



De puzzel afmaken

Oplossingen om de administratieve lasten voortvloeiend uit de contractering in de langdurige zorg en jeugdzorg te beperken door middel van standaardisatie

Zeelandsingel 40
6845 BH Arnhem

Postbus 4801
6803 EV Arnhem

T 026 383 05 65
E samenwerken@qconsult.nl
I www.qconsult.nl

Onderdeel van
CGT Zorg & Gezondheid

 **Q-Consult**

De puzzel afmaken

O oplossingen om de administratieve lasten voortvloeiend uit de contractering in de langdurige zorg en jeugdzorg te beperken door middel van standaardisatie

Colofon

Auteurs Q-Consult: Joanne Amse, Noortje Molenaar, Rodinde Pauw, Marjolein Schimmel, Joost Zuurbier

Projectleider Q-Consult: Joost Zuurbier

Datum: 6 oktober 2016

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Managementsamenvatting

In de Tweede Kamer is een motie van de leden Van der Staaij en Bruins Slot aangenomen. Zij verzoeken de regering te bevorderen dat zorgverzekeraars, zorgkantoren, respectievelijk gemeenten werken aan standaardisatie van inkoop-, kwaliteits-, en facturatie-eisen. De motie vloeit rechtstreeks voort uit de hervorming van de langdurige zorg in drie wetten: de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook is de verantwoordelijkheid voor de jeugdhulp volgens de Jeugdwet (Jw) gedecentraliseerd naar de gemeenten.

Doelstelling onderzoek

Het doel van het onderzoek is te komen tot oplossingen om de administratieve lasten voortvloeiend uit de contractering en verantwoording van de Wlz, Zvw wijkverpleging, Wmo 2015 en Jeugdwet voor zorgaanbieders te beperken. Hierbij wordt de volgende definitie gehanteerd voor het begrip administratieve lasten:

“De werkzaamheden die gepaard gaan met het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie gericht op eisen die voortvloeien uit de contractering van zorg en ondersteuning.”

Methodologie

Om tot gedragen oplossingsrichtingen te komen om de administratieve lasten te beperken zijn vier fases doorlopen. In fase 1 zijn de knelpunten met betrekking tot administratieve lasten geïnventariseerd door middel van een literatuuronderzoek en casestudy. In fase 2 zijn de knelpunten beoordeeld en gewogen aan de hand van een enquête en werkgroepen met zorgaanbieders. In fase 3 zijn oplossingen gekozen op basis van draagvlak middels denktank- en validatiesessies. Tot slot is een rapportage opgesteld en besproken in fase 4.

Conclusie

Met de hervorming van de langdurige zorg is beoogd de kwaliteit van zorg te verbeteren, de betrokkenheid in de samenleving te vergroten en de financiële houdbaarheid te waarborgen. Op basis van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de transitie tot nu toe gewenste en ongewenste effecten met zich mee heeft gebracht.

Het doel dat door de transitie wordt nagestreefd, namelijk het organiseren van de zorg dichterbij de cliënt, wordt door de zorgaanbieders in de praktijk herkend. Door de decentralisatie wordt de zorg meer geleverd vanuit de vraag van de cliënt en wordt de kwaliteit van zorg meer benaderd vanuit het cliëntperspectief. Andere positieve bewegingen die zorgaanbieders zien optreden sinds de transitie zijn ambulantisering, nadruk op preventie en aandacht voor innovatie. Met andere woorden: de zorgverlening ‘aan de voorkant’ is zichtbaar aan het verbeteren. Daarentegen zijn ‘aan de achterkant’ een aantal ongewenste transitie-effecten opgetreden die hebben gezorgd voor een toename van de administratieve lasten.

Op basis van de cases, een representatieve enquête en een werkgroep met zorgaanbieders kan geconcludeerd worden dat een duidelijke scheidslijn te trekken is tussen administratieve lasten in de Wlz en de Zvw wijkverpleging enerzijds, en de Wmo en Jeugdwet anderzijds. Er wordt nauwelijks een verandering ervaren in de hoogte van de administratieve lasten in de Wlz ten gevolge van de hervorming

van de langdurige zorg. Er wordt een beperkte verandering ervaren in de hoogte van de administratieve lasten in de Zvw ten gevolge van de hervorming van de langdurige zorg. Het contracteringsproces, de wijze van declareren en de kaders zijn bekend. In de Wmo en de Jeugdwet worden de administratieve lasten als hoog bestempeld. Om in het licht van de motie een betekenisvolle reductie te bereiken in de ervaren administratieve lasten is door zorgaanbieders aanbevolen in dit onderzoek met name te focussen op de problematiek in de Wmo 2015 en Jeugdwet. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat knelpunten in de Wlz en Zvw wijkverpleging reeds worden opgepakt in lopende trajecten, waaronder de schrapessies in de Wlz en het vervolg op het traject 'Resultaten Vermindering administratieve lasten eerstelijnszorg'.

Uit het onderzoek is gebleken dat de diversiteit in contractering en monitoring per gemeente, dus de bekostiging per gemeente, de hoofdoorzaak is van het ontstaan van de transactiekosten bij de zorgaanbieders. Zorgaanbieders ervaren administratieve lasten, omdat de (gevraagde) gegevensuitwisseling ten behoeve van de verantwoording niet in lijn ligt met de bekostiging. Voor de oplossingsrichting kan o.a. worden teruggevallen op het SIRA onderzoek, het CPB rapport en NBA brieven. Hierin wordt een aantal randvoorwaarden beschreven die noodzakelijk zijn om een toename van de administratieve lasten in de hervorming langdurige zorg en de bijbehorende transactiekosten te beperken. De bovengenoemde randvoorwaarden zijn voornamelijk nog niet overal ingevuld. Dit leidt tot een stapeling van controles, zoals productieverantwoording, materiële controles en accountantscontroles, met de toenemende administratieve lasten als gevolg. Naast het gegeven dat nog niet is voldaan aan deze randvoorwaarden voor het beperken van de transactiekosten, is het van belang met een realistische blik te kijken naar de tijd die een transitie in beslag neemt. Voor veel zorgaanbieders én gemeenten is hun complete speelveld veranderd door de transitie. Beide partijen moeten de nieuwe administratieve processen die gepaard gaan met de decentralisatie inregelen en moeten daar de tijd voor krijgen.

Aanbevelingen

Op basis van de conclusie kunnen de volgende oplossingsrichtingen aangereikt worden:

- ± 1. Voer de werkagenda van de Stuurgroep iSD uit.
- ± 2. Creëer een vorm van governance in de Wmo 2015 en Jw.
- ± 3. Creëer een minimale SOLL-positie bestaande uit een standaardisatie van gegevens, systemen en techniek.
- ± 4. Professionaliseer de verkoopfunctie van zorgaanbieders en inkoopfunctie van gemeenten.
- ± 5. Harmoniseer de aanbestedingsprocedure om compliant te worden met het Europese aanbestedingsrecht.
- ± 6. Versterk het vertrouwen in contractrelaties.

Bovenstaande oplossingsrichtingen zijn door de betrokken ook wel samengevat met de metafoor van een puzzel:

“De puzzelstukjes zijn reeds aanwezig, maar moeten alleen nog op de juiste plaats gelegd worden om de puzzel af te maken.”



Bij oplossingsrichting 1 en 3 is het belangrijk de afstemming te blijven houden met de domeinen Wlz en Zvw als het gaat om facturatie- en betaalperioden, berichtenverkeer en eigen bijdrage. Hierdoor vindt standaardisatie over alle domeinen (Wlz, Zvw, Wmo en Jw) plaats indien van toepassing. Oplossingsrichting 4 en 6 zijn van belang voor alle domeinen. Door in te steken op de professionalisering van de verkoopfunctie en het versterken van vertrouwen in contractrelaties worden de administratieve lasten over alle domeinen aangepakt.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	7
1.1 Doel hervorming van de langdurige zorg en jeugdzorg	7
1.2 Probleemstelling	7
1.3 Doelstelling onderzoek	8
1.4 Kaders onderzoek	8
1.5 Leeswijzer	9
2. Theoretisch kader	10
2.1 Transactiekostentheorie	10
2.2 Activiteiten contracteringsproces	10
2.3 Beïnvloedende factoren in het contracteringsproces	11
2.4 Strategieën om transactiekosten te verlagen	12
3. Methodologie	14
3.1 Fase 1. Inventarisatie	14
3.2 Fase 2. Beoordeling	15
3.3 Fase 3. Oplossingen	15
3.4 Fase 4. Opstellen rapportage	16
4. Resultaten	17
4.1 Standaardisatiematrix	17
4.2 Ervaren administratieve lasten	17
4.3 Top 5 knelpunten administratieve lasten	31
4.4 Oplossingen	34
5. Conclusie en aanbevelingen	41
5.1 Conclusie	41
5.2 Aanbevelingen	43
Bijlage I: Afkortingen	47
Bijlage II: Referentielijst	48
Bijlage III: Uitgevoerde cases, bijeenkomsten en overleggen	54
Bijlage IV: Enquête	55
Bijlage V: Standaardisatiematrix	67
Bijlage VI: Definitielijst onderwerpen standaardisatiematrix	69

1. Inleiding

In de Tweede Kamer is een motie van de leden Van der Staaij en Bruins Slot aangenomen. Zij verzoeken de regering te bevorderen dat zorgverzekeraars, zorgkantoren, respectievelijk gemeenten werken aan standaardisatie van inkoop-, kwaliteits-, en facturatie-eisen (Staij & Bruins Slot, 2015). De motie vloeit rechtstreeks voort uit de hervorming van de langdurige zorg in drie wetten: de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook is de verantwoordelijkheid voor de jeugdhulp volgens de Jeugdwet (Jw) gedecentraliseerd naar de gemeenten.

1.1 Doel hervorming van de langdurige zorg en jeugdzorg

In de Kamerbrief 'Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst' (2013a) en de Kamerbrief 'Samenhang zorg en ondersteuning' (2014) worden de noodzaak en de samenhang van de hervorming van langdurige zorg en jeugdzorg benadrukt. De regering geeft hierin drie motieven aan om het stelsel van langdurige zorg te herzien: het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondersteuning, het versterken van de zelf- en samenredzaamheid van burgers en het vergroten van de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg.

Door middel van de decentralisatie wordt beoogd de knelpunten van kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg aan te pakken. Door de decentralisatie van taken op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en (arbeids)participatie krijgen gemeenten per 1 januari 2015 te maken met een aanzienlijke uitbreiding van hun verantwoordelijkheden. Daarbij is de inzet om de dienstverlening zo dicht mogelijk bij de burger te brengen en gemeenten in staat te stellen integraal en samenhangend beleid te voeren. Hiermee kan worden voorkomen dat hulpverleners langs elkaar heen werken en kan een bijdrage geleverd worden aan een efficiëntere en effectievere overheid (Ministerie van BZK, 2014).

1.2 Probleemstelling

De hervorming van de langdurige zorg heeft zijn beslag gekregen in drie wetten: de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook is per 2015 de verantwoordelijkheid voor de jeugdhulp volgens de Jeugdwet gedecentraliseerd naar de gemeenten. Het voorgaande leidt ertoe dat elke actor in dit proces, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren, eigen inkoop-, kwaliteits-, facturatie- en verantwoordingseisen stellen voor de genoemde vormen van zorg. In de regel gebeurt dit ook. Zo worden zorgaanbieders geconfronteerd met deze uiteenlopende eisen wanneer zij binnen één domein werken en met nog meer verschillende eisen wanneer zij ondersteuning en zorg verlenen vanuit verschillende domeinen. Daarnaast speelt specifiek in de Wmo 2015 en de Jeugdwet de discussie rondom de beleidsvrijheid van gemeenten. In 2014 gaven VNG, iZA en VWS al aan dat sprake is van de volgende situatie: *"Er leeft een perceptie van tegenstrijdigheden tussen beleidsvrijheid/autonomie van gemeenten versus standaardisatie van administratieve processen. De mogelijkheden van standaardisatie met behoud van beleidsvrijheid worden nog onvoldoende onderkend"* (VNG, iZA, VWS, 2014).

1.3 Doelstelling onderzoek

Het doel van het huidige onderzoek is te komen tot oplossingen om de administratieve lasten voortvloeiend uit de contractering en verantwoording van de Wlz, Zvw wijkverpleging, Wmo 2015 en Jeugdwet voor zorgaanbieders te beperken. Hierbij wordt de volgende definitie gehanteerd voor het begrip administratieve lasten:

“De werkzaamheden die gepaard gaan met het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie gericht op eisen die voortvloeien uit de contractering van zorg en ondersteuning.”

1.4 Kaders onderzoek

In dit onderzoek zijn onderstaande kaders gehanteerd.

Binnen de scope van dit onderzoek:

- Administratieve lasten die voortvloeien uit de zorgcontractering in het kader van de Wlz, wijkverpleging in het kader van de Zvw, Wmo 2015 en Jeugdwet;
- het onderzoek focust zich op de administratieve lasten die worden ervaren door zorgaanbieders. Onder zorgaanbieders worden aanbieders verstaan die zorg en ondersteuning leveren in de sectoren GGZ, GHZ, Jeugdzorg en VVT;
- het onderzoek focust zich op de eisen die gesteld zijn in de zorgcontractering 2015 en 2016;
- het onderzoek focust zich op de administratieve lasten ontwikkeling die gepaard gaat met de hervorming van de langdurige zorg. Dit laat onverlet dat er andere ontwikkelingen zijn die voor een verandering (zowel positief als negatief) van administratieve lasten zorgen;
- het onderzoek focust zich op de administratieve lasten die gepaard gaan met het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie gericht op eisen die voortvloeien uit de contractering. Deze werkzaamheden vinden grotendeels plaats op de back-office bij zorgaanbieders. Dit laat onverlet dat er administratieve lasten worden ervaren door professionals op de werkvloer;
- in het onderzoek zijn eerder uitgevoerde onderzoeken en onderzoeken die gedurende het onderzoekstraject zijn gepubliceerd meegenomen (zie bijlage II).

Buiten de scope van dit onderzoek:

- Administratieve lasten in het kader van toezicht (in de zin van toezicht op kwaliteit van zorg door de IGZ);
- administratieve lasten die betrekking hebben op het persoonsgebonden budget (pgb).

Terminologie en definities:

- Indien gesproken wordt over ‘domeinen’ wordt bedoeld: Wlz, Wmo 2015, wijkverpleging in het kader van de Zvw en Jeugdwet;
- indien gesproken wordt over ‘sectoren’ wordt bedoeld: Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Gehandicapten Zorg (GHZ), Jeugdzorg (JZ) en Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT);
- zorgaanbieders ‘verkopen’ hun zorg, financiers kopen de zorg in;
- indien gesproken wordt over ‘de branches’ wordt bedoeld: ActiZ, Brancheorganisatie Thuiszorg Nederland (BTN), Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ-NL), Jeugdzorg Nederland, RIBW Alliantie en Vereniging Gehandicapten Nederland (VGN);

- er zijn twee formele werkgroepen gedefinieerd in het kader van het onderzoek: de klankbordgroep en de stakeholdergroep. Onderdeel van de klankbordgroep zijn de vertegenwoordiging van de branches en het ministerie van VWS. De stakeholdergroep bestaat uit deelnemers van de volgende partijen: Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het CAK, CIZ, Zorginstituut Nederland (ZiNI), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), NBA/Coziek, het programma i-Sociaal Domein (iSD) en VWS.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 van dit rapport beschrijft het theoretisch kader dat is gehanteerd tijdens het onderzoek. In hoofdstuk 3 wordt de methodologie toegelicht. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Tot slot beschrijft hoofdstuk 5 de conclusies en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen.

2. Theoretisch kader

Om een beeld te vormen van de administratieve lasten die voortvloeien uit het contractering- en verantwoordingsproces kan de transactiekostentheorie worden gebruikt. Dit is een theorie die afkomstig is vanuit de economie en wordt gebruikt in zowel economische, politieke als organisatorische context. In dit hoofdstuk wordt eerst de theorie toegelicht aan de hand van diverse vormen van transactiekosten die kunnen optreden. Vervolgens worden de activiteiten van het contracteringsproces en de factoren die de verschillen in de complexiteit van dit proces veroorzaken nader toegelicht. Tot slot worden enkele strategieën uiteengezet die zorgaanbieders kunnen hanteren om de transactiekosten te verlagen.

2.1 Transactiekostentheorie

De transactiekostentheorie beschrijft de activiteiten die nodig zijn voor het afsluiten van een contract (Williamson, 1981). De theorie biedt handvatten voor de manier waarop transacties tussen twee partijen tot stand komen, waarbij een transactie een individuele markthandeling of het afsluiten van een contract kan zijn.

Transactiekosten zijn alle kosten die gemaakt worden om een contract tussen partijen (meer) compleet te maken en de risico's van opportunisme en beperkte rationaliteit te verminderen. Het gaat hierbij om alle kosten die leiden tot de juiste prestatieprikkels en coördinatie. Elke organisatie is erbij gebaat om de transactiekosten zo laag mogelijk te houden ten behoeve van het voortbestaan van de organisatie en zal dan ook streven naar zo laag mogelijke transitiekosten (Williamson, 1981).

2.2 Activiteiten contracteringsproces

De transacties komen tot stand door drie soorten activiteiten: 1) oriëntatie en informatieverzameling, 2) onderhandelingen en besluitvorming, en 3) monitoring en handhaving (Dahlman, 1979; Valentinov, 2008). Door factoren die het gevolg zijn van menselijk handelen ontstaan vervolgens verschillen in het proces en in bijvoorbeeld de duur van de activiteiten.

Activiteiten die samenhangen met oriëntatie en informatieverzameling hebben tot doel om de andere partij te vinden en beter te begrijpen, en omvatten de tijd en middelen die gespendeerd worden aan de voorbereiding op de onderhandelingen (Dahlman, 1979). De activiteiten omvatten voor de zorgaanbieder daarom de ontwikkeling van een propositie per financier (zorgverzekeraar en/of gemeente). De financier ontwikkelt en deelt een zorginkoopbeleid en verzamelt informatie over de kwaliteit en prijs van de zorgaanbieder ook ten opzichte van andere aanbieders. Naast het op papier delen van deze informatie dienen partijen zorgvuldig te investeren in het elkaar bevragen over de propositie en het zorginkoopbeleid om daarmee te zoeken naar gemeenschappelijke belangen.

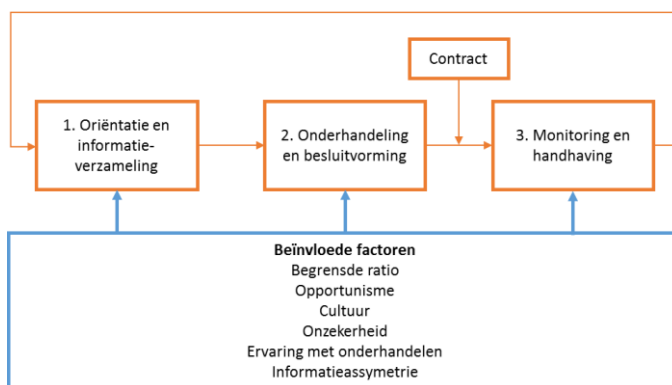
Activiteiten ter onderhandeling en besluitvorming tussen een zorgaanbieder en een financier behelzen de activiteiten die nodig zijn voor de inhoud en het afsluiten van het volledige contract. Het contract omvat in elk geval afspraken over het volume, de prijs en de kwaliteit van de zorgproducten die de zorgaanbieder zal leveren aan de klanten van de financier. Tijd en middelen worden besteed om het nut van cliënten te maximaliseren (Dahlman, 1979).

Activiteiten ter monitoring en handhaving van het contract starten wanneer het contract is afgesloten en zorgaanbieders facturen kunnen versturen aan de financier. Het heeft betrekking op de wijze waarop

het contract gehandhaafd wordt en de eventuele sancties die voortvloeien uit het niet nakomen van de afspraken (Hazeu, 2000). Tijd en middelen worden geïnvesteerd om ervoor te zorgen dat de andere partij zijn verplichtingen uitvoert volgens de voorwaarden van het contract (Dahlman, 1979).

2.3 Beïnvloedende factoren in het contracteringsproces

De activiteiten in het contracteringsproces wordt beïnvloed door een aantal factoren, waardoor verschillen ontstaan in de complexiteit van het proces. De transactiekostentheorie verklaart de complexiteit van onderhandelingsprocessen aan de hand van zes factoren die de duur en de inrichting van het contracteringsproces beïnvloeden (Zuurbier, Manschot & Lisdonk, 2015). In figuur 1 wordt schematisch de verhouding tussen de activiteiten in het contracteringsproces en de beïnvloedende factoren weergegeven.



Figuur 1. Samenhang contracteringsproces en beïnvloedende factoren

Begrensd ratio

Er bestaat een grens in de mate waarin mensen informatie kunnen ontvangen, opslaan, verzamelen en verwerken. Hoe beter men ingelezen is in de (nieuwe) materie en kan omgaan met informatie, hoe meer expertise zij krijgt en dus hoe beter zij de informatie juist kan verwerken.

Opportunisme

In de transactiekostentheorie wordt aangenomen dat organisaties rationele beslissingen nemen gebaseerd op opportunistische motieven. Opportunisme staat voor de mate waarin een organisatie voor eigen gewin gaat, desnoods ten koste van de andere partij. De tegenhanger van opportunisme is vertrouwen, waarbij een organisatie juist uitgaat van gezamenlijk belang. Een gezamenlijk verleden kan invloed hebben op de onderhandelingen in het heden, bijvoorbeeld in geval van conflicten (Malatesta, 2012), of juist een goede vertrouwensrelatie (Ashton et al., 2004).

Cultuur

Cultuur heeft betrekking op interne waarden van een organisatie: hiërarchie, beslissingsbevoegdheden en omgangsvormen. Praktische uitwerkingen van cultuur, die van invloed zijn op het proces, zijn bijvoorbeeld de hiërarchie en bijbehorende verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Onzekerheid

Onzekerheid is een externe factor waarmee partijen te maken hebben. Daarnaast treedt onzekerheid op door het handelen van andere organisaties, zoals externe toezichthouders en de overheid.

Ervaring met onderhandelen

Naar mate onderhandelaars vaker onderhandelen en expertise opdoen in het vak, ontstaat meer homogeniteit in handelen. Dit is van invloed op de machtsverhouding tussen de partijen.

Informatieasymmetrie

Op het moment dat de ene partij meer of andere gegevens in bezit heeft dan de andere partij, ontstaat informatieasymmetrie. Beide partijen hebben informatie nodig om te onderhandelen en moeten de informatie die zij niet bezitten aanvullen om een volwaardige gesprekspartner te zijn. Informatieasymmetrie leidt tot vertraging van het contracteringsproces, aangezien beide partijen op zoek gaan naar de informatie die zij missen (Cabrales et al., 2010; Malatesta, 2012).

2.4 Strategieën om transactiekosten te verlagen

Er zijn een drietal kenmerken van transacties te onderscheiden die de *hoogte* van de transactiekosten beïnvloeden: de specificiteit van de overeenkomst, de frequentie waarin de overeenkomst plaatsvindt en de onzekerheid van de overeenkomst (Williamson, 1981).

