstaande projecten.

Nr	Projectkaart	Impact uitleg
A	Ontsluiten indicatiegegevens Wlz	Eenvoudiger gebruik van indicatiegegevens maakt het mogelijk de zorgbemiddeling en cliëntondersteuning efficiënter in te richten.
B	Definitie en implementatie van Verantwoording Informatie Aanbieders (VIA).	Er bestaat overlap tussen de informatiestromen binnen de projectkaart B en deze projectkaart. Door het eenvoudig beschikbaar stellen van de verantwoordingsinformatie zijn zorgkantoren in staat de informatievoorziening voor de cliënt beter vorm te geven.
E	Domeinovergangen; Definitie en implementatie van overgang PGB.	Bij domeinovergangen is er de informatiebehoefte bij cliënten over de mogelijke leveringsvormen binnen de Wlz en de bijbehorende consequenties aan cliënten van zeer groot belang.
I	Inrichten domein overstijgende Governance.	De brede Governance zorg en ondersteuning (Wlz, Zvw, Wmo en JW) geldt overkoepelend voor alle activiteiten benoemd onder het actieprogramma. Daarmee raakt hij alle individuele projectkaarten.
J	Wachlijsten	Ten behoeve van de zorgbemiddeling is een accuraat inzicht in wachlijsten van belang.

Idealiter wordt in gelijk tempo opgetrokken of op zijn minst in tempo op elkaar afgestemd met de projecten *LRZA in de Wlz keten*, *Verantwoordingsinformatie aanbieders* en *Wachlijsten*. O De zorgplicht maakt het noodzakelijk om informatie te verstrekken over beschikbaar aanbod, verantwoordingsinformatie en wachtlijstinformatie. Als deze projecten te los van elkaar worden ontwikkeld, kan dit leiden tot ongewenste divergerende ontwikkelingen en een verhoging van de lasten voor de partijen.

De zorgplicht zoals die geldt in de Zvw lijkt niet samen te hangen met de zorgplicht van zorgkantoren in het kader van de Wlz.

## Projectkaart E: Domeinovergang cliënt

---



Voor cliënten staat de eigen zorg centraal. Onder welke wet de financiering en verantwoording van die zorg vallen, is voor cliënten minder relevant. De cliënt wil inzicht in de eigen zorgsituatie, weten wat de eigen bijdrage is, wat de gevolgen zijn voor keuzes over bijvoorbeeld de overgang naar een andere wetgeving. Een cliënt wil er geen last van hebben als hij of zij van de ene naar de andere wet overgaat. Ketenpartijen moeten er samen voor zorgen dat de cliënt de juiste informatie krijgt en dat hij of zij niet onnodig extra gegevens moet aanleveren.

### 1. Situatieschets

Door de decentralisatie van de AWBZ zijn verschillende taken en verantwoordelijkheden overgeheveld naar andere wettelijke domeinen. De AWBZ was één domein voor de zorg en ondersteuning in de langdurige zorg. Nu hebben cliënten te maken met de Wmo, Wlz en de Zvw. Voor cliënten die jonger zijn dan 18 jaar geldt dat ook de Jeugdwet een domein is van waaruit zorg en ondersteuning wordt geboden.

Hoe raken deze decentralisaties de informatievoorziening rondom de cliënt? Er zijn verschillende knelpunten. De huidige inrichting van de informatievoorziening rondom domeinovergangen leidt ertoe dat:

1. De cliënt niet of onvoldoende wordt ondersteund bij het maken van een bewuste keuze voor een zorgaanbieder, passend bij zijn of haar zorgbehoefte en bijbehorende financieringsregime.
2. De cliënt onvoldoende zicht heeft op consequenties van keuzes bijvoorbeeld in relatie tot de financiering (en eigen bijdrage).
3. De cliënt aan meerdere partijen (gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor) vergelijkbare informatie levert, wat leidt tot dubbele registraties en toename van administratieve belasting.
4. Sommige cliënten te maken hebben met een samenloop van domeinen, wat leidt tot dubbele bekostiging. Er wordt bijvoorbeeld ondersteuning vanuit de Wmo geleverd, terwijl de cliënt ook een indicatie voor ondersteuning vanuit de Wlz verzilvert.

Er zijn verschillende oplossingen voor deze knelpunten. Gekozen oplossingen moeten van waarde zijn voor de cliënt. Oplossingen die:

1. de algehele (digitale) voorlichting over de mogelijkheden, beperkingen en voorwaarden rond de zorg en ondersteuning en nadere verheldering voor de persoonlijke situatie verbeteren;
2. het beheren en uitwisselen van eigen gegevens eenvoudiger maken.
3. de ondersteuning voor de cliënt bij het beoordelen en selecteren van de beschikbare zorg en ondersteuning vergroten;
4. en de cliënt ondersteunen bij het organiseren van de zorg en ondersteuning.



## 1. Plan van aanpak

Bovenstaande knelpunten hebben betrekking op de informatievoorziening rondom de domeinovergang van cliënten. Er is onvoldoende zicht op de specifieke knelpunten in de informatievoorziening en de prioritering hiervan met betrekking tot de vernieuwing en verbetering van de informatievoorziening in de langdurige zorg.

Om concreet aan de slag te gaan stellen we de volgende aanpak voor:

1. Stap 1: definiëren en verkennen van domeinovergangen
2. Stap 2: vaststellen samenhang en knelpunten
3. Stap 3: beschrijven oplossingen

### Stap 1: definiëren en verkennen domeinovergangen

In deze eerste stap verkennen we de verschillende domeinovergangen. Daarbij besteden we aandacht aan de knelpunten in de overgangen tussen de verschillende wettelijke domeinen: Wmo, Zvw, Wlz en de Jw. Ook maken we onderscheid tussen de verschillende verzilveringsvormen: pgb en Zorg in Natura. Verder hebben we in het bijzonder aandacht voor de domeinovergang 18 min - 18 plus aangezien wij in de praktijk merken dat die domeinovergang relatief gezien vaak tot problemen leidt.

We gaan de domeinovergangen beschrijven aan de hand van een aantal 'customer journeys' (klantreizen). Op deze manier zetten we de cliënt centraal en kijken we vanuit zijn perspectief naar de informatiebehoefte die nodig is en welke informatie van hem of haar wordt gevraagd gedurende deze reis.

Hiervoor voeren we de volgende activiteiten uit:

1. Vaststellen van partijen die we willen betrekken bij het opstellen van de customer journeys. Daarbij willen we in ieder geval nadrukkelijk cliëntorganisaties en zorgaanbieders betrekken.
2. Beschrijven van de informatievoorziening bij iedere denkbare domeinovergang vanuit het perspectief van de cliënt. Welke informatie heeft de cliënt nodig en welke informatie moet de cliënt op enig moment zelf aanleveren. Hoe is het nu? Hoe zou het kunnen?
3. Beschrijven van de verschillen en overeenkomsten tussen de verschillende domeinovergangen.
4. Inventariseren van de belangrijkste knelpunten waar cliënten mee te maken hebben (evenals aspecten die goed verlopen en moeten worden behouden en/of uitgebreid).
5. Toetsen van de ervaren knelpunten bij de andere partijen in de informatieketen, bijvoorbeeld in ieder geval de zorgkantoren, zorgverzekeraars, gemeenten, CAK en de SVB.
6. Uitwerken van de domeinovergangen in een aantal simpele en begrijpelijke stroomschema's. Daarbij stellen we ons voor om in ieder geval te beschrijven hoe het nu is (IST situatie) en hoe de situatie eruit zou moeten zien (SOLL situatie).

Het resultaat van deze eerste stap is een totaalbeeld van de verschillende domeinovergangen en bijbehorende knelpunten en een doorkijk naar de wenselijke situatie. Het totaalbeeld en de doorkijk benaderen we beiden vanuit het perspectief van de cliënt.



### Stap 2: vaststellen samenhang en knelpunten

De verschillende domeinovergangen en bijbehorende knelpunten hangen op onderdelen samen met andere projectkaarten. Het gebrek aan uniforme criteria en begrippen rondom de indicatie, toewijzing en beschikkingen tussen de domeinen leidt tot knelpunten met betrekking tot het snel en eenvoudig uitwisselen van informatie tussen domeinen. Dit leidt weer tot extra administratieve lasten, doordat gegevens bij een domeinovergang herhaaldelijk en dus dubbel worden vastgelegd. Van 'eenduidig registreren, meervoudig gebruik' is dan ook nog geen sprake. De problematiek rondom het dubbel registreren zien we ook bij het PGB waar vaak meerdere domeinen en standaarden samenkomen.

In deze stap kijken we nadrukkelijk naar de oplossingen van de andere projectkaarten. Bijvoorbeeld de ontwikkeling van ViA om informatie-uitwisseling met cliënten over de eigen situatie mogelijk te maken en het referentiemodel standaarden en harmonisatie om gegevensuitwisseling tussen domeinen te vergemakkelijken. Informatie hoeft zo niet op meerdere plekken te worden uitgevraagd.

