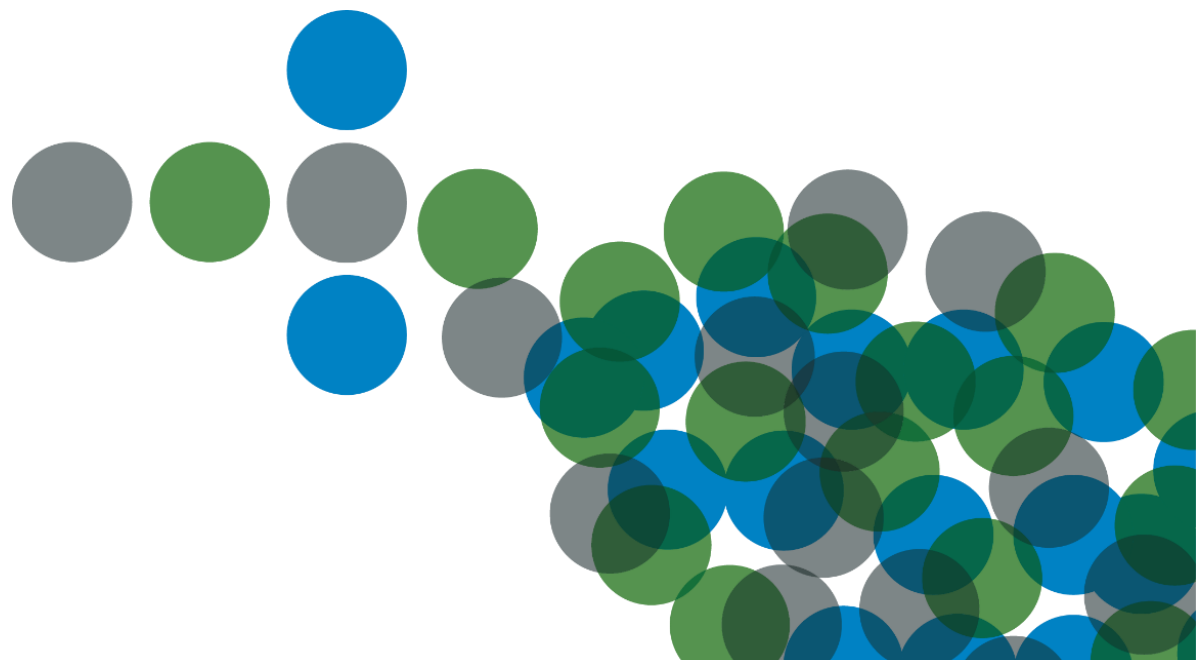


Het netwerkmodel iWlz en koploperschap

Een onderzoek naar de meerwaarde en impact

Auteur(s) dr. Patrick Jansen
drs. Sylvia Schutte
Opdrachtgever Zorginstituut Nederland
Kenmerk SS/19/0364/kozin
Publicatiedatum 12 maart 2019

© Bureau HHM



Inhoud

1.	Het netwerkmodel iWlz	3
2.	Onderzoek naar impact en meerwaarde	4
2.1	Inleiding.....	4
2.2.	Aanpak	4
3.	Meerwaarde en impact van het netwerkmodel	6
3.1	Meerwaarde van het netwerkmodel	6
3.2	Impact van het netwerkmodel	8
4.	Meerwaarde en impact van het koploperschap	10
4.1	Meerwaarde koploperschap.....	10
4.2	Impact van het koploperschap	11
5.	Conclusies.....	13
Bijlage 1.	Partijen die we hebben gesproken	14
Bijlage 2.	Waardenoverzicht.....	15



