

2021

EINDRAPPORT

Profiel Zorginkoop 2021

De toekomst van de zorginkoop
en de ontwikkelopgave van zorgkantoren



zorgVuldigadvies

 Goudsteen
& Company

Versie: November 2018, eindrapport.

Opgesteld door Zorgvuldig Advies in samenwerking met Goudsteen & Company in opdracht van de Commissie Langdurige Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.

Projectteam: Piet de Bekker, Eeuwke Bremmer, Ed Maagdelijn, Joanne Scheepstra, Michiel Verkoulen [projectleider].

Profiel Zorginkoop 2021

Inhoud

1. Context en vraagstelling	4
2. Aanpak en verantwoording	9
3. De zorginkoop anno 2018	11
4. De toekomst van zorgkantoren, relevante ontwikkelingen en trends	25
5. Horizon 2021	34
6. Zorginkoop in multidisciplinaire teams	38
7. De route naar 2021: ontwikkelopgave van de zorgkantoren	46
8. Profiel Zorginkoop 2021 in concrete doelen en impact	50

Bijlagen: individuele ontwikkelopgaven per zorgkantoor

1. Context en vraagstelling

Dit rapport schetst het profiel van de zorginkoop functie van zorgkantoren in het jaar 2021 en de zorginkopers die daarbij betrokken zijn. Het profiel is opgesteld in opdracht van een afvaardiging van de Commissie Wlz van Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN), de stuurgroep. Onder verantwoordelijkheid van deze stuurgroep past deze opdracht in het bredere traject 'Inkopen op Kwaliteit' dat de zorgkantoren samen in coördinatie door ZN uitvoeren. De context van de opdracht is onderstaand beschreven.

Wet langdurige zorg

Sinds 1 januari 2015 is de Wet op de langdurige zorg (Wlz) van kracht. De Wlz is een publiekrechtelijke sociale verzekering: burgers zijn van rechtswege verzekerd. Het doel van de Wlz is "dat ouderen met een blijvende somatische of psychogeriatrische beperking en mensen met blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen passende zorg krijgen met aandacht voor het individuele welzijn" (Memorie van Toelichting bij de Wlz). "Doel van de wet is een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel, het beheersen van de kosten in de zorg en de bescherming en bevordering van de positie van de consument".

Het hoofddoel valt uiteen in vier kerndoelen waarop de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) toezicht houdt:

- Zorginkoop: er is, optimaal gebruik makend van de financiële ruimte, voldoende, doelmatige en kwalitatief goede zorg beschikbaar, in aansluiting bij de voorkeuren en behoeften van verzekerden;
- Cliënt en zorg: verzekerden met een indicatie voor Wlz-zorg krijgen tijdig passende zorg in aansluiting bij hun voorkeuren;
- Zorguitgaven: Zorguitgaven zijn doelmatig, rechtmatig, noodzakelijk en gericht op het realiseren van de doelen van de verzekering binnen daaraan gestelde voorwaarden;
- Organisatie: De organisatie voor de uitvoering van de verzekering is doelmatig (kwaliteit en kosten organisatie in relatie tot doelen uitvoering Wlz).

Zorgkantoren

Zorgkantoren hebben als belangrijkste taak de zorg te realiseren voor cliënten (zorginkoop, cliëntondersteuning en het voeren van een administratie) onder de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz). Zij moeten daarbij letten op rechtmatigheid (binnen de kaders blijven van wet- en regelgeving) en doelmatigheid (zorg in een optimale balans van kosten en resultaat realiseren).

Er is veel dynamiek rond de rol van zorgkantoren. Door de discussie over de langdurige zorg zijn er tot eind 2015 steeds eenjarige concessies verleend (AWBZ) en is er één aanwijzing (Wlz) gegeven aan de zorgkantoren. Met ingang van 2016 heeft de Staatssecretaris van VWS voor de jaren 2016-2020 aan zorgkantoren in 31 regio's een meerjarige aanwijzing gegeven om zo rust en continuïteit te krijgen bij de als zorgkantoor aangewezen Wlz-uitvoerders¹. In totaal zijn er tien Wlz-uitvoerders, waarvan twee zonder zorgkantoor welke een aantal taken, waaronder zorginkoop, hebben gemandateerd aan de zorgkantoren. De zorgkantoren

¹ Eind 2015 is het aantal regio's verminderd van 32 naar 31. De naam van de regio Delft Westland Oostland is gewijzigd in Westland Schieland Delfland, en de regio Nieuwe Waterweg Noord is daarin opgegaan.

vallen dus onder acht Wlz-uitvoerders, onze opdracht richt zich specifiek op de zorginkoop door deze acht partijen.

Wlz-uitvoerder aangewezen als zorgkantoor	Aantal regio's
Zilveren Kruis Zorgkantoor N.V.	10
VGZ Zorgkantoor B.V.	7
CZ Zorgkantoor B.V.	6
Stichting Zorgkantoor Menzis	3
Stichting Wlz-uitvoerder Zorg en Zekerheid	2
Zorgkantoor Friesland B.V.	1
Zorgkantoor DSW B.V.	1
Salland Zorgkantoor B.V.	1

Zorginkoop

Zorgkantoren maken afspraken met zorgaanbieders over de zorgverlening aan Wlz-verzekerden. Dit doen zij op basis van de wettelijke zorgplicht die zorgkantoren dragen (art. 4.2.1 en 4.2.2 Wlz). Ter uitvoering van deze zorgplicht worden contracten gesloten. Deze contracten gaan onder meer over de a) aard, kwaliteit, doelmatigheid en omvang van de te verlenen zorg; b) de prijs en c) de informatieverstrekking aan verzekerden.

Daarnaast houdt de zorgplicht in dat Wlz-uitvoerders de verzekerde informatie over de leveringsvormen en cliëntondersteuning geven. De Wlz-uitvoerder is verplicht zijn werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren. Focus van dit rapport gaat over de zorgplicht. Om daar goed uitvoering aan te geven zijn de volgende randvoorwaarden van toepassing:

- Het zorgkantoor moet inzicht hebben in de vraagontwikkeling in haar regio;
- Het zorgkantoor moet inzicht hebben in de individuele zorgvraag van de cliënt;
- Het zorgkantoor moet inzicht hebben in het actuele aanbod; en
- Het zorgkantoor moet inzicht hebben in de informatiebehoefte van verzekerden.

In de laatste twee jaren zijn er veel ontwikkelingen geweest betreffende de kwaliteit van het zorgaanbod. Zo zijn er Kwaliteitskaders opgesteld voor de verpleging & verzorging (V&V) en de gehandicaptenzorg-sector (GZ)², en is het programma Thuis in het Verpleeghuis³ gepresenteerd door VWS. In de Kamerbrief van 25 juni jl. is de gewenste rol van de zorgkantoren op basis van deze ontwikkelingen nader uitgewerkt. Van zorgkantoren wordt onder meer verwacht dat zij de extra middelen voor de verpleeghuiszorg met name inzetten voor het aantrekken, opleiden en goed inzetten van (nieuw) personeel, en dat de bewoners van de verpleeghuizen de toekenning van extra middelen echt gaan merken in hun dagelijks leven.

Het zorgkantoor stimuleert met het inkopen van zorg waar nodig een hogere kwaliteit van het aanbod en het adequaat inspelen op de wensen van de klant. Het gaat hierbij ook om het stimuleren en ontwikkelen van nieuw of ander aanbod om daarmee in te spelen op

² Meer over de kwaliteitskaders in hoofdstuk 3.

³ Presentatie Programma Thuis in het Verpleeghuis:

<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/04/10/presentatie-programma-thuis-in-het-verpleeghuis>

wensen van de klant of behoeften vanuit de samenleving. De zorgaanbieders in met name de ouderenzorg zijn op hun beurt aan zet om de kwaliteitskaders te implementeren en zorg te dragen voor de (ervaren) kwaliteit van zorg en leven. De kwaliteit van zorg is al enige tijd een belangrijk onderwerp van gesprek in alle sectoren van de langdurige zorg. Enerzijds zijn veel instellingen zelf intensief bezig met kwaliteitsverbetering. Daarnaast is er het kwaliteitsprogramma Waardigheid en Trots van VWS. Anderzijds waren er signalen dat er op sommige plaatsen ouderenzorg van onvoldoende kwaliteit werd geleverd (zoals in rapporten van de Inspectie). De GZ-sector heeft een eigen kwaliteitsagenda, waarbinnen twaalf verschillende partners zich inzetten voor de te leveren zorg.

Ook de zorgkantoren hebben in de afgelopen jaren steeds meer aandacht gekregen voor het onderwerp kwaliteit in hun inkoopbeleid en contracteringsrondes. Zij hebben op grote schaal een kwaliteitsdialog gevoerd en verbeterplannen afgesproken met zorginstellingen. Zorgkantoren willen zich de komende tijd verder ontwikkelen tot 'inkopers van kwaliteit', zodat zij een gewaardeerde gesprekspartner kunnen zijn voor zorgaanbieders en de zorg voor Wlz verzekerden merkbaar kan verbeteren. Daarvoor zijn de zorgkantoren gezamenlijk een programma gestart. Doel is om samen te ontwikkelen, van elkaar te leren en continu te verbeteren.