We voeren de volgende activiteiten uit:

- 1) Beschrijven samenhang met andere projectkaarten
- 2) Afstemmen binnen het Zorginstituut onder welke projectkaart de geconstateerde knelpunten en voorgestelde oplossingen nader worden uitgewerkt.
- 3) Beleggen van de uitwerking bij voorgestelde projectkaart.

Het resultaat van deze tweede stap is een overzicht van de samenhang van bestaande knelpunten en voorgestelde oplossingsmogelijkheden die deels of volledig opgelost kunnen worden door andere projectkaarten.

### Stap 3: beschrijven en uitwerken oplossingen

Op basis van de uitkomsten van stap 1 en stap 2 stellen we een overzicht op van voorgestelde oplossingen. Daarbij bekijken we ook of en zo ja hoe onderstaande drie oplossingsvarianten verder uitgewerkt kunnen worden.

- 1) De ontwikkeling van het ontwerp voor een digitaal loket, waar cliënten op een centrale plaats alle informatie vinden. Hiermee kunnen cliënten goede keuzes maken over de mogelijkheden binnen de zorg, de financiering en administratieve verantwoordelijkheden. Reeds bestaande websites kunnen ook worden doorontwikkeld, bijvoorbeeld Kiesbeter.nl en Zorgkaart Nederland. Daar komt informatie over de effecten van een domeinovergang: effect op financiering, de eigen administratieve verantwoordelijkheden en de zorgomvang.
- 2) De ontwikkeling van een uniforme basis-set aan gegevens die op cliëntniveau beschikbaar komt en die kan worden uitgewisseld bij domeinovergangen.
- 3) De ontwikkeling van het ontwerp voor een cliëntportaal waarmee de cliënt gegevens kan delen met bijvoorbeeld een gemeente of zorgkantoor. De cliënt krijgt daarmee de mogelijkheid om anderen tijdelijk toestemming te verlenen om zijn of haar gegevens in te zien. Onderdeel van deze gegevens zijn de uitkomsten van een al eerder gevoerd bewuste keuze gesprek. Voor het PGB bestaat reeds een vergelijkbaar project (belegd bij het ketenregiebureau) waarvan de eerste stap wordt getrokken door Per Saldo.

Om bovenstaande oplossingen verder uit te werken zijn de eerste twee stappen in onze ogen cruciaal. Deze stappen dragen bij aan het verscherpen van de verschillende knelpunten en geven inzicht in de informatievoorziening rondom domeinovergangen, zowel hoe het nu is en hoe het zou kunnen.



Bij het uitwerken van de oplossingen worden de volgende activiteiten uitgevoerd:

- 1) Concrete beschrijving van de oplossing, inclusief bijdrage die dit levert aan de verbetering en vernieuwing van de informatievoorziening in de langdurige zorg.
- 2) Beschrijven van de inbedding van de oplossing in de informatieprocessen, waarbij nadrukkelijk de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van betrokken partijen worden vastgelegd.
- 3) Vertaling van bovenstaande twee punten naar een ontwerp of programma van eisen voor de ontwikkeling van de voorgestelde oplossing.
- 4) Inventarisatie van de consequenties met betrekking tot privacywetgeving.

Het resultaat van deze stap is een ontwerp of programma van eisen voor de verschillende voorgestelde oplossingen. De daadwerkelijke ontwikkeling van deze oplossingen valt buiten de scope van deze projectkaart.

## 2. Implementatiestrategie

Voor wat betreft de verdere uitwerking van bovenstaande oplossingsmogelijkheden denken we aan een implementatiestrategie die zich kenmerkt als groeimodel. We kiezen hiervoor, omdat het belangrijk is om draagvlak te creëren onder de te betrekken partijen, zodat mogelijke weerstand vroegtijdig wordt gesignaleerd. We kiezen voor een groeimodel, zodat we stapsgewijs toe werken naar het eindresultaat waarbij rekening wordt gehouden met wensen en voorkeuren van betrokken ketenpartijen.

Belangrijke aspecten van deze aanpak zijn het gezamenlijk concreet maken en delen van de verwachte resultaten, het uitspreken van verwachtingen en het bereiken van eenstemmigheid tussen de betrokken partijen.

### 1. Te betrekken partijen

Primair cliënten zelf. Hiervoor is afstemming met belangenorganisaties zoals de NPCF en Per Saldo noodzakelijk. Daarnaast is het wenselijk om ook gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars te betrekken. Dit kan via de brancheorganisaties (ZN en VNG). Hetzelfde geldt ook voor de zorgaanbieders (ActiZ en BTN).

Verder denken we eraan om ook andere partijen uit de informatieketen op gezette momenten bij de uitvoering van deze projectkaart te betrekken, onder andere het CAK en de SVB.

### 2. Planning

Voor de uitvoering van de verschillende stappen gaan we uit van onderstaande doorlooptijd:

Stap 1: definiëren en verkennen van domeinovergangen	12 weken
Stap 2: vaststellen samenhang en knelpunten	3 weken
Stap 3: beschrijven oplossingen	8 weken



### **3. Kosten en baten**

De daadwerkelijke kosten en baten zullen tijdens de uitvoering van de projectkaart meer vorm krijgen. Op dit moment kunnen we hier globaal een inschatting van geven.

#### *Baten*

De oplossingen leveren een bijdrage aan:

1. de algehele (digitale) voorlichting over de mogelijkheden, beperkingen en voorwaarden rond de zorg en ondersteuning en nadere verheldering voor de persoonlijke situatie verbeteren;
2. het beheren en uitwisselen van eigen gegevens eenvoudiger maken.
3. de ondersteuning voor de cliënt bij het beoordelen en selecteren van de beschikbare zorg en ondersteuning vergroten;
4. en de cliënt ondersteunen bij het organiseren van de zorg en ondersteuning.

#### *Kosten*

De kosten van de voorgestelde oplossingen moeten gedurende het proces nader gespecificeerd worden. De ontwikkeling van nieuwe applicaties, platforms en dergelijke kunnen ertoe leiden dat bepaalde partijen een uitbreiding van verantwoordelijkheden en activiteiten krijgen.

### **4. Risico's**

- 1) Urgentiebesef en noodzaak wordt niet gevoeld bij de te betrekken partijen wat resulteert in een gebrek aan draagvlak voor de uitvoering van deze projectkaart.
- 2) Gesignaleerde knelpunten en voorgestelde oplossingen kunnen mogelijk conflicteren met andere projectkaarten. Andere projectkaarten zijn mogelijk al verder met de concrete uitwerking van oplossingen, waardoor het risico ontstaat dat op basis van de inzichten uit deze projectkaart, domeinovergang cliënt, men weer een aantal stappen terug moet (voortschrijdend inzicht).
- 3) De brede benadering om te kijken naar alle domeinovergangen kan tot gevolg hebben dat er een lappendeken aan knelpunten en voorgestelde oplossingen ontstaat waardoor het lastig is om focus aan te brengen en het alle kanten op vliegt.
- 4) Wetgeving omtrent privacy is mogelijk van invloed op de daadwerkelijk uitvoering van de in stap 3 voorgestelde oplossingen.

### **5. Samenhang**

Deze projectkaart is in veel gevallen voorliggend aan de concrete uitwerking van andere projectkaarten. We signaleren dat er onvoldoende zicht is op de specifieke knelpunten binnen de informatievoorziening en de prioritering hiervan met betrekking tot de vernieuwing en verbetering van de informatievoorziening in de langdurige zorg.

Om gericht concrete oplossingen in deze en andere projectkaarten uit te werken achten wij het wenselijk om in ieder geval stap 1 en stap 2 van deze projectkaart af te ronden, alvorens te starten met deze uitwerking. Deze projectkaarten kunnen uiteraard al wel parallel worden opgestart.

Het gaat daarbij in het bijzonder om de projectkaarten A en B als het gaat om welke informatie benodigd is binnen het indicatieregister van de Wlz (A) en de wijze waarop dit technisch uitgewisseld kan worden middels ViA (B). Deze projectkaarten bieden mogelijk oplossingen voor de uitdagingen en knelpunten die op dit moment spelen met betrekking tot domeinovergangen. Voorwaardelijk aan een technische oplossing is dat er een referentiemodel is voor het gebruik van standaarden (projectkaart F).

## Projectkaart F: Referentiemodel standaarden harmonisatie

---



Binnen de verschillende domeinen Wlz, Wmo, Jeugdwet en Zvw wordt veel gewerkt met standaarden voor de administratie, classificatie en inhoud van zorg. Deze veelzijdigheid maakt onderlinge afstemming tussen domeinen lastig. Als een cliënt tussen wetgevingsdomeinen en organisaties beweegt, wordt de informatie over deze cliënt in verschillende standaarden uitgewisseld. Om overzicht te geven in de zorg voor een cliënt, moeten bestaande standaarden kunnen worden vertaald. De projectkaart stelt voor om aan een gezamenlijke thesaurus te werken: een begrippenlijst met definities van alle organisaties en domeinen. Daarmee kunnen standaarden verbonden worden.