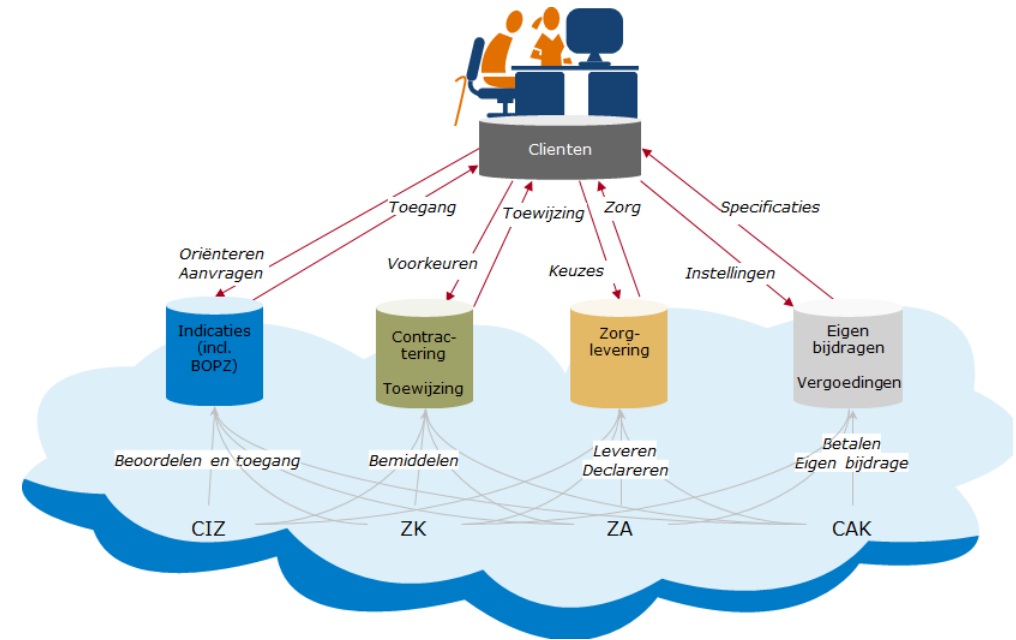
1. Het netwerkmodel iWlz

Het Actieprogramma Informatievoorziening Wlz 2017-2020 (hierna Actieprogramma iWlz) beoogt de informatievoorziening rondom het proces 'van indiceren tot declareren' in de langdurige zorg te moderniseren. Dit betreft het administratieve proces, dat - zo stelt het actieprogramma - dienstbaar moet zijn aan het primair proces in de Wlz: het leveren van goede zorg aan cliënten.

Het huidige estafettemodel, waarin relevante gegevens tussen partijen worden uitgewisseld, wordt vervangen door een zogeheten netwerkmodel. Dit netwerkmodel is gebaseerd op bronregisters. Bronregisters zijn bijvoorbeeld een indicatieregister, een toewijzingsregister en een cliëntregister. Deze registers, zo is de bedoeling, zijn steeds actueel te raadplegen. Daarnaast wordt een technische basisstructuur opgeleverd waarmee partijen in het netwerkmodel (zie figuur 1) de gegevens op uniforme wijze kunnen delen.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Verondersteld wordt¹ dat deze modernisering van de informatievoorziening het voor cliënten mogelijk maakt meer regie te krijgen op zijn zorginformatie, waardoor zij in staat zijn betere keuzes te maken over hun zorg. Ook beoogt het bij te dragen aan "meer transparantie in de keten voor cliënt en professional, een flexibeler administratief proces en eenvoudigere overgangen en betere samenwerking tussen de zorgdomeinen (Wlz, Zvw en Wmo) (...en) regelarme instellingen (...)"



Figuur 1: netwerkmodel met bronregisters (bron: implementatiestrategie iWlz Vo1)

Betrokkenen bij het Actieprogramma

Het Actieprogramma iWlz "is een samenwerking tussen CIZ, CAK, SVB, Zorgverzekeraars Nederland, Zorgkantoren, Zorgthuisnl (voorheen BTN), Federatie Opvang, GGZ Nederland, ActiZ, VGN en Zorginstituut Nederland, allen vertegenwoordigd in de stuurgroep iWlz. Het programma wordt gefaciliteerd door het ministerie van VWS. Zorginstituut Nederland (ZIN) is sinds januari 2017 opdrachtgever van het Actieprogramma iWlz."¹

¹ Zie Plan van Aanpak, Periodeplan 2019 Actieprogramma iWlz, 20 september 2018 (versienummer 06), pagina 5.

2. Onderzoek naar impact en meerwaarde

2.1 Inleiding

Om het nieuwe netwerkmodel te realiseren is draagvlak bij betrokken partijen van groot belang. Betrokken partijen in de keten moeten zelf veel investeren en getaxeerd is dat het hier gaat om een grote verandering die impact heeft op meerdere facetten in een organisatie.

Het actieprogramma werkt met zogeheten koplopers, die als eerste aan zullen sluiten op de technische basisstructuur en het Indicatieregister Wlz. Deze koplopers wordt een belangrijke rol toegedicht. De partijen die op dit moment hebben aangegeven in principe positief te staan ten opzichte van de ontwikkelingen, missen inzage in de impact van het koploperschap op (processen binnen) hun organisatie.

1

Het Zorginstituut als regievoerder over het actieprogramma heeft daarom bureau HHM gevraagd om over dit nieuwe model met een aantal partijen in gesprek te gaan. Het Zorginstituut wil graag inzage in de motieven om over te stappen op het netwerkmodel en in de impact en meerwaarde van dit nieuwe model. Verder is behoefte aan inzage in de motieven van partijen om koploper te worden en in de impact die het koploperschap heeft. Dit laatste is nodig voor koplopers om definitief te kunnen besluiten voor het koploperschap en ten behoeve van een bijbehorende passende vergoeding.

2

3

4

5

Context

Het Actieprogramma iWlz hanteert het netwerkmodel als uitgangspunt, omdat dit is beschreven in het Toekomstbeeld IZO 2016 en, zo is aangegeven, past binnen architectuurkaders van het Informatieberaad voor inrichting van een duurzaam informatiestelsel voor zorg (over domeinen heen). Basisprincipes hierbij zijn onder meer: registratie aan de bron, delen van gegevens op basis van doelbinding en een persoonlijke gezondheidsomgeving voor de burger.

Dit betekent dat wij in onze vraagstelling ook dit netwerkmodel als uitgangspunt hebben genomen en niet hebben gekeken naar eventuele andere oplossingen (zoals verbetering van het huidige model) voor mogelijke knelpunten.

2.2 Aanpak

De vraag van het Zorginstituut was om een ronde langs betrokken partijen te doen en met hen in gesprek te gaan over onder meer de meerwaarde voor de cliënt en medewerker, de impact van het nieuwe netwerkmodel op de organisatie én de impact van het koploperschap.

In deze rapportage doen wij hiervan verslag.