Berghuis (2016) heeft op basis van literatuurstudie de hoofd- en substrategieën samengevat die *zorgaanbieders* kunnen hanteren om de transactiekosten te verminderen (figuur 2). In deze studie wordt onderscheid gemaakt tussen twee vormen van transactiekosten: ex ante en ex post transactiekosten (Williamson, 1985). De ex ante transactiekosten zijn de transactiekosten welke plaatsvinden vóór het ondertekenen van het contract om een zo compleet contract op te stellen. De ex post transactiekosten zijn de transactiekosten welke plaatsvinden ná ondertekening van het contract.

Mate van specificiteit verkleinen

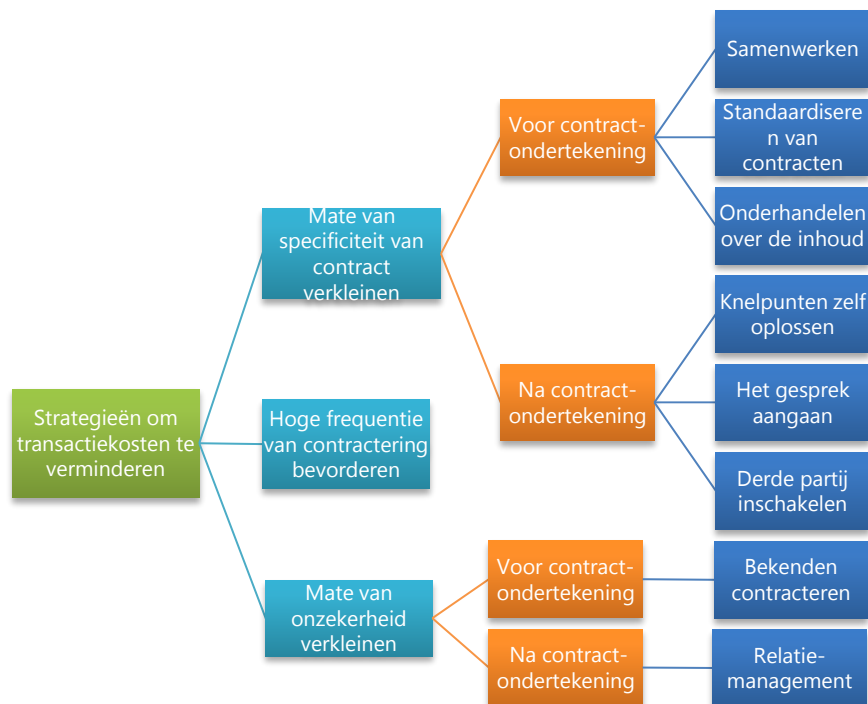
Wanneer een contract tussen twee partijen zeer specifiek is, wordt gesproken van een transactie-specifieke overeenkomst. Een mogelijke strategie die aanbieders kunnen hanteren om de transactiekosten te verlagen is om de mate van specificiteit van de contracten te verkleinen. Zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld aangeven dat gemeente X heel specifieke verantwoordingseisen hanteert en kunnen hierover het gesprek aangaan met de gemeente.

Hoge frequentie van contractering bevorderen

Wanneer een transactie regelmatig plaatsvindt, zal minder nadruk worden gelegd op het contract, dat zorgt voor lagere transactiekosten. De aanname hierbij is dat wanneer uitzicht is op herhaling van de transactie, de neiging tot opportunistisch gedrag lager wordt.

Mate van onzekerheid verkleinen

Onzekerheid is het derde kenmerk van een transactie die de transactiekosten verhoogt. Hierbij geldt: hoe groter de onzekerheid van de transactie, hoe hoger de transactiekosten zullen zijn. Zorgaanbieders kunnen maatregelen nemen om de onzekerheid te verkleinen door het inwinnen van informatie over de andere partij en het opstellen van een contract. Daar staat tegenover dat de tijd en moeite die het kost om informatie in te winnen over de andere partij de transactiekosten opdrijven.



Figuur 2. Strategieën om transactiekosten te verlagen voor zorgaanbieders

Bovenstaande strategieën zijn in het kader van het onderzoek van Berghuis (2016) geïnventariseerd als zijnde strategieën voor zorgaanbieders om te hanteren. Dit laat onverlet dat ook gemeenten een deel van bovenstaande strategieën kunnen hanteren om de administratieve lasten voor zorgaanbieders en mogelijk henzelf te minimaliseren. Ter illustratie: gemeenten kunnen ook maatregelen nemen om de onzekerheid te verkleinen. Door bijvoorbeeld te investeren in het verkrijgen van kennis over de inhoud van zorg en zorgprocessen is de verwachting dat minder specifieke eisen worden gesteld.

3. Methodologie

Om tot gedragen oplossingsrichtingen te komen die de administratieve lasten beperken is in dit onderzoek een aanpak gehanteerd welke volgt uit het beslismodel van Simon (intelligence, design, choice). In dit hoofdstuk is de aanpak met de verschillende fases van het onderzoek beschreven. In fase 1 zijn de knelpunten geïnventariseerd. In fase 2 zijn de knelpunten beoordeeld en gewogen. In fase 3 zijn oplossingen gekozen op basis van draagvlak. Tot slot is een rapportage opgesteld en besproken (fase 4).

3.1 Fase 1. Inventarisatie

Het doel van fase 1 is inzicht verkrijgen in de eisen van financiers die op dit moment onvoldoende gestandaardiseerd zijn. Dit is gedaan door de zogenaamde standaardisatiematrix te vullen (figuur 3). De standaardisatiematrix geeft inzicht in de onderwerpen waarop zorgaanbieders administratieve lasten ervaren en in hoeverre een standaard bestaat voor het onderwerp. Hierbij is de volgende definitie voor een standaard gehanteerd:

“De mate waarin de standaard wettelijk is vastgelegd (de ‘formele’ standaard) óf waar consensus over is door middel van een landelijke standaard (bijvoorbeeld geïnitieerd door een branchepartij)”

Onderwerpen	Impact		Wiz		Zvw wijkverpleging		Wmo		Jeugdwet		Domeinoverstijgend			
	Waar	Wanneer	Standaard	Invulling	Standaard	Invulling	Standaard	Invulling	Standaard	Invulling	Standaard	Invulling		
Verkoop	Keuze uit: 'Primaire proces' 'Ondersteunende afdelingen' 'beide'	Keuze uit: 'Structureel' 'Incidenteel'												
Kwaliteit														
Registratie en facturatie														
Verantwoording														

Figuur 3: Standaardisatiematrix

Om de standaardisatiematrix te vullen is een documentenanalyse uitgevoerd (zie bijlage II voor geraadpleegde literatuur). Er is enerzijds geïnventariseerd voor welke onderwerpen zorgaanbieders administratieve lasten ervaren. Anderzijds is onderzocht in hoeverre al een standaard bestaat voor het onderwerp en of deze standaard ook daadwerkelijk door alle partijen wordt toegepast.

Na de documentenanalyse zijn de bevindingen getoetst bij een aantal representatieve cases middels een interview. Op basis van de interviews is een compleet beeld van de onderwerpen verkregen, zijn de definities van de onderwerpen aangescherpt en is tot slot inzicht gekregen in de mate van standaardisatie per onderwerp. Vervolgens is de standaardisatiematrix getoetst in de klankbordgroep en vastgesteld in de stakeholdergroep. Een overzicht van alle uitgevoerde activiteiten is te vinden in bijlage III.

De onderwerpen die op dit moment nog niet gestandaardiseerd zijn of waarvoor de standaard niet standaard wordt toegepast zijn meegenomen in fase 2 van het onderzoek.

3.2 Fase 2. Beoordeling

Het doel van fase 2 is het opstellen van een top vijf aan knelpunten m.b.t. administratieve lasten. Hiervoor is eerst een enquête uitgezet en hebben vervolgens twee bijeenkomsten plaatsgevonden.

Enquête administratieve lasten

Om inzicht te krijgen in de prioritering van de problematiek is een enquête uitgezet onder zorgaanbieders. De enquête is uitgezet via de HEAD vereniging, de brancheorganisaties en via een mailing aan kwaliteitsmanagers vanuit het netwerk van Q-Consult. De enquête heeft drie weken uitgestaan na de eerste mailing. Tussentijds is een herinnering verstuurd. De doelgroep van de enquête bestaat uit drie hoofdgroepen:

- HEAD / Concerncontroller / financieel manager;
- kwaliteitsmanager / kwaliteitsfunctionaris en;
- hoofd verkoop / contractering.

De enquête bestaat uit twee delen. Het eerste deel omvat algemene vragen over de functie en de organisatie van de respondent, zoals de domeinen en sectoren waarin de organisatie zorg levert, de omzet van de organisatie en het aantal contractpartijen. Het tweede deel van de enquête bevat gesloten vragen per domein en domeinoverstijgend. Per domein (bijvoorbeeld Wlz) heeft de respondent de mogelijkheid om zijn/haar top vijf aan knelpunten aan te geven. Vervolgens heeft de respondent de vraag gekregen in hoeverre standaardisatie de oplossing is om het knelpunt op te lossen. Een uitdraai van de enquête is te vinden in bijlage IV.

Om de betrouwbaarheid van de resultaten van de enquête te waarborgen, is de enquête via meerdere kanalen uitgezet en is de respons nauwlettend gevolgd. Hierbij is gelet op een goede verdeling over de verschillende sectoren, domeinen, provincies en omzet. Indien nodig heeft aanvullend contact plaats gevonden tussen Q-Consult en brancheorganisaties.

Bijeenkomsten top 5 knelpunten

De resultaten van de enquête zijn bediscussieerd met een selectie van zorgaanbieders die zich via de enquête heeft opgegeven om deel te nemen aan een werkgroep. Vervolgens zijn de resultaten van de enquête en de werkgroep besproken in de klankbordgroep. Het resultaat van de twee bijeenkomsten is een top vijf aan knelpunten.

3.3 Fase 3. Oplossingen

Het doel van fase 3 is te komen tot oplossingen voor de top vijf aan knelpunten. Hiervoor heeft een literatuuronderzoek plaatsgevonden en is een drietal sessies georganiseerd:

- Denktanksessie 1 met experts (zorg)contractering
- Denktanksessie 2 met zorgaanbieders
- Validatiesessie met stakeholdergroep

Op basis van de denktanksessies zijn oplossingen geformuleerd om de administratieve lasten voor zorgaanbieders te verminderen. In de validatiesessie zijn de geformuleerde oplossingen bediscussieerd met de stakeholders en getoetst op haalbaarheid.

3.4 Fase 4. Opstellen rapportage

Het onderzoek heeft geresulteerd in voorliggend rapport. Dit rapport is besproken met het ministerie van VWS en de klankbordgroep. Na de bespreking is een definitief rapport opgeleverd.

4. Resultaten

Hoofdstuk 4 start met een korte toelichting op de standaardisatiematrix (paragraaf 4.1). Vervolgens worden de resultaten gepresenteerd van de cases, het literatuuronderzoek en werkgroepen met zorgaanbieders (paragraaf 4.2). In de derde paragraaf worden de resultaten van de enquête onder zorgaanbieders toegelicht. Tot slot wordt in paragraaf 4.4 de samenvatting weergegeven van de denktanksessie met experts.

4.1 Standaardisatiematrix

Op basis van documentenanalyse en casestudy is de standaardisatiematrix opgesteld (bijlage V). De standaardisatiematrix geeft inzicht in de onderwerpen waarop zorgaanbieders administratieve lasten ervaren en in hoeverre een standaard bestaat voor het onderwerp. De matrix bestaat uit vier thema's: contractering, kwaliteit, registratie en declaratie, en verantwoording. Een toelichting op alle onderwerpen in de matrix is getoond in bijlage VI. Alle onderwerpen die op dit moment niet gestandaardiseerd zijn, zijn meegenomen in de enquête administratieve lasten.

Op basis van de standaardisatiematrix kan geconcludeerd worden dat binnen de Wlz op veel thema's standaardisatie heeft plaatsgevonden. Dit komt met name voort uit het feit dat binnen de Wlz een inkoopkader is en dat de NZa landelijke beleidsregels stelt. Binnen de Zvw bestaat geen landelijk inkoopkader, maar zijn wel NZa beleidsregels. Daarnaast ervaren zorgaanbieders verschillen tussen zorgverzekeraars op het gebied van kwaliteitseisen, hulpmiddelen¹ en productieverantwoording. Binnen de Wmo 2015 en Jeugdwet zijn veel thema's niet gestandaardiseerd. De standaarden die bestaan (bijvoorbeeld iWmo en iJw, handreiking uitvoeringsvarianten en kwaliteitskaders), worden niet door alle financiers en niet op eenzelfde wijze toegepast.

4.2 Ervaren administratieve lasten

Deze paragraaf beschrijft de administratieve lasten die zorgaanbieders ervaren binnen de vier thema's: contractering (4.2.2), kwaliteit (4.2.3), registratie en declaratie (4.2.4) en verantwoording (4.2.5). De ervaren administratieve last binnen de verschillende thema's is onderzocht door middel van een documentenanalyse en casestudy met zorgaanbieders uit verschillende sectoren en domeinen. Alvorens de ervaren administratieve lasten per thema worden toegelicht, wordt gestart met een algemeen beeld in paragraaf 4.2.1. Daarnaast worden specifieke voorbeelden op het gebied van administratieve lasten uitgelicht in diverse kaders in deze paragraaf.

4.2.1 Algemeen beeld

Zorgaanbieders onderschrijven het doel van de hervorming van de langdurige zorg en jeugdzorg. Zij geven aan dat door de hervormingen de cliënt meer centraal staat en innovatie wordt gestimuleerd. Voorbeelden van hoe organisaties aansluiten op Wlz-doelstellingen zijn: cliënt of familie betrekken bij het zorgplan, vragen naar de voorkeuren van de cliënt en de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers (Vilans, 2016). Ook wordt onderschreven dat gemeentelijke beleidsvrijheid over de inhoud meerwaarde heeft (RIBW Alliantie, Federatie Opvang, GGZ Nederland, 2015). Naast de positieve effecten, zien

¹ Voorbeelden van hulpmiddelen zijn: kortdurende uitleen (glijlakens, tilliften, etc.), wondmateriaal, Anti Decubitus hulpmiddelen, stomamateriaal, etc.

zorgaanbieders ook ongewenste transitie-effecten, zoals een verhoging van de administratieve lasten. Zij geven aan dat deze lasten niets toevoegen aan het behalen van de *doelen* van de hervorming van de langdurige zorg en jeugd.

Uit de documentenanalyse, de casestudy, een representatieve enquête en de werkgroep met zorgaanbieders blijkt dat de grootste knelpunten, in termen van administratieve lasten als gevolg van de gewijzigde bekostiging, worden ervaren in de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Zorgaanbieders hebben daarom, ondanks de reikwijdte van de motie, het onderzoeksteam gevraagd met name te focussen op de administratieve lasten die volgen uit de Wmo en de Jeugdwet. Zoals een aanbieder schetste: *“Zorgkantoren hebben absoluut een stap gemaakt. Het zijn de aanbestedingsprocessen in de gemeenten die administratieve lasten veroorzaken”*. De knelpunten binnen de Wmo 2015 en de Jeugdwet zitten voornamelijk op het einde van de keten bij de productieverantwoording, de accountantscontrole en het berichtenverkeer. De oorzaak ligt volgens zorgaanbieders aan het begin van de keten, namelijk in de bekostiging. Een jeugdhulp aanbieder geeft aan 70 à 80 uur in de week meer tijd kwijt te zijn aan de *“administratieve ballast”*.

Wlz

In de Wlz wordt nauwelijks een verandering ervaren in de hoogte van de administratieve lasten ten gevolge van de hervorming van de langdurige zorg. De administratieve lasten zijn relatief laag doordat alle zorgkantoren dezelfde basis hanteren voor hun zorginkoop, namelijk het ZN inkoopkader. Aanbieders zijn het erover eens dat in de Wlz veel gestandaardiseerd is. De grootste afwijking wordt gezien bij zorgkantoren van DSW, die op sommige punten een eigen invulling geeft aan de thema's en de procedure uit het landelijk kader (VGN, 2015). Verder blijkt uit eerder onderzoek dat zorgaanbieders in staat zijn om het Wlz-proces goed te doorlopen, omdat de ICT infrastructuur en de backoffice de laatste jaren goed doorontwikkeld zijn (Q-Consult, 2013; Vilans, 2015a).

Zvw wijkverpleging

In de Zvw wordt een beperkte verandering ervaren in de hoogte van de administratieve lasten ten gevolge van de hervorming van de langdurige zorg. Het contracteringsproces, de wijze van declareren en de kaders zijn bekend. Er is met name sprake van tijdelijk hogere administratieve lasten door een nieuwe financier (zorgverzekeraar in plaats van zorgkantoor). Daarnaast is sinds 2016 het representatiemodel weggefallen, waardoor het aantal contractpartijen is toegenomen. Dit gaat gepaard met een verhoging van de administratieve lasten in de Zvw wijkverpleging. Uit eerder gedaan onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars op verschillende vlakken eigen eisen hanteren, bijvoorbeeld ten aanzien van het inkoopproces, kwaliteitscriteria en/of verantwoordingseisen (Vermindering administratieve lasten eerstelijnszorg, 2016).

Wmo 2015 en Jeugdwet

In de Wmo 2015 en de Jeugdwet worden de administratieve lasten als hoog bestempeld (o.a. Q-Consult, 2016c; Transitie Autoriteit Jeugd, 2016b). Het verschil wordt enerzijds veroorzaakt door het aantal financiers en de nieuwe processen waaraan men nog moet wennen (en dus nog goed moet inregelen) én waar nog geen verbeterlagen zijn doorgevoerd, waar dat in Wlz en Zvw al wel is gedaan. Anderzijds zorgt de lage mate van automatisering van het declaratieproces en in het verlengde daarvan ook de dataverzameling t.b.v. verantwoording voor significant meer administratieve lasten in de Wmo 2015 en Jeugdwet.

4.2.2 Contractering

Onder het thema contractering vallen de onderwerpen die te maken hebben met de verkoop van zorg: van contractering en bekostiging tot aan specifieke thema's (zoals de zelfanalyse en het woonplaatsbeginsel) die zorgaanbieders als administratieve last ervaren.

Wlz

Uit het onderzoek blijkt dat zorgaanbieders administratieve lasten ervaren voortvloeiend uit de contractering in de Wlz. Uit de jaarlijkse evaluatie van de zorgcontractering in de Wlz van branchevereniging ActiZ blijkt dat de administratieve lasten het afgelopen jaar zijn toegenomen (ICSB Marketing en Strategie, 2016a). Zorgaanbieders ervaren met name administratieve lasten m.b.t. de zelfanalyse en ontwikkelplannen. In de casestudy geven zorgaanbieders aan dat de ervaren administratieve lasten ten behoeve van contractering in de Wlz wel aanzienlijk beperkter zijn dan in de andere wetten.

In 2015 is door de zorgkantoren voor het eerst gebruik gemaakt van het dialoogmodel voor de zorginkoop van langdurige zorg 2016. Het model omvat een continue proces waarbij de ontwikkeling van de zorgaanbieder gedurende het jaar centraal staat. Zorgaanbieders geven aan het dialoogmodel als positief te ervaren en benadrukken de noodzaak voor doorontwikkeling van (de praktische uitvoering van) het model om voort te bouwen op de eerste ervaringen (BMC advies, 2015). Uit de Wlz monitor (Vilans, 2016) blijkt ook dat zorgaanbieders gedurende het jaar in toenemende mate meer overleg ervaren met de zorgkantoren over de cliëntvraag en de vertaling naar productieafspraken.

Het voornaamste knelpunt qua administratieve lasten in de Wlz zit in de zelfanalyse die de zorgaanbieders moeten uitvoeren (zie kader).

Voorbeeld 1. Zelfanalyse en ontwikkelplan in de Wlz

Zorgkantoren vragen aanbieders om op basis van de zelfanalyse en ontwikkelplannen te komen tot concrete verbeterplannen. Door ZN (2015) is een standaard format ontwikkeld, maar dat wordt verschillend gehanteerd door de zorgkantoren. Daarnaast hanteert zorgkantoor DSW een eigen format. Door de verschillende werkwijzen is het vaak niet mogelijk om hetzelfde stuk naar de verschillende zorgkantoren toe te sturen (Q-Consult, 2016c). Een groot knelpunt volgens zorgaanbieders is het moeten formuleren van SMART-doelstellingen. In de beleving van zorgaanbieders creëren deze doelstellingen een schijnwerkelijkheid. De doelstellingen hebben in deze vorm geen daadwerkelijk effect binnen de organisatie.

De administratieve lasten zitten volgens zorgaanbieders ten eerste in het inpassen van de informatie vanuit de organisatie in de plannen (BMC, 2015). Daarnaast worden binnen de organisatie bepaalde rapportages gebruikt om de ontwikkeling op specifieke onderdelen te monitoren. Deze rapportages sluiten echter qua format niet aan op de door het zorgkantoor gevraagde zelfanalyse en rapporten. Hierdoor ontstaat een situatie waarin verschillende rapporten (intern en extern) ontwikkeld worden om hetzelfde weer te geven. Tot slot blijkt de effort die in een zelfanalyse en ontwikkelplan wordt gestoken soms niet te worden meegenomen. Een aanbieder uit de casestudy geeft aan: *“De zelfanalyse en het ontwikkelplan dat we hebben geschreven zijn zomaar van tafel geveegd. Daarmee kregen we ook niet het maximum van 3% en geen contract van twee jaar.”*

Op basis van de zelfanalyse en het ontwikkelplan die zorgaanbieders hebben ingediend bij het zorgkantoor kunnen zij in aanmerking komen voor meerjarenafspraken. Ondanks dat een groot aantal zorgaanbieders meerjarencontracten heeft, zullen de zorgaanbieders toch opnieuw mee moeten doen aan de procedure voor 2017. Dit zorgt voor administratieve lasten (BMC advies, 2015a). Diverse aanbieders stellen dat zorgkantoren de richtlijnen hieromtrent anders hanteren. Over DSW en VGZ zijn de zorgaanbieders positief, zo garandeert DSW de prijs ook in 2017. Over Menzis zijn beide zorgaanbieders minder positief: *“Wij hebben het idee dat we opnieuw kunnen beginnen. In de afspraken die zijn gemaakt wil Menzis nu andere accenten zien”*, aldus een aanbieder. Verder valt op dat meerdere zorgkantoren (verschillende) aanvullende eisen stellen om tot een tweejarige overeenkomst te komen (VGN, 2015).

Zvw wijkverpleging

Binnen de Zvw ervaren zorgaanbieders een toename in administratieve lasten die verband houden met de contractering van zorg. Deze administratieve lasten hebben met name te maken met de toename in het aantal contractpartijen, diversiteit in het inkoopproces en het aanvragen van hulpmiddelen voor cliënten.

Zorgaanbieders ervaren door het wegvallen van het representatiemodel een toename in administratieve lasten en hebben te maken met verschillende (inhoudelijke) eisen van de zorgverzekeraars (ICSB Marketing en Strategie, 2016b). Enkele organisaties hebben ervoor gekozen om niet met alle zorgverzekeraars afspraken te maken, omdat het aangaan van een contract met alle verzekeraars te tijdsintensief is (ICSB Marketing en Strategie, 2016b). Ook wordt aangegeven dat geen sprake is van een dialoog, maar van een administratief proces (in tegenstelling tot de Wlz).