### 1. SITUATIESCHETS

In het Nederlandse zorgstelsel gebeurt veel op het gebied van standaardisatie. Er zijn standaarden voor administratie, classificatie en inhoud van zorg. Deze veelzijdigheid maakt onderlinge afstemming lastig. Als een cliënt tussen wetgevingsdomeinen en organisaties beweegt, wordt de informatie over deze cliënt in allerlei talen en dialecten uitgewisseld.

Om het totaalplaatje van informatie rondom een cliënt te kunnen lezen, moeten standaarden met elkaar worden verbonden. Om dit te realiseren zijn er twee oplossingsrichtingen: één standaard, of een vertaalmachine. De Stuurgroep iWlz vindt het idee van één standaard voor administratie, classificatie en zorginhoud moeilijk uitvoerbaar en verkiest daarom de vertaalmachine. Dat betekent dat er niet één overall standaard komt, maar dat huidige standaarden worden verbonden. Op die manier maken we dankbaar hergebruik van de standaarden die bestaan en verbeteren we de uitwisselbaarheid van cliënt- en zorginformatie.

In de eerste twee fasen worden de huidige standaarden met elkaar vergeleken en vertaald. In fase 3 wordt de informatie ook begrijpelijker voor de cliënt door de 'wat-vraag' over zorginformatie, zoals behandelingen en indicaties, te beantwoorden. Het gevolg is dat er meer regie voor de cliënt ontstaat in het zorgproces en behandelmethod(e)n.

#### *Toekomstbeeld*

Door de standaarden te vergelijken en harmoniseren ontstaat er meer integraliteit van domeinen en organisaties. In lijn met het toekomstbeeld zijn domeinen en systemen niet langer leidend maar is de belevingswereld van de cliënt aan zet. Diverse talen en dialecten worden met elkaar verbonden, waardoor er meer duidelijkheid en transparantie ontstaat.

#### *Waarde voor de cliënt*

De zorgbehoevende cliënt moet geen last hebben van grenzen van domeinen, stelsels en organisaties. Achter de schermen moeten domein- en organisatie-specifieke standaarden elkaar snel kunnen begrijpen om cliëntinformatie uit te wisselen. Zorgbehoefte staat voor de cliënt centraal. Hoe dat aan de achterkant met verschillende werelden en talen in elkaar steekt, maakt niet uit. Nauwkeurige informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders draagt bij aan de kwaliteit en doorlooptijd van het zorgproces. Uiteindelijk wordt de informatiepositie van de cliënt sterker, omdat



de verbinding van standaarden eenduidiger terminologie veroorzaakt. De informatie wordt begrijpelijker en transparanter voor de cliënt. De cliënt krijgt inzicht in en overzicht van de eigen zorgsituatie. Ook de kwaliteit van de zorg wordt transparant. De samenwerking tussen domeinen en organisaties wordt vereenvoudigd door het inzicht in elkaars taal.





## 2. AANPAK

Er zijn twee fasen. Het doel van de eerste fase (stap 1 en 2) is dat organisaties elkaar beter gaan begrijpen. In de tweede fase (stap 3) gaat de cliënt ook begrijpen welke informatie er over hem/haar wordt uitgewisseld. In stap 4 wordt onderzoek gedaan naar zorginformatiebouwstenen.

<b>Fase 1</b>	
Stap 1	Harmoniseren van terminologie
Stap 2	Vertalen van standaarden
<b>Fase 2</b>	
Stap 3	Zorginhoudelijke terminologie
Stap 4	Analyseren of er behoefte is aan zorginformatiebouwstenen

### *Stakeholders*

In het onderzoek naar harmonisatie van standaarden zijn Vektis, Zorginstituut Nederland, Stimulansz (Thesaurus Zorg & Welzijn), Nictiz, eigenaren van overige standaarden care en cure en architecten betrokken.

### **FASE 1**

#### **Stap 1 Harmoniseren van terminologie**

De harmonisatie van standaarden heeft als eerste belangrijke stap om de terminologie op elkaar af te stemmen. Door middel van een Thesaurus wordt de taal van de zorg en ondersteuning in beeld gebracht. Een Thesaurus is een gecontroleerde trefwoordenlijst met termen en definities uit een bepaald onderwerpsterrein. Tussen termen die iets met elkaar te maken hebben, liggen relaties. Voorbeelden hiervan zijn de synoniemrelatie en de hiërarchische relatie: de relatie tussen algemenere en specifiekere begrippen. De Thesaurus Zorg en Welzijn bevat meer dan 35.000 termen in zowel vaktaal als de taal van de burger. De begrippenlijsten maken het mogelijk om een samenhangend netwerk te raadplegen van woorden die iets met elkaar te maken hebben ([www.thesauruszorgenwelzijn.nl](http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl)).

#### **Stap 1**

##### *Activiteiten*

1. Inventarisatie terminologie zorg en welzijn
2. Terminologie diverse standaarden vergelijken

##### *Resultaat*

Eenduidige weergave van terminologie in zorg en ondersteuning, inzichtelijk voor professionals en cliënten. Als opstap naar zorgalmanak, waarin het woordenboek van de gehele zorg integraal wordt benaderd.

#### **Stap 2 Vertalen van standaarden**

Het doel van deze stap is om bestaande standaarden met elkaar te verbinden. In deze stap worden drie onderdelen onderscheiden.

##### *(2a) Huidige standaarden in beeld*

Door middel van een uitgebreid deskresearch en aanvullende interviews met informatieanalisten van diverse organisaties worden bestaande standaarden in de care en cure in beeld gebracht. Dit

resulteert in visuele weergaven (mappings) met datamodellen van de standaarden. Bekende standaarden zijn SNOMED CT, EDIFACT, XDS, Omaha System, ICD-10, LOINC, AORTA, HL7 CDA R2, NEN 8028 Telemedicine en Zorgstandaarden ([www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl)). Administratieve standaarden in de care zijn de iWlz, iWmo en iJw, respectievelijk voor de domeinen Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdwet (Jw). Partijen die deze standaarden ontwikkelen en beheren zijn onder andere het CAK, Vektis en Zorginstituut Nederland.

#### *(2b): Verbinden*

Op basis van de mappings en datamodellen uit (2a), worden unieke gegevens-elementen met elkaar verbonden. Standaarden gebruiken in veel gevallen dezelfde oorspronkelijke data, maar deze staat op een andere positie of wordt aangeduid met een andere benaming. Ter illustratie het gegevens-element dag-maand-jaar. De ene standaard omschrijft deze technische notatie voor 'geboortedatum' terwijl de andere standaard het omschrijft als 'verjaardagsdatum'. Met de gemeenschappelijke componenten als uitgangspunt is vertaling tussen de diverse standaarden mogelijk.

#### *(2c) Toepassingsmogelijkheden*

In dit onderdeel wordt geïnventariseerd welke toepassingsmogelijkheden, mogelijk zijn. De voorbereidingen uit (2a) en (2b) zijn de input hiervoor. Een mogelijke toepassing is een vertaalmachine; een applicatie die verschillende standaarden naar elkaar kan vertalen. De dimensies waar deze toepassing rekening mee moet houden, zijn:

1. Mappen naar de juiste benaming in de standaard (Thesaurus)
  2. Mappen van de data naar de juiste positie in de standaard
  3. Mappen naar de juiste structuur van de data in de standaard (notatie)
- Voorwaarde is dat de mapping zowel handmatig als geautomatiseerd mogelijk moet zijn

#### **Stap 2**

##### *Activiteiten*

1. Inventarisatie huidige administratieve/zorginhoudelijke/classificatie standaarden
2. Mapping van unieke technische notaties van standaarden
3. Onderdelen (2a) en (2b) combineren in onderzoek naar toepassingsmogelijkheden

##### *Resultaat*

Uitgebreid overzicht van huidige standaarden (zowel functioneel als technische) en een antwoord op de vraag hoe beheer en onderhoud van de mappings kan worden toegepast.

## **FASE 2**

### **Stap 3 Zorginhoudelijke terminologie**

In het verlengde van harmonisatie van standaarden in care en cure, kan de stap worden gezet naar het eenduidig benoemen van zorgproducten. Door deze benaming te ontwikkelen, kunnen zorg(producten) en aanbieders worden verbonden via het Landelijk Register Zorgaanbieders (Lrza). In het Landelijk Register Zorgaanbieders (Lrza) staan gegevens over zorgaanbieders en hun behandelmethoden, inclusief een classificatie die is afgegeven door de Inspectie voor de



Gezondheidszorg (IGZ).

De 'wat-vraag', over welke aandoening een cliënt heeft, wordt vooralsnog nergens beantwoord. Aangezien de aandoening/zorgvraag verandert gedurende het zorgproces is het belangrijk om aandoeningen van cliënten te kunnen benoemen. Dit kan door de informatie zoals prestatiecodes van de Nza, type zorg en indicaties te benoemen. Er ontstaat een bibliotheek van 'wat' een cliënt heeft. De cliënt krijgt meer regie en keuzevrijheid in het eigen zorgproces, omdat informatie beschikbaar komt, het zorgproduct kan worden gevolgd (*tracking & tracing*) en kwaliteit meetbaar wordt. Cliënten kunnen zelf keuzes maken over de instellingen/zorgaanbieder waar hun specifieke aandoening goed kan worden behandeld.