Gesprekken met potentiële koplopers

Wij hebben met de (op dat moment) vijf bekende potentiële koplopers gesproken. Eén koploper hebben we telefonisch gesproken. De overige vier hebben we bezocht en gedurende een uitgebreid interview van 2,5 tot 3 uur de volgende vragen gesteld:

1. Wat is de meerwaarde van het netwerkmodel voor de cliënt en medewerker?
2. Wat is de impact van het nieuwe model (wat verandert in de procesgang en wat zijn relevante voorwaarden voor een succesvolle invoering)?
3. Wat maakt dat de potentiële koplopers gemotiveerd zijn om mee te doen aan het netwerkmodel en waarom? En waarom willen zij koploper zijn?
4. Welke extra kosten/activiteiten zijn gemoeid met het koploper-schap (incidenteel)?

Bij enkele koplopers vond vervolgens nog aanvullend telefonisch contact plaats.

Gesprekken met overige partijen

Daarnaast hebben we telefonisch contact (twintig minuten tot drie kwartier) gehad met:

- De contactpersoon iWlz bij het ministerie van VWS (ter voorbereiding en naar aanleiding van een eerste conceptversie van de rapportage).
- Enkele andere partners uit de zogeheten KISS-groep² over de vragen 1 en 2 (de bestuurders van enkele van de boogde koplopers hebben ook zitting in het Kernteam van KISS).
- Enkele partners in de Themacommissie Informatisering van ActiZ, eveneens over deze twee vragen.

Deze gesprekken gingen steeds over de vragen 1 en 2.

² KISS staat voor 'Keep it simple and short', een netwerk van ruim 30 bestuurders in de zorg die zich inzetten om de langdurige zorg overzichtelijker en eenvoudiger te maken, met meer zeggenschap en maatwerk voor cliënten en met minder bureaucratie en regels. Zie [Vilans, Kiss: keep it simple and short](#)

Overall

Alle gesprekken hebben plaatsgevonden in de periode november 2018 tot en met januari 2019. In bijlage 1 is vermeld met welke partijen we hebben gesproken.

De koplopers hebben de mogelijkheid gehad te reageren op een conceptversie van de rapportage.

In de volgende hoofdstukken geven we de antwoorden geaggregeerd weer. In hoofdstuk 3 gaan we in op de meerwaarde en impact van het netwerkmodel. In hoofdstuk 4 beschrijven we de meerwaarde en impact voor koplopers. In hoofdstuk 5 vatten we de resultaten samen in enkele conclusies.



3. Meerwaarde en impact van het netwerkmodel

Alle partijen die we hebben gesproken hebben we gevraagd naar de meerwaarde en impact van het netwerkmodel.

3.1 Meerwaarde van het netwerkmodel

De partijen geven het volgende aan.

*De meerwaarde is afhankelijk van wat wordt beoogd:
 Een verbetering van (sec) het administratieve proces
 of een ingrijpende vernieuwing?*

In de gesprekken merkten we dat antwoorden zich bevonden binnen deze twee uitersten. Het netwerkmodel kan 'klein' worden opgepakt, waarbij de informatie/berichten in het huidige estafettemodel wordt omgezet naar informatie in bronregisters. Dit noemen we 'de verbetering van het administratieve proces'. Het netwerkmodel kan ook worden gezien als meer 'ingrijpende vernieuwing' met als doel bij te dragen aan het centraal stellen van de cliënt, zoals wordt beschreven door het Zorginstituut³.

Als we kijken naar het eerste, dan noemen de betrokkenen als meerwaarde:

- Voor cliënten is onder meer belangrijk om te weten wat de status is van beschikbare informatie en dat ze niet steeds dezelfde gegevens moeten aanleveren. Het netwerkmodel faciliteert dit.
- Sterkere informatiepositie van cliënt en professional; de procesgang bij het netwerkmodel is meer ingericht vanuit het perspectief van de cliënt.
- Het leidt tot versnelling; partijen hoeven niet meer op elkaar te wachten:
 - Door inzage in een indicatieregister kunnen aanbieders sneller aan de slag, bijvoorbeeld als er al een voorkeursaanbieder is, terwijl de indicatie nog niet is afgegeven (ervan uitgaande dat cliënt hier toestemming voor heeft gegeven). Of daar waar de indicatie al wel is afgegeven, door alvast met de cliënt te kijken naar de inhoud daarvan.
 - Dit geldt ook voor het kunnen inzien van de status; dit kost nu erg veel tijd.
 - Het kan realtime betaling van aanbieders mogelijk maken. Er is dan geen bevoorschotting meer nodig.
 - Het kan leiden tot minder/geen wachttijd bij pgb: het zorgkantoor kan al op het moment van aanvraag in gesprek gaan met cliënt.
 - De volgordelijkheid is weg: nu genereert iedere conversie in iWlz werk op het gebied van standaardisatie, planningen,

1
2
3
4
5

³ "Met een sterkere informatiepositie kunnen cliënten betere keuzes maken over hun zorgproces. Cliënten en hun netwerk willen bijvoorbeeld weten welk zorgaanbod beschikbaar is en welke wachttijden er zijn. Ook willen ze informatie over de kwaliteit van zorg. Daarnaast is de cliënt en zijn netwerk eigenaar van zijn eigen gegevens. Hij/zij moet daar regie op kunnen hebben. Het Actieprogramma iWlz houdt rekening met deze perspectieven om gegevensuitwisseling vanuit de cliënten en hun netwerk." Zie Concept vo1 Implementatiestrategie iWlz (30 juli 2018).



bouwen en ketentesten; met het netwerkmodel kies je je eigen timing en als een extra veld niet interessant is, hoef je niet te bouwen; het aantal releasementen wordt flexibeler.