Een tweede punt dat administratieve lasten veroorzaakt, is de diversiteit in het inkoopproces (Vermindering administratieve lasten eerstelijnszorg, 2016). Deze diversiteit wordt met name veroorzaakt door verschillen in portalen, informatie-uitvragen en bijbehorende deadlines van het proces. Een eenduidige of uniforme inschrijfprocedure, inclusief deadlines en bijbehorende aanpak, ontbreekt.

Een ander onderwerp waarop zorgaanbieders binnen de wijkverpleging administratieve lasten ervaren is ‘hulpmiddelen’. Een VVT-aanbieder omschrijft het proces rondom het aanvragen van hulpmiddelen als volgt: *“Wanneer een wijkverpleegkundige heeft vastgesteld dat een hulpmiddel nodig is, dan moet een apart machtigingsproces opgestart worden. Er moeten aanvullende formulieren ingevuld worden en vaak moet een tweede beoordeling plaatsvinden door een verpleegkundige van de leverancier. Deze doet dan het assessment nog eens dunnetjes over”*. Naast dit beoordelingsproces zorgen ook de verschillende eisen per zorgverzekeraar op dit gebied voor administratieve lasten.

Wmo 2015 en Jeugdwet

In de Wmo 2015 en Jeugdwet ervaren zorgaanbieders veel hogere administratieve lasten die verband houden met de contractering dan bij de andere wetten. Veel van deze administratieve lasten worden veroorzaakt door de veelheid aan contractpartijen/gemeenten waar zorgaanbieders mee te maken hebben (o.a. TAJ, 2016b), waarbij al deze contractpartijen eigen eisen hanteren. Daar bovenop hebben zorgaanbieders binnen de individuele gemeenten te maken met veel verschillende contactpersonen. Zo zijn de afdelingen Wmo 2015 en Jeugd vrijwel altijd gescheiden en zijn er verschillende contactpersonen voor bijvoorbeeld ambulante begeleiding en beschermd wonen (beiden zijn Wmo-gefinancierde producten).

Zorgaanbieders ervaren met name administratieve lasten, omdat de (gevraagde) gegevensuitwisseling ten behoeve van de verantwoording niet in lijn ligt met het inkooparrangement (VNG, iZA, VWS, 2014). Daarom heeft het programma iSD drie uitvoeringsvarianten opgesteld: inspanningsgericht, outputgericht en taakgericht (i-Sociaal domein, 2016a). iSD stimuleert gemeenten om voor één van de drie varianten te kiezen en de bijbehorende standaardartikelen op te nemen in het contract voor 2017. Dit is echter niet verplicht. De varianten hebben als doel om de bekostiging, informatie-uitwisseling, declaratieafspraken, monitoring, verantwoording en inrichting van controleprocessen in één lijn te brengen. Dit beperkt de administratieve lasten bij gemeenten en zorgaanbieders. Uit het onderzoek blijkt dat de meeste zorgaanbieders bekend zijn met de uitvoeringsvarianten. Volgens zorgaanbieders is de meerwaarde van iSD *“dat we met zijn allen de taal van de uitvoeringsvarianten gaan spreken”*. Zorgaanbieders geven in de werkgroep aan het idee te hebben dat gemeenten zich niet houden aan de uitvoeringsvarianten (geen doorzettingsmacht). Zij zijn van mening dat de uitvoeringsvarianten voldoen, mits zij verplicht worden gesteld én worden gehanteerd door gemeenten.

Verder geven zorgaanbieders aan dat de hoogte van de administratieve lasten in een gemeente of regio op het gebied van contractering samenhangt met de wijze van contracteren. Wat betreft de wijze van contractering signaleert een aanbieder de volgende beweging: *“We zien het nu richting bestuurlijke aanbesteding gaan. Met dit type aanbesteding gaan we met een aantal zorgaanbieders de contracten voorbereiden en doorspreken.”* Dit type aanbesteding wordt enerzijds als zeer wenselijk ervaren, omdat de zorgaanbieder invloed kan uitoefenen op de inhoud van de aanbesteding. Anderzijds vergt het een hoge tijdsinvestering van accountmanagers en inhoudelijk medewerkers van de zorgorganisatie (bijvoorbeeld manager bedrijfsvoering). Een andere zorgaanbieder geeft aan dat een aantal gemeenten binnen de regio waar de aanbieder zorg levert een raamovereenkomst heeft opgesteld. Deze dient als basis voor de contractering. Echter, alle gemeenten hebben binnen deze regio nog aanvullende overeenkomsten van 30 tot 40 pagina's opgesteld. Dit levert extra administratieve lasten op. De omzet van deze GGZ-aanbieder binnen de jeugdzorg is slechts een klein deel van de totale omzet. *“Door de veelheid aan contracten en administratieve lasten die daarmee gepaard gaan, gaan de kosten-baten heel snel scheef”*, aldus de aanbieder.

Tot slot zorgt het woonplaatsbeginsel in Jeugdwet voor administratieve lasten (Transitie Autoriteit Jeugd, 2016a). Het woonplaatsbeginsel is beschreven in de Jeugdwet en de basis van dit beginsel wordt gevormd door het gezag (artikel 12, lid 1 uit het Burgerlijk wetboek²). In de praktijk kan het voorkomen dat een jeugdige in woonplaats A woont en zijn gezagsdrager in woonplaats B. Eén van de grootste problemen ten aanzien van het woonplaatsbeginsel is dat het niet eenvoudig te achterhalen is wie de gezagsdrager is. Er is een 'gezagsregister' bij de Rechtbank, maar dit is niet makkelijk toegankelijk. Wanneer de gezagsdrager wel bekend is, moeten zorgaanbieders de gemeente inschakelen om te bepalen waar de gezagsdrager woont. Dit omdat zorgaanbieders niet zelf in het gemeentelijk basisregister (GBA) kunnen. Zoals een jeugdzorgaanbieder verwoordt: *“Het kost je soms gewoon maanden voordat je alles helder hebt”*. De Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) bepleit een vereenvoudiging van het woonplaatsbeginsel (Transitie Autoriteit Jeugd, 2016a). Ook wordt gesproken over het

² Burgerlijk wetboek boek 1. Artikel 12, lid 1: Een minderjarige volgt de woonplaats van hem die het gezag over hem uitoefent, de onder curatele gestelde die van zijn curator. Oefenen beide ouders tezamen het gezag over hun minderjarige kind uit, doch hebben zij niet dezelfde woonplaats, dan volgt het kind de woonplaats van de ouder bij wie het feitelijk verblijft dan wel laatstelijk heeft verbleven.

ontwikkelen van een tool waarbij je de BSN van de jeugdige intypt en je de BSN van de gezagsdrager krijgt (VNG, 2014).

Domeinoverstijgend

Er zijn drie onderwerpen die domeinoverstijgend voor problemen zorgen volgens aanbieders. Ten eerste de bekostiging, aangezien de wijze van sturing en bekostiging verschillen per stelsel. Het gevolg is dat zorgaanbieders parallel verschillende administraties moeten voeren om aan de diverse proces- en verantwoordingseisen te kunnen voldoen. Ten tweede ervaren aanbieders bij het overdragen van de cliënt van het ene stelsel naar het andere stelsel administratieve lasten. Ten derde geven zorgaanbieders aan administratieve lasten te ervaren voorkomend uit de aanvraag van hulpmiddelen voor cliënten. In de Wlz, Zvw en Wmo 2015 is het onderwerp hulpmiddelen beschreven, desondanks blijkt het in de praktijk moeilijk om te bepalen vanuit welke wet een hulpmiddel vergoed wordt.

4.2.3 Kwaliteit

Het thema kwaliteit gaat over de eisen die financiers aan aanbieders stellen op het gebied van kwaliteit: van social return on investment (SROI) en duurzaamheid tot eisen aan het zorgplan.

Wlz

Zorgaanbieders signaleren een wenselijke ontwikkeling ten aanzien van kwaliteitseisen in de inkoop van zorg vanuit de Wlz. Zij merken dat zorgkantoren afstappen van HKZ en voorstander zijn van eigen ontwikkelde kwaliteitssystemen en kwaliteitskaders (Q-Consult, 2016c). Dit is echter wel in strijd met de voorwaarde die in de inkoopdocumenten van de zorgkantoren staat. Hierin is namelijk de volgende voorwaarde: *“De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is alsmede gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit)”* (ZN, 2015b). Een aanbieder vatte de wenselijke ontwikkeling als volgt samen: *“We moeten weg van de procescriteria en meer investeren in het meten van daadwerkelijke beleving en tevredenheid.”*

Binnen de Wlz geldt het toetsingskamer doelmatige en verantwoorde zorg thuis, opgesteld door ZN in samenwerking met het ministerie van VWS. In de Wlz is vastgelegd dat zorgkantoren de verantwoordelijkheid hebben om te beoordelen of de inzet van zorg thuis doelmatig en verantwoord is. Ondanks dat het toetsingskader an sich gestandaardiseerd is, bestaan onder zorgaanbieders veel vragen en onduidelijkheden (Q-Consult, 2016c). Zo stellen zorgaanbieder bijvoorbeeld de vraag waarom er verschillen zijn tussen zorg thuis vanuit de Wlz en zorg thuis vanuit de Zvw. De administratieve lasten die verband houden met het toetsingskader zitten met name in de verplichting om bij een cliënt met een wens voor een MPT het toetsingskader in te vullen, zowel de vragenlijst als de rekenmodule. Daarnaast wordt aangegeven dat sprake is van extra administratieve belasting wanneer meerdere zorgaanbieders betrokken zijn bij een cliënt.

Zvw wijkverpleging

Binnen de Zvw wijkverpleging zijn eisen op het gebied van kwaliteit niet gestandaardiseerd. Het gaat dan bijvoorbeeld over criteria voor specifieke doelgroepen (zie 4.2.5 verantwoording) en het opstellen van een zorgplan. Met betrekking tot het zorgplan zitten de administratieve lasten in de interpretatieverschillen tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders, NZa en accountants over de invulling van het zorgplan (Vermindering administratieve lasten eerstelijnszorg, 2016). Met name de extra controles en afwijkende of verschillende eisen zorgen voor extra registraties. Verder zorgt het gebruik

van andere kwaliteitscriteria en/of verantwoordingseisen, bijvoorbeeld klanttevredenheidsonderzoeken, voor extra registratie bij zorgaanbieders (Vermindering administratieve lasten eerstelijnszorg, 2016). Het is wenselijk een minimaal kwaliteitskader op te stellen en gegevens eenduidig uit te vragen en te monitoren. Bij het oppakken van deze verbeterpunten dient rekening gehouden te worden met de beleidsvrijheid en concurrentiemogelijkheden van zorgverzekeraars.

Wmo 2015 en Jeugdwet

Zorgaanbieders uit de sectoren beschermd wonen en maatschappelijke opvang (BW en MO) zien een positieve beweging ontstaan op het gebied van kwaliteit middels de ontwikkeling van kwaliteitskaders. Zo is in nauwe samenwerking tussen gemeenten en zorgaanbieders een kwaliteitskader opgesteld voor BW en MO (Q-consult, 2016a; Q-Consult, 2016b). Gemeenten en zorgaanbieders zijn positief over dit kwaliteitskader en kunnen het gebruiken bij het vormgeven van hun kwaliteits- en veiligheidsbeleid (Ministerie van VWS, 2016d).

Aangezien bovenstaande ontwikkelingen op het gebied van de kwaliteitskaders vrij recent zijn én niet van toepassing zijn op alle sectoren, ervaren zorgaanbieders op dit moment nog veel administratieve lasten op het gebied van kwaliteitseisen. Dit heeft onder andere te maken met de nieuwe type eisen die worden gesteld. Uit het onderzoek kwam naar voren dat op de volgende gebieden kwaliteitseisen worden gesteld: kwaliteit van zorgverlening, kwaliteit van de zorgverleners en kwaliteitsaspecten van de organisatie (bijvoorbeeld SROI en duurzaamheid). In het kader wordt een voorbeeld gegeven van een kwaliteitseis op het gebied de medewerkers en hoe een zorgaanbieder omgaat met die eis.

Voorbeeld 2. VOG-verklaring in de Jeugdwet

Een aanbieder vertelt: *“Eén van onze gemeenten stelde in haar contract in het kader van de Jeugdwet dat alle medewerkers een VOG-verklaring moeten hebben. Wij waren het daar als organisatie niet mee eens en toen ben ik hierover met de gemeente in overleg gegaan. Dit zou namelijk betekenen dat ook alle medewerkers van het cliëntbureau en de financiële administratie een VOG-verklaring moesten aanvragen. Dit staat helemaal niet zo strak omschreven in de Jeugdwet. De gemeente wilde naar mijn mening “roomser zijn dan de paus” zijn. In eerste instantie wilde de gemeente hierover niet met ons in gesprek. Toen ik de gemeente duidelijk maakte wat dit zou gaan kosten, is de eis bijgesteld naar alleen medewerkers op locatie. Dit zou betekenen dat ondersteunende staf op de afdeling ook een VOG-verklaring moeten hebben. Uiteindelijk is bepaald dat alleen medewerkers die direct cliëntcontact hebben een VOG-verklaring moeten hebben. Hiermee zijn wij akkoord gegaan.”*

Eisen aan social return on investment (SROI) zijn nieuw voor zorgaanbieders. Het hanteren van SROI bij inkoop gaat over het maken van afspraken met opdrachtnemers over arbeidsplaatsen, leer-werkplekken en stageplekken voor doelgroepen bij inkoop van diensten (BESO, 2011). Het verschilt per organisatie in hoeverre de eisen m.b.t. social return als administratieve last worden getypeerd. Dit heeft o.a. te maken met het feit dat sommige gemeenten een drempel hanteren voordat aan de eis van social return moet worden voldaan, bijvoorbeeld een verwachte omzet van € 50.000 binnen de Wmo 2015 of Jeugdwet. De zorgaanbieders die de eisen wel herkennen, staan hier verschillend in. Zo geeft een zorgaanbieder het volgende aan: *“Social return is ons enerzijds opgelegd vanuit gemeenten. Anderzijds past het wel bij de missie en visie van de organisatie. We kijken ook hoe we social return bij de eigen doelgroep toepassen, bijvoorbeeld via een werkstage.”* Andere zorgaanbieders geven aan dat ze de eisen begrijpen, maar dat

het opstellen van een plan van aanpak, de registratie en de monitoring veel tijd vergt: *“We moeten een plan van aanpak schrijven voor de gemeente hoe we de doelstelling van 5% social return gaan realiseren. De voortgang moeten we jaarlijks terugkoppelen aan gemeenten.”* Weer een andere zorgaanbieder geeft aan dat met de eisen aan social return de kwaliteit van de dienstverlening een risico verloopt: *“Wij proberen via de vacatures in de huishoudelijke hulp te voldoen aan de 5% social return. Maar we willen wel kwaliteit bieden, geen kwantiteit. We willen niet iemand in dienst nemen om het in dienst nemen.”*

Niet alle zorgaanbieders hebben te maken met eisen die worden gesteld aan duurzaamheid. Degenen die de eisen wel herkennen geven verschillende voorbeelden van eisen. Zo geeft een aanbieder aan dat één van hun gemeenten de eis stelt dat er een milieuplan is en een functionaris die verantwoordelijk is voor milieu en duurzaamheid. Een ander gemeente stelt de eis dat de zorgaanbieder moet voldoen aan minimaal twee van de zes criteria op het gebied van duurzaamheid. Zorgaanbieders geven daarnaast aan dat gemeenten nog niet heel ‘hard’ om gaan met de eisen op het gebied van duurzaamheid: als je nog niet aan de eis voldoet, betekent dit niet automatisch dat je geen contract krijgt.

Domeinoverstijgend

Een domeinoverstijgend knelpunt op het gebied van kwaliteit is het zorgplan. De meeste financiers vragen om een zorgplan (of ondersteuningsplan, zorgleefplan ed.). In de praktijk blijken veel cliënten vanuit meerdere domeinen zorg te krijgen en worden verschillende eisen aan het plan gesteld. Voorbeelden hiervan zijn zorgplannen in het kader van MPT met meerdere zorgaanbieders en zorgplannen voor cliënten die zowel Zvw wijkverpleging als Wmo ondersteuning ontvangen. Zorgaanbieders zijn aan het zoeken hoe zij een ‘integraal plan’ kunnen opstellen. In onderstaand kader licht een VVT-instelling de administratieve lasten toe die hieruit voortvloeien.

Voorbeeld 3. Verschillende eisen voor zorgplannen per wet

“De eisen voor de zorgplannen verschillen per wet. Dit is onhandig. Het gebeurt wel eens dat het verkeerde model wordt ingevuld en dan levert dat dus dubbel werk op. Daarnaast is het gebruikelijk bij één cliënt één zorgplan te hebben, maar bij twee aanbieders is het vaak onduidelijk welke aanbieder het zorgplan opstelt. Nu worden vaak onnodig twee zorgplannen gemaakt.”

Het is volgens zorgaanbieders wenselijk te onderzoeken of een domeinoverstijgend zorgplan ontwikkeld kan worden. In dit plan dient nog wel ruimte te zijn voor de domein- en sectorspecifieke componenten.

4.2.4 Registratie en declaratie

Het thema ‘registratie en declaratie’ behelst de onderwerpen die zorgaanbieders als administratieve last ervaren met betrekking tot het registreren van prestaties tot en met de betaalperioden.

Wlz

Uit het onderzoek blijkt dat de administratieve lasten in de Wlz in het kader van registratie en declaratie relatief laag zijn. De oorzaak ligt in het feit dat door de NZa landelijke regels gesteld worden, bijvoorbeeld in de beleidsregel “Prestaties en tarieven zorgzwaartepakketten” (NZa, 2016).

De administratieve lasten in de Wlz worden niet veroorzaakt door het ontbreken van standaardisatie, maar de ‘alternatieve’ producten en regelingen (Q-Consult, 2016c). Zo benoemt een aanbieder in de

bijeenkomst Wlz inkoop op 23 mei jl. dat de regeling meerzorg veel administratieve lasten met zich mee brengt. Zij ervaren dat meer gepraat wordt over het mogelijk inzetten van de regeling dan het daadwerkelijk toepassen. Zeker in de VVT-sector hebben zorgaanbieders te maken met een hoge doorstroom van cliënten: *“Ten tijde dat de aanvraag voor meerzorg is goedgekeurd is soms al een hogere indicatie gewenst of is de cliënt overleden.”* Een ander voorbeeld is de mogelijkheid om mutatiedagen te declareren. Voor de bekostiging van de dagen leegstand kan tussen zorgkantoor en zorgaanbieder de prestatie mutatiedag worden afgesproken. In plaats van afschaffing van het begrip mutatiedagen zien zij dat de mutatiedagen per 1 januari 2016 zijn uitgebreid met bijvoorbeeld een prestatie voor interne verhuizing (Q-Consult, 2016c). Zorgaanbieders pleiten voor het afschaffen van mutatiedagen en de middelen die er mee gepaard gaan te gebruiken voor een ophoging van de ZZP-tarieven.

Een andere administratieve last die is benoemd, kan worden omschreven als last die samenhangt met de transitie, namelijk de eigen bijdrage. Een VVT-aanbieder geeft in de casestudy aan veelvuldig gebeld te worden over de veranderde eigen bijdrage voor het modulair pakket thuis (MPT). Cliënten bellen hen om uitleg te vragen rondom de verandering.

Zvw wijkverpleging

De administratieve lasten op het gebied van registratie in de Zvw wijkverpleging worden hoofdzakelijk door twee redenen veroorzaakt. Ten eerste kan het voorkomen dat één zorgverlener in één zorgmoment twee typen zorg levert: verpleging en verzorging. Dit moet dan ook als zodanig geregistreerd worden door bijvoorbeeld de wijkverpleging. Daarbij hebben sommige zorgaanbieders ten behoeve van *interne informatievoorziening* de prestatie verpleging opgesplitst in twee productcodes, namelijk indicatiestelling en verpleging. Ten tweede stellen sommige zorgverzekeraars verschillende eisen aan bepaalde producten. Zo moet casemanagement dementie bij de ene verzekeraar geregistreerd worden onder ‘verpleging’, terwijl dit bij de andere verzekeraar moet worden geregistreerd onder advies, instructie en voorlichting’.

Het ministerie van VWS is bekend met bovenstaande problematiek en heeft in 2015 onderzoeksbureau Gupta de opdracht gegeven opnieuw te kijken naar de bekostigingssystematiek voor de Zvw wijkverpleging. Eén van de opties is het opstellen van één uurtarief en daarmee de afschaffing van de huidige producten verpleging en verzorging, maar nog wel het declareren van uren zorg (Gupta, 2016). Om de administratieve lasten voor de wijkverpleegkundige in 2017 al te verminderen zal bij de inkoop het bestaande onderscheid tussen verpleging en verzorging worden losgelaten (Ministerie van VWS, 2016). Er zal worden ingekocht op basis van een geïntegreerde prestatie met een geïntegreerd tarief. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het experiment verpleging en verzorging. Aankomend jaar zal blijken wat deze wijziging voor impact heeft op de administratieve lasten m.b.t. de Zvw wijkverpleging.

Wmo 2015 en Jeugdwet

Op basis van de documentenanalyse, de casestudy en de werkgroepen met zorgaanbieders kan geconcludeerd worden dat de administratieve lasten in de Wmo 2015 en Jeugdwet op het vlak van registratie en declaratie hoog zijn. Bijna alle geïnterviewde zorgaanbieders geven aan dat het ontbreken van standaardisatie van het berichtenverkeer (iWmo en iJw) voor hen het grootste knelpunt is. Dit is ook al eerder aangegeven door de VNG, iZA en VWS (2014) in de werkgroep Administratie en informatievoorziening: *“Gemeenten hanteren verschillende manieren van sturing en bekostiging. De ontwikkelde standaarden bieden onvoldoende ondersteuning voor deze nieuwe vormen van sturing en bekostiging.”* Daarnaast zijn de onderwerpen als aanvullende portals en facturatie- en betaalperioden

aan bod gekomen. Dit wordt ook bevestigd door eerder onderzoek (o.a. VNG, iZA & VWS, 2015; BMC, 2015b/c, 2016).

Bijna alle zorgaanbieders geven aan dat niet alle gemeenten waar zij mee te maken hebben werken met iWmo en/of iJw. De oorzaak van het niet werken met het standaard berichtenverkeer door gemeenten is soms heel eenvoudig: *“Als we in één gemeente zowel zorg vanuit de Wmo 2015 als de Jeugdwet leveren kan het zo maar zijn dat de ambtenaar die verantwoordelijk is voor Wmo 2015 zich wel heeft verdiept in iWmo, maar dat de ambtenaar van Jeugd dit niet heeft gedaan.”*. Wel geven zorgaanbieders aan dat veel gemeenten over willen gaan naar het standaard berichtenverkeer. In de tussentijd houden zorgaanbieders een schaduwregistratie bij, dat ook tijdelijk extra administratieve lasten met zich meebrengt. Door de schaduwregistratie is het soms niet duidelijk wat via het elektronisch berichtenverkeer loopt en wat via de handmatige weg loopt. Verder geeft een gecertificeerde instelling (GI) aan dat bij het inrichten van het stelsel onvoldoende notie is geweest van de bijzondere taakstelling van GI's. Zo bestaat op dit moment nog geen relatie tussen het CORV-berichtenverkeer en de iJw. Daarnaast is de iJw 2.0 standaard ingeregeld tussen gemeenten en zorginstellingen, terwijl bij GI's niet de gemeente maar de kinderrechter de rol van opdrachtgever vervult.