Fase 2

*Activiteiten*

1. Ontwikkeling van eenduidige benoeming zorgproducten

*Resultaat*

- Zorgproducten met naam/code

- Mapping van ontwikkelde zorgproducten aan Lrza

#### **Stap 4 Analyseren of er behoefte is aan zorginformatiebouwstenen**

Aan de hand van de drie voorgaande fasen, zal tijdens deze fase de behoefte aan zorginformatiebouwstenen worden ingeschat. Onderdeel van stap 4 is de analyse van de stappen 1 tot en met 3. Dit resulteert in een aanbeveling voor vervolg(onderzoek) naar zorginformatiebouwstenen.

#### **Randvoorwaarden**

Het resultaat van de uitvoering van deze projectkaart is mede afhankelijk van de participatie en medewerking van relevante vertegenwoordigers en inhoudelijke experts. Het uitgangspunt van de harmonisatie is het overkoepelend belang van samenwerking tussen standaarden in de zorg.

#### **Risico's**

Een belangrijk risico is dat, in het verlengde van de randvoorwaarde, een of enkele partij(en) niet bereid zijn om volledige medewerking te verlenen aan de harmonisatie vanwege afwijkende doelstelling(en).

#### **Impact**

In eerste instantie wordt gekeken naar huidige administratieve standaarden/gegevens in de cure en care. De impact van deze scope voor de betrokken organisaties is minimaal, omdat de huidige situatie in tact blijft. Er ontstaan meer mogelijkheden met wat al binnen handbereik is. De scope kan eventueel worden verbreed met een onderzoek naar de werking van de methodiek in andere bedrijfsprocessen. De tijdsinvestering zit voornamelijk in de analyse en verwerking van de huidige situatie.



### **Samenhang**

Deze projectkaart houdt verband met projectkaarten ViA en LRZA, vanwege het belang van eenduidigheid in terminologie. De gemeenschappelijke deler met ViA is de domein-overstijging. Daar waar domeinen elkaar overstijgen, wordt de harmonisatie van standaarden relevant. In beide projecten kan worden teruggegaan naar de basis. Wat is er eigenlijk al in huis? Hoe kunnen we hergebruik maken van het operationele proces?

De eenduidigheid in begrippen raakt aan de projectkaart van de LRZA. Door in deze projectkaart vorm te geven aan de 'wat-vraag' over de benaming van zorgproducten, stijgt de waarde van het LRZA.

## Projectkaart G: Ontsluiten van gegevens aan de bron

---



Door gegevens te ontsluiten bij de bron kunnen alle partijen werken met het meest complete en actuele beeld van een cliënt. Om dit te bereiken moeten de gegevens in kaart gebracht worden die in de keten nodig zijn en moeten de bronnen van die ketens bepaald worden. De gegevens worden vervolgens ontsloten via knooppunten. Hierdoor hoeven de deelnemers met maar één punt contact te maken en niet met diverse onderdelen. Onderzocht moet worden of het knooppunt meer of minder zelf moet kunnen, van doorgeefluik van gegevens tot zelf kunnen samenstellen van informatiebeelden uit verschillende bronnen.

### Situatieschets

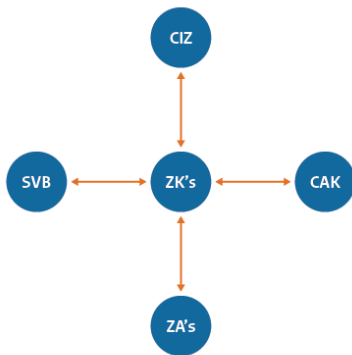
Het Toekomstbeeld 2020 en de Richtinggevende architectuurkaders (RAK) spreken over de invoer van bronregistraties/registers en gebruik van een knooppunt voor het sneller, actuelere en eenvoudiger delen van informatie binnen de Wlz. Het principe draait om eenmalige registratie en veelvoudige administratie. In deze situatie is er rondom deze brongegevens steeds maar één waarheid, te weten die in de bron. De andere gebruikers kunnen hier gegevens uit afleiden, maar hoeven geen eigen registratie van hetzelfde gegeven onderhouden. Dit scheelt tijd, moeite en onduidelijkheden.

Dit betekent twee dingen:

- De bron wordt onderhouden door de partij die de autoriteit is op een specifiek gegeven. Een voorbeeld: de Basisregistratie personen (BRP) die wordt onderhouden door de gemeenten.
- De ketenpartners gebruiken de bron om informatie op te halen (pull) in plaats van ontvangen (push)  
Of te wel: de gegevens worden niet aangeleverd van de ene aan de andere organisatie, zoals in het huidige estafettemodel van de AZR, maar opgehaald door de ketenpartner op het moment dat deze dit gegeven nodig heeft.

Deze projectkaart stelt voor dat een *stelsel* van bronnen wordt opgezet voor de Wlz en dat de bronnen op een manier gaan samenwerken. Daarnaast wordt kort ingegaan op hoe het stelsel tot stand kan komen. De projectkaart geeft een voorzet voor de eerste fase van het project dat hier inhoudelijk invulling aan geeft en de vragen die daarbij gesteld moeten worden.

## Toekomstbeeld



### *Huidig estafettemodel*

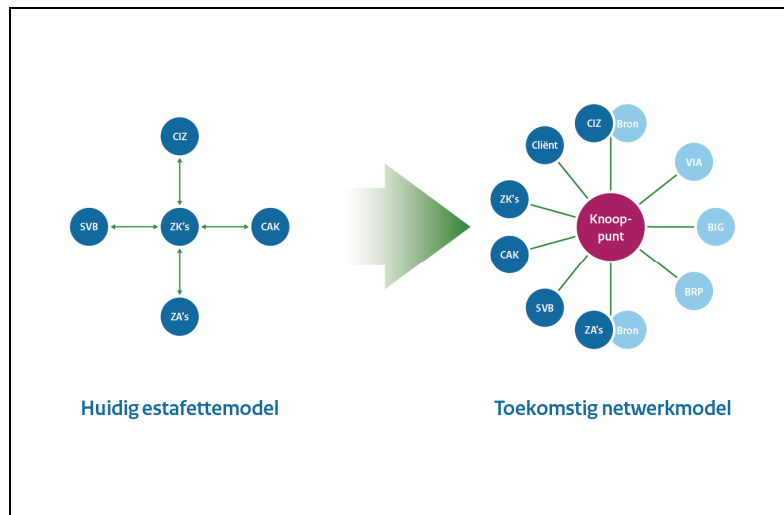
Gegevens worden via berichten aan de volgende speler(s) in de keten gestuurd. Informatie over de cliënt is de som van al deze berichten en dus voor elke deelnemer anders.



### *Toekomstig netwerkmodel*

Gegevens worden opgehaald in het knooppunt dat de informatie uit de verschillende bronnen haalt en samenvoegt. Alle deelnemers beschikken over dezelfde informatie.

Technisch gezien betekent dit dat alle partijen zowel informatie ophalen in het knooppunt als aanleveren. Dit knooppunt geeft ook de mogelijkheid om andere bronnen en toegang toe te voegen, die niet onder een directe verantwoordelijkheid van een van de ketenpartners vallen. Denk hierbij ook aan domein-overstijgende bronnen of ketenpartijen.



De voorgestelde aanpak leidt tot een aantal keuzes of vervolgvragen:

- Welke data wordt gedeeld en uit welke bronnen komt deze?
- Hoe ziet zo'n bron er uit?
- Hoe "dom" of "slim" wordt het knooppunt ingericht.



## Data en bronnen

Door in kaart te brengen welke gegevens door welke partijen worden geleverd en afgenomen, worden bronnen geïdentificeerd die gevormd kunnen worden in het stelsel. Daarbij is ook aandacht nodig voor het nut en de noodzaak van het delen van gegevens én welke partijen bij welke gegevens mogen.

Een goede set aan omgangsregels en goede aansturing zijn nodig om een dergelijk stelsel goed te laten functioneren. De *governance* zal dan ook integraal onderdeel moeten zijn van de opzet van het stelsel.

Hieronder zijn de 12 eisen aan de (overheids)basisregistraties opgenomen als een voorbeeld van afspraken die nodig zijn in de omgang met een dergelijk stelsel. Sowieso is het verstandig om goed te kijken naar bestaande voorbeelden (bv de SUWI-keten) in de voorbereiding en ontwerp van de Wlz keten.

## Vormgeving bronnen

Een vervolgvraag is op welke manier de bronnen worden vormgegeven. Dit kan per bron verschillen. Zo heeft het CIZ de mogelijkheid om een indicatieregister in te richten, dat waarschijnlijk een centrale bron zal vormen.