Het ministerie van VWS erkent de belangrijke rol van de zorgkantoren ten aanzien van het realiseren van de kwaliteitskaders. Zij wil de zorgkantoren faciliteren om deze rol goed invulling te geven. Hoewel een doelmatige besteding van de beheerskosten natuurlijk altijd belangrijk blijft, ligt de nadruk de komende tijd vooral op de inhoudelijke invulling van de zorgplicht door zorgkantoren. VWS benadrukt daarbij dat het resultaat voor klanten hetzelfde moet zijn ongeacht de regio waar de klant woonachtig is. De wijze waarop zorgkantoren hiervoor zorgen kan verschillen, maar omdat het wettelijk recht op zorg voor elke verzekerde geldt en de zorgkantoren ook voor verzekerden van andere Wlz uitvoerders zorg inkopen, dient de uitkomst vergelijkbaar te zijn of het verschil verklaarbaar op basis van regionale kenmerken.

Dit rapport gaat in op de zorg in de V&V en de GZ sector. Er zijn kenmerkende verschillen tussen deze sectoren en ook overeenkomsten. De afgelopen periode is er veel maatschappelijke en politieke aandacht naar met name de ouderenzorg gegaan. Het ging onder meer over tekortschietende kwaliteit op sommige plaatsen, de wijze waarop het kwaliteitskader tot stand kwam en het extra geld dat is toegezegd voor de ouderenzorg. Ook in dit rapport wordt daarom veel gezegd over de ouderenzorg omdat daar momenteel meer aan verandering onderhevig is. Het is goed om er op te wijzen dat dit geenszins betekent dat er minder belang wordt gehecht aan de GZ. De uitkomsten van het Profiel en de doelstellingen en ontwikkelopgaven die daaruit voortvloeien, zijn zowel van toepassing op de V&V sector als de GZ sector.

Vraagstelling

Met de toegenomen aandacht voor kwaliteit is een herijking van het profiel van de zorginkoopfunctie in de verpleging & verzorging en de gehandicaptenzorg (als een van de kernfuncties van het zorgkantoor) gewenst. Dat profiel voor 2021 willen zorgkantoren samen opstellen. Alle zorgkantoren hebben op dit moment een eigen inrichting in mensen en organisatie, met een eigen uitvoering van de (wettelijke) taken. De confrontatie van het

huidige profiel van de zorginkoop met het Profiel 2021 leidt tot een inventarisatie van de ontwikkelopgaves van de individuele zorgkantoren wat betreft mensen, competenties en middelen om zo snel mogelijk, maar uiterlijk in 2021 te voldoen aan de gewenste situatie. Dit leidt tot een groeitraject per zorgkantoor, zodat in de periode tot 2021 de kwaliteit van de zorginkoop per individueel zorgkantoor jaarlijks verhoogd wordt. Hierbij hoort tevens een voorstel voor een gezamenlijke aanpak in de periode 2018-2021.

Bij bespreking van de opdracht gaf de stuurgroep een aantal aandachtspunten mee:

- Focus op de kwaliteitskaders en de inkooprol, inclusief aanverwante functies;
- Formuleer een stip aan de horizon waaraan we moeten gaan voldoen;
- Heb oog voor eigen verantwoordelijkheid en ontwikkelfase van elk zorgkantoor en regionale verschillen;
- Formuleer een ontwikkelopgave voor elk zorgkantoor, maar geen blauwdruk;
- Consulteer de belangrijkste stakeholders, werk samen, stem af en werk flexibel.

Bespreking met andere partijen, zoals het ministerie van VWS, de NZa en IGJ, leverde aanvullende inzichten op. Zo is er een duidelijke behoefte dat zorgkantoren op basis van de kwaliteitskaders nog strakker gaan sturen op kwaliteit, onder meer door goede gesprekken én heldere afspraken. Dat betekent dat ten opzichte van het recente verleden andere competenties belangrijk(er) worden, bijgeschoolde en nieuwe mensen die het gesprek met aanbieders aan kunnen en durven te gaan. Deze ontwikkeling is reeds enkele jaren geleden ingezet maar heeft bestendinging en uitbreiding. Het op te stellen Profiel 2021 is gebaseerd op een beeld van de huidige situatie. Er zal een generiek, algemeen profiel komen met voor elke als zorgkantoor aangewezen Wlz-uitvoerder een op maat gemaakte afzonderlijke invulling van de ontwikkelopgave.

Het Profiel Zorginkoop 2021 is gezamenlijk opgesteld en vastgesteld. Per individueel zorgkantoor is daarnaast een ontwikkelopgave geformuleerd. Het is geen blauwdruk, er is ruimte voor verschil in de wijze van invulling van de ontwikkelopdracht, niet ten aanzien van de te behalen resultaten. Dat kunnen regionale verschillen zijn of verschillen op basis van werkwijze, ontwikkelfase, teamsamenstelling, cultuur en omvang van het zorgkantoor. Er kan sprake zijn van synergie door de gezamenlijk inkoop in andere zorgdomeinen. Of een concernstrategie speelt mee bij de organisatie van de zorginkoop Wlz, al zou dit bij de wijze van zorginkopen een minimaal effect moeten hebben gezien het publieke karakter van de Wlz doelstellingen en de non-concurrentiele wijze van inkopen.

De ontwikkelopgaven zijn sterk gebaseerd op de zelfanalyse van betrokkenen in het zorgkantoor en een eerste reflectie van het projectteam. Ze vormen daarmee een startpunt voor verdere organisatieontwikkeling in de komende periode. Voor concrete plannen van organisatieontwikkeling, nadere kwantitatieve vergelijking op bijvoorbeeld functie niveau of benchmarking is nadere uitwerking in een specifiek omschreven opdracht nodig. Dat geldt ook voor een uitwerking van de gezamenlijk uit te voeren taken in de komende periode.

Opbouw rapport

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Na de beschrijving van de aanpak en verantwoording (H2) volgt een hoofdstuk (H3) waarin de stand van zaken rond de huidige zorginkoop in kaart is gebracht, zowel kwalitatief als kwantitatief. Daarbij is ook geanalyseerd wat de impact is

van de kwaliteitskaders voor GZ en V&V. Deze hoofdstukken bevatten voor direct-betrokkenen veelal bekende informatie, maar zijn nodig om de hele context van de ontwikkeling te beschrijven. Parallel daaraan is een compacte trendanalyse uitgevoerd (H4). Dit leidt tot een stip aan de horizon in hoofdstuk 5. De veranderopgave heeft effecten op teams, rollen en competenties. Dit is uitgewerkt in hoofdstuk 6. Samengevoegd volgt in hoofdstuk 7 een organisatieprofiel Zorginkoop 2021. Dat is een generieke dwarsdoorsnede van de ontwikkelopgaven van de individuele zorgkantoren. Deze individuele ontwikkelopgave per zorgkantoor, waar nadrukkelijk ruimte is gelaten voor een eigen aanpak, wordt in eerste instantie vertrouwelijk beschikbaar gesteld aan ieder individueel zorgkantoor. De Wlz uitvoerders hebben inmiddels na een besluit van de Commissie Wlz, onderling de ontwikkelopgaven gedeeld met als doel van elkaar te leren. Dat past ook in de werkwijze waarin de landelijke Wlz uitvoerders de zorgkantoren kunnen aanspreken. In hoofdstuk 8 tenslotte zijn de bouwstenen van het Profiel Zorginkoop 2021 uitgewerkt in concrete, meetbare en realistische doelstellingen.

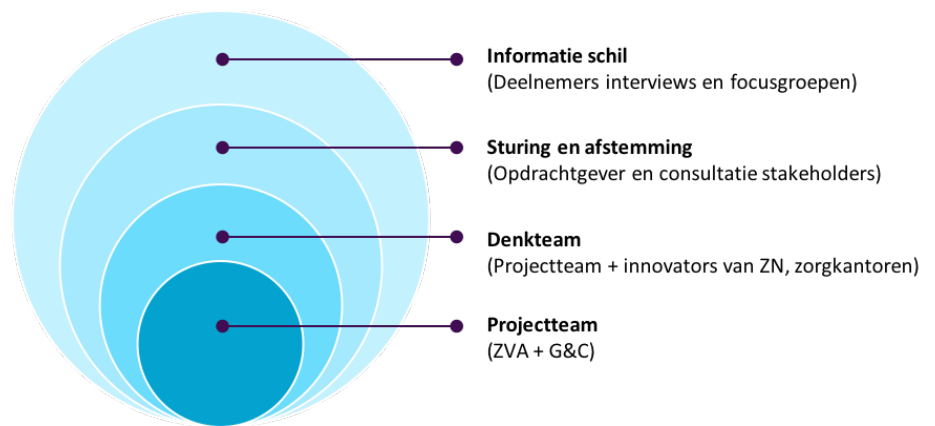
2. Aanpak en verantwoording

Betrokkenheid van partijen

De zorgkantoren zijn intensief betrokken bij het formuleren van het Profiel 2021 en de weg die daar heen leidt, in de vorm van mede-penvoerder, klankbord en opdrachtgever.