Naast het standaard berichtenverkeer werken gemeenten met aanvullende portals om informatie uit te wisselen met de aanbieders (o.a. WmoNed, digitaal leefplein, stipter, JeugdNet). De portals zijn aanvullend op de informatiestandaarden zoals iWmo en iJw. Een jeugdzorg aanbieder vertelt dat zij voor elke regio of gemeente te maken hebben met andere portals, met ieder een eigen gebruiksaanwijzing. Het feit dat iedere gemeente haar eigen werkwijze op nahoudt maakt de registratie en declaratie ingewikkeld, aldus de jeugdzorg aanbieder.

Een ander onderwerp dat door gebrek aan standaardisatie administratieve lasten met zich mee brengt is het onderwerp facturatie- en betaalperioden (zie kader).

Voorbeeld 4. Facturatie- en betaalperioden in de Wmo

Het onderwerp facturatie- betaalperioden wordt met name als knelpunt ervaren in de Wmo en Jeugdwet, in relatie tot de eigen bedrijfsvoering en de CAK periode. Zo geeft een GHZ-aanbieder aan: *“Bij de Wlz is de declaratieperiode maandelijks, maar voor gemeenten is het soms maandelijks en soms vierwekelijks. Hierbij kan ook de begindatum van de periode nog verschillen per gemeente en ook weer verschillen van de periode die het CAK aanhoudt.”*

Een andere aanbieder geeft aan dat binnen één gemeente sprake kan zijn dat de afdeling Jeugd vraagt om facturatie binnen vier weken en dat de afdeling Wmo vraagt om een factuur binnen één maand.

Tevens ervaren zorgaanbieders administratieve lasten doordat gemeenten verschillende productcodes hanteren. Op de vraag of standaardisatie van de productcodes hiervoor de oplossing is zegt een jeugdzorgaanbieder: *“Wij zien dat op dit moment het accent gelegd wordt op standaardisatie en het gebruik van dezelfde contracten en productcodes door alle gemeenten. Onze ervaring is dat het gebruik van verschillende codes op zich wel wat extra werk oplevert, maar over het algemeen ook eenvoudig te automatiseren is. Standaardisatie is dus maar een deel van de oplossing.”*

Domeinoverstijgend

Wetsoverstijgend hebben zorgaanbieders met name moeite met de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 (o.a. van Rijn & van Steur, 2016; Jeugdbondsman Den Haag, 2016). Een GHZ-aanbieder vertelt: *“Elke gemeente houdt een andere leeftijd aan wanneer iemand overgaat van de Jeugdwet naar de Wmo 2015. Voor de ene gemeente is dit 18 jaar, maar andere gemeenten kiezen voor 23 jaar of zelfs 27 jaar.”* Op administratief gebied betekent dit dat voor elke gemeente anders gemonitord dient te worden wanneer een cliënt overgaat naar de Wmo 2015. De ene gemeente zorgt dat de beschikking afloopt als de jongere de ‘Wmo-leeftijd’ heeft bereikt. De andere gemeente geeft geen einddatum mee in de beschikking en legt de verantwoordelijkheid neer bij de jeugdzorgaanbieder om de leeftijdsgrens te bewaken. Tot slot wordt überhaupt de overgang van het ene domein naar het andere als administratieve last aangemerkt. Er wordt ook erkend dat hier onvoldoende ketenbrede afspraken over zijn gemaakt (Zorginstituut, 2016).

4.2.5 Verantwoording

Onder het thema ‘verantwoording’ vallen de ervaren administratieve lasten met betrekking tot het op orde hebben van de AO/IC binnen de organisatie tot en met de accountantscontrole.

Wlz

Uit het onderzoek blijkt dat de administratieve lasten in de Wlz in het kader van verantwoording relatief laag zijn. Dit heeft enerzijds te maken met de bekendheid van de te doorlopen processen en anderzijds met de doorontwikkeling binnen de Wlz. Zo hebben de zorgkantoren per 2016 de productiemonitoren afgeschaft. Deze monitoren moesten maandelijks aangeleverd worden naast het berichtenverkeer.

Eén van de onderwerpen die als (beperkte) administratieve last wordt bestempeld binnen de Wlz is het early warning system (EWS) (Q-Consult, 2016c). Het EWS is een hulpmiddel dat Wlz-uitvoerders gebruiken om te beoordelen of een zorgaanbieder financieel gezond is. Volgens de NZa regeling Protocol prestatiemeting Wlz (2015) is de Wlz-uitvoerder verplicht om het EWS te vullen met kengetallen op basis van de jaarrekeningen van alle gecontracteerde zorgaanbieders. Vervolgens dienen zorgaanbieders daar een analyse op te doen op basis van een beslisboom of analysemodel (bijvoorbeeld groen, oranje, rood). Het blijkt dat zorgkantoren verschillende ‘grenzen’ stellen in hun analysemodel. Uit de casestudy blijkt dat het ene zorgkantoor een lagere grens hanteert voordat nadere maatregelen worden getroffen dan het andere zorgkantoor.

Verder wordt in de Wlz met name de *stapeling* van controles als administratieve last ervaren (Q-Consult, 2016c). Zorgaanbieders geven aan dat zij op basis van de kaderregeling AO/IC zelf een uitgebreide interne controle uitvoeren, waarna nog verschillende controles door externe partijen worden uitgevoerd. Voorbeelden hiervan zijn de accountantscontrole en de materiele controle door de zorgkantoren. Ook ervaren zorgaanbieders dat het NZa-controleprotocol op verschillende wijze wordt uitgelegd van de feitelijke levering van zorg, waardoor accountants zekerheidshalve de meest veiligste uitleg aanhouden (Q-Consult, 2016c). Een zorgaanbieder uit de bijeenkomst Wlz-inkoop licht dit toe: *“Accountants worstelen met zaken als volledigheid van declaratie. Omdat we zorg verlenen op basis van indicaties, weten accountants niet hoe ze zekerheid kunnen verkrijgen dat die zorg ook daadwerkelijk is geleverd. Er is geen sprake van tijdsregistratie in de Wlz en dat maakt het de accountants wel lastig.”*

Tot slot geeft een zorgaanbieder uit de casestudy aan dat de controles meer in lijn zouden moeten liggen met de gedachten van de hervorming van de langdurige zorg, namelijk meer eigen regie bij de cliënt en zelfredzaamheid. Een aanbieder licht dit toe: *“Op een afsprakenkaart van de cliënt kan staan dat een cliënt een x aantal uur behandeling krijgt. Dit wil niet zeggen dat die behandeling is geleverd. Sterker nog, in de praktijk kan blijken dat een bezoek aan de kapper meer bijdraagt aan het welbevinden van de cliënt dan de behandeling.”* De zorgaanbieder pleit ervoor dat de huidige werkwijze van de materiele controle, namelijk het aantal geleverde zorguren, niet meer passend is in het huidige systeem en dus moet veranderen.

Zvw wijkverpleging

In tegenstelling tot de Wlz, wordt productieverantwoording wel als hoge administratieve last ervaren in de Zvw wijkverpleging. Als voorbeeld geeft een VVT-aanbieder aan dat zorgverzekeraar Menzis naast de standaard gegevens die worden vastgelegd nog extra uitvragen doet (zie kader).

Voorbeeld 5. Productieverantwoording in de Zvw

In het inkoopbeleid 2016 van Menzis staat: *“Daarnaast heeft Menzis om in aanmerking te komen voor het basiscontract, minimale contracteisen opgesteld met betrekking tot de volgende onderwerpen: [...] doelgroepen registratie.”* Met doelgroepen registratie wordt bedoeld dat de productie voor specifieke patiëntengroepen moet worden vastgelegd, bijvoorbeeld het aantal patiënten met dementie. Deze informatie is niet opgenomen in de standaard voor het declaratieverkeer.

Uit een FAQ n.a.v. het inkoopbeleid 2016 blijkt ook dat de definities van de doelgroepen niet helder zijn omschreven met als gevolg dat er geen eenduidige registratie is onder zorgaanbieders (Menzis, 2015). Een andere zorgaanbieder geeft aan dat hun classificatiesysteem (Nanda Nic Noc) de gevraagde gegevens niet automatisch genereert. Het classificatiesysteem OMAHA zou de doelgroepeninformatie registratie wel ondersteunen. Dit systeem werd echter in 2016 nog weinig gehanteerd.

Verzekeraars willen met ingang van 2017 de doelgroepenregistratie verplicht stellen, waarvan enkele verzekeraars dit zelfs met terugwerkende kracht vragen (ActiZ, 2016b). Hierbij willen de verzekeraars dat de wijkverpleegkundige bij iedere cliënt registreert in welke doelgroep deze cliënt valt. Deze doelgroepenregistratie zal leiden tot een toename van de administratieve lasten, aangezien de doelgroepenregistratie in veel gevallen niet aansluit bij de huidige registratie en de aanpassingen van de ICT-systemen niet voor januari 2017 gerealiseerd zullen zijn.

Tot slot wordt ook in de wijkverpleging de accountantscontrole als hoge administratieve last ervaren, met name met betrekking tot het punt feitelijke levering. Een aanbieder uit de casestudy geeft aan: *“Het is vreemd dat we rechtmatigheid van zorg zoeken in de wijze hoe een medewerker tijd registreert.”* Zij zouden graag de discussie aangaan over de vaststelling van feitelijke levering van zorg.

Wmo 2015 en Jeugdwet

Binnen de Wmo 2015 en de Jeugdwet worden administratieve lasten in verband met verantwoording als hoog ervaren. De lasten worden ervaren over de gehele linie van verantwoording, van productieverantwoording tot en met de accountantscontrole.

Volgens zorgaanbieders start het probleem bij het niet in lijn liggen van de bekostiging met de verantwoording. Dit is al eerder onderkend door het programma i-Sociaal Domein in de werkagenda die in 2014 is opgesteld (VNG, iZA, VWS, 2014). Gemeenten vragen meer informatie uit dan dat zorgaanbieders op basis van de wijze van de bekostiging én de contractafspraken is te verwachten. Daarnaast zijn de voorwaarden rond de administratie in veel contracten niet vastgelegd (VNG, iZA & VWS, 2015). Een zorgaanbieder geeft aan dat zij hele specifieke vragen krijgen van de gemeente die de gemeenteraad wil hebben en/of die worden gebruikt voor beleidsontwikkeling. *“Van dat soort incidentele uitvragen hebben we heel veel van”* aldus de zorgaanbieder (zie kader). Regelmatig kunnen de antwoorden op de vragen niet geautomatiseerd opgeleverd worden en leidt dit tot extra administratieve lasten aan de kant van de zorgaanbieder.

Voorbeeld 6. Incidentele gegevensuitvragen in de Wmo

Een zorgaanbieder die maatschappelijke opvang levert geeft aan dat zij regelmatig aanvullende uitvragen van de gemeente krijgt. *“Zo is een keer uitgevraagd of wij kunnen doorgeven hoeveel zwangere vrouwen we opnemen in de opvang. Deze gegevens worden niet standaard geregistreerd en om te kunnen voldoen aan de vraag van de gemeente zijn alle dossier handmatig gelicht.”* Een ander voorbeeld van een incidentele uitvraag is ‘herkomst van de cliënt’. De gemeente wilde weten uit welke regio’s de cliënten afkomstig zijn die worden opgenomen in de opvangorganisatie.

Een andere zorgaanbieder uit de casestudy geeft aan dat *“gemeenten verschillende overzichten gebruiken en verschillende periodes hanteren waarin verantwoordingen moeten worden ingediend. In grote lijnen willen alle gemeenten hetzelfde weten, maar toch vragen ze het allemaal anders uit”*. Daarnaast vragen gemeenten koppelingen te maken tussen geregistreerde cliëntcontacttijd en ingediende declaraties. Ook dit is dubbel werk.

Zorgaanbieders omarmen de ‘Modeloplegger rechtmatigheidsvereisten Wmo en Jeugdwet’ van de VNG, project iZA en VWS (2015), maar laten tegelijkertijd weten dat het controleprotocol niet door alle gemeenten worden gehanteerd. Een aanbieder geeft aan: *“Gemeenten leggen controleprotocollen op die afwijken van het landelijk protocol. Ook vragen zij cliëntgegevens op die niet uitgevraagd kunnen worden en vragen zij cliëntgegevens op via onbeveiligde e-mails.”*

Tot slot geven zorgaanbieders aan veel problemen te ervaren met de accountantscontrole. Een aanbieder ervaart dat er door de accountant meer interne controles gevraagd worden en dat de contremarges kleiner zijn geworden. Verder geven zorgaanbieders aan dat zij meer en andere controles moeten doen dan dat zij hadden verwacht. Hierdoor is de stress rondom het opleveren van de jaarrekening hoog. Een zorgaanbieder verwoordde dit als: *“We verzinnen de controle, nadat het [de Wmo 2015] is ingevoerd”*. Om de problemen met de accountantscontrole te beperken is een landelijk accountantsprotocol opgesteld (project iZA, 2015). Ook voor 2016 is weer een dergelijk protocol opgeleverd, nu vroeger in het jaar (i-Sociaal Domein, 2016b).

Domeinoverstijgend

Over het algemeen geven zorgaanbieders aan dat de verantwoording voor hen een groot knelpunt is. Hun organisaties zijn nog niet allemaal ingeregeld op basis van de nieuwe bekostigingswijzen,

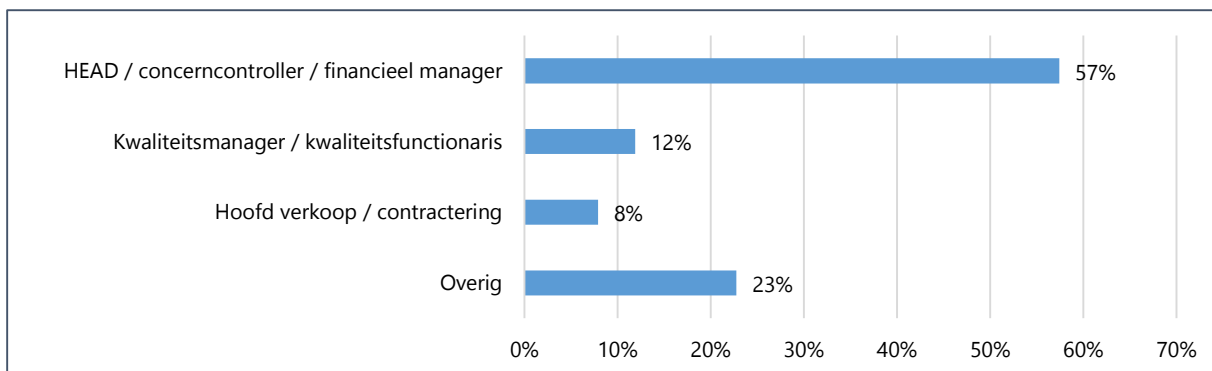
verantwoording, aanvullende uitvragen van de gemeenten en controles. Daarnaast lopen zorgaanbieders tegen het probleem aan dat een grote hoeveelheid formulieren ingevuld moet worden, die niet altijd vindbaar en gebruiksvriendelijk zijn (Werkgroep Registratielasten in de langdurige zorg, 2014). Daarnaast is het voor zorgaanbieders niet altijd duidelijk in hoeverre deze formulieren wettelijk verplicht zijn.

4.3 Top 5 knelpunten administratieve lasten

Middels een enquête onder zorgaanbieders en twee bijeenkomsten (werkgroep zorgaanbieders en klankbordgroep) is een top 5 aan knelpunten geïdentificeerd. Deze paragraaf beschrijft achtereenvolgens de respons en onderzoekspopulatie van de enquête (4.3.1), de top 5 knelpunten per wet (4.3.2) en de top 5 aan knelpunten overall.

4.3.1 Respons

In totaal hebben 303 respondenten de enquête ingevuld. De respondenten zijn afkomstig van minimaal 239 unieke organisaties.³ Binnen 46 organisaties is de enquête meerdere keren ingevuld door diverse functionarissen (in de meeste gevallen twee keer). Hieronder zijn de respondenten nader gespecificeerd naar functie (figuur 4), sector en domein (tabel 1). De respondenten konden meerdere antwoorden aangeven bij de sectoren en domeinen waarin zij zorg leveren.



Figuur 4. Verdeling functies onder respondenten

	Verdeling sectoren	Verdeling domeinen
1.	VVT (45%)	Wmo 2015 (29%)
2.	Jeugd (32%)	Wlz (27%)
3.	GHZ (27%)	Jeugdwet (19%)
4.	GGZ (24%)	Zvw Wijkverpleging (16%)
5.	Overig (4%)	Overig (Geriatrische revalidatiezorg (GRZ), Participatiewet) (9%)

Tabel 1. Verdeling sectoren en domeinen onder organisaties waarvoor de respondenten werkzaam zijn

De verdeling van het aantal zorgaanbieders dat per provincie de enquête heeft ingevuld, gaf een representatief beeld van de geografische verdeling van de zorgaanbieders over Nederland. Ook de omzet liet een realistische verdeling zien over het land.

³ Niet alle respondenten hebben de naam van hun organisatie ingevuld. Hierdoor is mogelijk het aantal unieke organisaties nog hoger dan 239.

4.3.2 Top 5 knelpunten per wet

In tabel 2 wordt de top vijf aan knelpunten per wet weergegeven. In deze tabel is geen onderscheid gemaakt naar sector.

	Wmo 2015	Jeugdwet	Zvw wijkv.	Wlz
1.	Berichtenverkeer	Berichtenverkeer	Productie verantwoording	Accountantscontrole
2.	Accountantscontrole	Productie- verantwoording	Kwaliteitseisen	Controleplan
3.	Facturatie- en betaalperioden	Accountantscontrole	Accountantscontrole	Zelfanalyse en ontwikkelplan
4.	Productie- verantwoording	Facturatie- en betaalperioden	Controleplan	Kwaliteitseisen
5.	Aanvullende portals vanuit gemeente	Woonplaatsbeginsel	Zorgplan/ ondersteuningsplan	Verantwoording op het gebied van kwaliteit

Tabel 2. Top vijf aan knelpunten per wet

Op basis van de top vijf vallen enkele zaken op, namelijk:

- In zowel de Wmo 2015 als de Jeugdwet wordt het 'Berichtenverkeer' het vaakst als knelpunt benoemd en daarmee op de eerste plek in de top vijf;
- de Wmo 2015 en de Jeugdwet hebben op drie dezelfde knelpunten, namelijk 'Berichtenverkeer', 'Accountantscontrole' en 'Productieverantwoording';
- in alle domeinen wordt 'Accountantscontrole' als knelpunt benoemd;
- in de Zvw wijkverpleging en de Wlz worden knelpunten benoemd ten aanzien van kwaliteit. Dit type knelpunten staat niet in de top vijf bij Wmo 2015 en Jeugdwet'. Zorgaanbieders zien dit als een positieve ontwikkeling: *"het feit dat kwaliteitseisen en ontwikkelplan hoog scoren in de enquête administratieve lasten geeft de volwassenheid van de discussie met de zorgkantoren aan"*;
- alle domeinen bevatten domein specifieke onderwerpen, bijvoorbeeld 'Woonplaatsbeginsel' in de Jeugdwet en 'Zelfanalyse en ontwikkelplan' in de Wlz.

Wanneer bovenstaande analyse van de top vijf aan knelpunten wordt uitgevoerd per sector (GGZ, GHZ, Jeugdzorg en VVT) worden minimale verschillen geconstateerd.

4.3.3 Top 5 knelpunten domeinoverstijgend

Op basis van de enquête en de bespreking hiervan met de werkgroep van zorgaanbieders kan geconcludeerd worden dat een duidelijke scheidslijn te trekken is tussen administratieve lasten in de Wlz en de Zvw wijkverpleging enerzijds, en de Wmo 2015 en Jeugdwet anderzijds:

- Er wordt nauwelijks een verandering ervaren in de hoogte van de administratieve lasten in de Wlz ten gevolge van de hervorming van de langdurige zorg.
- er wordt een beperkte verandering ervaren in de hoogte van de administratieve lasten in de Zvw ten gevolge van de hervorming van de langdurige zorg. Het contracteringsproces, de wijze van declareren en de kaders zijn bekend. Er is met name sprake van tijdelijk hogere

administratieve lasten door een nieuwe financier. Daarnaast is het aantal contractpartijen toegenomen door het wegvallen van het representatiemodel sinds 2016;

- in de Wmo 2015 en de Jeugdwet worden de administratieve lasten als hoog bestempeld.

Op basis van de uitkomsten van de enquête schetsen zorgaanbieders de onderstaande domeinoverstijgende top vijf aan knelpunten op het gebied van administratieve lasten (tabel 3).

Top 5 Knelpunten administratieve lasten	
1.	Bekostiging (<i>Wmo 2015 en Jeugdwet</i>)
2.	Accountantscontrole (<i>alle domeinen</i>)
3.	Productieverantwoording (<i>alle domeinen, maar met name Wmo 2015 en Jeugdwet</i>)
4.	Berichtenverkeer (<i>Wmo 2015 en Jeugdwet</i>)
5.	Facturatie- en betaalperioden (<i>Wmo 2015 en Jeugdwet</i>)

Tabel 3. Top vijf aan administratieve lasten domeinoverstijgend

Om in het licht van de motie een betekenisvolle reductie te bereiken in de ervaren administratieve lasten moet worden uitgegaan van deze top vijf. Daarbij wordt aanbevolen specifiek te focussen op de problematiek in de Wmo 2015 en Jeugdwet. Ook heeft een ruime meerderheid van de respondenten aangegeven dat standaardisatie voor elk van de onderwerpen de oplossing is.

4.4 Oplossingen

De afgelopen jaren is door diverse partijen onderzoek gedaan naar de administratieve lasten ten gevolge van de hervorming langdurige zorg en jeugdzorg en mogelijkheden om deze administratieve lasten te beperken. In paragraaf 4.4.1 worden enkele van deze onderzoeken nader toegelicht. In aanvulling op het literatuur onderzoek hebben denktanksessies plaatsgevonden met experts en zorgaanbieders. De uitkomsten hiervan zijn opgenomen in paragraaf 4.4.2.