Mocht een bron nodig zijn vanuit de zorgaanbieders, dan ligt een decentrale bron meer voor de hand. Een decentrale bron vraagt wel om meer afspraken over beheer en gebruik en waarschijnlijk een in te richten beheerorganisatie.

Dit vormgeven vraagt om meer onderzoek naar de voor- en nadelen van de verschillende verschijningsvormen van bronnen.

## Vormgeving knooppunt

Het knooppunt kan op verschillende manieren worden vorm gegeven. Dit kan op allerlei manieren worden gedaan, maar voor nu volstaat het beeld van een “dom” en “slim” knooppunt.

In het domme knooppunt wordt alleen verwezen naar de juiste bron en die informatie daar opgehaald. Alle intelligentie, autorisatie, etc zit bij de bron en niet in het knooppunt.

In het slimme knooppunt handelt het knooppunt zoveel mogelijk af. Het knooppunt bepaalt bijvoorbeeld de autorisaties van de gebruiker en stelt indien nodig het antwoord samen uit verschillende bronnen.

Het uitwerken van de bronnen en de knooppunten moet in de voorbereidingsfase van het project worden onderzocht.

## Opbrengsten van het ontsluiten van gegevens aan de bron

- Actualiteit van gegevens  
Alle deelnemers beschikken altijd over dezelfde gegevens.
- Consistent en totaalbeeld van gegevens  
Vanuit de bronnen is één compleet beeld te maken van de cliënt. Dit beeld is altijd voor alle ketenpartners hetzelfde, waardoor iedereen op basis van dezelfde informatie kan handelen. Dit totaalbeeld is op dit moment afwezig. Elke ketenpartner moet dit beeld zelf bouwen op basis van de ontvangen informatie.  
Andersom kan dit totaalbeeld ook worden gebruikt om zeker te stellen dat gegevens niet

dubbel in een systeem zitten of om onregelmatigheden op te sporen, hoewel hier goed rekening moet worden gehouden met wettelijke voorschriften.

- Deelbaarheid en traceerbaarheid van toegang  
Het knooppunt maakt het eenvoudig om de toegang tot gegevens te beheren en te traceren.
- Toekomstbestendigheid  
Een dergelijk systeem is relatief makkelijk uit te breiden met meer bronnen en afnemers.
- Transparantie naar de cliënt  
Het wordt hiermee goed mogelijk om de cliënt toegang te geven tot zijn / haar eigen gegevens. Bijvoorbeeld door een portaalomgeving te maken die met het knooppunt praat en alle gegevens van die cliënt toegankelijk maakt. Eventueel zouden hier ook functies voor autoriseren van gebruik van gegevens in geregeld kunnen worden.

### **Aanpak**

Het realiseren van een dergelijk stelsel zal in verschillende fases moeten worden opgeknipt om het beheersbaar te maken.

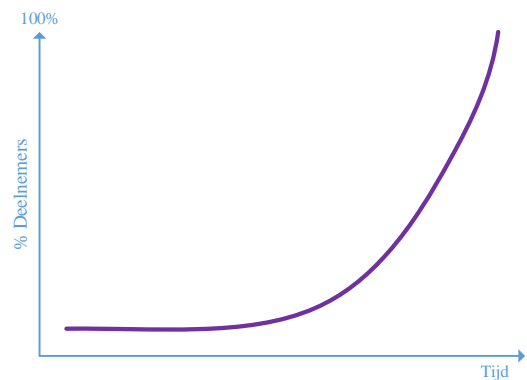
Voorstel:

- Voorbereiding
- Ontwerp
- Realisatie
- Implementatie eerste gebruik
- Uitfaseren estafettemodel (huidige werkwijze)

De voorbereidingsfase werkt de basis van de projectopdracht verder uit en start het project op. Geschatte doorlooptijd +/- 2 maanden bij 2 mensen á 3 dagen / week.

Het knooppunt moet toewerken naar voldoende kritieke massa voordat het in gebruik genomen kan worden door de ketenpartners. Daarna moeten de ketenpartners omschakelen naar het knooppunt.

Het aanhaken van de ketenpartners zal ook niet in één keer verlopen, maar gradueel. Houdt hierbij rekening met een niet lineaire verdeling over de tijd. Tot die tijd wordt de huidige werkwijze nog gehanteerd.



Over de precieze invulling van de fases 2 t/m 5 is nog weinig te zeggen. Alleen de voorbereidingsfase is op dit moment goed te plannen.

Sowieso wordt de oplossing in de voorbereidingsfase meer inhoudelijk uitgewerkt en de opdracht scherper gedefinieerd.

Eerst moeten de fundamenten worden opgezet:

- Bepalen wie de eigenaar en uitvoerder wordt voor het realiseren van de generieke componenten in het stelsel.
- Het opstellen van een gegevensmatrix (of vergelijkbaar overzicht) van de beschikbare gegevens, de eigenaren en gebruikers, degene die de autorisatie bepaalt, etc.





- In kaart brengen welke gegevens door welke partijen mogen worden gebruikt en onder welke voorwaarden. Hierbij wordt goed gekeken naar het eigenaarschap van de gegevens in de diverse bronnen.
- Bepalen welke bronnen worden onderkend en in welke volgorde deze worden toegevoegd aan het stelsel. (Het RAK doet hier een voorstel voor.)
- Per bron de vormgeving van de bron bepalen.
- Bepalen van de functionaliteit van het knooppunt. Moeten hier gegevens worden geïndexeerd, verrijkt, geverifieerd, opgeslagen?

In de ontwerpfase wordt het volgende verder uitgewerkt:

- Per bron bepalen wie de autoriteit op het bronregister wordt en op welke manier de governance aansluit op de die van het stelsel.
- Ontwerpen en standaardiseren van het protocol waarmee het knooppunt kan worden gebruikt.
- Eerste schetsen van het autorisatie-rolmodel.

## Samenhang

Vrijwel alle projectkaarten hebben een samenhang met de andere, alleen al doordat ze in hetzelfde domein plaatsvinden en over hetzelfde proces gaan. Dat is ook de reden dat deze 10 projectkaarten zijn samengesteld. Echter, sommige hangen nauwer samen dan de andere. Vanuit het perspectief van de bronnen zijn alle projecten die samenhangen met standaardiseren van gegevens behulpzaam, maar niet bepalend (projectkaarten B, D, E, F, H, I).

De projectkaarten A, B en C hebben een directe samenhang, aangezien deze specifieke bronnen beschrijven:

Projectkaart A - Definitie en implementatie van een indicatieregister Wlz.

Projectkaart B - Verantwoordingsinformatie Aanbieders VIA

Projectkaart C - Start implementatie van gebruik LRZA in de Wlz keten

Geen van de andere projectkaarten is een randvoorwaarde voor deze projectkaart, maar andersom wel. De beschrijving en centrale voorzieningen van het stelsel zijn nodig om A, B en C te kunnen ontsluiten naar de keten.

Tegelijk is de instemming met de aanpassing van de keten voor al deze projecten wél een randvoorwaarde. A, B, C en G (deze projectkaart) stoelen namelijk op de aanname dat alle ketenpartners gaan werken met de bronnen. Dat kan alleen als de hele keten hier in meegaat. Die gezamenlijke beslissing is dus een randvoorwaarde voor het geheel.

### Eisen basisregistratie overheid:

In een brief aan de Tweede Kamer van 3 maart 2003 zijn twaalf eisen geformuleerd waaraan wetgeving van basisregistraties moet voldoen, de zogenaamde 12 eisen aan basisregistraties. Over de eisen zijn aanvullende principes afgesproken.

Hoewel voor de WLZ dit niet 1:1 opgaat, geeft dit wel een voorbeeld aan zaken waarbinnen het stelsel aandacht voor nodig is.



Onderstaand treft u een overzicht van de 12 eisen:

Eis 1: De registratie is bij wet geregeld

Eis 2: De afnemers hebben een terugmeldplicht

Eis 3: De basisregistratie wordt verplicht gebruikt door de hele overheid

Eis 4: Er is duidelijkheid over de aansprakelijkheid

Eis 5: De realisatie en exploitatie geschieden tegen redelijke kosten en er is eenduidigheid over de verdeling ervan

Eis 6: Er is duidelijkheid over inhoud en bereik van de registratie

Eis 7: Er zijn sluitende afspraken en procedures tussen de houder van het register enerzijds en de leveranciers en de afnemers van gegevens anderzijds

Eis 8: Er zijn duidelijke procedures met betrekking tot de toegankelijkheid van de basisregistratie

Eis 9: Er is een stringent regime van kwaliteitsborging

Eis 10: Er is vastgelegd dat en hoe afnemers van gegevens op een niet-vrijblijvende wijze betrokken worden bij de besluitvorming over de registratie

Eis 11: De positie van de basisregistratie binnen het stelsel van basisregistraties is duidelijk en de relaties met de basisregistraties zijn beschreven

Eis 12: De zeggenschap over de basisregistratie berust bij een bestuursorgaan en er is een minister verantwoordelijk voor het realiseren, resp. het functioneren van de registratie

Meer informatie is te vinden op de website Basisregistraties:

<https://www.digitaleoverheid.nl/onderwerpen/stelselinformatiepunt/stelselthemas/twaalf-eisen>

## Projectkaart H: Procesvereenvoudiging controles en horizontaal toezicht

---



Door controles en horizontaal toezicht verloopt het proces tot het starten van zorg voor een cliënt soms te traag. Ook leveren controles veel administratieve lasten op. Sommige controleprocessen leiden tot dubbel werk. Dit project wil er voor zorgen dat zorgtrajecten van cliënten zonder vertraging verlopen. Cliënten hebben immers niet voor niets zorg nodig. Administratieve lasten voor cliënten en zorgaanbieders moeten zo veel mogelijk verminderen. Vereenvoudiging van controleprocessen helpt daarbij.