Naast ons eigen projectteam is een denkteam samengesteld dat zeer actief betrokken is in het proces. Het denkteam bestond uit innovatief denkende vertegenwoordigers van ZN en de zorgkantoren die zowel het belang van de individuele zorgkantoren zien als het algemene belang van de sector. Het denkteam heeft meegedaan met innovatiesessies en focusgroepen, en vervult een ambassadeursrol richting individuele zorgkantoren om de ontwikkelopgave te concretiseren.

Sturing en afstemming vond plaats met een stuurgroep waarin de opdrachtgevers vertegenwoordigd zijn. De voortgang van het project is maandelijks besproken in de Commissie Wlz. Cruciale stakeholders zoals het ministerie van VWS, Zorginstituut Nederland (ZINL) als bewaker van het



Kwaliteitskaders, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en vertegenwoordigers van cliënten en aanbieders zijn geconsulteerd. Tenslotte is een groep mensen bij de zorgkantoren betrokken om heisessies te houden en zijn er interviews afgenomen. Aan alle zorgkantoren is informatie gevraagd ten behoeve van de nulmeting.

Aanpak

In een relatief korte periode is een intensief traject doorlopen.

- Bij de start van het traject is stil gestaan bij de scope en zijn deelvragen geformuleerd om daarmee het draagvlak over het doel en de aanpak te versterken bij betrokken stakeholders. Met een compact literatuuronderzoek en inrichten van het denkteam is een vliegende start gemaakt.
- In samenspraak met het denkteam is per individueel zorgkantoor in kaart gebracht op welke wijze de zorginkoop is georganiseerd. Uit welke functies de huidige zorgkantoren zijn opgebouwd, en welke plaats de zorginkoopfunctie heeft in de functieketen van het zorgkantoor. De huidige stand van zaken dient als startpunt voor de ontwikkelopgave per zorgkantoor. De functies en verschillende rollen die relevant zijn bij het toekomstbestendig uitvoeren van de zorginkoop, en het realiseren van de kwaliteitskaders zijn van belang voor het Profiel 2021.
- Er zijn in totaal 13 interviews gehouden met zorgkantoren/Wlz uitvoerders en enkele belangrijke belanghebbenden. Deze waren semigestructureerd, aan de hand van een interviewleidraad, en verslagen zijn gebruikt door het projectteam als input voor de

bevindingen. In deze ronde zijn alle zorgkantoren individueel bezocht voor een interview waarbij telkens minimaal twee zorginkopers (GZ en V&V) aanwezig waren.

- Samen met het denkteam is een trendanalyse gemaakt om zicht te krijgen op relevante en impactvolle demografische, technologische, maatschappelijke en politieke trends. In combinatie met de kerndoelen van de Wlz, de koers en richting vanuit de Kwaliteitskaders levert de trendanalyse een beschrijving van de stip aan de horizon en de verwachtingen waaraan zorgkantoren willen voldoen in 2021.
- De belangrijke vervolgstap was een helder profiel formuleren van de zorginkoopfunctie in 2021, met aandacht voor team, rollen en competenties. Het profiel is generiek opgesteld en op basis daarvan is een ontwikkelopgave specifiek per zorgkantoor geformuleerd. Daarbij is dankbaar gebruik gemaakt van input uit heisessies bij en met de zorgkantoren. Tijdens de heisessies zijn opnieuw alle zorgkantoren bezocht. De groepen bestonden uit drie tot acht deelnemers, met vertegenwoordiging vanuit het management, het denkteam, zorginkopers en andere betrokken medewerkers (P&C, BI, ICT, beleid).
- De voorliggende rapportage met het algemene Profiel 2021 is in concept voorgelegd aan het denkteam en besproken met de stuurgroep. Een conceptrapport met individuele ontwikkelopgaven is verspreid onder de betreffende zorgkantoren. Na ruimte voor reflectie, en verwerken van mondelinge en schriftelijke suggesties is een nieuwe conceptversie opgeleverd. Het voornemen van de stuurgroep is om dat rapport ook te consulteren bij de belangrijkste stakeholders waarna het definitief wordt vastgesteld.
- Dit rapport beschrijft het Profiel voor de zorginkoop waarin de zorgkantoren in 2021 willen voldoen en de onderliggende analyse.

Overzicht van activiteiten en betrokkenheid van partijen

Sessies	Interviews	Enquête nulmeting
Kick-off sessie	VWS	CZ
Trendsessie 2021	NZa	VGZ
Denkteam 3x, Stuurgroep 3x	IGJ	Eno
Commissie Wlz juni, augustus	Actiz	Zilveren Kruis
Seminar Inkopen op Kwaliteit	Patiëntenfederatie/LOC	Menzis
Conferentie ZN zorginkopers	CZ	DSW
Bespreking met ONVZ, ASR	Eno	Zorg & Zekerheid
Heisessies	De Friesland	De Friesland
CZ	Zilveren Kruis	
VGZ	Menzis	
Eno	DSW	
DSW	Zorg & Zekerheid	
Zilveren Kruis	VGN	
Menzis		
De Friesland		
Zorg & Zekerheid		

3. De zorginkoop anno 2018

Samenvatting

- De zorginkoop cyclus is aan verandering onderhevig en evolueert naar een intensiever, continu proces met betrokkenheid van diverse disciplines binnen het zorgkantoor.
- Ieder zorgkantoor is vrij in zijn invulling van werkzaamheden – de partijen verschillen sterk qua omvang, organisatie/structuur en bemensing.
- Uit de enquêtes blijkt dat ongeveer een derde van het personeel bij de zorgkantoren wordt ingezet bij de zorginkoop – ruim 112 fte is momenteel bezig met de feitelijke zorginkoop, nog eens 73 fte is indirect betrokken, en daarnaast kan ondersteuning vanuit de Zvw worden toegerekend.
- De zorginkoop is efficiënt georganiseerd, de hoeveelheid zorggeld dat per zorginkoper wordt gespendeerd loopt uiteen, al zijn robuuste vergelijkingen moeilijk te maken met de beschikbare informatie.
- Twee zorgkantoren maken geen onderscheid naar werkzaamheden voor de V&V en GZ. De Wlz-zorginkopers bij de vier zorgkantoren met minder dan drie regio's kopen ook gerelateerde Zvw-taken in (wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatie, zintuiglijke gehandicaptenzorg).
- Er zijn inmiddels twee kwaliteitskaders: het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022 en het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (samen leren en verbeteren).
- Deze kaders beschrijven aan welke vereisten goede zorg moet voldoen en zijn vooral gericht op leren en verbeteren. In het verlengde daarvan worden ontwikkelopdrachten geformuleerd voor zorgorganisaties en voor sectorpartijen.
- De NZa ziet toe op de rechtmatige en doelmatige besteding van zorggeld en de extra kwaliteitsgelden door de zorgkantoren.
- De zorgkantoren hebben in ZN-verband een dialoogmodel ontwikkeld voor de gesprekken met zorgaanbieders.

De Zorginkoopcyclus

In sterk vereenvoudigde vorm is het inkopen van langdurige zorg te typeren als een contracteringscyclus. Het materiele doel van deze cyclus is dan het sluiten van een contract tussen aanbieder en inkoper over de levering van zorg en de voorwaarden daarbij. De vorm van het contract kan verschillen tussen aanbieders, zo zijn er verschillen tussen contracten met bestaande aanbieders en nieuwe toetreders.

Contracten komen tot stand na verschillende contactmomenten tussen aanbieder en inkoper. Er zijn inkoopgesprekken met enkele betrokkenen (bestuurder, beleidsmedewerker, en/of onderhandelaar) van één aanbieder en een inkoper al dan niet vergezeld door een kwaliteitsmedewerker of andere inhoudelijk deskundige. Daarnaast zijn er regio bijeenkomsten, georganiseerd door het zorgkantoor vaak met vertegenwoordigers van meerdere aanbieders waarin specifieke thema's aan de orde komen. Tenslotte zijn er werkbezoeken op locatie, waarin enkele vertegenwoordigers van het zorgkantoor rondgeleid worden bij een specifieke locatie van een aanbieder en in gesprek gaan met medewerkers en bewoners. Momenteel zijn er naar schatting gemiddeld ruim twee inkoopgesprekken per aanbieder per jaar, ongeveer één regionale bijeenkomst per kwartaal en ruim één locatiebezoek per aanbieder per jaar. De frequentie is erg afhankelijk voor de omvang van de aanbieder, de relatie met het zorgkantoor en de issues die er spelen.