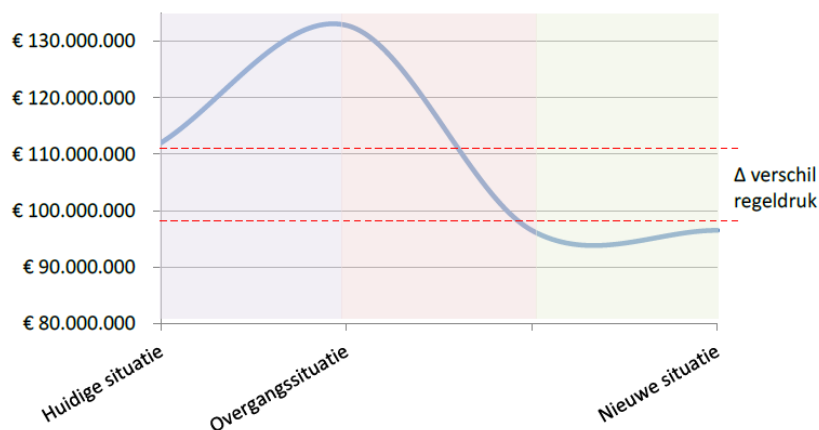
4.4.1 Oplossingen vanuit de literatuur

In deze paragraaf worden enkele belangrijke onderzoeken besproken die ingaan op mogelijke oplossingsrichtingen voor de administratieve lasten door de hervorming van de langdurige zorg. Dit zijn opeenvolgend rapporten van CPB (2013), SIRA Consulting (2014), NBA (2014a, 2014b) en Berghuis (2016).

In opdracht van de Ministeries van Binnenlandse Zaken, Financiën en de VNG heeft het CPB in 2013 een globale inventarisatie gemaakt van de kansen en risico's van de decentralisatie van de Jeugdwet, Wmo 2015 en Participatiewet. De belangrijkste kansen van de decentralisatie zijn de gerichte aansluiting van vraag en aanbod en de prikkels voor doelmatige uitvoering. Daarentegen kan de decentralisatie ook gepaard gaan met schaalnadelen door versnippering van kennis en inkoopmacht en onderlinge verschillen in kwaliteit en niveau van voorzieningen tussen gemeenten. Uit deze inventarisatie komt onder andere het dilemma naar voren betreffende 'Gemeentelijke beleidsvrijheid en de verschillen in kwaliteit en niveau per gemeente'.

In 2014 heeft SIRA Consulting de regeldruk in het nieuwe stelsel van de langdurige zorg in kaart gebracht om de gevolgen van wetsvoorstellen inzichtelijk te maken. Onderstaande figuur uit het rapport geeft het verwachte verloop in administratieve lastendruk in de langdurige zorg weer, indien een groot aantal aanbevelingen en randvoorwaarden vooraf zouden zijn ingevuld (SIRA Consulting, 2014). Dit betreffen onder andere de volgende randvoorwaarden:

- Beleidsvrijheid op inhoud bij gemeenten, maar standaardisatie van bedrijfsvoering (productie-, verantwoordings- en declaratiesystemen);
- terughoudendheid in verantwoordings-eisen van gemeenten;
- facturatie en declaratie laten aansluiten bij standaarden;
- verwachtingsmanagement tussen zorgaanbieders en gemeenten.



Figuur 5. Verloop van de lastenontwikkeling (SIRA Consulting, 2014)

Er is overigens geen vergelijkbare casus uit het buitenland waarbij de decentralisatie op een vergelijkbare manier is toegepast. Het is daarom lastig te zeggen hoe lang de transitie-effecten merkbaar zijn.

Ook de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) heeft sinds begin 2014 middels diverse brieven richting het ministerie van VWS en branchepartijen aandacht gevraagd voor het verantwoordings- en controleproces van zorgaanbieders en gemeenten en de praktische knelpunten die hiermee gepaard gaan. De NBA heeft in deze brieven haar zorgen geuit over de inefficiënties in het administratieve proces als gevolg van de decentralisaties in het Sociaal Domein. De wijzigingen van de registratieregels en de grote diversiteit aan verantwoording hebben een negatieve werking op de administratieve lasten voor zorgaanbieders. Hierop volgend heeft de NBA een aantal adviezen geformuleerd ter vereenvoudiging van de rapportage- en controleketen (NBA, 2014):

- Ontwikkel een uniform verantwoordingsmodel voor zorgaanbieders;
- ontwikkel een uniform kader met definities, begrippen en indicatoren;
- leg deze uniforme modellen en normenkaders vast in een modelverordening;
- adviseer samenwerkende gemeenten om uniforme afspraken te maken;
- onderzoek alternatieve, eenvoudige vormen van verantwoording en controle.

Berghuis (2016) heeft onderzoek gedaan naar de dominante strategieën die zorgaanbieders kunnen hanteren om transactiekosten te verlagen binnen de Wmo 2015. Uit het onderzoek blijkt dat aanbieders *“nog zoekende zijn in deze ‘nieuwe wereld’ van de Wmo 2015 als het gaat om strategieën die transactiekosten verlagen. De bewuste strategievorming moet zich nog uitkristalliseren bij de meeste organisaties”*. Verder blijken veel zorgaanbieders (nog) niet op de hoogte te zijn van de mogelijke strategieën die zij kunnen hanteren om de transactiekosten te verlagen (zie paragraaf 2.4). Daarbij moet gezegd worden dat de gevonden strategieën niet één op één voor iedere aanbieder even toegankelijk lijken te zijn. Welke strategie een aanbieder kiest is sterk afhankelijk van de factoren die de aanbieder en de gemeente waarmee de aanbieder contracten afsluit typeren. Voorbeelden van deze factoren zijn: de relatieve grootte van een aanbieder in een gemeente, de relatieve financiële afhankelijkheid van de aanbieder van Wmo-inkomsten (bijvoorbeeld ten opzichte van Wlz inkomsten) en de mate waarin een gemeente bereid is om samen te werken met aanbieders.

Berghuis roept onder andere op tot professionalisering van de verkooporganisatie binnen zorgaanbieders. Brancheorganisaties GGZ Nederland, de RIBW Alliantie en Federatie Opvang hebben hier ook al een aantal initiatieven voor ontplooid (zie kader).

Voorbeeld professionaliseren verkooporganisatie: Masterclass onderhandelingstactieken

Om zorgaanbieders in hun verkoopproces te ondersteunen hebben GGZ Nederland, RIBW Alliantie en Federatie Opvang gezamenlijk een aantal activiteiten ontwikkeld. Eén van de initiatieven is de masterclass onderhandelingstactieken (RIBW Alliantie, 2016).

De masterclass onderhandelingstactieken wordt georganiseerd voor verkopers/ accountmanagers van zorgaanbieders die onderhandelen met verzekeraars en gemeenten. Hierin kunnen zij specifieke kennis opdoen van de fasen van het onderhandelingstraject, juridische aspecten van onderhandelingen in de zorg, informatie inwinnen over in's en out's van collectief onderhandelen en tips & trics uitwisselen op basis van praktijkervaringen.

Eén van de eerste stappen in het neerzetten van de verkooporganisatie is het bepalen hoe de verkoopstructuur vormgegeven wordt (Zuurbier *et al*, 2015). Om het verkoopproces in te gaan is inzicht nodig in informatie over onder andere kwaliteit, prijzen en volumes. Dit inzicht kan verkregen worden door een kostprijsanalyse uit te voeren en benchmarking. Daarnaast kunnen verschillende strategische keuzes gemaakt worden, te weten: portfoliokeuzes (keuzes ten aanzien van het zorgaanbod) en keuzes op het gebied van (keten)samenwerking en onderaanneming.

4.4.2 Oplossingen denktanksessies

In het kader van het onderzoek naar administratieve lasten door de hervormingen in de langdurige zorg en jeugdzorg hebben twee denktanksessies plaatsgevonden waarin de uitkomsten van de enquête zijn besproken om vervolgens tot oplossingen te komen. Eén denktanksessie was met onafhankelijke experts en één sessie met zorgaanbieders. In bijlage III zijn de aanwezige experts en zorgaanbieders opgenomen. De volgende oplossingsrichtingen zijn concreet naar voren gekomen:

1. Model van opdrachtgeverschap
2. Governance
3. Minimale SOLL-positie
4. Professionalisering verkoopfunctie (aanbieders) en inkoopfunctie (gemeenten)
5. Nieuwe Europese richtlijn voor aanbesteding
6. Horizontaal Toezicht

Model van opdrachtgeverschap

De huidige vorm van contractrelaties verdringt deels de inhoud van de zorgverlening door de administratieve lasten die het veroorzaakt in de uitvoering. In die zin zijn de transactiekosten van het nieuwe stelsel waarschijnlijk onderschat bij de invoering. Contracten worden soms opgemaakt vanuit het idee van belangentegenstellingen in plaats van het gemeenschappelijke belang in de regio. Uiteraard gaat het juist om een balans te vinden tussen efficiëntie en innovatie (gemeentelijke belang) en professionaliteit (aanbiedersbelang). Dat vergt zowel empowerment van aanbieders als verantwoordelijkheid bij gemeenten. De vraag is vervolgens hoe het contract zou kunnen bijdragen aan socialisering in plaats van aan een niet-functionele verantwoording. Essentieel is hoe men vertrouwen zou kunnen introduceren in de contractrelaties, onder het uitgangspunt dat vertrouwen niet gelijk staat aan naïviteit. Derhalve zou het streven moeten zijn om te richten op zo dun mogelijke contracten.

Prof. Telgen van de Universiteit Twente doet onderzoek naar contractering in het sociaal domein en beschikt over een database met alle contracten. Op basis van een analyse van de contracten en inkoopdocumenten van gemeenten zijn grofweg vijf verschillende modellen van opdrachtgeverschap te identificeren: 1) AWBZ simuleren, 2) AWBZ met andere producten, 3) Veilingmodel, 4) Populatie gebonden bekostiging en 5) Regisseursmodel. Binnen ieder van deze modellen bestaat een veelheid aan variatie.

Het gekozen model van opdrachtgeverschap bepaalt grotendeels de behoefte aan administratieve handelingen en verantwoordingsinformatie tussen opdrachtgever (gemeente) en opdrachtnemer (zorgaanbieder). Uit de verschillen in model van opdrachtgeverschap vloeien dus automatisch ook (soms forse) verschillen in administratie voort. Daarnaast bestaat (soms) los van de informatiebehoefte over de uitvoering van contracten behoefte aan informatie over de effecten op populatieniveau (bijvoorbeeld

voor de politiek). Maar dat is andere informatie dan waarop afrekening kan plaatsvinden. Het is belangrijk dat een gemeente *bewust* een keuze maakt voor een model van opdrachtgeverschap. Op basis van het model van opdrachtgeverschap kan een model voor bekostiging worden gekozen.

Het iSD programma heeft drie uitvoeringsvarianten ontwikkeld en stimuleert gemeenten één van de drie uitvoeringsvarianten te kiezen. Hiervoor zijn inmiddels ook standaarden voor de bijbehorende contractteksten ontwikkeld (i-Sociaal Domein, 2016a). De modellen zijn in 2015 ontwikkeld, maar nog te weinig toegepast. In 2016 zijn de standaardteksten ontwikkeld en wordt aanbevolen deze zo nodig nog aan te passen in bestaande contracten. Het iSD programma kan gemeenten echter alleen maar verleiden deze varianten te gebruiken, de Stuurgroep iSD heeft geen doorzettingsmacht. De praktijk is tot nog toe dat de modellen niet zuiver worden toegepast. Er is sprake van hybride varianten die op meerdere gedachten hinken, bijvoorbeeld inkoop in de vorm van inspanningsgericht en verantwoording op basis van taakgerichte uitgangspunten.

Governance

Terugkerend onderwerp in het onderzoek is de benodigde governance structuur. Prof. Van Raaij geeft aan dat de transitie vanuit de evolutietheorie bekeken kan worden. Deze bestaat uit de fasen variatie, selectie en retentie. Door de transitie is het systeem 'opgeschud', hierdoor ontstaat de beoogde variatie. Vervolgens ontstaat selectie en retentie. Dit is een door de wetgever gewenst effect geweest. De variatie aan aanbieders die ontstaan is door de transitie wordt soms ook wel 'wildgroei' genoemd, maar ook dit kan een gewenst effect zijn als men het vanuit de evolutietheorie beschouwd. Volgens een selectieproces ontstaat vervolgens de gewenste innovatie in het zorgaanbod. Een bepaalde vorm van governance is echter nodig om de gewenste selectie te laten optreden.

Onder governance wordt verstaan: een structuur die de spelregels bepaalt en ook kan afdwingen als het gaat om het standaard hanteren van gegevens, systemen en techniek (de minimale SOLL-positie). Er wordt aanbevolen te onderzoeken of een vorm van *vrijwillige* governance mogelijk is, omdat dit bij medewerking van alle partijen op redelijk korte termijn te realiseren is. Een governance die wordt geregeld bij wet- en regelgeving zal naar verwachting pas op latere termijn zijn uitwerking hebben. Op het moment dat het invoeren van de vrijwillige governance niet tot stand komt of niet werkt, dan moet het Rijk haar (stelsel)verantwoordelijkheid nemen door middel van wet- en regelgeving.

In de praktijk bestaan op dit moment ten minste twee voorbeelden van vrijwillige governance, namelijk het college Arbeidszaken binnen de VNG en het SBR-programma (zie kader).

Voorbeeld vrijwillige governance: Standard Business Reporting (SBR)

Standard Business Reporting (SBR) Programma is een privaat-publieke samenwerking voor het standaardiseren van gegevens (semantiek), techniek en processen t.b.v. aanlevermethode voor een rapportages door organisaties aan de overheid en banken. Het is vorm van gestandaardiseerde uitwisseling van financiële en niet-financiële gegevens met banken en tussen overheden (B2B, B2G, en G2G)¹. De beoogde reductie van administratieve lasten wordt hier bereikt middels een standaardisatie van gegevens, systemen, en techniek. Partijen zoals banken accepteren dit onder het uitgangspunt dat hun concurrentie/beleidsvrijheid geen betrekking hoeft te hebben op de backoffice maar dat het cliëntenbelang zich bevindt in de frontoffice.

Om de standaardisatie te bereiken is een vorm van governance nodig is. In het SBR programma is gekozen voor een vrijwillige vorm van governance die de markt en de overheid samen hebben vorm gegeven. Het programma wordt aangestuurd door een rijksregisseur op DG niveau. Een drietal banken (ABN AMRO, ING, Rabobank) heeft de SBR aanpak geadopteerd en daarnaast werken inmiddels vele accountancy-organisaties, softwareleveranciers en ondernemers met SBR.

Minimale SOLL-positie

De scope van de governance wordt bepaald door het minimaal noodzakelijk kader dat bewaakt moet worden om de ongewenste transitie-effecten te minimaliseren. Voor de duiding van dit minimaal noodzakelijk kader willen de experts graag gebruik maken van de termen IST en SOLL: IST staat voor de huidige situatie, SOLL staat voor de wenselijke situatie. Een vorm van governance op het proces is hierbij wenselijk in de vorm van creëren van randvoorwaarden voor een efficiënt en effectief administratief proces. Tegelijkertijd moet er voorkomen worden dat innovatie wordt dichtgeregeld. Dit is mogelijk wanneer inhoud en administratie voldoende uit elkaar worden gehaald. Het uitgangspunt hierbij is dat beleidsvrijheid geen toegevoegde waarde heeft in de backoffice, maar juist in de frontoffice daar waar het cliëntbelang zich bevindt. De minimale SOLL-positie bestaat volgens de experts en zorgaanbieders uit de volgende onderdelen:

- iWmo & iJw (doorontwikkelen en implementeren);
- de 3 uitvoeringsvarianten van iSD;
- hanteerbaar en uniform aantal productcodes;
- rechtmatigheidscontrole (modeloplegger);
- uitvoeringsregels/bedrijfsregels rond de contracten.

Professionalisering verkoopfunctie (zorgaanbieders) en inkoopfunctie (gemeenten)

Voor het reduceren van administratieve lasten is ook een belangrijke rol weggelegd voor zorgaanbieders en gemeenten zelf. Zorgaanbieders en gemeenten kunnen zelf hun verantwoordelijkheid nemen m.b.t. het reduceren van administratieve lasten door hun verkoopfunctie (zorgaanbieders) en inkoopfunctie (gemeenten) te professionaliseren. Professionalisering van de verkoopfunctie bij zorgaanbieders omvat ketensamenwerking, onderaanneming, portfoliokeuzes, benchmarking en kostprijsbeleid. De professionalisering van de gemeenten heeft vooral betrekking op het kiezen van een model van opdrachtgeverschap en het verminderen van de onzekerheid die gepaard gaan met de inhoud en het proces van de inkoop van zorg. Gemeenten dienen een model van opdrachtgeverschap te kiezen om bewust en doelgericht te kunnen sturen en monitoren. Kennisverbreding op het gebied van het zorgproces in de praktijk is hierbij essentieel, zodat gemeenten beter weten wat ze inkopen.

Nieuwe Europese richtlijn voor aanbesteding

De huidige aanbestedingsprocedure van de gemeenten volgt uit de Europese aanbestedingswet. Binnen deze wet kunnen aanbidders diverse vormen van aanbesteden kiezen. De meeste gemeenten kiezen voor een vorm van 'bestuurlijk aanbesteden'. Aangezien dit echter geen vaste wettelijke procedure is, zijn de verschillen in de uitvoering tussen gemeenten erg groot. Prof. Telgen schat in dat tenminste 75 varianten bestaan. Dat betekent dat de aanbidders met veel verschillende vormen van aanbesteden worden geconfronteerd en iedere keer weer andere informatie moeten aanleveren. Dat is weliswaar een éénmalige activiteit, maar niet efficiënt voor de zorgaanbieder.

De wetgever (Ministerie van EZ) heeft in Nederland gekozen om geen nadere procedure voor het sociaal domein uit te werken, terwijl de nieuwe Europese richtlijn hier expliciet om vraagt (artikel 76 lid 1 van de EU richtlijn). Doordat geen procedures worden voorgeschreven (terwijl dat wel zou kunnen om als Nederland compliant te blijven met de Europese richtlijn) kunnen en gaan gemeenten zelf allerlei procedures bedenken binnen de basisprincipes van het Europese aanbestedingsrecht (Robbe *et al.*, 2016). De wetgever zou er goed aan hebben gedaan om juist wel conform de Europese richtlijn duidelijke richtsnoeren mee te nemen in de nieuwe Nederlandse aanbestedingswet. Een quick win is om alsnog te vragen aan het Ministerie van EZ om deze ommissie in te vullen.

Horizontaal Toezicht

In de informatievoorziening lopen zaken door elkaar heen wanneer het gaat om de benodigde informatie om de declaraties te kunnen beoordelen en de benodigde informatie om beleid te kunnen voeren op lokaal en landelijk niveau. Als dit onderscheid niet wordt gemaakt, kan dit leiden tot stapeling van administratieve lasten en bureaucratie.

Horizontaal Toezicht wordt gezien als een belangrijke ontwikkeling om ongewenste en niet-functionele administratieve lasten te beperken. Op deze wijze kunnen ongewenste transitie-effecten worden teruggedrongen. De Vereniging HEAD is inmiddels actief op dit terrein en doet aan modelontwikkeling (Vereniging HEAD, 2015). Er is echter een logische volgorde richting Horizontaal Toezicht, namelijk:

1. Vaststellen van de gewenste sturing en monitoring vanuit de financier;
2. inzicht in en transparantie van zorgprocessen, inclusief de toegepaste vastleggingen en controles;
3. vanuit deze transparantie kan vertrouwen tussen contractpartijen ontstaan;
4. vanuit dit vertrouwen kan worden gewerkt aan het formuleren van het gezamenlijke belang in de regio;
5. vanuit dit gezamenlijke belang ontstaat het besef dat niet-functionele verantwoording niet bijdraagt aan dit belang;
6. vanuit dit besef kan Horizontaal Toezicht worden vormgegeven om niet-functionele verantwoording terug te brengen.

Geconcludeerd wordt dat in vele contractrelaties zelfs de eerste stap van deze volgorde soms nog niet is ingevuld. Deze eerste stap vergt overigens ook een professionalisering van de verkoopfunctie bij zorgaanbidders en de inkoopfunctie bij de financier.

In de kern is het geval dat de registratie en controles niet ingericht zijn om op 392 verschillende manieren te verantwoorden. Dat betekent dat grote behoefte en noodzaak is om het proces zo in te richten dat het eenduidig is en op een gestandaardiseerde wijze geregistreerd en gedeclareerd kan worden, terwijl

gelijktijdig ruimte blijft voor maatwerk voor de burger. De informatie-uitwisseling tussen gemeenten en zorgaanbieders dient zodanig te zijn dat gemeenten in staat zijn om zelfstandig de declaraties te beoordelen; recht, hoogte en duur moeten eenduidig te volgen zijn.

Daarbij wordt de rol van de burger/cliënt nog onvoldoende betrokken in de beoordeling van de betrouwbaarheid van de declaraties. De burger heeft een ondersteuningsvraag en zal niet accepteren als hij/zij niet krijgt wat hem/haar is beloofd. Zeker als daar ook nog een eigen bijdrage aan vast zit. Onderzocht kan worden in hoeverre hier gebruik van kan worden gemaakt bij de (accountants) controles in de Wmo en Jeugdwet.

5. Conclusie en aanbevelingen

Het doel van het huidige onderzoek is te komen tot oplossingen om de administratieve lasten voortvloeiend uit de contractering en verantwoording van de Wlz, Zvw wijkverpleging, Wmo 2015 en Jeugdwet voor zorgaanbieders te beperken middels standaardisatie. Dit hoofdstuk beschrijft de conclusies (5.1) en aanbevelingen (5.2).

5.1 Conclusie

In deze paragraaf wordt ten eerste een overzicht gegeven van de ervaren administratieve lasten door zorgaanbieders. Ten tweede wordt een conclusie gegeven ten aanzien van de ontwikkeling van de administratieve lasten in het kader van de hervorming van de langdurige zorg en jeugdzorg.

5.1.1 Ervaren administratieve lasten

Op basis van de cases, een representatieve enquête en een werkgroep met zorgaanbieders kan geconcludeerd worden dat een duidelijke scheidslijn te trekken is tussen administratieve lasten in de Wlz en de Zvw wijkverpleging enerzijds, en de Wmo en Jeugdwet anderzijds:

- Er wordt nauwelijks een verandering ervaren in de hoogte van de administratieve lasten in de Wlz ten gevolge van de hervorming van de langdurige zorg.
- er wordt een beperkte verandering ervaren in de hoogte van de administratieve lasten in de Zvw ten gevolge van de hervorming van de langdurige zorg. Het contracteringsproces, de wijze van declareren en de kaders zijn bekend. Er is met name sprake van tijdelijk hogere administratieve lasten door een nieuwe financier. Daarnaast is het aantal contractpartijen toegenomen door het wegvallen van het representatiemodel sinds 2016;
- In de Wmo en de Jeugdwet worden de administratieve lasten als hoog bestempeld.

Op basis van de resultaten van de enquête en de interpretatie hiervan met zorgaanbieders ontstaat de onderstaande top vijf aan administratieve lasten.