### 1. Situatieschets

Zorgprocessen kunnen vertraging oplopen omdat controles in een voorgaand stadium nog niet zijn uitgevoerd. In de praktijk betekent dit dat een cliënt hierdoor te laat zorg kan krijgen. Dit vindt de zorgketen onacceptabel. Dubbele en onnodige controles leiden tot vertraging en onnodige kosten. In dit project wordt de complexiteit verminderd en het proces vereenvoudigd. Dit leidt tot minder vertraging en administratieve lastenverlichting.

Alle betrokken partijen onderschrijven dat er een winst behaald kan worden door het vereenvoudigen van de (controle)processen. De uitgevoerde activiteiten (inclusief controles) en verantwoordelijkheden binnen de keten moeten in kaart gebracht worden om deze vereenvoudiging te kunnen bereiken.

*Voorbeeld van dubbele controle:*

*De zorgaanbieder meldt aan het zorgkantoor dat de zorg voor een cliënt start. Vervolgens controleert het zorgkantoor of dit invloed kan hebben op de eigen bijdrage. Als dit kan, stuurt het zorgkantoor een bericht naar het CAK. Het CAK controleert of de aanvang van zorg invloed heeft op de eigen bijdrage.*

*Dit is een voorbeeld waar het zorgkantoor en CAK beide controleren op de invloed van de eigen bijdrage. Deze stappen zorgen ervoor dat de doorlooptijd van deze specifieke controle oploopt. Dit brengt onbedoelde effecten, vooral bij feestdagen en maand- en jaarovergangen.*

### Toekomstbeeld

Ketenpartijen zijn transparant en vertrouwen elkaar in de Wlz. Er is geen versnippering van informatie; elke administratieve controle wordt maar één keer uitgevoerd. Er wordt afgestapt van het estafettemodel en informatie wordt beschikbaar gemaakt via een netwerkmodel. Controles worden uitgevoerd door de meest geëigende partij.



In het netwerkmodel zijn gegevens voor alle partijen toegankelijk. Informatie gaat niet over vele schakels en dit komt de toegankelijkheid, snelheid en juistheid van de gegevens ten goede.

Een voorbeeld waar door vertrouwen en transparantie controles kunnen worden verminderd is bij de uitvoer van MPT's (Modulair Pakket Thuis). Cliënten leggen met zorgaanbieders de uitvoer van een MPT vast in een zorgplan. De Zorgaanbieder checkt zelf met de rekenmodule van de zorgkantoren of zij deze zorg kunnen aanbieden binnen de indicatie.

Hier kunnen zorgkantoren met aanbieders afspraken maken over de mate van verantwoording en controles. Indien transparant gewerkt wordt met valide processen kan het zorgkantoor vertrouwen op de juiste afhandeling. De 100% controle kan vervangen worden door steekproefsgewijze controles uit te voeren. Dit vermindert de totale administratieve last voor zorgaanbieder en zorgkantoor. Dit is een van de voorbeelden binnen de keten waar door transparantie en horizontaal toezicht processen vereenvoudigd kunnen worden.

#### *Waarde voor de partijen in de keten*

Voor alle ketenpartijen is er grote positieve impact op de administratieve lasten. Bij zorgaanbieders wordt deze lastenverlichting het meest gevoeld door de zorgprofessionals en de ondersteunende afdelingen. Er zijn immers minder handelingen noodzakelijk om toch te komen tot een rechtmatige, doelmatige en efficiënte zorgregistratie en –administratie. Minder administratieve handelingen maar toch de juiste gegevens en controles voor, tijdens en in de afhandeling van de behandeling.

#### *Waarde voor de klant*

Dubbele en onnodige controles leiden tot vertraging van het behandelproces voor de cliënt. De volgende stap in de keten kan niet worden gemaakt omdat de noodzakelijke controle hiervoor nog niet is afgerond. De huidige werkwijze stelt niet de cliënt centraal, maar juist het systeem van controles en processen.

Dit project verbetert het zorgproces van de cliënt. Vertragingen en de eigen administratieve last maken dat een zorgtraject zwaarder wordt ervaren door een cliënt.

Participatie van vertegenwoordigers van cliënten is belangrijk om de controles en het horizontaal toezicht te vereenvoudigen. Door cliëntvertegenwoordigers te laten participeren in de realisatie van dit project wordt de administratieve last van de cliënt correct ingeschat. De gesignaleerde knelpunten kunnen worden aangepakt.

## **2. Aanpak**

Het plan van aanpak beslaat vier fasen. De vierde fase, Inrichting, is buiten de scope van de projectkaart gehouden. Bij iedere fase is het te realiseren resultaat beschreven.

Fase 1: Definitiefase

Fase 2: Onderzoeksfase

Fase 3: (her)Ontwerpfase

Fase 4: Inrichtingsfase



Voor het slagen van het project is het van belang dat de wensen en eisen op het gebied van de controles van de verschillende belanghebbenden zo snel mogelijk inzichtelijk worden gemaakt. Hierbij wordt nadrukkelijk gekeken naar de impact voor cliënten en wordt onderscheid gemaakt tussen ketenpartijen (CIZ, CAK, SVB, Zorgkantoren, Zorgaanbieders), stelselverantwoordelijke partijen (VWS) en overige partijen (NZa, VECOZO, ZIN).

### **Fase 1: Definitiefase (duur: 5 weken)**

In fase 1 is het enthousiasmeren van deelnemers en het afbakenen van het project van belang. In deze fase komt de droom goed op het vizier en wordt voor alle deelnemers duidelijk welke administratieve lasten zij hebben en welk deel daarvan gereduceerd kan worden door afstemming en vereenvoudiging.

#### *Activiteiten in fase 1*

Bepalen deelnemers/gesprekpartners binnen het project  
Inventariseren belangrijkste processtromen, taken, bevoegdheden verantwoordelijkheden  
Inventariseren belangrijkste controles per stap en per partij, welke partij heeft meeste administratieve last  
Gewenste situatie met partijen in kaart brengen  
Scope bepalen van de uitvoering van de projectkaart

#### *Resultaat van fase 1:*

Overzicht van belangrijkste processen en controles in de Wlz  
Afgestemde omschrijving van de gewenste situatie met partijen

### **Fase 2: Onderzoeksfase (duur 10 weken)**

In de onderzoeksfase wordt de droom uit fase 1 verder verkend. Welke controles vinden er plaats, welke gegevens worden gebruikt en verworven en welke administratieve lasten kunnen verminderd worden voor aanbieder en cliënt. Ook wordt gekeken naar de verplichtingen vanuit wet en regelgeving ten behoeve van de controles en registratie.

#### *Activiteiten in fase 2*

Inventarisatie van de controles binnen de verscheidende processtromen  
Inventarisatie van de gebruikte en verworven gegevens binnen de verscheidende processtromen  
Onderzoek naar rechtmatigheid en verplichtingen van controles binnen de processtromen

#### *Resultaat in fase 2*

Kaart met controles binnen de processtromen  
Voorbeeld: Customer Journey waarin de cliënt geconfronteerd wordt met administratieve last

### **Fase 3: (her)Ontwerpfase (duur 16-20 weken)**

Nadat in fase 2 de huidige situatie in kaart gebracht is kan in fase 3 de droom vertaald worden naar een nieuw ontwerp van controles binnen de keten. Belangrijk onderdeel is de inschatting hoe het



nieuwe ontwerp kan leiden tot minder administratieve last. Ook wordt een impactanalyse uitgevoerd op de werkprocessen van de ketenpartners.

### *Activiteiten in fase 3*

- Inventariseren en omschrijven van de gewenste situatie van partijen
- Onderzoek naar optimalisatie en effectiviteit binnen de processtromen
- Procesontwerp inclusief niveaus van controles en sanctiebeleid
- Opstellen globaal procesontwerp
- Opstellen gedetailleerd procesontwerp
- Opstellen business rules
- Opstellen conceptovereenkomst met partijen
- Juridische toetsing
- Impactanalyse
- Analyse van de voorgestelde veranderingen t.b.v. businesscase

### *Resultaat in fase 3*

- Gedetailleerde omschrijving van de gewenste situatie van partijen
- Afgestemd nieuw procesontwerp voor controles binnen de keten
- Impact analyse van de implementatie van het voorgestelde procesontwerp
- Concept overeenkomst/convenant tussen partijen over de verdere inrichting en implementatie van horizontaal toezicht

### **Kosten en Baten:**

Kosten en baten van de vereenvoudiging van de processen en horizontaal toezicht worden onderzocht in fase 2. Voor het omschakelen van een estafettemodel naar een netwerkmodel is een investering nodig van de ketenpartijen, want systemen moeten worden aangepast.