- Er is veel snelheidswinst te behalen op het gebied van Eigen Bijdrage en betaling van zorg (betrokkenheid CAK van belang).
- Er is minder sprake van afhankelijkheden in de keten, verantwoordelijkheden worden juist belegd: “Nu ben je in de keten zo goed als je slechtste speler”.
- Betere controle en beheersing van administratieve processen; het werken met bronregisters zorgt ervoor dat er altijd maar één waarheid is; diverse professionals hebben toegang tot dezelfde informatie; ook is het beter AVG-proof te maken (geen mailwisselingen over cliënten nodig), omdat het mogelijk is om per register de autorisatie en authenticatie te regelen.
- Een afname van administratieve lasten: er is minder handmatige invoer nodig alsmede controles als gevolg van het berichtenverkeer. Aanbieders moeten nu vaak dezelfde gegevens leveren in verschillende formats voor verschillende bronnen (bijvoorbeeld gegevens over locaties).
- Samenloop van Wmo en Wlz kan worden voorkomen door inzage in een indicatieregister. Nu is niet altijd op voorhand duidelijk of er een Wlz-indicatie is (bijvoorbeeld bij ouderen waar wijkverpleegkundige zorg wordt ingezet).
- Zie verder ook het waardenoverzicht in bijlage 2.

Enkelen geven aan dat deze voordelen op zichzelf onvoldoende reden zijn om over te stappen naar het netwerkmodel: het huidige model in de Wlz werkt grotendeels goed en stabiel (met name aanbieders ervaren weinig last van het estafette-model); meerwaarde zit in domeinoverstijgende toepassing.

Anderen zeggen juist dat het goed is “klein” te beginnen en dat hiervan ook sprake is met het koploperschap. De administratieve verbetering is een behapbare stap, in tegenstelling tot een meer ambitieuze doelstelling. Door te beginnen met bestaande berichten in de registers gaat het netwerkmodel werken; daarna kunnen gegevens worden uitgebreid en kan verbreding naar andere sectoren plaatsvinden: “Dan is de Wlz koploper voor het hele zorgdomein!”

De verbetering van het proces (van estafette-model naar netwerkmodel) wordt door sommigen zelfs als randvoorwaardelijk gezien voor meer ingrijpende vernieuwing; in deze visie zijn de grenzen van het huidige estafette-model bereikt. Dit model is verouderd, vanwege:

- technische systemen die leidend en bepalend zijn voor de procesgang;
- veel complexiteit, zwaar in de uitvoering;
- beperking tot alleen Wlz;
- hoge beheerkosten en hoge implementatiedruk bij het doorvoeren van veranderingen;
- lange aanpassingstermijn en trage reactie op veranderingen.

Overigens wordt er ook op gewezen dat in welk model ook, het gedrag van mensen van belang blijft: “Niet alles is maakbaar: Alles wat standaard is, kan, maar er is zoveel niet standaard.” Ook in het nieuwe model zijn afspraken nodig over taken en verantwoordelijkheden.

Als met het netwerkmodel een meer ingrijpende vernieuwing wordt beoogd, noemen partijen....

Als meerwaarde voor cliënten:

- Daadwerkelijke regie bij de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Hij/zij moet goed geïnformeerd zijn en ondersteund worden om regie te

1

2

3

4

5



kunnen voeren. Het netwerkmodel maakt dit mogelijk. Het is daarmee de opmaat naar meer/echte persoonsvolgendheid.

- Het past bij de ontwikkelingen. Het is de toekomst. Het past in het grote geheel van communicatie in de zorg (hier moet dit wel op aansluiten).
- Het biedt voordelen voor andere domeinen om inzage te hebben in de aanwezigheid van een Wlz-indicatie (bijvoorbeeld versnelling van zorginzet 'verpleging en verzorging thuis').
- Het biedt een opmaat naar meer domeinoverstijgendheid. Met name de overdrachtsmomenten maken het momenteel heel erg lastig voor cliënten; iedereen doet alles weer opnieuw als een cliënt naar een ander domein gaat. Cliënten willen zorg en niet een domein; bij deze overgangen zitten voor hen de knelpunten die met een domeinoverstijgend netwerkmodel kunnen worden weggenomen.
- Overigens:
 - Niet iedere cliënt zal het aan kunnen of willen om de regie te voeren; er zullen cliëntregisseurs en -ondersteuners nodig zijn om de cliënt in de regie te zetten.
 - De voordelen binnen de Wlz worden groter als in de registers ook gegevens komen die relevant zijn voor het primair proces. Ter illustratie: een aanbieder geeft aan dat het indicatieregister pas meerwaarde heeft als hierin ook de cliëntkenmerken worden opgenomen die het CIZ verzamelt; dit voorkomt dat de aanbieder exact dezelfde gegevens moet uitvragen bij opname.
 - Verder is een aantal aanbieders kritisch over de mogelijkheid (hoe wordt dit gevuld?) en het nut (welke verwachtingen wekt dit?) van inzage in capaciteit en lege plekken (via het aanbiedersregister). Zij wijzen er op dat plaatsing van cliënten op locaties maatwerk is.