Top 5 Knelpunten administratieve lasten	
1.	Bekostiging (<i>Wmo 2015 en Jw</i>)
2.	Accountantscontrole (<i>alle domeinen</i>)
3.	Productieverantwoording (<i>alle domeinen, maar met name Wmo 2015 en Jw</i>)
4.	Berichtenverkeer (<i>Wmo 2015 en Jw</i>)
5.	Facturatie- en betaalperioden (<i>Wmo 2015 en Jw</i>)

Tabel 4. Top vijf aan administratieve lasten domeinoverstijgend

Om in het licht van de motie een betekenisvolle reductie te bereiken in de ervaren administratieve lasten moet worden uitgegaan van deze top vijf. Daarbij wordt aanbevolen specifiek te focussen op de problematiek in de Wmo 2015 en Jeugdwet.

5.1.2 Conclusies

Op basis van de resultaten als geschetst in hoofdstuk 4 kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

1. Zorgaanbieders onderschrijven het doel van de decentralisaties. Zij geven aan dat door de decentralisaties de cliënt meer centraal staat en innovatie en ambulantisering wordt gestimuleerd. Echter, zij zien ook ongewenste transitie-effecten, zoals een verhoging van de administratieve lasten;
2. de grote verschillen in contractering en monitoring per gemeente, dus de bekostiging per gemeente, is de hoofdoorzaak van het ontstaan van de transactiekosten bij de aanbieders.
3. de randvoorwaarden uit het SIRA onderzoek, het CPB rapport en NBA brieven zijn vooralsnog niet overal ingevuld. Deze randvoorwaarden zijn schetsen hoe ongewenste en onnodige administratieve lasten bij zorgaanbieders en gemeenten kunnen worden voorkomen;
4. door de verschillen in bekostiging en doordat de randvoorwaarden niet zijn ingevuld, ontstaat een stapeling van controles (productieverantwoording, materiële- en accountantscontroles);
5. de hervorming van de langdurige zorg en jeugdzorg is een majeur veranderingstraject hetgeen meerdere jaren in beslag neemt.

Hieronder worden de vijf conclusies toegelicht.

Met de hervorming van de langdurige zorg is beoogd de kwaliteit van zorg te verbeteren, de betrokkenheid in de samenleving te vergroten en de financiële houdbaarheid te waarborgen (Ministerie van VWS, 2013a). Op basis van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de transitie tot nu toe gewenste en ongewenste effecten met zich mee heeft gebracht.

Het doel dat door de transitie wordt nagestreefd, namelijk het organiseren van de zorg dichterbij de cliënt, wordt door de zorgaanbieders in de praktijk herkend. Door de decentralisatie wordt de zorg meer geleverd vanuit de vraag van de cliënt en wordt de kwaliteit van zorg meer benaderd vanuit het cliëntperspectief. Andere positieve bewegingen die zorgaanbieders zien optreden sinds de transitie zijn ambulantisering, nadruk op preventie en aandacht voor innovatie. Met andere woorden: de zorgverlening 'aan de voorkant' is zichtbaar aan het verbeteren. Daarentegen zijn 'aan de achterkant' een aantal ongewenste transitie-effecten opgetreden die hebben gezorgd voor een toename van de administratieve lasten.

Uit het onderzoek is gebleken dat de diversiteit in contractering en monitoring per gemeente, dus de bekostiging per gemeente, de hoofdoorzaak is van het ontstaan van de transactiekosten bij de zorgaanbieders. Zorgaanbieders ervaren administratieve lasten, omdat de (gevraagde) gegevensuitwisseling ten behoeve van de verantwoording niet in lijn ligt met de bekostiging. Om dit probleem op te pakken heeft het programma iSD drie uitvoeringsvarianten opgesteld: inspanningsgericht, outputgericht en taakgericht (iSD, 2016a). Het programma iSD kan gemeenten echter alleen maar verleiden deze varianten te gebruiken, de Stuurgroep iSD heeft geen doorzettingsmacht.

Voor de oplossingsrichting kan o.a. worden teruggevallen op het SIRA onderzoek (2014), het CPB rapport (2013) en een NBA brief (2014). Hierin wordt een aantal randvoorwaarden beschreven die

noodzakelijk zijn om een toename van de administratieve lasten in de hervorming langdurige zorg en de bijbehorende transactiekosten te beperken, waaronder:

- Beleidsvrijheid op inhoud bij gemeenten, maar standaardisatie van bedrijfsvoering (productie-, verantwoordings- en declaratiesystemen);
- terughoudendheid in verantwoordingseisen in relatie tot het doel van de wet;
- facturering laten aansluiten bij geautomatiseerde standaarden;
- voorfinanciering door gemeenten standaardiseren.

De bovengenoemde randvoorwaarden zijn vooralsnog niet overal ingevuld. Dit leidt tot een stapeling van controles, zoals productieverantwoording, materiële controles en accountantscontroles, met de toenemende administratieve lasten als gevolg.

Naast het gegeven dat nog niet is voldaan aan deze randvoorwaarden voor het beperken van de transactiekosten, is het van belang met een realistische blik te kijken naar de tijd die een transitie in beslag neemt. Voor veel zorgaanbieders én gemeenten is hun complete speelveld veranderd door de transitie. Beide partijen moeten de nieuwe administratieve processen die gepaard gaan met de decentralisatie inregelen en moeten daar de tijd voor krijgen (JB Lorenz, 2015). Wetenschappers geven aan dat een grote transitie als de Jeugdwet drie tot vijf jaar nodig heeft om zich in te regelen (Ministerie van VWS, 2016b). In deze periode pakken zorgaanbieders en gemeente de tijd om hun interne en externe processen aan te passen, elkaar beter te leren kennen en naar elkaar toe te groeien. In termen van de transactiekostentheorie wordt dit ook wel het minimaliseren van de 'onzekerheid' genoemd. Dit is enerzijds een natuurlijk veranderingsproces (evolutietheorie) en anderzijds is het wenselijk om dit proces te versnellen met behulp van gerichte maatregelen.

5.2 Aanbevelingen

De hierboven geschetste randvoorwaarden inzake het reduceren van transactiekosten zijn zoals aangegeven vooralsnog niet overal ingevuld. Niettemin zijn op basis van deze randvoorwaarden al wel veel bouwstenen aanwezig welke verder kunnen worden gebruikt voor het reduceren van de administratieve lasten. Dit leidt naar de volgende metafoor:

"De puzzelstukjes zijn reeds aanwezig, maar moeten alleen nog op de juiste plaats gelegd worden om de puzzel af te maken."



Figuur 6. De puzzel als metafoor voor de oplossingsrichtingen

Zoals figuur 6 laat zien, kan het transitieproces metaforisch worden weergegeven als een puzzel die gezamenlijk door de diverse spelers in het zorglandschap (zorgaanbieders, financiers, ZBO's, Ministeries) gelegd dient te worden om de transitie verder tot een succes te brengen. Het speelveld is gedefinieerd. De puzzelstukjes, oftewel de randvoorwaarden die nodig zijn voor een succesvolle transitie, zijn aanwezig. Deze puzzelstukjes dienen alleen nog door de diverse spelers verder op de juiste plaats bijeen gelegd te worden. Doordat iedereen zijn/haar eigen bijdrage levert aan de puzzel, kan de puzzel af worden gemaakt. Hieronder zijn de diverse puzzelstukjes nader gedefinieerd in oplossingsrichtingen. Vervolgens zijn deze oplossingsrichtingen nader geoperationaliseerd in het kader op de volgende pagina.

Op basis van de conclusies kunnen de volgende oplossingsrichtingen aangereikt worden:

± **1. Voer de werkagenda van de Stuurgroep iSD uit.**

De VNG, iZA en VWS (tegenwoordig iSD) reiken in haar werkagenda een limitatief aantal oplossingen aan op basis van zes thema's⁴ die door het veld breed worden gedragen. De standaardisatie van ICT-infrastructuur, declaratiewijze en verantwoording (backoffice) is mogelijk met behoud van beleidsvrijheid van gemeenten in de frontoffice, waar het om gaat. Een voortgangsrapportage per gemeente is wel essentieel om zicht te krijgen op de landelijke implementatie van de werkagenda.

± **2. Creëer een vorm van governance in de Wmo 2015 en Jeugdwet.**

Het creëren van een vorm van governance in de Wmo 2015 en Jeugdwet is noodzakelijk om de implementatie en doorontwikkeling van de minimale SOLL-positie (zie oplossingsrichting 3) te kunnen garanderen. Het is wenselijk een vorm van governance te creëren die bindend is voor alle betrokkenen, maar niet wettelijk verankerd hoeft te zijn. Er zijn twee in de praktijk bewezen werkbare voorbeelden van vrijwillige governance waar men van kan leren als het gaat om het invoeren van vrijwillige governance in de Wmo en de Jeugdwet:

- Het governance model van de landelijke Stuurgroep Standard Business Reporting (SBR; multi-agency Publiek-Private-Samenwerking);
- een gemandateerd college binnen de VNG (analoog aan het College van Arbeidszaken).

± **3. Creëer een minimale SOLL-positie bestaande uit een standaardisatie van gegevens, systemen en techniek.**

De minimale SOLL-positie bepaalt de scope van de governance. Het uitgangspunt hierbij is dat beleidsvrijheid geen toegevoegde waarde heeft in de backoffice, maar juist in de frontoffice daar waar het cliëntbelang zich bevindt. De minimale SOLL-positie of het minimaal noodzakelijk kader bestaat uit de volgende onderdelen.

- iWmo & iJw (doorontwikkelen en implementeren);
- de 3 uitvoeringsvarianten van iSD;
- hanteerbaar en uniform aantal productcodes;
- rechtmatigheidscontrole (modeloplegger);
- uitvoeringsregels/bedrijfsregels rond de contracten.

⁴ De zes thema's van werkagenda iSD: 1. Overgangsccliënten en transitie; 2. Uitvoeringsprocessen en de standaarden iWmo en iJw; 3. Infrastructuur en ICT-techniek; 4. Juridische vraagstukken; 5. Zorginkoop, rechtmatigheid en verantwoording; 5. Communicatie, cultuur en transformatie.

Vanuit haar kennis en ervaring kan de verantwoordelijkheid voor het beheer en de doorontwikkeling van deze minimale SOLL-positie worden belegd bij Zorginstituut Nederland.

± **4. Professionaliseer de verkoopfunctie van zorgaanbieders en inkoopfunctie van gemeenten.**

Zorgaanbieders en gemeenten kunnen zelf hun verantwoordelijkheid nemen m.b.t. het reduceren van administratieve lasten door hun verkoopfunctie (zorgaanbieders) en inkoopfunctie (gemeenten) te professionaliseren. Professionalisering van de verkoopfunctie bij zorgaanbieders omvat ketensamenwerking, onderaanneming, portfoliokeuzes, benchmarking en kostprijsbeleid. De professionalisering van de gemeenten heeft vooral betrekking op het bewust kiezen voor een model van opdrachtgeverschap en het verminderen van de onzekerheid die gepaard gaat met de inhoud en het proces van de inkoop van zorg. Kennisverbreding op het gebied van het zorgproces in de praktijk is essentieel, zodat gemeenten beter weten wat ze inkopen. Brancheorganisaties (vanuit aanbieders en gemeenten) kunnen dit proces stimuleren.

± **5. Harmoniseer de aanbestedingsprocedure om compliant te worden met het Europese aanbestedingsrecht.**

Een vorm van een uniforme, werkbare aanbestedingsprocedure reduceert de transactiekosten voor zowel zorgaanbieders als gemeenten. Het Ministerie van Economische Zaken kan vanuit de Europese richtlijn art. 76 lid 1 worden gevraagd te komen met een richtsnoer voor gemeenten inzake een uniforme aanbestedingsprocedure in het sociaal domein .

± **6. Versterk het vertrouwen in contractrelaties.**

Gestandaardiseerde en transparante processen moeten leiden tot vertrouwen en daarmee tot een reductie in de stapeling van controles met betrekking tot de inkoop, bedrijfsvoering en verantwoording. Het doel dat hierbij wordt nagestreefd is het beperken van de transactiekosten. Het voordeel hiervan is dat de gemeente kan vertrouwen op zijn eigen betalingsgegevens t.b.v. de verantwoording, in plaats van het moeten opvragen van gegevens van de zorgaanbieder.

Bij oplossingsrichting 1 en 3 is het belangrijk de afstemming te blijven houden met de domeinen Wlz en Zvw, bijvoorbeeld als het gaat om facturatie- en betaalperioden, berichtenverkeer en eigen bijdrage. Hierdoor vindt standaardisatie over alle wetten plaats. Oplossingsrichting 4 en 6 zijn van belang voor alle domeinen. Door in te steken op de professionalisering van de verkoopfunctie en het versterken van vertrouwen in contractrelaties worden de administratieve lasten over alle domeinen aangepakt. Specifiek voor de Wlz worden de genoemde knelpunten reeds opgepakt in de volgende trajecten: vervolg op bijeenkomst Wlz-inkoop van 23 mei 2016 en schrapessies (Ministerie van VWS, 2016c). Ook is ten tijde van het schrijven van dit rapport bekend geworden dat de contractering in de Wlz een doorontwikkeling heeft meegemaakt. Zo is er geen voorgeschreven format meer voor de zelfanalyse en wordt het meedoen aan een proeftuin kwaliteitskader (GHZ) met externe visitatie als een geldig kwaliteitssysteem met externe toetsing gezien. Specifiek voor de Zvw wijkverpleging worden de knelpunten opgepakt in het vervolg van het onderzoek 'Resultaten Vermindering administratieve lasten eerstelijnszorg' (2016).

In onderstaand kader worden bovengenoemde zes oplossingsrichtingen verder geoperationaliseerd.

Operationalisering oplossingsrichtingen

1. Voer de werkagenda iSD uit.

- Borg de financiering van het programma iSD voor 2017 (actie: VWS).
- Stel een voortgangsrapportage per gemeente op (actie: iSD).

2. Creëer een vorm van governance in Jw en Wmo.

- Onderzoek de meest toepasbare vorm van governance in de Wmo en Jw op basis van een case study research naar de twee genoemde voorbeelden (SBR en college van Arbeidszaken) (actie: VWS).
- Een vrijwillige vorm van governance vereist monitoring van de voortgang en een bestuurlijk convenant. De vormgeving hiervan dient nader bepaald te worden (actie: VWS).
- Op het moment dat het invoeren van de vrijwillige governance niet tot stand komt of niet werkt, dan moet het Rijk haar (stelsel)verantwoordelijkheid nemen door middel van wet- en regelgeving (actie: VWS).

3. Creëer een minimale SOLL-positie als scope van governance: standaardisatie van gegevens, systemen en techniek.

- Geef Zorginstituut Nederland de opdracht op de minimale SOLL-positie te beheren en door te ontwikkelen (actie: VWS).
- Beheer de huidige minimale SOLL-positie na overeenstemming met de betrokken stakeholders (actie: Zorginstituut Nederland).

4. Professionaliseer de verkoopfunctie zorgaanbieders en de inkoopfunctie gemeenten.

- Professionaliseer de verkoopfunctie binnen de organisatie (actie: zorgaanbieders).
- Professionaliseer de inkoopfunctie binnen de gemeente (actie: gemeenten).
- Stimuleer de professionalisering van de verkoop- en inkoopfuncties door middel van intervisies, trainingen, regiobijeenkomsten en deel best-practices (actie: iSD en brancheverenigingen).

5. Harmoniseer aanbestedingsprocedure compliant met Europese aanbestedingsrecht.

- Vraag het Ministerie van Economische Zaken een richtsnoer te ontwikkelen voor de uniformering van de aanbestedingsprocedure (actie: VWS).
- Ontwikkel een richtsnoer voor de uniformering van de aanbestedingsprocedure in nauwe samenwerking met Stuurgroep iSD (actie: EZ).

6. Versterk het vertrouwen in contractrelaties.

- Stel in de Wmo en Jw vast dat een contract en een op basis van het contract door de gemeente geaccordeerde factuur volstaat voor de verantwoording (actie: iSD i.s.m. NBA).
- Ontwikkel pilots op het gebied van Horizontaal Toezicht (actie: brancheverenigingen in samenwerking met de Vereniging HEAD).

Bijlage I: Afkortingen

AO/IC	Administratieve organisatie en interne controle
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BW	Beschermd wonen
BZK	Binnenlandse Zaken en Koningsrelaties
B2B	Business to business
B2G	Business to government
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CIZ	Centrum Indicatie Zorg
CORV	Collectieve Opdracht Routeer Voorziening
CPB	Centraal Planbureau
EWS	Early Warning System
EZ	Economische Zaken
GBA	Gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GGZ-NL	Geestelijke gezondheidszorg Nederland (brancheorganisatie)
GHZ	Gehandicapten Zorg
GI	Gecertificeerde instelling
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg
G2G	Government to government
HEAD	Hoofd Economische Administratieve Dienst
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HLZ	Hervorming Langdurige Zorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
iSD	programma i-Sociaal Domein
iZA	Informatievoorziening Zorgaanbieders
Jw	Jeugdwet
JZ	Jeugdzorg
MO	Maatschappelijk wonen
MPT	Modulair pakket thuis
NBA	Koninklijke Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Pgb	Persoonsgebonden budget
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
SBR	Standard Business Reporting
SROI	Social Return Of Investment
TAJ	Transitie autoriteit jeugd
VGN	Verenging Gehandicaptenzorg Nederland (brancheorganisatie)
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten (brancheorganisatie)
VOG	Verklaring Omtrent het Gedrag
VVT	Verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZBO	Zelfstandig bestuursorgaan
ZiNI	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage II: Referentielijst

ActiZ (2016a). *Reactie ActiZ op aanpak regeldruk en administratieve lasten*.

ActiZ (2016b). ActiZ veroordeelt plannen verzekeraars verplichte doelgroepenregistratie. Verkregen via: <https://www.actiz.nl/nieuwsouderenzorg/2016/07/actiz-veroordeelt-plannen-verzekeraars-verplichte-doelgroepenregistratie>

Ashton et al (2004). Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience. In: Health policy 69, pp. 21-31.

Berghuis (2016). Verantwoording in de Wet maatschappelijke ondersteuning: een kwalitatief onderzoek naar strategieën van zorgaanbieders om transactiekosten te verlagen binnen de kaders van de quasi-markt (Afstudeeropdracht bij Q-Consult). Master Actuele Sociale Vraagstukken, Universiteit Utrecht, Utrecht.

BESO (2011). Handleiding social return bij inkoop door gemeenten. Verkregen via: https://vng.nl/files/vng/vng/Documenten/Extranet/werk_en_inkomen_2011/re_integratie/20110412_handleiding_social_return.pdf

BMC (2015a). *Ervaringen met het dialoogmodel in de contractering langdurige zorg 2016: Partijen in de Wlz ervaren introductie dialoogmodel als eerste stap naar contractering op basis van inhoud en gelijkwaardige relatie*.

BMC (2015b). *Kiemen van vernieuwing in het sociaal domein: Begin van een nieuwe ordening*.

BMC (2015c). *Rapport Monitor sociaal domein Meting 3 – januari 2015*.

BMC (2016). *Concept rapport Monitor Sociaal Domein*.

Bouwend Nederland (2015). SROI en de Participatiewet. Creatieve initiatieven uit de praktijk. Verkregen via: http://www.bouwendnederland.nl/data/sitemanagement/media/150309_BouwendNederland_Brochure_A4_FC_Interactief.pdf

Cabrales *et al.* (2011). Hidden information, bargaining power, and efficiency: an experiment. *Experimental economics* 14, pp. 133-159

Capgemini Consulting (2011). Eénmeting ervaren regeldruk in de jeugdsector. Eindrapportage onderzoeksresultaten.

CPB (2013). Decentralisaties in het sociaal domein

CPB (2014). Vervolgrapportage decentralisaties in het sociaal domein.

- Dahlman, C. J. (1979). The problem of externality. *The Journal of Law & Economics*, 22, 141- 162.
Verkregen via:
<http://links.jstor.org/sici?sici=00222186%28197904%2922%3A1%3C141%3ATPOE%3E2.0.CO%3B2-D>
- Eshuis, J. (2006). *Kostbaar vertrouwen: een studie naar proceskosten en procesvertrouwen in beleid voor agrarisch natuurbeheer*. Delft: Eburon Delft.
- Gupta (2016). *Onderzoek bekostiging wijkverpleging*
- Hazeu, C.A. (2000). *Institutionele economie: Een optiek op organisatie- en sturingsvraagstukken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- ICSB Marketing en Strategie (2016a). *Rapportage ActiZ onderzoek. Zorgcontractering Wlz 2016*.
- ICSB Marketing en Strategie (2016b). *Contractering wijkverpleging 2016*.
- i-Sociaal Domein (2016a). *Standaardartikelen uitvoeringsvarianten Wmo & Jeugdwet*. <http://i-sociaaldomein.nl/standaardartikelen-voor-uitvoeringsvarianten>
- i-Sociaal Domein (2016b). *Algemeen accountantsprotocol financieel productieverantwoording Wmo en Jeugdwet 2016*. Verkregen via: http://i-sociaaldomein.nl/sites/isd/files/publicaties/2016/algemeen_accountantsprotocol_financiele_productieverantwoording_wmo_jeugdwet_2016_0.pdf
- JB Lorenz (2015). *Bekostiging en contractering jeugdhulp: een overzicht*
- Jeugdbondsman Den Haag (2016). *Knelpunten aansluiting 18-/18+ in Haaglanden*. <http://jeugdbondsmandenhaag.nl/wp-content/uploads/2016/04/Knelpunten-aansluiting-18-18-in-Haaglanden.pdf>
- Malatesta, D. (2012). The Link between Information and Bargaining Efficiency. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22 (3), pp 527-551.
- Menzis (2015). *Definitieve FAQ Inkoopbeleid 2016*.
- Ministerie van BZK (2014). *Inrichting informatievoorziening gedecentraliseerd sociaal domein*. Kamerbrief: 2014-0000350022. Verkregen via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/documenten/kamerstukken/2013/02/19/kamerbrief-aanpak-decentralisaties-op-terrein-van-ondersteuning-participatie-en-jeugd>
- Ministerie van VWS (2013a). *Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*. Kamerbrief:114352-103091-LZ. Verkregen via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/04/25/kamerbrief-hervorming-langdurige-zorg-naar-een-waardevolle-toekomst>
- Ministerie van VWS (2014). *Samenhang in zorg en ondersteuning*. Kamerbrief: 188415-115983-Z. Verkregen via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/03/04/kamerbrief-over-samenhang-hervormingen-langdurige-zorg>

Ministerie van VWS (2016a). Kamerbrief: Bekostiging wijkverpleging 2017. Kamerbrief: 980221-151954-CZ.

Verkregen via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/08/kamerbrief-over-bekostiging-wijkverpleging-2017>

Ministerie van VWS (2016b). Beantwoording Kamervragen over kosten bureaucratie jeugdzorginstellingen. Kamerbrief: 985091-152590-J. Verkregen via:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/29/beantwoording-kamervragen-over-kosten-bureaucratie-jeugdzorginstellingen>

Ministerie van VWS (2016c). Meer tijd voor zorg: merkbaar minder regeldruk. Kamerbrief: 964554-150056-MC. Verkregen via:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/15/kamerbrief-over-meer-tijd-voor-zorg-merkbaar-minder-regeldruk>

NBA (2014a). Brief Decentralisaties Sociaal Domein. Referentie: MA2013/12. Verkregen via:

<https://www.nba.nl/Vaktechniek/Vaktechnische-themas/controleprotocollen-COPRO/Beoordeling-protocollen-medeoverheden-door-COPRO/Decentralisatie-2015/>

NBA (2014b). Brief knelpunten decentralisaties vragen actie van de individuele zorgaanbieder.