### *Baten*

Het project levert een bijdrage aan:

- Het terugdringen van de administratieve last binnen de keten.
- Een verkorting van doorlooptijden van processen.

### **Scope:**

De inrichtingsfase valt buiten de scope van deze projectkaart. Er zijn te veel variabelen die onderzocht dienen te worden in de definitiefase om op dit moment een onderbouwd activiteitplan op te stellen voor deze fase.

In fase 1 wordt nadrukkelijk ook het flankerende beleid in de Wlz meegenomen, een inventarisatie van de raakvlakken met ontwikkelagenda's en overige projectkaarten.

### **Betrokken partijen**

De partijen die momenteel betrokken zijn in het proces van indicatiestelling tot het leveren van zorg zullen betrokken moeten worden in de vereenvoudiging van controles en horizontaal toezicht. Het gaat dan om de volgende partijen, waar de mate van betrokkenheid zal verschillen.



- Branches (vertegenwoordigers) Zorgaanbieders
- NPCF
- CIZ
- Zorgkantoren / ZN
- CAK
- SVB
- Nza
- Zorginstituut

### Randvoorwaarden:

Het resultaat van de uitvoering van deze projectkaart is mede afhankelijk van een aantal randvoorwaarden:

- De participatie en medewerking van relevante vertegenwoordigers en inhoudelijke experts.
- De harmonisatie van controles is een randvoorwaarde in de realisatie van horizontaal toezicht.

### Risico's

- Het toevoegen van alle processtromen en gegevens in de onderzoeksfase kan leiden tot een te grote hoeveelheid onderzoeksgegevens, waardoor het onderzoek te veel tijd gaat kosten.
- De administratieve last voor partijen en met name voor cliënten en zorgaanbieders is complex om te objectiveren. Hierdoor is een vermindering van administratieve last niet mogelijk niet op korte termijn meetbaar aan te tonen.
- Door verschil in belangen tussen partijen kan het moeilijk zijn overeenstemming te bereiken over welke controles vereenvoudigd moeten of kunnen worden.
- (Her)ontwerp is ingrijpend, waardoor de aanpassing van interne processen van partijen vertraagt of mislukt.

### 3. Samenhang

Hieronder is de samenhang met de overige projectkaarten omschreven.

Nr	Projectkaart	Impact uitleg
<b>A</b>	Indicatieregister Wlz (definitie en implementatie)	Controles betreffende de indicatie raken de ontwikkelingen binnen het indicatieregister van de Wlz. Afstemming is noodzakelijk.
<b>B</b>	Definitie en implementatie van Verantwoording Informatie Aanbieders (VIA).	Er zit overlap in het gebruik van verantwoordingsinformatie en de wijze waarop controles worden uitgevoerd. Afstemming is noodzakelijk.
<b>E</b>	Domeinovergangen; Definitie en implementatie van overgang PGB.	Onderzocht dient te worden of er overlap is in controles bij domeinovergang van de cliënt.
<b>G</b>	Definitie en instellen bronregistraties en brongegevens.	Impact tussen kaarten dient onderzocht worden. Ontwikkelingen van de bronregistratie en de vereenvoudiging van de controles volgen zelfde lijn. Afgestemde aanpak lijkt noodzakelijk.



Nr	Projectkaart	Impact uitleg
I	Inrichten domein overstijgende governance.	De brede governance zorg en ondersteuning (Wlz, Zvw, Wmo en JW) geldt overkoepelend voor alle activiteiten benoemd onder het actieprogramma. Daarmee raakt hij alle individuele projectkaarten.



## Projectkaart J: Wachlijsten

---



Het is belangrijk dat cliënten in de Wlz niet te lang op een wachtlijst staan en dat zij zo snel mogelijk kunnen doorstromen naar passende zorg. Zij willen uiteraard terecht komen op de plek van hun voorkeur. Om dit te verbeteren moeten cliënten beter geïnformeerd worden en moet het beschikbare aanbod aan zorgplekken bij zorgaanbieders inzichtelijk worden gemaakt.

### Situatieschets

Zorgkantoren, aanbieders, VWS en andere betrokken partijen willen dat cliënten:

1. zo kort mogelijk op een wachtlijst staan;
2. zo snel mogelijk doorstromen naar een passende zorgplek;
3. zo veel mogelijk op een plek terecht komen van hun voorkeur.

Op dit moment slagen we hier nog niet in, zoals ook blijkt uit het wachtlijstonderzoek van VWS. Om deze doelen te bereiken moet de informatiepositie van cliënten versterkt worden. Ook moet het beschikbare aanbod aan zorgplekken inzichtelijk zijn. Deze projectkaart formuleert enkele initiatieven om dit te realiseren.

De Wet langdurige zorg (Wlz) is sinds 2015 van kracht. Deze wet regelt de zorg voor mensen die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uur zorg. Op de wachtlijsten voor verblijf in Wlz-instellingen staan op dit moment actief wachtende en niet-actief wachtende cliënten.

Het komt voor dat mensen die direct zorg nodig hebben, niet geplaatst kunnen worden bij de aanbieder van hun voorkeur. Een cliënt die niet direct terecht kan bij een aanbieder van zijn voorkeur, kan instemmen met twee zaken:

1. Aangemerkt worden als 'niet-actief wachtend'
2. (Tijdelijk) opgenomen worden bij een andere aanbieder, eventueel later naar de aanbieder van voorkeur.

VWS deed in 2016 onderzoek naar de groep cliënten die op de wachtlijst<sup>2</sup> staan voor Wlz-zorg en die aangemerkt zijn als niet-actief wachtend. Uit dit onderzoek blijkt dat deze groep cliënten als volgt is onder te verdelen:

1. Cliënten bereid tot opname, ook bij een andere instelling dan die van voorkeur.
2. Cliënten bereid tot opname, alleen bij de instelling van voorkeur.
3. Cliënten niet bereid tot opname, maar zo lang mogelijk thuis willen wonen.

---

<sup>2</sup> VWS deed onderzoek naar de groep niet-actief wachtenden. Deze groep bestond op 1 mei 2016 uit 13.634 cliënten.



De cliënten die bereid zijn om naar een andere instelling te gaan, hebben zelf de verantwoordelijkheid om contact op te nemen met een zorgaanbieder en het zorgkantoor. De vraag is dan, waarom deze cliënten toch op de wachtlijst blijven en zich niet melden bij de zorgaanbieder. Hebben deze cliënten voldoende zicht op het bestaande aanbod, de consequenties van plaatsing op een wachtlijst? Weten zij onder welke status zij bekend zijn bij zorgkantoor en zorgaanbieder?

Als cliënten zicht hebben op het bestaande aanbod kunnen zij zo kort mogelijk op een wachtlijst staan; zo snel mogelijk doorstromen naar een passende zorgplek; en zoveel mogelijk op een plek van hun voorkeur terecht komen.

### **Plan van aanpak**

Wat betreft de wachtlijsten is een aantal verbeterlagen te realiseren. Op hoofdlijnen zijn hiervoor twee ontwikkelactiviteiten te benoemen die nader uitgewerkt moeten worden. De activiteiten beschrijven we hieronder.

#### *Ontwikkelactiviteit 1: aanpassen en aanscherpen taakverantwoordelijkheid wachtlijsten*

We gaan ervan uit dat de meeste cliënten een bewuste keuze maken voor verblijf in de Wlz, de aanbieder van voorkeur en de verzilveringsvorm, en dat deze keuze mogelijk leidt tot plaatsing op een wachtlijst.

Voor de cliënten die deze keuze niet bewust maken of de consequenties van hun keuzes niet overzien, moet de informatievoorziening rondom keuzemogelijkheden, consequenties en wachtlijsten verbeterd worden. Daarvoor is het belangrijk om goed te kijken naar hoe de taakverantwoordelijkheid op dit moment is ingericht. Ook moet bekeken worden of de verschillende partijen (zorgkantoor, CIZ, zorgaanbieder, maar ook de cliënt zelf) voldoende staat zijn om hun verantwoordelijkheid uit te voeren.

Op dit moment is het wachtlijstbeheer gericht op het aanbod per aanbieder en niet gericht op de vraag of wens van de cliënten. Een cliënt is alleen als wachtende bekend op de wachtlijst van de aanbieder van zijn voorkeur. Cliënten staan daardoor mogelijk onnodig lang op een wachtlijst. Wil de cliënt niet wachten, dan moet hij zich zelf melden bij andere aanbieders, eventueel in samenspraak met het zorgkantoor.