1
2
3
4
5

Als het gaat om de *meerwaarde voor medewerkers* zien aanbieders deze vooral bij de afdeling waar de indicatiestelling, bemiddeling en zorg-administratie is belegd (de administratieve processen). Daarnaast heeft het bovenvermeld voordeel dat snel kan worden gezien of er al een Wlz-indicatie ligt, ter voorkoming van samenloop. In de directe zorg verandert niet veel, zo wordt getaxeerd, ervan uitgaande dat zij met name gebruik blijven maken van het Elektronische Cliëntdossier (dat mogelijk op de achtergrond automatisch wordt gevuld met gegevens uit de registers).

3.2 Impact van het netwerkmodel

Over de impact van het netwerkmodel op de huidige procesgang wordt verschillend gedacht. Aanbieders bewegen zich tussen 'weinig impact' enerzijds en een 'vergaande vereenvoudiging van de zorgadministratie' (een enkeling stelt dat de zorgkantoorfunctie kan vervallen bij een goed werkend netwerkmodel) anderzijds. De aanbieders die de impact als relatief klein taxeren wijzen erop dat veel activiteiten moeten worden opgepakt door softwareontwikkelaars. Verder wordt genoemd dat het vooral leidt tot verschuiving van taken: er is minder administratie en uitzoekwerk nodig, maar meer aandacht nodig voor gegevensbeheer en de kwaliteit van gegevens. Het betrokken zorgkantoor is van mening dat sprake is van een grote impact. Zie hiervoor de al eerdergenoemde voordelen van versnelling bij bijvoorbeeld het pgb en het realtime kunnen betalen van zorg.

Nagenoeg alle partijen wijzen erop dat meer transparantie gaat leiden tot een andere positie van en naar cliënten. Ook wordt gesteld dat nu nog niet helemaal is te voorzien welke mogelijkheden het netwerkmodel biedt. Daar wordt bijvoorbeeld gewezen op initiatieven als



booking.com. Ook dat heeft gaandeweg meer veranderd dan vooraf is voorzien.

Wat zijn voorwaarden voor een succesvolle invoering?

Partijen noemen verschillende voorwaarden voor een succesvolle invoering. Onder meer:

- Er wordt veelvuldig gewezen op de autonome positie van softwareleveranciers. Men vindt het essentieel dat zij (tijdig) worden meegenomen in een eenduidige visie op het nut en de noodzaak van het netwerkmodel.
- Ook afstemming met VECOZO wordt genoemd (Silvester moet werken op het moment dat de koplopers gaan starten).
- Ook de betrokkenheid van cliënten (/vertegenwoordigers) of cliëntenorganisaties wordt belangrijk gevonden (met verwijzing naar ervaringen met het pgb-portaal). Het uitgangspunt moet zijn: Hoe helpt het de cliënt? Dit vraagt om betrokkenheid van cliënten al betrokken in de opbouw en inhoud van de registers. Ook is gevraagd of onderzoek is gedaan naar hun de behoefte.
- Verder is behoefte aan regie op en overzicht over en afstemming met de veelheid van (landelijke én regionale) initiatieven die er op dit moment zijn (veel daarvan gaan uit van het ontsluiten van bronnen). Genoemd zijn onder meer het Informatieberaad Zorg (outcome doelen komen in hoge mate overeen), KIK-V, Stichting Nuts⁴ en het PGB Portaal. Voorkomen moet worden dat er straks meer registers naast elkaar gaan ontstaan.
 - Het netwerkmodel van iWlz komt voort uit een optimalisatie van administratieve processen, terwijl het Informatieberaad

Zorg zich meer richt op optimalisatie van het primaire proces en de ontwikkeling van een PGO. Door beide perspectieven bij elkaar te brengen kan de ontwikkeling vanuit een integrale visie worden vormgegeven.

- Er is behoefte aan helderheid over de doelstelling op lange termijn. Een aantal partijen is van mening dat er perspectief moet zijn op de ingrijpende vernieuwing en vindt het van belang de ontwikkeling van het netwerkmodel te richten op domeinoverstijgende mogelijkheden (Wlz, Wmo, Zvw en Jeugdwet). iWlz moet bijvoorbeeld kunnen aansluiten bij iWmo en iJeugd.
- Voor wat betreft de uitvoering van het project worden de volgende randvoorwaarden genoemd:
 - Commitment (ten aanzien van het stoppen met estafette en overgaan op netwerk).
 - Helderheid en communicatie over de status van wat er gebeurt met een heldere en realistische planning en fasering.
 - Landelijke eenduidigheid over landelijke definities.
 - Heldere afspraken over privacy, AVG en wettelijke vertegenwoordiging (transparantie over wie naar wat kan kijken).
 - Voldoende middelen om de software aan te passen en extra inzet van personeel te betalen.
 - Goede informatievoorziening over nieuwe releases.
- Tot slot wordt aangegeven dat er een steunsysteem dient te zijn voor de cliënt of zijn vertegenwoordiger, om de cliënt de regierol te kunnen geven. Hoe weet de cliënt zijn nieuwe rol (er wordt meer regie bij de cliënt gelegd) en waar (bij welk loket) kan de cliënt terecht als hij zelf niet deze rol kan pakken?

1
2
3
4
5

⁴ Stichting Nuts is een initiatief van enkele Zorg IT-leveranciers. De stichting wil een infrastructuur bouwen waarmee alle losse communicatie- en datasystemen in de zorg met elkaar verbonden kunnen worden.