Referentie: MA2015/8. Verkregen via:

<https://www.nba.nl/Documents/Maatschappelijk%20debat/COZIEK15045-BriefZorginstellingenDecentralisatiesDef2.pdf>

NZa (2015). *Regeling protocol prestatiemeting Wlz 2015*. Verkregen via:

wetten.overheid.nl/BWBR0036635/2015-05-28

NZa (2016). BELEIDSREGEL CA-BR-1607. Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten

Plexus & Ministerie van Binnenlandse Zaken (2011). *Minder regeldruk voor professionals, meer tijd voor zorg: Een inventarisatie van goede voorbeelden voor minder administratieve lasten in de zorgsector*.

Project iZA (2015). Algemeen accountantsprotocol financieel productieverantwoording Wmo en Jeugdwet 2015. Verkregen via: <https://www.nba.nl/Documents/Vaktechnisch-thema/Copro/mede-overheden/COPRO15195E-IZAProtocolVerantwoordingWMOJeugdVersie10112015definitief.pdf>

PWC (2006). *Reduceren administratieve lasten: Meer dan schrappen van regelgeving*.

Q-Consult (2013). *Op weg naar minder administratieve lasten: Wet Langdurige zorg*.

Q-Consult (2016a). *Kwaliteitseisen Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang*.

<http://www.opvang.nl/files/20160616-kwaliteitseisen-beschermd-wonen-en-maatschappelijke-opvang.pdf>

Q-Consult (2016b). *Basis Kwaliteitseisen hulp en opvang voor slachtoffers van huiselijk geweld*.

http://www.opvang.nl/files/Kwaliteitseisen_hulp_en_opvang_Digitaal.pdf

Q-Consult (2016c). *Beperking administratieve lasten in het Wlz-inkoopproces – verslag werksessie op 23 mei 2016.*

RIBW Alliantie & Federatie Opvang & GGZ Nederland (2015). *Brief Tweede Kamer AO Decentralisatie Wmo/Wlz.*

RIBW Alliantie (2016). Masterclass voor accountmanagers in oktober. Verkregen via:
<http://www.ribwalliantie.nl/masterclass-voor-accountmanagers-in-oktober>

Rijksoverheid (2016). AMBTELIJK CONCEPT Besluit van houdende regels ter waarborging van een goede verhouding tussen de prijs voor de levering van een dienst, als onderdeel van een voorziening en de eisen die worden gesteld aan de kwaliteit van die dienst en de continuïteit in de hulpverlening tussen de cliënt en de hulpverlener. Verkregen via:
https://vng.nl/files/vng/20160419_amvb_art_2_6_6_wmo_2015_versie_19_april_2016_ambtelijk_concept.pdf

Robbe, R., Uenk, N. en Telgen, J. (2016). Aanbesteden van sociale diensten: nieuwe spelregels. In Sociaalbestek juni/juli 2016, p. 6. Verkregen via: <http://www.pprc.eu/wp-content/uploads/Sociaal-Bestek-2016-Aanbesteden-van-sociale-diensten-nieuwe-spelregels....pdf>

SIRA consulting (2014). *Regeldruk Hervorming Langdurige Zorg: Onderzoek naar de regeldruk in het nieuwe stelsel van langdurige zorg.*

Skipr (2016). De Friesland en Alliade snijden in bureaucratie. Verkregen via:
<https://www.skipr.nl/actueel/id25446-de-friesland-en-alliade-snijden-in-bureaucratie.html>

Staij, van der, Bruins-Slot (2015). Motie van de leden van der Staij en Bruins-Slot, vergaderjaar 2015–2016, 34 300 XVI, nr. 77

Stichting Philadelphia Zorg (2014). *Eindrapport experiment Regelarme Zorg.*

Transitie Autoriteit Jeugd (2016a). *Samen voor het kind? Tweede jaarrapportage Transitie Autoriteit Jeugd.* <https://transitieautoriteitjeugd.nl/files/2016-03/samen-voor-het-kind-def-jaarrapportage-taj.pdf>

Transitie Autoriteit Jeugd (2016b). *TAJ onderzoek ontwikkelingen jeugdhulp 2015-2016.* Kamerbrief: TAJ-1604020. Verkregen via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2016/04/26/taj-onderzoek-ontwikkelingen-jeugdhulp-2015-2016>

Valentinov, V. (2008). 'The Transaction Cost Theory of the Nonprofit Firm: Beyond opportunism.' In: *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 37 (2008), 5 37 (1): pp. 5-18

Vereniging HEAD (2015). Control framework opgesteld door leden werkgroep Horizontaal Toezicht <https://www.headonline.nl/actueel/control-framework-opgesteld-door-leden-werkgroep-horizontaal-toez>

Vermindering administratieve lasten eerstelijnszorg (2016). *Resultaten Vermindering administratieve lasten eerstelijnszorg.*

- VGN (2015). *Rapportage ledenonderzoek VGN: AWBZ/Wlz Zorgcontractering 2015*.
- VGN (2016). *Brief Tweede Kamer AO Regeldruk en administratieve lasten*.
- VGN (2016). *Zorginkoopbeleid Wlz 2016*.
- Vilans (2015a). *Wlz monitor signalen van zorgaanbieders*.
- Vilans (2015b). *Toolkit Registratielasten: Minder papier, meer tijd voor zorg*.
- Vilans (2016). *Wlz monitor signalen van zorgaanbieders: Weergave resultaten 2015*.
- VNG, iZA & VWS (2015). *Werkagenda 2015 - 2017 Administratie en informatievoorziening Domeinen: Wmo en Jeugdwet*. https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2015/201507-werkagenda-2015-2017-administratie-en-informatievoorziening-jeugdwet-wmo.pdf
- VNG, iZA & VWS (2015). *Modeloplegger rechtmatigheidsvereisten Wmo 2015 en Jeugdwet*.
- VNG (2014). *Compilatie van dag van de declaratie d.d. 11 juli 2014*. Verkregen via: https://vng.nl/files/vng/20140711_verslag_dag_van_de_declaratie_0.pdf
- VNG (2015a). *Handreiking Uitvoeringsvarianten iWmo en iJw*.
- VNG (2015b). *Raadgever Minder administratieve lasten in de jeugdzorg en de Wmo*.
- VNG (2016c). *Uitkomsten bestuurlijk overleg over AMvB inkoop Wmo*. <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/uitkomst-bestuurlijk-overleg-over-amvb-inkoop-wmo>
- Werkgroep Registratielasten in de langdurige zorg, onderdeel van het project Aanpak verspilling langdurige zorg (2014). *Terugdringen registratielasten in de langdurige zorg*. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2014/11/01/terugdringen-registratielasten-in-de-langdurige-zorg/terugdringen-registratielasten-in-de-langdurige-zorg.pdf>
- Williamson, O. E. (1981). The Economics Of Organization: The Transaction Cost Approach. *American Journal of Sociology*, 87, 548—577. DOI: 10.1086/227496
- Williamson, O. E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. New York: The Free Press.
- Williamson, O. E. (1986). *Economic Organisation: Firms, Markets and Policy Control*. New York, Harvester Wheatsheaf.

Zorginstituut Nederland (2016). *Verslag Integrale Referentiegroep iStandaarden*. Verkregen via:
<https://www.istandaarden.nl/storage/app/media/Documentatie/nieuws/bericht/drukbezochte-integrale-referentiegroep-besluit-waardevolle-reeks-bijeenkomsten/Verslag%20Integrale%20Referentiegroep%2011%20april%202016.pdf>

ZN (2015a). *Inkoopkader langdurige zorg 2016 (na nota van inlichtingen 6 juli 2015)*.
<https://www.zn.nl/336986126/Document?documentregistrationid=370901054>

ZN (2015b). *Bijlage 3. Bestuursverklaring (na nota van inlichtingen 6 juli 2015)*.
<https://www.zn.nl/336986126/Document?documentregistrationid=370901054>

Zuurbier, J., Manschot, L. & Lisdonk, C. van (2015). *Onderhandelen over Zorgproducten*. Doetinchem: Reed Business BV.

Bijlage III: Uitgevoerde cases, bijeenkomsten en overleggen

Datum	Type activiteit	Naam en organisatie
6 juni 2016	Interview	Hilverzorg – Leonie van Meeteren (hoofd bedrijfsvoering)
7 juni 2016	Interview	Pro persona
8 juni 2016	Interview	Philadelphia – Bas Bodzinga (directeur marketing en verkoop)
8 juni 2016	Klankbordgroep 1	Brancheorganisaties en VWS ⁵
14 juni 2016	Interview	Ons Tweede Thuis – Ingrid Coolen (Programmamanager zorginkoop en strategische projecten)
14 juni 2016	Interview	Verdihuis - John de Vries (Hoofd Financiën en Beheer)
14 juni 2016	Interview	Careyn – Karin Geleijn en Jente Goutier (procesmanagers)
15 juni 2016	Interview	Tussenvoorziening
15 juni 2016	Tussentijds overleg	iSD – Yvette Trepels
20 juni 2016	Stakeholdergroep 1	Stakeholders en VWS
6 juli 2016	Interview	Jeugdhulp Friesland – Geert Luinstra (Manager ondersteunende diensten)
11 juli 2016	Tussentijds overleg	ActiZ – Emi van Galen
3 augustus 2016	Werkgroep zorgaanbieders 1	Aafje; Careyn; 's Heeren Loo; Ons Tweede Thuis; Philadelphia; Cordaan; GGNet; ZorgPlus GGZ; ORO; De Tussenvoorziening; Jeugdbescherming Gelderland
15 augustus 2016	Overleg resultaten enquête	ActiZ – Emi van Galen
15 augustus 2016	Overleg resultaten enquête	iSD – Yvette Trepels
16 augustus 2016	Klankbordgroep 2	Brancheorganisaties en VWS
18 augustus 2016	Overleg resultaten enquête	RIBW Nederland – Linda van den Brink
18 augustus 2016	Overleg resultaten enquête	Hoogleraar inkoopmanagement publieke sector Universiteit Twente - Jan Telgen
22 augustus 2016	Overleg resultaten enquête	Jeugdzorg Nederland – Anja Verburg
24 augustus 2016	Overleg resultaten enquête	GGZ Nederland – Gerard van Unen
25 augustus 2016	Expertbijeenkomst	prof. Jan Telgen (hoogleraar inkoop management publieke sector, Universiteit Twente); prof. Erik van Raaij (hoogleraar inkoopmanagement in de zorg, Erasmus Universiteit Rotterdam); Maarten Sikkema (Macaw); Paul Snijders (Semansys Technologies, lid SBR Platform); Frans Stark (accountant zorg PwC; lid NBA commissie Coziek; docent (langdurige) zorgsector; lid werkgroep controlframework HEAD); Jacob Hofdijk (Casemix); Mike Koopmans (Eiffel)
29 augustus 2016	Overleg oplossingen	NBA commissie Coziek – Koos Vos
31 augustus 2016	Overleg oplossingen	Professor accounting and management control Radboud Universiteit Nijmegen – Ed Vosselman
6 september 2016	Werkgroep zorgaanbieders 2	Aafje; Altrecht; 's Heeren Loo; Ons Tweede Thuis; Stichting Hilverzorg; Kwintess; GGNet; De Tussenvoorziening; Philadelphia; JBRR; Altra; Jeugdbescherming Gelderland; Jeugdhulp Friesland
6 september 2016	Kort overleg gecertificeerde instellingen	Jeugdbescherming Gelderland
9 september 2016	Overleg oplossingen	VNG – Hans Versteeg
12 september 2016	Overleg oplossingen	Zorginstituut Nederland – Maarten Fresz en Masja van den Burg
12 september 2016	Overleg oplossingen	SBR Platform – Paul Snijders
13 september 2016	Stakeholdergroep 2	Stakeholders en VWS
27 september 2016	Klankbordgroep 3	Brancheorganisaties

⁵ Zie Hoofdstuk 1. Inleiding voor definitie van brancheorganisaties en stakeholders

Bijlage IV: Enquête

De opbouw van de digitale enquête was als volgt:

--- Header die op iedere pagina staat ---

Enquête administratieve lasten voortvloeiend uit het contracterings- en verantwoordingsproces

--- pagina 1 ---

Beste deelnemer,

Het ministerie van VWS heeft Q-Consult gevraagd oplossingen aan te reiken voor de administratieve lasten die zijn ontstaan door de Hervorming van de langdurige zorg en jeugdzorg. Specifiek gaat het om de administratieve lasten in de Wlz, Zvw wijkverpleging, Wmo en Jeugdwet die voortvloeien uit de contractering en verantwoording. De definitie voor administratieve lasten die in dit onderzoek wordt gehanteerd is:

“De administratieve lasten die gepaard gaan met het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie gericht op eisen die worden gesteld in de contractering van zorg en ondersteuning.”

Aanleiding en doel onderzoek

De aanleiding van het onderzoek wordt gevormd door de [motie van der Staaij, Bruins-Slot](#). De motie roept op te komen tot meer standaardisatie van contracterings-, kwaliteits-, en facturatie-eisen over de domeinen heen. Aangezien de zorgcontractering voor 2017 al van start is, is het doel te komen tot oplossingen voor de zorgcontractering 2018 en latere jaren. Uw input is hierbij van essentieel belang.

Enquête

Middels documentenstudie en interviews heeft Q-Consult per wet onderwerpen geselecteerd waar zorgaanbieders administratieve lasten bij ervaren. De enquête is noodzakelijk om te prioriteren welke administratieve lasten als eerst opgepakt zouden moeten worden volgens zorgaanbieders. Daarnaast wordt met de enquête ook in kaart gebracht in hoeverre zorgaanbieders standaardisatie zien als oplossing zien om de administratieve lasten op die vlakken te verminderen. Standaardisatie in dit onderzoek is vooral gerelateerd aan de zorgcontractering en betekent:

“De mate waarin de standaard wettelijk is vastgelegd (de ‘formele’ standaard) óf waar consensus over is door middel van een landelijke standaard (bijvoorbeeld geïnitieerd door een branchepartij).”

De enquête bestaat uit de volgende onderdelen:

- Vragen over uw functie en organisatie
- Vragen over administratieve lasten in de Wlz, Zvw Wijkverpleging, Wmo en Jeugdwet

Het invullen van de enquête neemt maximaal tien minuten in beslag. Wanneer achter de vraag een * staat, betekent dit dat antwoorden verplicht is. Daarnaast willen wij benadrukken dat de verwerking van de vragenlijst anoniem is en wij vertrouwelijk omgaan met uw gegevens.

Voor vragen omtrent de enquête kunt u contact opnemen met Marjolein Schimmel via marjolein.schimmel@qconsult.nl of via 06-31028909.

Vervolg

De resultaten van deze vragenlijst worden besproken met de brancheverenigingen en de HEAD-vereniging. Vervolgens wordt in verschillende denktanksessies gewerkt aan oplossingen. De knelpunten en oplossingen worden verwerkt in een rapportage, welke in het najaar aan de Tweede Kamer zal worden gestuurd.

Met vriendelijke groet,

Joost Zuurbier (projectleider)



--- pagina 2---

Eerst volgen wat algemene vragen over uw functie en organisatie.

-Bij welke organisatie bent u werkzaam? (NB: Deze vraag wordt alleen gesteld, zodat wij weten welke organisaties wij geen reminder hoeven te sturen voor het verhogen van de respons)

- Wat is uw huidige functie?

- HEAD / Concerncontroller / financieel manager
- Kwaliteitsmanager / kwaliteitsfunctionaris
- Hoofd verkoop / contractering
- Overig

- In welke sector(en) levert uw organisatie zorg? (meerdere antwoorden mogelijk)

- GGZ
- GHZ
- VVT
- Jeugd
- Anders, namelijk:

- In welk(e) domein(en) levert uw organisatie zorg? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Wlz
- Zvw wijkverpleging
- Wmo
- Jeugdwet
- Overig, namelijk:

- Wat is ongeveer percentueel uw omzet per domein? (bijvoorbeeld: 10% omzet uit Wlz, 30% uit Zvw, 50% omzet uit Wmo, 10% uit overige inkomsten) (opties alleen zichtbaar die bij vorige vraag zijn ingevuld)

- Wlz
- Zvw wijkverpleging
- Wmo
- Jeugdwet
- Overig
- Weet ik niet

-Wat is de totale jaaromzet (som der bedrijfsopbrengsten) van de gehele zorgorganisatie/concern?

- Jaaromzet kleiner dan € 10 miljoen
- Jaaromzet tussen € 10 en € 40 miljoen
- Jaaromzet tussen € 40 en € 100 miljoen
- Jaaromzet groter dan € 100 miljoen
- Weet ik niet

- In welk(e) provincie(s) levert uw organisatie zorg? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Drenthe
- Flevoland
- Friesland
- Gelderland
- Groningen
- Limburg
- Noord-Holland
- Noord-Brabant
- Overijssel
- Utrecht
- Zeeland
- Zuid-Holland

- Kunt u een indicatie geven van het aantal zorgkantoren waarmee uw organisatie contracten heeft in het kader van de Wlz (exclusief subsidieregelingen)? (alleen in geval de organisatie zorg binnen Wlz levert)

- 1
- 2 tot 5
- 5 tot 10
- 10 tot 20
- Meer dan 20
- Weet ik niet

- Kunt u een indicatie geven van het aantal zorgverzekeraars waarmee uw organisatie contracten heeft in het kader van de wijkverpleging? (alleen in geval de organisatie zorg binnen Zvw levert)

- 1
- 2 tot 5
- 5 tot 10
- 10 tot 20
- Meer dan 20
- Weet ik niet

- Kunt u een indicatie geven van het aantal gemeenten waaraan u verantwoording aflegt in het kader van de Wmo? (alleen in geval de organisatie zorg binnen Wmo levert)

- 1
- 2 tot 5
- 5 tot 10

- 10 tot 20
- Meer dan 20
- Weet ik niet

- Kunt u een indicatie geven van het aantal gemeenten waaraan u verantwoording aflegt in het kader van de Jeugdwet? ([alleen in geval de organisatie zorg binnen Jeugdwet levert](#))

- 1
- 2 tot 5
- 5 tot 10
- 10 tot 20
- Meer dan 20
- Weet ik niet

--- pagina 3---

Op de volgende pagina's volgen een aantal inhoudelijke vragen over de administratieve lasten.

Per pagina wordt één wet behandeld. U krijgt alleen vragen te zien over de domeinen waarin uw organisatie zorg verleent (zoals u heeft aangegeven in één van de vragen op de vorige pagina).

--- pagina 4---

Wet **langdurige** **zorg**

In onderstaande lijst staan onderwerpen (alfabetisch gesorteerd) waarbij u mogelijk administratieve lasten ervaart en die nog niet gestandaardiseerd zijn. Kunt u aangeven bij welke onderwerpen u de meeste administratieve lasten ervaart binnen de **Wlz** samenhangend met contractering en verantwoording? U kunt minimaal één en maximaal drie onderwerpen aanklikken.

Onderaan deze pagina vindt u een definitielijst

- Accountantscontrole
- Controleplan (materiële controles)
- Early Warning System
- Kwaliteitseisen
- Meerjarenafspraken
- Toetsingskader verantwoorde en doelmatige zorg thuis
- Verantwoording op het gebied van kwaliteit
- Zelfanalyse en ontwikkelplan
- Zorgplan/ ondersteuningsplan
- Anders, namelijk:

[Per gekozen onderwerp wordt de volgende vraag gesteld:](#)

Is standaardisatie van *onderwerp* de oplossing voor het verminderen van administratieve lasten die hiermee samenhangen, in het kader van contractering en verantwoording?

- Ja
- Nee
- Anders, namelijk:

Definitielijst Wlz

Onderwerp	Definitie
Accountantscontrole	Controle op in hoeverre de declaratie van geleverde zorg aan geldende regelgeving voldoet.
Controleplan (materiële controles)	Het plan voor controle op de feitelijke levering (het risico dat de gedeclareerde zorg niet daadwerkelijk is verleend) en terechte levering (het risico dat de verleende zorg niet de meest aangewezen zorg was in het licht van de gezondheidssituatie van de cliënt).
Early Warning System	Het hulpmiddel dat zorgkantoren gebruiken om te beoordelen of een zorgaanbieder financieel gezond is.
Kwaliteitseisen	De eisen op het gebied van kwaliteit inclusief programma van eisen en kwaliteitskaders/handreikingen vanuit de branches.
Meerjarenafspraken	Het kunnen maken van meerjarige contractafspraken (minimaal 2 jaar).
Toetsingskader verantwoorde en doelmatige zorg thuis	Een hulpmiddel om te beoordelen of de zorg thuis bij de cliënt doelmatig en verantwoord is.
Verantwoording op het gebied van kwaliteit	Verantwoording die frequent moet worden aangeleverd aan de financier op het gebied van kwaliteit (bv. inhoud indicatie, tevredenheidsonderzoeken).
Zelfanalyse en ontwikkelplan	De beknopte zelfanalyse en ontwikkelplannen die zorgkantoren vragen aan aanbieders om op basis hiervan te komen tot concrete verbeterplannen.
Zorgplan/ ondersteuningsplan	Vastlegging van de te verlenen zorg op maat zoals is afgesproken tussen cliënt. Het zorgplan wordt ook wel individueel begeleidingsplan, behandelplan of ondersteuningsplan genoemd. De criteria waar een zorgplan of ondersteuningsplan aan moet voldoen.

--- pagina 5 ---

Zorgverzekeringswet, wijkverpleging

In onderstaande lijst staan onderwerpen (alfabetisch gesorteerd) waarbij u mogelijk administratieve lasten ervaart en die nog niet gestandaardiseerd zijn. Kunt u aangeven bij welke onderwerpen u de meeste administratieve lasten ervaart binnen de **Zvw Wijkverpleging** samenhangend met contractering en verantwoording? U kunt minimaal één en maximaal drie onderwerpen aanklikken.

Onderaan deze pagina vindt u een definitielijst

- Accountantscontrole
- Bevoorschotting
- Controleplan (materiële controles)
- Criteria kwaliteit en doelmatigheid specifieke patientengroepen (o.a Dementie, PTZ)
- Hulpmiddelen
- Kwaliteitseisen
- Onderaanneming
- Prestaties
- Productieverantwoording
- Regeling AO/IC
- Verantwoording op het gebied van kwaliteit
- Zorgplan/ ondersteuningsplan
- Anders, namelijk:

Per gekozen onderwerp wordt de volgende vraag gesteld:

Is standaardisatie van *onderwerp* de oplossing voor het verminderen van administratieve lasten die hiermee samenhangen, in het kader van contractering en verantwoording?