Vanuit de inkopende partij is de zorginkoper (ook wel accounthouder of anderszins genoemd) daarbij de figuur waar de relatie tussen aanbieder en inkopende partij om draait. In dit proces zijn in verschillende fases naast de zorginkopers ook personen of afdelingen met andere expertise betrokken binnen de zorgkantoren. In gestileerde vorm ziet dat proces er vanuit het zorgkantoor ongeveer zo uit:

Huidige processtappen en betrokken disciplines in de zorginkoop



1) In de marktanalyse zijn beleidsadviseurs (m.n. business intelligence) betrokken en informatie uit onder meer het monitoren. 2) Tijdens het specificeren pelt men de informatie en het generieke beleid af, en maakt het specifiek per regio. Daarbij is aandacht voor specifieke thema's en zijn naast inkopers en beleidsmedewerkers ook bijvoorbeeld medisch adviseurs betrokken. 3) Vóór publicatie van het inkoopbeleid zijn er consultatierondes met onder meer cliëntenraden en vindt er afstemming plaats tussen zorgkantoren. Na publicatie is er een sessie met aanbieders. 4) Bij slechts een klein deel van de contracten is er speciale aandacht nodig, bijvoorbeeld omdat het een nieuwe aanbieder betreft of specialistische zorg. Met elke aanbieder is contact, maar de vorm en frequentie kan verschillen. Signalen en klachten die uit het eerdere (of latere) fases naar voren komen worden meegenomen bij de onderhandeling. Data-analisten, economische medewerkers, medisch adviseurs en kwaliteitsadviseurs hebben meestal een rol op de achtergrond in deze fase, soms gaan ze ook mee naar gesprekken met aanbieders. Deze expertise zit bij het ene zorgkantoor wel, bij het andere niet in het zorginkoop-team. 1 november is een belangrijke deadline, dan moet het budgetformulier bij de NZa liggen, maar de realiteit is dat een groot deel van de contracten in de tussentijd nog wordt gesloten. 5) Tijdens het monitoren/contractmanagement wordt input geleverd door diverse functies aan de zorginkoper. 6) Bij het controleren wordt op basis van declaraties bekeken of de zorg geleverd is die ingekocht is. Inkoop en materiele controle zijn gescheiden functies, zodat de inkoper een band kan

hebben met de instelling en materiele controle de processen en afspraken in de gaten kan houden.

Zoals al aangegeven is het proces van zorginkoop in de praktijk in veel gevallen al niet meer zo precies in te delen in losstaande stappen. Vanwege langjarige wederzijdse afhankelijkheid tussen de meeste aanbieders en inkopers, en het vrijwel continu doorlopen van alle processtappen, is er steeds meer sprake van een continue *loop* van relatiemanagement. De contactmomenten met aanbieders (inkoopgesprekken, regiobijeenkomsten, locatiebezoeken) kunnen gezien worden als anker punten in dat continue proces. In de voorbereiding en afwikkeling van die momenten zijn dus meer expertises betrokken dan alleen de zorginkoper, al verschilt de invulling per zorgkantoor. Meer over het evolueren van de zorginkoopcyclus, en de inschatting van het tijdsbeslag op diverse disciplines in de navolgende hoofdstukken.

De huidige uitvoering van taken door Wlz-uitvoerders

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de regionale, rechtmatige en doelmatige uitvoering van het PGB en de administratie. De overige taken zoals bijvoorbeeld zorginkoop en controle vallen, uitgaande van de wet, onder de verantwoordelijkheid van de Wlz-uitvoerder. Omdat de werkzaamheden voor de langdurige zorg echter grotendeels regio-gebonden plaatsvinden, hebben de Wlz-uitvoerders de regio-gebonden werkzaamheden gemandateerd aan de zorgkantoren.

In december 2017 heeft de NZa het Samenvattend rapport Uitvoering Wlz door zorgkantoren en het CAK over het jaar 2016 uitgebracht. De financiële kerngegevens over 2017 zijn nog niet beschikbaar. In 2016 bedroegen de totale bedrijfsopbrengsten en schaden ruim €19 miljard. De Wlz-uitvoerders hadden daarboven een budget beheerskosten van €157 miljoen (<1% van de totale bedrijfsopbrengsten). Zo bezien voeren de zorgkantoren de taak als Wlz-uitvoerder zeer efficiënt uit.

Zorgkantoren worden vanuit de omgeving waarin zij functioneren steeds uitgedaagd om hun werkwijzen continu te verbeteren. De NZa, als toezichhoudend orgaan, geeft daarbij aan dat zorgkantoren veel basisprocessen op orde hebben en actief werken aan verdere verbetering van de cliëntondersteuning en regie op wachtlijsten. Toch is er op een aantal terreinen ruimte voor verbetering⁴. Zorgkantoren moeten beter inzicht krijgen in de aansluiting van het zorgaanbod op wat Wlz-cliënten aan zorg nodig hebben en wensen. Ze moeten de klant en kwaliteit van zorg en leven bij de zorginkoop centraal stellen. Zorgkantoren voeren in hun zorgkantoorregio's de Wlz uit, ook voor verzekerden van de andere Wlz-uitvoerders. De Wlz-uitvoerders hebben deze taken aan de zorgkantoren gemandateerd, maar blijven verantwoordelijk voor hun eigen verzekerden. De onderlinge verantwoording komt nog onvoldoende van de grond, aldus de NZa.

Deze laatste aandachtspunten hangen (deels) samen met het vaststellen van twee kwaliteitskaders, één voor de sector Gehandicaptenzorg en één voor de sector Verpleeghuiszorg. Met deze kaders is een wettelijke basis gelegd onder de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in de beide sectoren. Hieraan is een financiële impuls van €2,1 miljard

⁴ Bron: NZa, Samenvattend rapport 2016/2017, Uitvoering Wet langdurige zorg door zorgkantoren en het CAK.

gekoppeld die het vorige kabinet beschikbaar heeft gesteld voor de verbetering van de kwaliteit in de verpleeghuiszorg.

Eigen invulling van werkzaamheden

Ieder zorgkantoor is vrij op welke wijze men de Wlz-kerndoelen wil bereiken (NZa, Regeling uitvoeringsverslag en financieel verslag WLZ-uitvoerder, TH/NR-12). Dit is duidelijk te zien uit een rondgang langs de zorgkantoren. De partijen verschillen sterk qua omvang, organisatie/structuur, bemensing, cultuur en strategie.

Om zicht te krijgen op ieder individueel zorgkantoor én over de groep als geheel, hebben we literatuur bestudeerd, NZa-rapportages doorgenomen en een enquête onder zorgkantoren uitgezet.⁵ De hierna beschreven informatie uit de enquête is bedoeld ter illustratie van de huidige uitvoering en vormt daarmee startpunt voor onderling leren en eventuele nadere onderzoeksvragen. Vanwege de diversiteit in de gehanteerde definities, de wijze van aanlevering en de kwaliteit van de gegevens, is het ongewenst om verstrekkende conclusies te trekken uit vergelijkingen tussen gegevens van de zorgkantoren.

Het document *Bijlagen Samenvattend rapport 2016/2017 Uitvoering Wlz door zorgkantoren en het CAK* (NZa, dec 2017) bevat overzichten met financiële kerngegevens van de Wlz-uitvoerders⁶.

Kerngegevens Wlz-uitvoerders 2016	Wlz	Totaal x €1.000
Totaal bedrijfsopbrengsten 2016 exclusief subsidies	Wlz	19.488.024
Totaal schaden 2016 exclusief subsidies	Wlz	19.331.710
Budget beheerskosten over 2016	Wlz	156.938
Beheerskosten 2016 exclusief technische voorziening	Wlz	144.213
Wettelijke reserve Wlz 31-12-2016	Wlz	28.621

De zorgkantoren kennen verschillende rechtspersonen (vijfmaal een BV, tweemaal een Stichting, eenmaal een NV). Van vier zorgkantoren hebben we een organogram ontvangen. Ook daaruit blijkt een zeer diverse inrichting van de organisatie. De ene is compact, met heldere hiërarchische lijnen, de ander kent een meer complexe matrix structuur.

Uit de enquêtes leiden we af dat ongeveer een derde van het personeel bij de zorgkantoren wordt ingezet bij de zorginkoop (bandbreedte tussen 24% en 36%). Op basis van de tot nu toe ingevulde enquêtes kunnen we constateren dat ruim 112 fte bezig is met de feitelijke inkoop van langdurige zorg (V&V en GZ), maar van één zorgkantoor missen nog gegevens. Daarnaast is bijna 73 fte indirect betrokken vanuit een functie die ondersteuning biedt aan de inkoop (denk aan secretariaat, data-analisten, Wlz-controller). Tot slot zijn zeer veel mensen vanuit de Zvw (indirect) betrokken bij de zorginkoop langdurige zorg en/of kunnen

⁵ De ingevulde enquêtes hebben een wisselende kwaliteit. We hebben zeven van de acht verstuurdde enquêtes retour ontvangen. Drie enquêtes zijn op onderdelen onvolledig, waardoor de resultaten soms indicatief zijn. In enkele gevallen doen we aannames om tot gemiddelden te komen en een lopend verhaal te maken.