4. Meerwaarde en impact van het koploperschap

De vragen over het koploperschap zijn alleen besproken met de potentiële koplopers zelf.

4.1 Meerwaarde koploperschap

De eerste vraag was die naar de motivatie om koploper te zijn. Betrokken partijen gaven aan in principe positief tegenover het koploperschap te staan, maar daar ook vragen en voorwaarden bij (zie ook hoofdstuk 4) te hebben. Het is voor hen vooral van belang scherper te krijgen waar ze 'ja' tegen zeggen. Er bestaan verschillende beelden over het koploperschap. Een deel van hen gaf expliciet aan het plezierig te vinden dat we in gesprek gingen en zagen het gesprek ook als mogelijkheid om 'bijgepraat' te worden.

- Partijen willen concreter weten hoe de registers eruit komen te zien en welke werkzaamheden van de koplopers worden verwacht met betrekking tot het bouwen, raadplegen en testen van de registers.
- Deze behoefte komt voort uit de onduidelijkheid over de wijze waarop de softwareleveranciers zijn betrokken bij de ontwikkeling van het netwerkmodel en hierin stuurbaar zijn. Enkele zorg-aanbieders geven aan hier geen enkele invloed op te hebben: "Onze softwareleverancier maakt standaardsoftware; geen specifieke software voor ons, het is de vraag of die meewerkt als koploper".

Motivatie

Als motivatie om koploper te willen zijn, noemen de betrokkenen allen dat het past bij hun visie: Men wil cliëntgericht zijn en cliënten ultieme transparantie bieden (en er is momentum). Ook mensen met beperkingen moeten mogelijkheden hebben om toegang te hebben tot hun gegevens. Men is van mening dat het netwerkmodel uiteindelijk gaat helpen om de cliënt in de regie te zetten. Er wordt bij deze vraag ook veel verwezen naar het perspectief van de ingrijpende vernieuwing.

Andere elementen die naar voren komen:

- De ambitie om voorop te willen lopen en om invloed te kunnen hebben op het proces: "door mee te doen heb je ook focus en zeggenschap" (overigens versus "we zijn volgend op het proces").
- De mogelijkheid om als eerste de voordelen van het nieuwe model te hebben en om vroegtijdig op de hoogte te zijn van de ontwikkelingen.
- Administratieve lasten willen verminderen en processen willen optimaliseren.
- Het feit dat het zorgkantoor ook als koploper is betrokken en de aanbieder is uitgenodigd door het zorgkantoor.
- Het CIZ geeft aan het logisch te vinden om als koploper mee te werken vanwege het feit dat het CIZ vooraan de keten zit.

Wensen van koplopers

De potentiële koplopers hebben ook wensen geuit ten aanzien van het netwerkmodel.

- Verrijking indicatieregister met dossier. De betreffende aanbieder geeft aan dat de indicatie zelf niets oplevert. Het krijgt pas meerwaarde als onderliggende documentatie ingezien kan worden.



- Contracteringsregister: er is behoefte aan een contractregistratiesysteem (met het overall contract tussen aanbieder en zorgkantoor). Dit zou mogelijk een grote efficiëncyslag leveren.
- Meer echte klantregie/PGO; een combinatie van zorginhoudelijke informatie met productiegegevens.

4.2 Impact van het koploperschap

Tot slot is gevraagd naar de impact van het koploperschap. Over het geheel vinden partijen dit heel lastig te beoordelen en zijn hierover globale beelden gewisseld. De gesprekken leidden vooral tot vragen over wat het koploperschap inhoudt. Gebleken is dat men, ten tijde van het onderzoek, onvoldoende scherp heeft wat concreet wordt gevraagd. Tegelijkertijd weet men dat deze concreetheid deels ook door koplopers zelf moet worden geleverd als onderdeel van het koploperschap ('kip-ei'). Hieronder geven we de belangrijkste vragen weer.

Er is veel gevraagd naar de rol van de *softwareleveranciers*. Wat doen zij en wat wordt verwacht van de koplopers zelf? Hier zit mogelijk ook de grootste kostenpost volgens enkele aanbieders (als de softwareleveranciers zorgen voor aangepaste applicaties dan is de investering voor de aanbieders van zorg relatief beperkt). Is het bij hen aangemeld? Zijn zij voldoende betrokken?

Rondom de *techniek* zijn er de volgende vragen:

- Wat doet Vecozo/wat is de inhoud van Silvester (moeten bijvoorbeeld de notificaties door koplopers worden geregeld)?
- Wat doet het ontkoppelpunt/wie doet wat hierin?

- Gaat het alleen om meedenken en testen of ook om gezamenlijk ontwikkelen?
- Hoe vaak moet een volledige ketentest plaatsvinden? Moet dat bij ieder register en dan steeds iets groter? Hoe vaak moet er worden getweakt? Hoeveel iteraties zijn er?
- Welke techniek wordt gebruikt?

Er zijn ook veel vragen over de *fasering* van het traject met koplopers: Hoe lang loopt het? Wie levert wat wanneer? En daarbij: Wie pakt het leiderschap? Wie is eigenaar? Wat wordt wanneer van koplopers gevraagd?