Er zijn landelijk afspraken gemaakt in de iWlz over de registratie van wachtlijstinformatie in de systemen van de zorgaanbieders en zorgkantoren. Op dit moment is niet te achterhalen welke cliënten op de wachtlijsten op dit moment wel bereid zijn tot opname en welke niet. Enerzijds is het beeld van de wachtlijsten niet compleet. Anderzijds staan cliënten onnodig lang op de wachtlijst, hoewel zij wel bereid zijn tot plaatsing bij een andere aanbieder. Deze cliënten zijn mogelijk niet (meer) in staat om hiertoe zelf het initiatief te nemen. Over deze cliënten die ook bereid zijn tot opname in een andere instelling dan die van hun eerste voorkeur, moeten scherpere afspraken in de keten worden gemaakt.

We stellen de volgende activiteiten voor:

1. Organiseren van dialooggesprekken met een vertegenwoordiging van cliënten, zorgaanbieders, zorgkantoren en het CIZ, specifiek gericht op de informatievoorziening rondom wachtlijsten.
2. Binnen deze dialooggesprekken opnieuw kijken naar wettelijke kaders en de taakverantwoordelijkheid van de betrokken partijen.



3. Beschrijven van de gewenste situatie, met als uitgangspunt dat de vraag van de cliënt en dat hij of zij zo snel mogelijk passend wordt geplaatst.
4. Vaststellen wat dit betekent voor bestaande afspraken en de taakverantwoordelijkheid van ketenpartijen.

Het resultaat van deze activiteiten: aangescherpte afspraken in de keten en een herziening van de taakverantwoordelijk, zodat cliënten zo kort mogelijk op een wachtlijst staan en zo snel mogelijk doorstromen naar een plek van voorkeur.

#### Ontwikkelactiviteit 2: verbeteren informatievoorziening van cliënt, zorgkantoor en zorgaanbieder

Zijn cliënten zich voldoende bewust van de keuzemogelijkheden binnen de Wlz? En zijn ze voldoende op de hoogte van consequenties van gemaakte keuzes? Hoe brengen we zorgkantoor, zorgaanbieder en cliënt sneller met elkaar in contact?

Het antwoord op deze vragen bepaalt in grote mate de omvang van de groep cliënten die onnodig op een wachtlijst staan. In onze aanpak stellen we voor om in overleg met de verschillende partijen die we ook betrokken hebben bij ontwikkelactiviteit 1 een aantal oplossingen te definiëren en verder uit te werken:

1. Een digitaal platform ontwerpen voor cliënten met alle relevante informatie die zij nodig hebben om een bewuste keuze te maken voor verblijf in een Wlz-instelling. Het gaat om beschikbaar aanbod, maar ook om inzicht in consequenties van gemaakte keuzes. Dit digitaal platform of knooppunt wordt ondersteund door een service-desk, die bereikbaar is voor specifieke, aanvullende vragen. In eerste instantie is de focus de domeinovergang naar de Wlz. Hierdoor past deze ontwikkeling mooi bij de informatieplicht van zorgkantoren richting cliënten. We stellen voor om samen met de ketenpartners te verkennen of zij dit ook zo zien.
2. Een Online Marktplaats ontwerpen waar vraag en aanbod op elkaar afgestemd worden. Met vraag bedoelen we cliënten die op een wachtlijst staan, maar ook elders opgenomen willen worden dan de voorkeursaanbieder. Met aanbod bedoelen we zorgaanbieders die plekken beschikbaar hebben.
3. Een online applicatie ontwerpen waar de cliënt informatie in kan zien over zijn of haar huidige 'wachtstatus'. Veel cliënten kennen hun wachtstatus niet. Zodra zij zich bewust worden van hun wachtstatus, kan het gesprek over alternatieven gaan. Cliënten moeten zelf de urgentie kunnen aangeven, terwijl zij ook weten wat de consequenties zijn voor hun keuzevrijheid.
4. Een Urgentiemodule ontwerpen. Deze module moet het mogelijk maken om te beoordelen of de situatie van thuiswonende cliënten passend is. Is het wenselijk, veilig en financieel haalbaar om thuis zorg te krijgen vanuit de Wmo of Jeugdwet? Of is het verstandiger om een indicatie voor Wlz-zorg aan te vragen?

De volgende activiteiten worden uitgevoerd:

1. Verkennen met de ketenpartijen of er naast bovenstaande oplossingen nog andere aanvullende ideeën zijn. Tevens prioriteren van oplossingen.
2. Opstellen van projectplan of ontwikkelprogramma voor de verschillende oplossingen.
3. Vaststellen van projectorganisatie om de verschillende oplossingsmogelijkheden verder te verkennen en uit te werken. Daarbij denken we aan een aantal kleine projectgroepen die specifiek met één van de oplossingen aan de slag gaat.



#### 4. Aan de slag op basis van het projectplan/ontwikkelprogramma.

De verdere uitwerking van deze activiteiten is afhankelijk van het projectplan dat samen met de ketenpartners moet worden opgesteld. Dat valt op dit moment nog buiten de scope van deze projectkaart.

#### **Implementatiestrategie**

Om bovenstaande oplossingen uit te werken, willen we een implementatiestrategie inzetten die zich kenmerkt als groeimodel. Met een groeimodel werken we stapsgewijs toe naar het eindresultaat waarbij rekening wordt gehouden met wensen en voorkeuren van betrokken ketenpartijen. Zo creëren we draagvlak bij betrokken partijen en signaleren mogelijke weerstand in een vroeg stadium.

Belangrijke aspecten van deze aanpak zijn het gezamenlijk concreet maken en delen van de verwachte resultaten, het uitspreken van verwachtingen en het bereiken van eenstemmigheid tussen de betrokken partijen.

#### **Te betrekken partijen**

Bij deze projectkaart is het verstandig om in ieder geval onderstaande partijen te betrekken:

- Cliëntorganisaties (NPCF/Per Saldo)
- VWS
- ZIN
- ZN
- CIZ
- ActiZ, BTN, VGN
- Zorgkantoren
- Zorgaanbieders

#### **Planning**

Voor de uitvoering van de verschillende stappen gaan we uit van onderstaande doorlooptijd:

**Ontwikkelactiviteit 1:** landelijke afspraken aanpassen en aanscherpen taakverantwoordelijkheid wachtlijsten 12 weken

**Ontwikkelactiviteit 2:** verbeteren informatievoorziening tussen cliënt, zorgkantoor en zorgaanbieder 6 weken (t/m stap 3)

#### **Kosten en baten**

De kosten en baten zullen tijdens de uitvoering van de projectkaart meer vorm krijgen. Op dit moment kunnen we hier globaal een inschatting van geven.

#### *Baten*

De oplossingen leveren een bijdrage aan:

1. het verkorten van de wachtlijst en de wachttijd;
2. het bevorderen van de doorstroom;
3. bij plaatsing meer tegemoet te komen aan de voorkeur van de cliënt.



### *Kosten*

De kosten van de voorgestelde oplossingen onder ontwikkelactiviteit 2 moeten gedurende het proces nader gespecificeerd worden. Door verschuivingen in taakverantwoordelijkheid bestaat de kans dat sommige partijen een toename zien aan uit te voeren activiteiten.

### **Risico's**

1. Niet alle partijen voelen urgentie en noodzaak, wat kan resulteren in gebrek aan draagvlak voor de uitvoering van deze projectkaart.
2. Gesignaleerde knelpunten en voorgestelde oplossingen kunnen mogelijk conflicteren met andere projectkaarten. Andere projectkaarten zijn mogelijk al verder met de concrete uitwerking van oplossingen, waardoor het risico ontstaat dat op basis van de inzichten uit deze projectkaart, wachtlijsten, men weer een aantal stappen terug moet (voortschrijdend inzicht).
3. Wetgeving omtrent privacy is mogelijk van invloed op de daadwerkelijk uitvoering van de voorgestelde oplossingen voor ontwikkelactiviteit 2.
4. Te betrekken zijn onvoldoende bereid over hun eigen schaduw heen te kijken wat ook leidt tot een gebrek aan draagvlak voor de uitvoering van deze projectkaart.

### **Samenhang**

Wachtlijsten worden voornamelijk gebruikt op het moment dat cliënten van het ene domein naar het andere domein verschuiven. Cliënten worden opgenomen in een instelling voor langdurige zorg (Wlz), omdat de ondersteuning en zorg (Wmo/Zvw) die thuis geboden kan worden niet meer toereikend is.

Dit schetst de samenhang met de projectkaart Domeinovergang cliënt. Deze projectkaart is voorwaardelijk voor verbeteringen rondom de informatievoorziening op de langere termijn.

Verder ligt er een link met de projectkaart Indicatieregister Wlz. Om meer zicht te krijgen in de groep 'niet actief wachtenden' is het wellicht noodzakelijk om aanpassingen aan te brengen in de manier waarop indicatiegegevens, waaronder gegevens die relevant zijn voor opname, worden vastgelegd bij de bron. Zorgaanbieders en zorgkantoren moeten zicht hebben op het aantal wachtenden dat bereid is tot opname en zo ja, of men ook bereid is ergens anders te wonen dan bij de aanbieder van voorkeur.

-0-0-0-0-0-