⁶ Deze gegevens zijn inclusief de twee Wlz-uitvoerders zonder zorgkantoor, ONVZ en a.s.r. Zij hebben wel verantwoordelijkheid voor de Wlz van hun verzekerden, maar de feitelijke uitvoering is gemandateerd aan de anderen.

worden toegerekend ten laste van de beheerkosten Wlz (denk aan Business Intelligence, Formele en Materiële Controle, callcenter, ICT, zorgbemiddeling, Juridische Zaken).

De verdeling van werkzaamheden verschilt tussen zorgkantoren: tussen 40 en 65% van de inkopers is bezig met inkoop van verpleging en verzorging, tussen circa 30 en 45% is bezig met inkoop van gehandicaptenzorg. De enquêtes geven de volgende inzet aan: in totaal 53 fte V&V, 36 fte GZ en 23 fte overig (onverdeeld). Twee zorgkantoren maken geen nadere uitsplitsing van deze domeinen en verdeling van werkzaamheden – bij hen zijn inkopers integraal actief over het gehele Wlz-domein. Drie zorgkantoren hebben één afdeling zorginkoop en hebben werkzaamheden voor V&V en GZ verdeeld over verschillende teams met eigen aandachtsgebieden. Eén zorgkantoor geeft aan dat twee verschillende afdelingen zorginkoop met eigen mensen actief zijn.

Bij de zorgkantoren met één regio werkt men logischerwijze voor die ene regio. Bij het bedienen van meerdere regio's zijn de varianten:

- a) Een financiële herverdeling voor de inkoop per regio en per zorgsector;
- b) Eén team van inkopers per twee regio's;
- c) Wel onderscheid per regio, maar wisselende betrokkenheid van mensen (vaak met focus binnen één regio).

We constateren dat de inrichting van de zorginkoopfunctie verschilt tussen de organisaties. Vrijwel alle zorgkantoren hebben naast de feitelijke zorginkoop ook het relatiebeheer met zorgaanbieders belegd bij de afdeling Zorginkoop. Veel andere, meer ondersteunende, taken die worden uitgevoerd ten behoeve van de zorginkoop, zijn wisselend belegd. Marktanalyse/business intelligence is in een enkel geval onderdeel van het takenpakket van de afdeling Zorginkoop. Ook kwaliteitscontrole en een deel staf/beleid is bij een enkeling onderdeel van de afdeling Zorginkoop.

Daar komt bij dat de omvang van de zorgkantoren er ook voor zorgt dat men een eigen invulling van de wijze van organisatie geeft aan de toevertrouwde taken. Alle drie zorgkantoren met één regio kiezen voor inkopers die een integraal pakket aan zorg inkopen, met naast de intramurale verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg ook inkoop van bepaalde zorginhoudelijk gerelateerde Zvw-prestaties (zoals wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatie). In het kader van verdere vergelijking kan het interessant zijn een nadere analyse te maken van de exacte toewijzing van taken en organisatie inrichting.

De (Wlz-)contracteerruimte per zorginkoper varieert sterk. Gemiddeld hebben inkopers – op basis van onze enquête – een contracteerruimte van ongeveer €170 miljoen, maar het varieert van ruim €70 miljoen tot bijna €400 miljoen. Een verklaring voor de verschillen zit in de verdeling van werkzaamheden, de omvang van het concern en de al dan niet domein-overstijgende inzet van functies uit het (Zvw-)concern, het eventuele aandeel van PGB-geld, de door het zorgkantoor gebruikte definitie van zorginkoper, en de mate van ondersteuning afhankelijk van de inrichting van het concern. Enigszins vooruitlopend op de verdere conclusies in het rapport, kan gesteld worden dat gezien de opgave die zorgkantoren de komende periode hebben en de waarde van een goede regionale inbedding, een verlaging van de hoeveelheid contracteerruimte per inkoper of inkoopteam meer voor de hand ligt

dan een stijging. Uiteraard afhankelijk van de wijze waarop de inkoop tussen de diverse functies wordt verdeeld.

Een interessant gegeven is het aantal accounts, liefst nader ingedeeld naar zwaarte, dat elke inkoper of inkoopteam beheert. Dat geeft meer inzicht in de mate van kennis en aandacht die er naar een contract gaat. Dit is afhankelijk van de omvang van zorgaanbieders in een regio, regio-specifieke issues en de organisatie van het zorgkantoor. Deze informatie is echter niet uitgevraagd in het kader van deze opdracht en kan wellicht een interessante vervolgstap vormen. Ook informatie over de contractering van zorgaanbieders die regio-overstijgend actief zijn, kan aanvullende inzichten opleveren.

Uit de ontvangen gegevens over de missie, visie en strategie kunnen we afleiden dat kwaliteit en klanten/cliënten voorop staan in de werkzaamheden van de zorgkantoren. Er is duidelijk behoefte aan – en ruimte voor – een regionale invulling. Die weegt voor de zorginkopers zwaarder dan het aansluiten bij een concernstrategie, al zoeken meerdere zorgkantoren naar synergie tussen de domeinen van de Wlz en de Zvw (rekening houdend met het concernbeleid bij de inkoop Zvw).

Wordcloud van de ontvangen teksten over missie, visie en strategie van zorgkantoren



Beheerskosten

Het totale budget beheerskosten voor de Wlz bedroeg in 2016 €157 miljoen. Voor dat bedrag verzorgden de zorgkantoren een afwikkeling van bijna €20 miljard aan uitgaven aan langdurige zorg. Met beheerskosten van minder dan 1% is de uitvoering in de Wlz relatief gezien een uiterst efficiënte vorm van zorgorganisatie. Ter vergelijking: in het Britse publieke zorgstelsel (NHS) waren de uitvoeringskosten ongeveer 2,4%, in het Amerikaanse Medicare stelsel bedragen deze bijna 2%.⁷ Verdeeld over de Wlz-uitvoerders zag het beeld er als volgt uit: Zilveren Kruis (met 10 regio's de grootste) had een beheerskostenbudget van bijna €50 miljoen, gevolgd door VGZ (7 regio's) en CZ (6 regio's) met circa €30 miljoen. Bij

⁷ Zie: OECD rapport Fiscal Sustainability of Health Systems (2015) en Dhaval Dave, 'Health Care: Multi-Payer or Single-Payer?' in Eastern Economic Journal January 2017, Volume 43, Issue 1, pp 180–182

onderstaande gegevens is geen rekening gehouden met het eventueel achteraf terugstorten van niet gebruikte beheerskosten zoals geregeld voorkomt.

Kerngegevens Wlz-uitvoerders 2016: Wlz	ASR	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	ONVZ	Salland	VGZ	Zilveren Kruis	Zorg en Zekerheid
Totaal bedrijfsopbrengsten 2016 exclusief subsidies	280	4.047.653	824.460	540.056	2.585.386	314	263.142	3.956.289	6.293.852	976.592
Totaal schaden 2016 exclusief subsidies	0	4.016.458	816.658	533.862	2.565.605	0	259.559	3.926.019	6.245.522	968.027
Budget beheerskosten over 2016	281	31.268	7.802	6.453	19.781	314	3.583	30.268	48.622	8.566
Beheerskosten 2016 exclusief technische voorziening	167	28.720	6.513	6.212	19.846	316	3.287	29.013	42.689	7.450
Wettelijke reserve Wlz 31-12-'16	184	6.214	1.802	318	3.226	22	518	6.526	8.382	1.429

Gerelateerd aan de bedrijfsopbrengsten krijgen de grotere zorgkantoren relatief een lager beheerskostenbudget. Dit is ook volgens verwachting vanwege de efficiency die een grotere organisatie kan bereiken op ondersteunende taken. De gemiddelde beheerskosten WLZ per inwoner verschillen per zorgkantoor (verschil laagste-hoogste >50%). Zilveren Kruis, gevolgd door CZ en VGZ hebben, op basis van het jaar 2016, de laagste beheerskosten per inwoner. De samenvattende NZa-rapportage met gegevens over het jaar 2017 is nog niet beschikbaar, de gegevens over 2015 zijn vergelijkbaar. Cijfers over eerdere jaren gaan over de uitvoering van de AWBZ en wijken wat sterker af. Ook de verhoudingen tussen de zorgkantoren en Wlz-uitvoerders fluctueren van jaar op jaar.