Tot slot spelen vragen als:

- Is het te bemensen met eigen personeel of moet inhuur plaatsvinden?
- Neem je wel/ niet meteen de gewenste vernieuwing in je eigen proces mee?
- Worden registers tegelijkertijd opgepakt? (Er is behoefte aan versnelling van het gebruik van het toewijzingsregister samen met het indicatieregister, zodat er direct ook merkbare effecten voor de aanbieders gaan ontstaan).

Deze vragen zijn inmiddels door het Zorginstituut voorzien van antwoorden die op hun website actueel worden gepresenteerd.

De vragen maakten dat aanbieders op het moment van onderzoek niet tot een indicatie van kosten konden komen. Het betrokken zorgkantoor heeft hiertoe een aanzet gedaan (voor de stap van het indicatieregister).

1

2

3

4

5



Activiteiten die zijn benoemd:

1. Inhoudelijk meedenken op bureau niveau/business: intern project opzetten, nadenken, mensen vrij maken om zich in processen te verdiepen, intern lobbyen, requirements opstellen, intern toetsen, deelname aan werkgroepen, testomgeving opbouwen (via softwareleveranciers).
2. Technisch ontwikkelen.
3. Proeftesten/ketentesten: testen wat is ontwikkeld onder supervisie van de partij die dit heeft gebouwd.
4. Schaduwdraaien (proof of concept): naast de reguliere productie-stroom ook in een nieuwe omgeving werken, waarbij je productie-proces nog volledig draait op oud.
5. Implementeren: het oude niet meer gebruiken.

Eén aanbieder gaf hier als optie mee om de eventuele vergoeding te betalen op basis van vertrouwen en commitment voor een aantal dagen per week; en dan gaandeweg kijken hoeveel tijd daadwerkelijk wordt besteed aan het koploperschap en op basis van die werkelijkheid de kosten vergoeden.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



5. Conclusies

Op grond van de gesprekken die we hebben gevoerd komen we tot de volgende samenvattende conclusies.

- 1 • In grote lijnen staan partijen positief ten opzichte van de ontwikkeling van het netwerkmodel. Het kan leiden tot onder meer verbetering van informatie en meer transparantie voor cliënten, versnelling en betere beheersing van administratieve processen; er is minder afhankelijkheid in de keten.
- 2 • Omdat binnen de Wlz al een goed berichtenverkeer bestaat, leent de Wlz zich er goed voor om als eerste een omslag te maken naar het netwerkmodel met registers waarmee op onderdelen een versnelling in het administratieve kan worden gerealiseerd.
- 3 • Extra meerwaarde van het netwerkmodel zit in uitbreiding van de Wlz naar andere domeinen: Wmo, Zvw en Jeugdwet.
- 4 • Het samenhangende verhaal is daarbij van belang: Wat we nu doen op kleine schaal in de Wlz is nodig om uiteindelijk de verbreding naar de andere domeinen te maken.
- 5 • Ook is relevant helder te maken hoe zich dit verhoudt tot de ontwikkelingen binnen het Informatieberaad Zorg.
- Er is behoefte aan een overzicht van en regie op alle initiatieven die lopen. Waar staat het actieprogramma ten opzichte van andere initiatieven en hoe is de afstemming geborgd?
- Hierbij wordt het ook als heel relevant gezien om de klant vanaf het begin te betrekken. Cliëntenorganisaties dienen zichtbaar betrokken te worden bij de ontwikkeling van de registers, zodat de

informatie die hierin wordt geregistreerd daadwerkelijk regie aan de cliënt(-vertegenwoordigers) kan geven.

- De koplopers hebben nog veel vragen over het koploperschap. Er is behoefte aan een duidelijk overzicht van de werkzaamheden die van de koplopers worden verwacht. Indien hierover meer helder is kunnen de aanbieders en het zorgkantoor beter aangeven wat een passende vergoeding is van de kosten van het koploperschap.
- De rol van de softwareleveranciers vinden de koplopers cruciaal. Er is behoefte om samen met aanbieders, het zorgkantoor, de softwareleveranciers en het ZIN tot werkbare afspraken te komen.

Bijlage 1. Partijen die we hebben gesproken

Potentiele koplopers (face-to-face interviews, tenzij anders vermeld)	
CIZ	<ul style="list-style-type: none"> Jelle Methorst (informatiemanager; telefonisch)
Philadelphia	<ul style="list-style-type: none"> Paul van den Heuvel (hoofd verkoop tot opbrengst) Peter Bakuwel (accountmanager) Dennis van den Broek (ICT-architect) Steven Wanschers (business analyst)
Elver	<ul style="list-style-type: none"> Mark Verhoeven (medewerker planning & control) Harry Fukkink (ICT-coördinator/procesmanager) Irma Harmelink (bestuurder)
Menzis	<ul style="list-style-type: none"> Laurens Rupert (programmamanager ICT) Richard Trigg (stafmedewerker Wlz) José Janssen (informatieadviseur) Jan Megens (manager Wlz; telefonisch)
Siza	<ul style="list-style-type: none"> Jos de Wit (functioneel beheerder) Ans van de Ven (manager zorgbureau) Michel Peters (Manager Informatie & Technologie) Julianne Meijers (bestuurder; telefonisch)