Ja

Nee

Anders, namelijk:

Definitielijst Zwv

Onderwerp	Definitie
Accountantscontrole	Controle op in hoeverre de declaratie van geleverde zorg aan geldende regelgeving voldoet.
Bevoorschotting	Eisen ten aanzien van bevoorschotting.
Controleplan (materiële controles)	Het plan voor controle op de feitelijke levering (het risico dat de gedeclareerde zorg niet daadwerkelijk is verleend) en terechte levering (het risico dat de verleende zorg niet de meest aangewezen zorg was in het licht van de gezondheidssituatie van de cliënt).
Criteria kwaliteit en doelmatigheid specifieke patientengroepen (o.a Dementie, PTZ)	(Aanvullende) inkoopcriteria voor bijzondere zorg of zorg voor bijzondere doelgroepen.
Hulpmiddelen	Eisen voor de levering van hulpmiddelen.
Kwaliteitseisen	De eisen op het gebied van kwaliteit inclusief programma van eisen en kwaliteitskaders/handreikingen vanuit de branches.
Onderaanneming	Een gecontracteerde zorgaanbieder laat de gecontracteerde zorg uitvoeren door een andere aanbieder.
Prestaties	De activiteiten en verrichtingen die een zorgaanbieder in rekening kan brengen. Het worden ook wel producten genoemd.
Productieverantwoording	Productiemonitor(en) die frequent moet(en) worden aangeleverd aan de financier (over gehele organisatie of specifieke doelgroepen).
Regeling AO/IC	Eisen rondom administratieve organisatie en interne controle.
Verantwoording op het gebied van kwaliteit	Verantwoording die frequent moet worden aangeleverd aan de financier op het gebied van kwaliteit (bv. inhoud indicatie, tevredenheidsonderzoeken).
Zorgplan/ ondersteuningsplan	Vastlegging van de te verlenen zorg op maat zoals is afgesproken tussen cliënt. Het zorgplan wordt ook wel individueel begeleidingsplan, behandelplan of ondersteuningsplan genoemd. De criteria waar een zorgplan of ondersteuningsplan aan moet voldoen.

--- pagina 6 ---

Wet maatschappelijke ondersteuning

In onderstaande lijst staan onderwerpen (alfabetisch gesorteerd) waarbij u mogelijk administratieve lasten ervaart en die nog niet gestandaardiseerd zijn. Kunt u aangeven bij welke onderwerpen u de meeste administratieve lasten ervaart binnen de Wmo samenhangend met contractering en verantwoording? U kunt minimaal één en maximaal vijf onderwerpen aanklikken.

Onderaan deze pagina vindt u een definitielijst

- Aanvullende portals vanuit gemeente

- Accountantscontrole
- Bekostiging
- Berichtenverkeer
- Bevoorschotting
- Contracteringsvorm
- Controleplan (materiële controles)
- Crisiszorg
- Duurzaamheid
- Eigen bijdrage
- Facturatie- en betaalperioden
- Kwaliteitseisen
- Meerjarenafspraken
- Onderaanneming
- Prestaties
- Productieverantwoording
- Regeling AO/IC
- Social Return
- Verantwoording op het gebied van kwaliteit
- Zorgplan/ ondersteuningsplan
- Anders, namelijk:

Per gekozen onderwerp wordt de volgende vraag gesteld:

Is standaardisatie van *onderwerp* de oplossing voor het verminderen van administratieve lasten die hiermee samenhangen, in het kader van contractering en verantwoording?

Ja

Nee

Anders, namelijk:

Definitielijst Wmo

Onderwerp	Definitie
Aanvullende portals vanuit gemeente	Aanvullend(e) portal(s) om gegevens uit te wisselen met de financier (o.a. WmoNed, digitaal leefplein, stipter).
Bekostiging	Wijze van bekostigen (p*q, output etc.).
Berichtenverkeer	De informatiestandaarden waarmee berichten worden uitgewisseld (o.a. indicatie, aanvang zorg). Bv. iWlz, iWmo en iJW
Bevoorschotting	Eisen ten aanzien van bevoorschotting.
Contracteringsvorm	Wijze van contractering (type aanbesteding).
Controleplan (materiële controles)	Het plan voor controle op de feitelijke levering (het risico dat de gedeclareerde zorg niet daadwerkelijk is verleend) en terechte levering (het risico dat de verleende zorg niet de meest aangewezen zorg was in het licht van de gezondheidssituatie van de cliënt).
Crisiszorg	Organisatie van crisiszorg.
Duurzaamheid	Eisen aan zorgaanbieders m.b.t. duurzaamheid (bv. aan gebouwen of milieu).
Eigen bijdrage	De bijdrage die de cliënt/patiënt moet betalen i.v.m. de geleverde zorg. De inning van de eigen bijdrage verloopt via het CAK.
Facturatie- en betaalperioden	De periode die de financier hanteert voor facturatie en betaling (bv. maandelijks of vierwekelijks).

Kwaliteitseisen	De eisen op het gebied van kwaliteit inclusief programma van eisen en kwaliteitskaders/handreikingen vanuit de branches.
Meerjarenafspraken	Het kunnen maken van meerjarige contractafspraken (minimaal 2 jaar).
Onderaanneming	Een gecontracteerde zorgaanbieder laat de gecontracteerde zorg uitvoeren door een andere aanbieder.
Prestaties	De activiteiten en verrichtingen die een zorgaanbieder in rekening kan brengen. Het worden ook wel producten genoemd.
Productieverantwoording	Productiemonitor(en) die frequent moet(en) worden aangeleverd aan de financier (over gehele organisatie of specifieke doelgroepen).
Regeling AO/IC	Eisen rondom administratieve organisatie en interne controle.
Social Return	Eisen aan zorgaanbieders m.b.t. social return (bv. x% werknemers in dienst nemen die een afstand hebben tot de arbeidsmarkt).
Verantwoording op het gebied van kwaliteit	Verantwoording die frequent moet worden aangeleverd aan de financier op het gebied van kwaliteit (bv. inhoud indicatie, tevredenheidsonderzoeken).
Zorgplan/ ondersteuningsplan	Vastlegging van de te verlenen zorg op maat zoals is afgesproken tussen cliënt. Het zorgplan wordt ook wel individueel begeleidingsplan, behandelplan of ondersteuningsplan genoemd. De criteria waar een zorgplan of ondersteuningsplan aan moet voldoen.

--- pagina 7 ---

Jeugdwet

In onderstaande lijst staan onderwerpen (alfabetisch gesorteerd) waarbij u mogelijk administratieve lasten ervaart en die nog niet gestandaardiseerd zijn. Kunt u aangeven bij welke onderwerpen u de meeste administratieve lasten ervaart binnen de Jeugdwet samenhangend met de contractering en verantwoording? U kunt minimaal één en maximaal vijf onderwerpen aanklikken.

Onderaan deze pagina vindt u een definitielijst

- Aanvullende portals vanuit gemeente
- Accountantscontrole
- Bekostiging
- Berichtenverkeer
- Bevoorschotting
- Contracteringsvorm
- Controleplan (materiële controles)
- Crisiszorg
- Duurzaamheid
- Facturatie- en betaalperioden
- Kwaliteitseisen
- Meerjarenafspraken
- Onderaanneming
- Prestaties
- Productieverantwoording
- Regeling AO/IC
- Social Return
- Verantwoording op het gebied van kwaliteit
- Woonplaatsbeginsel
- Zorgplan/ ondersteuningsplan
- Anders, namelijk:

Per gekozen onderwerp wordt de volgende vraag gesteld:

Is standaardisatie van *onderwerp* de oplossing voor het verminderen van administratieve lasten die hiermee samenhangen, in het kader van contractering en verantwoording?

Ja

Nee

Anders, namelijk:

Definitielijst Jeugdwet

Onderwerp	Definitie
Aanvullende portals vanuit gemeente	Aanvullend(e) portal(s) om gegevens uit te wisselen met de financier (o.a. WmoNed, digitaal leefplein, stipter).
Bekostiging	Wijze van bekostigen (p*q, output etc.).
Berichtenverkeer	De informatiestandaarden waarmee berichten worden uitgewisseld (o.a. indicatie, aanvang zorg). Bv. iWlz, iWmo en iJW
Bevoorschotting	Eisen ten aanzien van bevoorschotting.
Contracteringsvorm	Wijze van contractering (type aanbesteding).
Controleplan (materiële controles)	Het plan voor controle op de feitelijke levering (het risico dat de gedeclareerde zorg niet daadwerkelijk is verleend) en terechte levering (het risico dat de verleende zorg niet de meest aangewezen zorg was in het licht van de gezondheidssituatie van de cliënt).
Crisiszorg	Organisatie van crisiszorg.
Duurzaamheid	Eisen aan zorgaanbieders m.b.t. duurzaamheid (bv. aan gebouwen of milieu).
Facturatie- en betaalperioden	De periode die de financier hanteert voor facturatie en betaling (bv. maandelijks of vierwekelijks).
Kwaliteitseisen	De eisen op het gebied van kwaliteit inclusief programma van eisen en kwaliteitskaders/handreikingen vanuit de branches.
Meerjarenafspraken	Het kunnen maken van meerjarige contractafspraken (minimaal 2 jaar).
Onderaanneming	Een gecontracteerde zorgaanbieder laat de gecontracteerde zorg uitvoeren door een andere aanbieder.
Prestaties	De activiteiten en verrichtingen die een zorgaanbieder in rekening kan brengen. Het worden ook wel producten genoemd.
Productieverantwoording	Productiemonitor(en) die frequent moet(en) worden aangeleverd aan de financier (over gehele organisatie of specifieke doelgroepen).
Regeling AO/IC	Eisen rondom administratieve organisatie en interne controle.
Social Return	Eisen aan zorgaanbieders m.b.t. social return (bv. x% werknemers in dienst nemen die een afstand hebben tot de arbeidsmarkt).
Verantwoording op het gebied van kwaliteit	Verantwoording die frequent moet worden aangeleverd aan de financier op het gebied van kwaliteit (bv. inhoud indicatie, tevredenheidsonderzoeken).
Woonplaatsbeginsel	Het toepassen van het woonplaatsbeginsel door de gemeente.
Zorgplan/ ondersteuningsplan	Vastlegging van de te verlenen zorg op maat zoals is afgesproken tussen cliënt. Het zorgplan wordt ook wel individueel begeleidingsplan, behandelplan of ondersteuningsplan genoemd. De criteria waar een zorgplan of ondersteuningsplan aan moet voldoen.

--- pagina 8 ---

Wetsoverstijgend

In onderstaande lijst staan onderwerpen (alfabetisch gesorteerd) waar u mogelijk administratieve lasten bij ervaart en die nog niet gestandaardiseerd zijn, omdat de verschillende wetten op dit punt niet op elkaar zijn afgestemd. Kunt u aangeven bij welke onderwerpen u de meeste administratieve lasten ervaart samenhangend met de contractering en verantwoording? U kunt minimaal één en maximaal vijf onderwerpen aanklikken.

Onderaan deze pagina vindt u een definitielijst

Accountantscontrole
 Bekostiging
 Berichtenverkeer
 Controleplan (materiële controles)
 Crisiszorg
 Eigen bijdrage
 Hulpmiddelen
 Facturatie- en betaalperioden
 Kwaliteitseisen
 Onderaanneming
 Overgang Jeugdwet/ Wmo
 Productieverantwoording
 Regeling AO/IC
 Verantwoording op het gebied van kwaliteit
 Zorgplan/ ondersteuningsplan
 Anders, namelijk:

Per gekozen onderwerp wordt de volgende vraag gesteld:

Is standaardisatie van *onderwerp* de oplossing voor het verminderen van administratieve lasten die hiermee samenhangen, in het kader van contractering en verantwoording?

Ja

Nee

Anders, namelijk:

Definitielijst Wetsoverstijgend

Onderwerp	Definitie
Accountantscontrole	Controle op in hoeverre de declaratie van geleverde zorg aan geldende regelgeving voldoet.
Bekostiging	Wijze van bekostigen (p*q, output etc.).
Berichtenverkeer	De informatiestandaarden waarmee berichten worden uitgewisseld (o.a. indicatie, aanvang zorg). Bv. iWmo, iWlz en iJW.
Controleplan (materiële controles)	Het plan voor controle op de feitelijke levering (het risico dat de gedeclareerde zorg niet daadwerkelijk is verleend) en terechte levering (het risico dat de verleende zorg niet de meest aangewezen zorg was in het licht van de gezondheidssituatie van de cliënt).
Crisiszorg	Organisatie van crisiszorg.
Eigen bijdrage	De bijdrage die de cliënt/patiënt moet betalen i.v.m. de geleverde zorg. De inning van de eigen bijdrage verloopt via het CAK.

Facturatie- betaalperioden	en	De periode die de financier hanteert voor facturatie en betaling (bv. maandelijks of vierwekelijks).
Hulpmiddelen		Eisen voor de levering van hulpmiddelen.
Kwaliteitseisen		De eisen op het gebied van kwaliteit inclusief programma van eisen en kwaliteitskaders/handreikingen vanuit de branches.
Onderaanneming		Een gecontracteerde zorgaanbieder laat de gecontracteerde zorg uitvoeren door een andere aanbieder.
Overgang Jeugdwet/Wmo		Regels die gesteld worden door gemeenten t.a.v. de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo bij een doorlopende zorgvraag.
Productieverantwoording		Productieindicator(en) die frequent moet(en) worden aangeleverd aan de financier (over gehele organisatie of specifieke doelgroepen).
Regeling AO/IC		Eisen rondom administratieve organisatie en interne controle.
Verantwoording op het gebied van kwaliteit		Verantwoording die frequent moet worden aangeleverd aan de financier op het gebied van kwaliteit (bv. inhoud indicatie, tevredenheidsonderzoeken).
Zorgplan/ ondersteuningsplan		Vastlegging van de te verlenen zorg op maat zoals is afgesproken tussen cliënt. Het zorgplan wordt ook wel individueel begeleidingsplan, behandelplan of ondersteuningsplan genoemd. De criteria waar een zorgplan of ondersteuningsplan aan moet voldoen.

--- pagina 9 ---

Heeft u nog algemene opmerkingen met betrekking tot administratieve lasten binnen de langdurige zorg (Wlz, Zvw wijkverpleging, Wmo en Jeugdwet)?

--- pagina 10 ---

Bent u bereid om telefonisch een inhoudelijke toelichting te geven op de antwoorden die u in deze enquête gegeven heeft?

- Ja, ik ben bereid om telefonisch een korte toelichting te geven en laat voor dit doel mijn contactgegevens achter
- Nee, ik ben niet bereid om telefonisch een korte toelichting te geven

Daarnaast willen wij graag een aantal aanbieders betrekken bij het vervolg dit onderzoek, met name bij de werkgroepen waarin we tot oplossingen komen om de administratieve lasten te beperken. Indien u hieraan wilt bijdragen verzoeken wij u om uw contactgegevens achter te laten.

- Ja, ik wil betrokken worden bij het vervolg van dit onderzoek en laat voor dit doel mijn contactgegevens achter
- Nee, ik wil niet betrokken worden bij het vervolg van dit onderzoek

De volgende drie vragen worden alleen getoond wanneer iemand 'ja' antwoordt bij één van bovenstaande vragen:

Naam:

Telefoonnummer:

Email adres:

Bij veel aanmeldingen kan mogelijk niet iedereen benaderd worden voor een telefonische toelichting en/of het vervolg van dit onderzoek.

--- pagina 11 ---

Om de vragenlijst te versturen drukt u op de knop "verzenden".

--- Afsluitende pagina – die opent na verzenden ---

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.

Met vriendelijke groet,

Joost Zuurbier (projectleider)
Partner Q-Consult

Bijlage V: Standaardisatiematrix

Toelichting standaardisatiematrix
De standaardisatiematrix geeft inzicht in de onderwerpen waarop zorgaanbieders administratieve lasten ervaren en in hoeverre er een standaard bestaat voor het onderwerp. De matrix bestaat uit vier thema's: verkoop, kwaliteit, registratie en facturatie en verantwoording.
Binnen scope onderzoek: - Wetten: Wlz, (exclusief subsidieregelingen) Zvw wijkverpleging, Wmo en Jeugdwet - Sectoren: GGZ, GHZ, Jeugdzorg, VVT
Kleuring matrix: <u>Kleuring standaard</u> Groen: er is een wettelijke standaard of een standaard ontwikkeld door de financier en/of branche (bv. een handreiking) Oranje: er is voor een bepaalde branche een standaard Rood: er is geen standaard <u>Kleuring invulling</u> Groen: de standaard wordt eenduidig geïnterpreteerd <u>en</u> de resultaten worden standaard uitgewisseld Oranje: de standaard wordt eenduidig geïnterpreteerd <u>of</u> de resultaten worden standaard uitgewisseld Rood: de standaard wordt niet eenduidig geïnterpreteerd <u>en</u> de resultaten worden niet standaard uitgewisseld
Definitie standaardisatie Standaardisatie in dit onderzoek is vooral gerelateerd aan de zorgcontractering en betekent: 'De mate waarin de standaard wettelijk is vastgelegd (de 'formele' standaard) of waar consensus over is door middel van een landelijke standaard (bijvoorbeeld geïnitieerd door een branchepartij).'

Nr.	Onderwerpen	Wlz		Zvw wijkverpleging		Wmo		Jeugdwet		Wetoverstijgend	
		Standaard	Invulling	Standaard	Invulling	Standaard	Invulling	Standaard	Invulling	Standaard	Invulling
1	Contracteringsvorm										
2	Bekostiging										
3	Zelfanalyse en ontwikkelplan			nvt		nvt		nvt		nvt	
4	NZA beleidsregels					nvt		nvt		nvt	
5	NZA portal					nvt		nvt		nvt	
6	Meerjarenafspraken			nvt							
7	Onderaanmerking										
8	Hulpmiddelen										
9	Woonplaatsbeginsel	nvt									
10	Kwaliteitsisen										
11	Criteria kwaliteit en doelmatigheid specifieke patiëntengroepen (o.a Dementie, PTZ)										
12	Social Return	nvt									
13	Duurzaamheid	nvt									
14	Zorgplan/ ondersteuningsplan										
15	Toetsingskader verantwoorde en doelmatige zorg thuis										
16	Berichtenverkeer										
17	Aanvullende portals vanuit gemeente	nvt									
18	Overgang Jeugdwet Wmo	nvt									
19	Prestaties										
20	Facturatie- en betaalperioden										
21	Bevoorschotting										
22	Eigen bijdrage										
23	Crisis zorg										
24	Meerzorg										
25	Declaratie mutatedagen										
26	Productieverantwoording										
27	Verantwoording op het gebied van kwaliteit										
28	Early warning system										
29	Regeling AO/IC										
30	Controleplan (materiele controles)										
31	Accountantscontrole										

Bijlage VI: Definitielijst onderwerpen standaardisatiematrix

Nr.	Onderwerpen	Definitie
1	Contracteringsvorm	Wijze van contractering (type aanbesteding).
2	Bekostiging	Wijze van bekostigen (p*q, output etc.).
3	Zelfanalyse en ontwikkelplan	De beknopte zelfanalyse en ontwikkelplannen die zorgkantoren vragen aan aanbieders om op basis hiervan te komen tot concrete verbeterplannen.
4	NZa beleidsregels	De beleidsregels die de NZa opzet i.h.k.v. de bekostiging.
5	NZa portal	Het portaal van de NZa waar de zorgaanbieder, zorgkantoor of zorgverzekeraar online aanvragen en verantwoordingen kunnen indienen.
6	Meerjareafspraken	Het kunnen maken van meerjarige contractafspraken (minimaal 2 jaar).
7	Onderaanneming	Een gecontracteerde zorgaanbieder laat de gecontracteerde zorg uitvoeren door een andere aanbieder.
8	Hulpmiddelen	Eisen voor de levering van hulpmiddelen.
9	Woonplaatsbeginsel	Het toepassen van het woonplaatsbeginsel door de gemeente.
10	Kwaliteitseisen	De eisen op het gebied van kwaliteit inclusief programma van eisen en kwaliteitskaders/handreikingen vanuit de branches.
11	Criteria kwaliteit en doelmatigheid specifieke patiëntengroepen	(Aanvullende) inkoopcriteria voor bijzondere zorg of zorg voor bijzondere doelgroepen (o.a Dementie, PTZ).
12	Social Return	Eisen aan zorgaanbieders m.b.t. social return (bv. x% werknemers in dienst nemen die een afstand hebben tot de arbeidsmarkt).
13	Duurzaamheid	Eisen aan zorgaanbieders m.b.t. duurzaamheid (bv. aan gebouwen of milieu).
14	Zorgplan/ ondersteuningsplan	Vastlegging van de te verlenen zorg op maat zoals is afgesproken tussen cliënt. Het zorgplan wordt ook wel individueel begeleidingsplan, behandelplan of ondersteuningsplan genoemd. De criteria waar een zorgplan of ondersteuningsplan aan moet voldoen.
15	Toetsingskader verantwoorde en doelmatige zorg thuis	Een hulpmiddel om te beoordelen of de zorg thuis bij de cliënt doelmatig en verantwoord is.
16	Berichtenverkeer	De informatiestandaarden waarmee berichten worden uitgewisseld (o.a. indicatie, aanvang zorg). Bv. iWmo, iWlz en iJW
17	Aanvullende portals vanuit gemeente	Aanvullend(e) portal(s) om gegevens uit te wisselen met de financier (o.a. WmoNed, digitaal leefplein, stipter).
18	Overgang Jeugdwet/Wmo 2015	Regels die gesteld worden door gemeenten t.a.v. de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 bij een doorlopende zorgvraag.
19	Prestaties	De activiteiten en verrichtingen die een zorgaanbieder in rekening kan brengen. Het worden ook wel producten genoemd.
20	Facturatie- en betaalperioden	De periode die de financier hanteert voor facturatie en betaling (bv. maandelijks of vierwekelijks).
21	Bevoorschotting	Eisen ten aanzien van bevoorschotting.
22	Eigen bijdrage	De bijdrage die de cliënt/patiënt moet betalen i.v.m. de geleverde zorg. De inning van de eigen bijdrage verloopt via het CAK.
23	Crisiszorg	Organisatie van crisiszorg.

24		Meerzorg	Meerzorg kan aangevraagd worden voor de specifieke zorgprofielen met een zorgbehoefte die minimaal 25% hoger is dan de zorg opgenomen in het zorgprofiel.
25		Declaratie mutatiedagen	Dagen die gedeclareerd kunnen worden indien een cliënt overlijdt of verhuist.
26	Verantwoording	Productieverantwoording	Productiemonitor(en) die frequent moet(en) worden aangeleverd aan de financier (over gehele organisatie of specifieke doelgroepen).
27		Verantwoording op het gebied van kwaliteit	Verantwoording die frequent moet worden aangeleverd aan de financier op het gebied van kwaliteit (bv. inhoud indicatie, tevredenheidsonderzoeken).
28		Regeling AO/IC	Eisen rondom administratieve organisatie en interne controle.
29		Early warning system	Het hulpmiddel dat zorgkantoren gebruiken om te beoordelen of een zorgaanbieder financieel gezond is.
30		Controleplan (materiële controles)	Het plan voor controle op de feitelijke levering (het risico dat de gedeclareerde zorg niet daadwerkelijk is verleend) en terechte levering (het risico dat de verleende zorg niet de meest aangewezen zorg was in het licht van de gezondheidssituatie van de cliënt).
31		Accountantscontrole	Controle op in hoeverre de declaratie van geleverde zorg aan geldende regelgeving voldoet.