	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	VGZ	Zilveren Kruis	Zorg en Zekerheid
Budget beheerskosten t.o.v. bedrijfsopbrengsten (%)	0,8%	0,9%	1,2%	0,8%	1,4%	0,8%	0,8%	0,9%

De gerapporteerde beheerskosten per zorginkoper variëren van €800.000,- tot meer dan €3.000.000,- waarbij aangetekend dat deze op verschillende wijzen berekend kunnen zijn. Als in een zorginkoopteam ook andere personen dan zorginkopers/relatiebeheerders actief zijn, nemen de beheerskosten *per zorginkoper* toe. Daarnaast verschilt het takenpakket tussen Wlz-uitvoerders. Hoe hoog de beheerskosten per persoon in de regio zijn, en in het bijzonder voor mensen met een Wlz-indicatie, was geen onderdeel van de enquête. Dit kan in vervolgonderzoek worden meegenomen. Datzelfde geldt voor de afwikkeling van pgb-kosten en de doorbelasting tussen de zorgverzekeraar en de Wlz-uitvoerders wat betreft gebouwen, ict-kosten, en andere zaken.

In de Aanwijzing besteedbare middelen beheerskosten Wlz 2018 heeft de minister van VWS het budget voor de beheerskosten voor de uitvoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) vastgesteld op 191 miljoen euro. Dit is inclusief de taken van de SVB (afwikkelen bekostiging zorgaanbieders, uitkeren PGB) waarvoor 27 miljoen euro beschikbaar is. Voor de taken van het zorgkantoor 77 miljoen beschikbaar euro en 87 miljoen euro voor de taken van de Wlz-uitvoerders.

Zorginstituut Nederland (ZIN) keert voor ieder zorgkantoor een beheerskostenbudget uit met inachtneming van de beleidsregels ter verdeling van de middelen (Staatscourant, 2018, nr 30062). Daarbij ontvangen zorgkantoren verschillende soorten bedragen, soms per budgethouder (voor de uitvoering van het persoonsgebonden budget of het voeren van

bewuste-keuze gesprekken), soms per persoon die Zorg in Natura met Meerzorg of Modulair Pakket Thuis ontvangt. Daarnaast ontvangen de Wlz-uitvoerders bedragen per Wlz-verzekerde en voor regionale taken.

Doel en impact van de kwaliteitskaders

In de vraagstelling van de opdrachtgever staan *twee kwaliteitskaders* centraal, het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022 en het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (samen leren en verbeteren).

Het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is op 13 januari 2017 opgenomen in het register van ZIN en per direct in werking getreden. Dit kwaliteitskader is opgesteld door de Kwaliteitsraad van ZIN en sectorpartijen. Het kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 is in mei 2017 opgenomen in het register van het Zorginstituut nadat alle relevante sectorpartijen daar gezamenlijk in 2015 en 2016 aan hebben gewerkt.

De beide kwaliteitskaders beschrijven aan welke vereisten goede zorg moet voldoen en zijn vooral gericht op leren en verbeteren. In het verlengde van het kader worden verschillende ontwikkelopdrachten geformuleerd, zowel voor zorgorganisaties als voor sectorpartijen. Het kader vormt de basis voor toezicht door de IGJ i.o. en zorginkoop door de zorgkantoren.

Hoewel de beide kaders in essentie dezelfde doelstelling hebben, is de context waarin zij tot stand zijn gekomen en het gebruik ervan in de praktijk verschillend van elkaar:

- Bij de totstandkoming van het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg heeft ZIN gebruik gemaakt van haar doorzettingsmacht nadat op 1 oktober 2016 geen gezamenlijke indiening van een kwaliteitskader plaatsvond door de aanbieders, cliënten en verzekeraars.
- Het kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg is tot stand gekomen door samenwerking van alle relevante partijen in de gehandicaptenzorg.

In de verpleeghuiszorg is qua aard van zorg vaker sprake van een relatief kort verblijf veelal aan het einde van het leven in een organisatie voor ouderenzorg. In de gehandicaptenzorg is sprake van veelal langdurige intensieve ondersteuning, vaak levenslang en levensbreed.

VGN betoogt dat het startpunt voor de kwaliteitsdiscussie in de gehandicaptenzorg anders is dan in de verpleeghuiszorg, omdat er sprake is van zorg levenslang en levensbreed. Middels de kwaliteitsagenda 2016-2018 is door alle partners bevestigd dat de basis in orde is, maar er wel verbeterpunten zijn waaraan gewerkt kan worden. Verpleeghuizen hebben op dit moment moeite met het voldoen aan de verhoogde maatschappelijke verwachtingen en politieke en wettelijke eisen die de afgelopen jaren sterker geaccentueerd zijn. Echter, dankzij het beschikbaar stellen van extra middelen kunnen verpleeghuizen hier naartoe groeien. Het ministerie van VWS stuurt met het nieuwe programma "Thuis in het Verpleeghuis, anders dan in de gehandicaptenzorg, ook actief aan op verbetering van de kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen in Nederland.

1. Kwaliteitskader voor de Verpleeghuiszorg

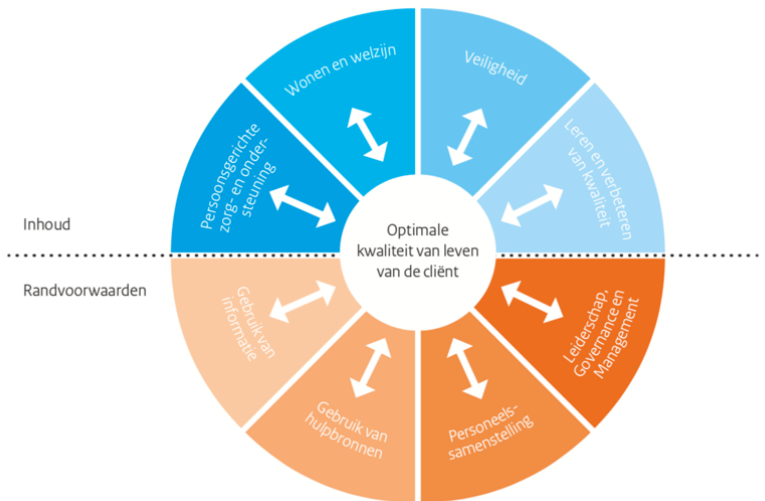
Het doel van het Kwaliteitskader voor de Verpleeghuis zorg is drieledig:

1. Het document beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg.

2. Het document biedt opdrachten voor zorgverleners en zorgorganisaties om samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken.
3. Het document vormt het kader voor extern toezicht en voor inkoop en contractering van zorg.

Het kwaliteitskader is gebaseerd op tien uitgangspunten:

1. In de verpleeghuiszorg is de cliënt als mens – met alle levensdomeinen die voor de cliënt van belang zijn – altijd het vertrekpunt. Zorg en ondersteuning worden multidisciplinair en integraal vormgegeven en zijn dienend hieraan.
2. Dit kwaliteitskader legt nadruk op leren als basis voor kwaliteitsverbetering.
3. Ook bij toezicht en verantwoording legt dit kader de nadruk op leren als basis voor kwaliteitsverbetering en minder op verantwoording via gedetailleerde uitkomsten.
4. Dit kwaliteitskader wil het vertrouwen versterken in de mensen die in de verpleeghuiszorg werken en hun relatie met de cliënt.
5. De focus ligt op *samen leren*: zowel intern (cliënten, naasten en zorgverleners) als extern (andere zorgorganisaties, ouderenbonden, zorgcoöperaties en zorgkantoren).
6. Het kwaliteitskader wil een bijdrage leveren aan het verminderen van bureaucratie en administratieve lasten.
7. Verpleeghuiszorg moet naast liefdevol en persoonsgericht ook veilig zijn voor cliënten.
8. Dit kader besteedt extra aandacht aan de personeelssamenstelling.
9. Dit kwaliteitskader sluit aan bij de uitgangspunten over kwaliteit die beschreven zijn in de vernieuwde Wet Langdurige Zorg (Wlz), te weten:
 - a. De geboden zorg moet ondersteunend zijn aan de kwaliteit van leven van de cliënt;
 - b. De cliënt krijgt een persoonlijk arrangement dat is afgestemd op eigen behoeften en
 - c. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning, met als belangrijkste bouwstenen: betrokken en vakbekwame zorgverleners, een persoonlijk zorgleefplan en betrokkenheid van informele zorgverleners.
10. Er wordt een beroep gedaan op zorgverleners, zorgorganisaties en koepels om altijd te streven naar meer en betere kwaliteit dan de basisnormen uit dit kader.