Overige partijen (telefonisch)	
<i>Betrokkenen Themacommissie Informatisering Actiz</i>	
Zorgboog	<ul style="list-style-type: none"> Wil Hazen (directeur Divisie Management-ondersteuning en Service Centrum) Miranda van Dongen (hoofd cliëntenadministratie)
ZZG Zorggroep	<ul style="list-style-type: none"> Stefan Perdok (directeur/kwartiermaker ICT)
<i>Direct of indirect betrokkenen KISS</i>	
Brabantzorg	<ul style="list-style-type: none"> Felicia Brandsma (bestuurder)
De Zorgcirkel	<ul style="list-style-type: none"> Martine Twisk (manager bemiddelingsbureau)
Per Saldo	<ul style="list-style-type: none"> Aline Molenaar (directeur)
ActiZ	<ul style="list-style-type: none"> Ruud Zondervan (adviseur zorginformatie)
VGN	<ul style="list-style-type: none"> Han Huizinga (senior beleidsmedewerker)
Zilveren Kruis	<ul style="list-style-type: none"> Theo Burghouts (beleidsadviseur langdurige zorg) Theo van Wee (informatiemanager)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Bijlage 2. Waardenoverzicht

	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatieregister • Wlz-registertoets • Technische basisstructuur • Silvester 	<ul style="list-style-type: none"> • Clientregister • Toewijzingsregister 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigen bijdrage register • Zorgleveringsregister 	<ul style="list-style-type: none"> • Declaratieregister • Betalingsregister • Zorgaanbiedersregister (LRZA)
Cliënt	<ul style="list-style-type: none"> • Sneller weten hoogte Eigen Bijdrage 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigen cliëntportaal met inzicht in indicatie • Zelf in staat diverse gegevens te beheren om meervoudige vraag te voorkomen evenals geven toestemming • Inzicht in toewijzingsgegevens • Inzicht in status cliëntproces • Start met mogelijkheid geven toestemming (regie op gegevens) • Sneller weten hoogte eigen bijdrage 	<ul style="list-style-type: none"> • Beter inzicht in kwaliteitsgegevens en gegevens per locatie • Inzicht in toewijzingsgegevens, • Mogelijkheid om aanvragen tot wijziging van zorg aan te vragen • Inzicht in Eigen Bijdrage 	<ul style="list-style-type: none"> • Inzicht in gehele zorgproces • Mogelijkheid tot geven kwaliteitsoordelen • Transparant keuzeprocess • Inzicht in declaraties
Aanbieder van zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Voorkomen samenloop Wlz, Zvw, Wmo (aanbieder hoeft dit niet te controleren) • Sneller inzicht in indicatie-dossier (eventueel voor of zelfs zonder toewijzing?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen dubbele uitvraag van persoonlijke cliëntgegevens • Eenvoudiger toewijzingsproces • Inzicht in toewijzingen van andere aanbieders (mits machtigingen) • Betere regie op zorgproces van cliënt 	<ul style="list-style-type: none"> • Inzicht in zorg bij andere aanbieders • Mogelijkheid tot betere afstemming omtrent zorg over cliënt • Mogelijkheid inzicht uitnutting budget • Stopzetting Maz/Mut-berichtenverkeer • Beperking van uitval berichtenverkeer 	<ul style="list-style-type: none"> • Administratieve lastenverlichting in het kader van declaraties • Mogelijkheid tot inzicht in uitnutting budget
Zorgkantoor	<ul style="list-style-type: none"> • Sneller inzicht in indicatie-gegevens • Vervallen van bepaalde rapportages (Vektis, Zin, Nza) • Alleen benodigde gegevens ontvangen • Bij beschikbaarheid aanvraag eerdere bemiddeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen dubbele uitvraag van persoonlijke cliëntgegevens • Bovenregionaal berichtenverkeer opheffen • Stopzetting toewijzingsberichtenverkeer • Beperking uitval berichtenverkeer • Inzicht in voorkeuren cliënt (bemiddeling) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zicht op onderhanden werk bij aanbieders • Inzicht uitnutting budget • Vergelijken Maz en EB register t.b.v. compleetheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Digitale betalingsopdrachten • Stopzetten CA-berichtenverkeer • Beperking uitval berichtenverkeer • Sneller toegang tot declaratiegegevens

1
2
3
4
5



Oplevering	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatieregister • Wlz-registertoets • Technische basisstructuur • Silvester 	<ul style="list-style-type: none"> • Clientregister • Toewijzingsregister 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigen bijdrage register • Zorgleveringsregister 	<ul style="list-style-type: none"> • Declaratieregister • Betalingsregister • Zorgaanbiedersregister (LRZA)
CIZ	<ul style="list-style-type: none"> • Stopzetting IO31 berichtenverkeer • Beperking van uitval berichtenverkeer 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen dubbele uitvraag van persoonlijke cliëntgegevens 	<ul style="list-style-type: none"> • Zicht op geleverde zorg • Mogelijkheid tot automatisch stoppen Indicatie na 9 maanden geen zorg (in bepaalde gevallen) 	
CAK	<ul style="list-style-type: none"> • Sneller berekenen en opleggen eigen bijdrage 	<ul style="list-style-type: none"> • Sneller berekenen en opleggen eigen bijdrage • Geen dubbele uitvraag van persoonlijke cliëntgegevens 	<ul style="list-style-type: none"> • Zicht op geleverde zorg nodig voor vaststellen/wijzigen eigen bijdrage 	<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheid tot digitale betalingsopdrachten • Administratieve lastenverlichting in het kader van declaraties • 20 uurs criterium niet meer via Vektis

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