Centraal in het toepassen staat het formuleren van een kwaliteitsbeleid in een kwaliteitsplan en het jaarlijks opstellen van een kwaliteitsverslag. Voor het jaar 2017 is voor het eerst het kwaliteitsplan verplicht gesteld. Voor het jaar 2018 worden zorginstellingen voor het eerst verplicht een kwaliteitsverslag te produceren. Iedere zorginstelling in de verpleeghuiszorg dient te werken op basis van een kwaliteitsmanagementsysteem. Deze documenten komen tot stand in samenspraak met cliënten en professionals. Het kwaliteitsverslag moet op de website van de zorgorganisatie gepubliceerd worden. Het speelt een belangrijke rol in de

gesprekken met stakeholders (zorgkantoor en IGZ). Daarnaast dient het kwaliteitsplan 2019 als basis voor de toekenning van het kwaliteitsbudget (als onderdeel van de 2,1 miljard euro structurele uitgavenverhoging voor de verpleeghuiszorg die aanvullend beschikbaar is gesteld)

2. Kwaliteitskader voor de Gehandicaptenzorg

Het kwaliteitskader voor de Gehandicaptenzorg beoogt een visie te geven op de vraag wat goede zorg is voor mensen met een langdurige beperking. Het kader sluit goed aan op het basisprincipe van de nieuwe Zorgbrede Governancecode 2017: goede zorg bieden aan cliënten met aandacht voor het dialoog en de medezeggenschap. Het kwaliteitskader moet leiden tot meer focus op kwaliteitsverbetering als een voortgaand leerproces en inspiratie zijn tot interne kwaliteitsverbetering. De organisatie moet naar buiten transparant zijn over kwaliteit van zorg en over verbetertrajecten. Een belangrijk doel is om maatwerk te leveren waarbij primair de kwaliteit richting de individuele cliënt wordt gewaarborgd.

Het kwaliteitskader bestaat uit vier bouwstenen:

1. **Het zorgproces rond de individuele cliënt:** Hierbij gaat het om de dialoog tussen de cliënt en medewerker, zodat inzichtelijk wordt wat nodig is om de kwaliteit van zorg te bevorderen.
2. **Onderzoek naar cliëntenervaringen:** Wat vinden cliënten van de zorg, ondersteuning en kwaliteit van bestaan? Elke zorgorganisatie dient minimaal één keer per drie jaar een cliënt-ervaringsonderzoek uit te laten voeren.
3. **Zelfreflectie in team:** Dit gebeurt minimaal eenmaal per jaar. De nadruk bij die reflectiemomenten ligt op 'wat doen we goed, wat kan beter'. Hierbij is ook een rol voor de raad van bestuur van de zorgorganisatie weggelegd. Zo dient het bestuur te stimuleren dat reflectie in teams en locaties plaatsvindt en met de noodzakelijke diepgang. De resultaten zijn in de eerste plaats voor intern gebruik maar kunnen op verzoek van de IGJ beschikbaar worden gesteld.
4. **Het kwaliteitsrapport en visitatie:** Raden van bestuur van zorgorganisaties stellen jaarlijks een bondig kwaliteitsrapport op, op basis van inzichten verkregen uit de voorgaande drie bouwstenen. Dit onderzoek en daaropvolgend rapport moet de kwaliteitsvraag objectiveren en een basis bieden voor verbeteracties. De te volgen werkwijze is in overeenstemming met de Zorgbrede Governancecode 2017. Deze bouwstenen vormen samen het kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg⁸.

Twee kaders met implicaties voor zorgorganisaties en andere actoren

Kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Op basis van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg moet elke verpleeghuiszorgorganisatie per 1 januari 2018 beschikken over een (erkend) kwaliteitsmanagementsysteem (KMS). Overigens stond het hebben van een erkend KMS al jaren in de inkoopvoorwaarden van zorgkantoren. Waaruit dat systeem precies moet bestaan is niet exact beschreven in het kwaliteitskader. Het systeem moet in ieder geval, eveneens op basis van het kwaliteitskader, een kwaliteitsplan (in de loop van 2017) en jaarlijks kwaliteitsverslag (1^e keer voor 1 juni 2018) kunnen vullen. Het kwaliteitsplan moet jaarlijks worden aangepast op basis van de uitkomsten in het kwaliteitsverslag (de 1^e keer per 31 december 2018). Borging van het

⁸ Bron: Kerndocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

systeem kan plaatsvinden via certificering. De zorgkantoren buigen zich op het moment van verschijnen van dit rapport over de voor 1 juni 2018 aangeleverde kwaliteitsverslagen als onderdeel van het zorginkoopproces. Het beschikbaar stellen van het kwaliteitsbudget is gehangen aan het op te stellen kwaliteitsplan 2019 plus een meerjarenbegroting.

Op basis van het systeem moet iedere verpleeghuiszorgorganisatie werken aan kwaliteit volgens heldere verantwoordelijkheidsverdelingen en *checks & balances*. Dit geldt voor zowel hiërarchisch ingestelde organisaties als voor organisaties met zelfsturing.

Implementatie

- Zorgorganisaties en zorgverleners moeten dit kwaliteitskader implementeren in hun eigen organisatie en zijn verantwoordelijk voor het op de gestelde data in praktijk brengen van de vereisten.
- De IGJ wordt gevraagd om binnen drie maanden haar toezichtkader aan te passen op basis van de vereisten en opdrachten van de kwaliteitskaders.
- De NZa is gevraagd om met een normenkader te maken om te komen tot nieuwe bekostiging en waar nodig nieuwe beleidsregels met betrekking tot de zorginstellingen. Vervolgens kan de NZa dan haar toezichtkader aanpassen.

Er bestaat grote verscheidenheid aan zorginstellingen. Het is lastig om in generaliserende termen te spreken over de impact van de verplichtingen op zorginstellingen. Overduidelijk is wel dat introductie van de kwaliteitskaders en het verplichtende karakter van die kaders dynamiek tot stand heeft gebracht in de verpleeghuiszorg. Zorginstellingen worden min of meer gedwongen op gestructureerde wijze te acteren op kwaliteit van zorg en dienstverlening via sturen, monitoren, rapporteren, bijsturen op basis van de PDCA-cyclus. Met het nieuwe kwaliteitsprogramma van minister De Jonge (programma Thuis in het verpleeghuis) is toegang tot additionele financiële middelen afhankelijk gesteld van het voldoen aan de vereisten van het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg.

Kwaliteitskader gehandicaptenzorg

In de gehandicaptenzorg schrijft iedere aanbieder die zorg levert binnen de reikwijdte van het KKGHZ 2017- 2022 jaarlijks een kwaliteitsrapport. Dit rapport is opgesteld op basis van de inzichten uit bouwstenen 1,2 en 3 en andere relevante informatiebronnen. Het doel van het rapport is tweeledig: enerzijds biedt het een geobjectiveerd zicht op kwaliteit en anderzijds bevat het een onderbouwde keuze van verbeteracties. Het rapport heeft zo een interne en externe functie. Intern vormt het een basis voor overleg met de cliëntenraad, ondernemingsraad en management, platforms kwaliteit en Raad van Toezicht. Extern is het kwaliteitsrapport een hulpmiddel voor transparantie doordat het de basis legt voor samenspraak met de IGJ en het zorgkantoor als uitvoerder van de WLZ. Tevens vindt er, onder verantwoordelijkheid van de bestuurder, tweejaarlijks een vorm van externe visitatie plaats over het kwaliteitsrapport. Vervolgens laat de VNG op basis van de kwaliteitsrapporten een sectorbeeld opstellen. Doel hiervan is om trends en ontwikkelingen zichtbaar te maken op basis van de zeven landelijk vastgestelde thema's. Het gaat dan zowel om de inhoud als het proces van leren en verbeteren.

IGJ en NZa

De beide kwaliteitskaders hebben daarnaast impact op de IGJ en NZa, waarbij de impact op de werkwijze van de IGJ nog het meest in het oog springend is. De IGJ is mede door de komst van de kwaliteitskaders gedwongen geworden om in 2017 een nieuw toezichtskader op te stellen, waarbij op basis van de uitgangspunten van de kwaliteitskaders toezicht op de zorg moet worden gehouden. De IGJ is sinds maart 2017 gestart met het werken op basis van een nieuw toetsingskader. Essentieel bij de nieuwe wijze van toezicht is dat de inspectie tijdens bezoeken vooral kijkt of de zorg naast veilig ook goed en persoonsgericht is. Het startpunt van de zorg is de wens van de cliënt.

De inspecteurs zullen bijvoorbeeld veel meer dan voorheen gaan observeren binnen organisaties. Tijdens een bezoekdag zullen ze verschillende afdelingen en huiskamers bezoeken. Daar observeren ze cliënten en medewerkers. Zo krijgen de inspecteurs een beeld van hoe men daar leeft en werkt. Ze kijken bijvoorbeeld hoe medewerkers cliënten aanspreken en hoe het contact tussen cliënten en medewerkers is.

Daarnaast praten inspecteurs met bewoners en hun vertegenwoordigers, medewerkers, behandelaren en de cliëntenraad. Ook bekijken ze cliëntdossiers. Als dat kan, zijn inspecteurs ook aanwezig bij een overleg of een overdracht tussen twee diensten. Het nieuwe toetsingskader bestaat uit drie thema's:

1. Persoonsgerichte zorg
2. Deskundigheid en inzet personeel
3. Sturen op kwaliteit en veiligheid.

Implicaties zorgkantoren

Met de presentatie van de nieuwe plannen van minister de Jonge op 10 april 2018 voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg is meer zicht gekomen op de verwachtingen richting het zorgkantoor. In Bijlage 1 bij de plannen is, in ieder geval op basis van het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg, opgeschreven wat de hoofdlijnen zijn van de voorwaarden voor inkoop op basis van het kwaliteitsbudget 2019. Deze tekst is in afstemming met de zorgkantoren geformuleerd. VWS positioneert de zorgkantoren daarbij als belangrijke partij die op basis van de contract relatie samen met zorgaanbieders gaat zorgen voor realisatie van de kwaliteitskaders, met focus op de verpleeghuiszorg.

Bijlage 1 omschrijft de verwachtingen naar de zorgkantoren als volgt:

In het zorginkoopbeleid 2019 zal worden geschetst welke voorwaarden zijn verbonden aan de inzet van het kwaliteitsbudget. De hoofdlijn daarvan is als volgt.

- Zorgkantoren gaan met zorgorganisaties in dialoog over het (meerjaren-) kwaliteitsplan met verbeterparagraaf en (meerjaren-) begroting die zij SMART hebben opgesteld. In de meerjarenbegroting staat hoeveel extra fte de zorgorganisaties verwachten in te zetten om de personeelsbezetting te verhogen, de daarmee gepaard gaande extra loonkosten en de andere investeringen ten behoeve van kwaliteit van zorg. Er wordt een eenvoudig uniform model ontwikkeld voor de geconsolideerde meerjarenbegroting op instellingsniveau. Op basis daarvan zal zowel op instellingsniveau als op regionaal en landelijk niveau worden gemonitord of de implementatie van het kwaliteitskader volgens schema verloopt.

- Zorgorganisaties krijgen zekerheid omtrent de meerjarige financiering van structurele kosten die in de begroting bij het kwaliteitsplan staan. Zonder deze zekerheid kunnen zij geen zorgverleners in vaste dienst aannemen. Indien mogelijk worden dan ook meerjarencontracten gesloten.
- Als vooraf uit het kwaliteitsplan blijkt dat het verpleeghuis de extra middelen niet volledig voor de beoogde personeelsuitbreiding en kwaliteitsverbetering kan inzetten, dan wordt vooraf afgesproken om – naar verhouding – ook minder extra middelen beschikbaar te stellen. Daarmee is vooraf duidelijkheid over de middelen die passen bij de stap die de zorgorganisatie kan zetten.
- Bij de inzet van de extra middelen horen resultaatsafspraken: in het inkoopkader 2019 zal staan hoe wordt vastgesteld of de afspraken zijn gerealiseerd. Als blijkt dat de afgesproken stappen richting de personeelsnormen en implementatie van het kwaliteitskader niet zijn gezet, zullen zorgkantoren op grond van de overeenkomst de middelen terugvorderen/verrekenen. Hierdoor wordt voorkomen dat deze anders dan vastgelegd in het contract worden besteed.
- Met ingang van de zorginkoop 2019 is op landelijk niveau minimaal 85% van de extra middelen geormerkt voor extra personeel. De middelen zijn immers bedoeld om de zorgorganisaties in staat te stellen te voldoen aan de personeelsnormen in het kwaliteitskader. Landelijk gezien mogen zorgorganisaties maximaal 15 procent van de extra middelen inzetten voor andere investeringen dan extra personeel. Dit geeft ruimte en zekerheid aan zorgorganisaties en sturingsmogelijkheden aan de zorgkantoren voor een goede besteding van de middelen. Daarnaast geeft het de NZa houvast bij het toezicht op de zorgkantoren.
- Deze percentages zijn een richtsnoer, waarvan lokaal adequaat gemotiveerd kan worden afgeweken. Daardoor is er ruimte om op lokaal niveau tot een afwijkende afspraak te komen, rekening houdend met de plaatselijke situatie.
- De extra middelen voor het kwaliteitsbudget worden met ingang van 2019 opgenomen in een geormerkte ruimte binnen het Wlz-kader.
- Het bedrag zal door de NZa worden verdeeld over de zorgkantoren. Zorgkantoren mogen gezamenlijk het landelijk beschikbare kwaliteitsbudget niet overschrijden, maar mogen wel onderling middelen overhevelen. Dat geeft ruimte om (bijvoorbeeld rekening houdend met de situatie op de arbeidsmarkt) in verschillende regio's in een verschillend tempo te groeien.
- Zorgkantoren bewaken dat er voor alle zorgorganisaties voldoende middelen zijn om conform het gemiddelde pad te groeien. Als er aanbieders zijn die minder hard kunnen groeien, ontstaat er ruimte voor andere organisaties om sneller te groeien. Aanbieders die sneller groeien moeten uiteraard blijven passen in het eindperspectief van een redelijkerwijs kostendekkend integraal tarief.

Zorgkantoren en de NZa

De positionering van de zorgkantoren als belangrijke partij bij de beoordeling en verdeling van het kwaliteitsbudget 2019 heeft ook impact op de rolverdeling tussen de zorgkantoren en de NZa. De NZa is verantwoordelijk voor het toezicht op de uitvoering van de Wlz en daarmee op de verdeling van het kwaliteitsbudget.

De zorgkantoren zijn daarbij in de regierol gezet. Zij sturen via het inkoopbeleid. Daarbij dient het zorgkantoor afspraken te maken over de bevoorschotting, de verantwoording over

het toegekende budget, eventuele terugvordering en over het tweezijdig indienen van een aanvraag bij de NZa.

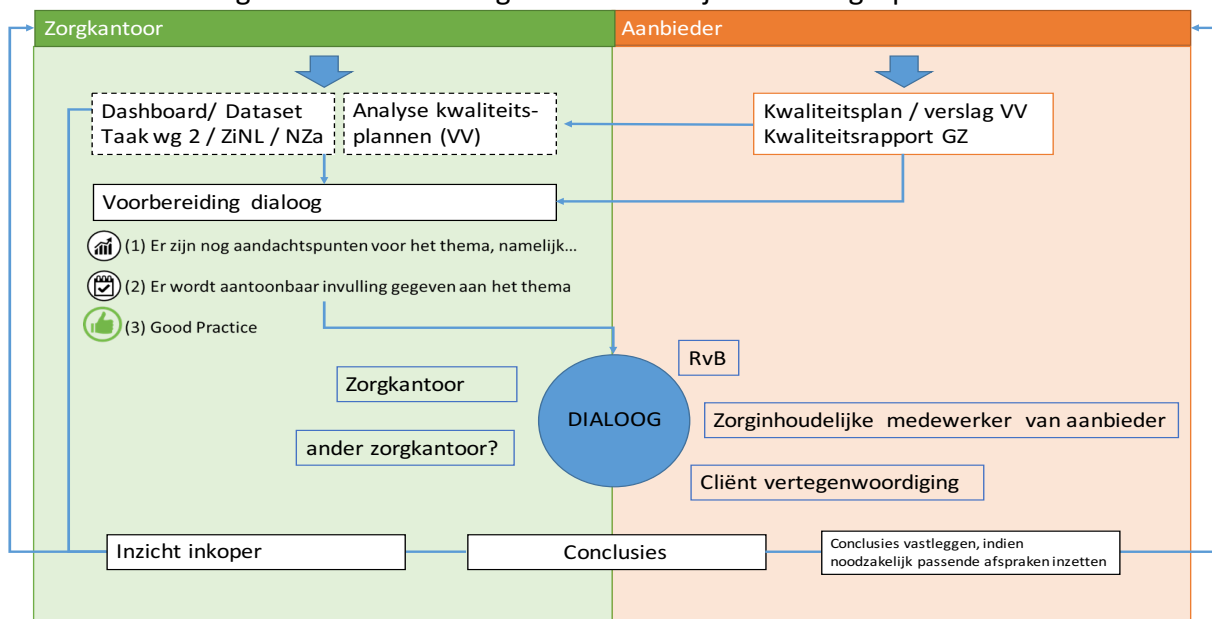
De bovengenoemde positionering van de zorgkantoren vraagt een (pro)actieve houding van de zorgkantoren om de verkregen rol ook goed in te kunnen vullen. De NZa zal hierop toezicht houden. De NZa verwacht dat zorgkantoren⁹:

- een visie ontwikkelen over de maatregelen voor de implementatie van het kwaliteitskader in de regio's;
- voor de implementatie tot concrete afspraken komen met de zorgaanbieders;
- de bewaking en opvolging van die afspraken adequaat borgen binnen de eigen organisatie;
- daarmee aantoonbaar maken dat de extra middelen adequaat zijn ingezet en tot de beoogde resultaten leiden;
- borgen dat regionale knelpunten tijdig kunnen signaleren en hierop adequate actie ondernemen door zorgaanbieders tot naleving van gemaakte afspraken aan te spreken;
- een stimulerende rol vervullen t.a.v. de lerende netwerken waarbij zorgaanbieders aangesloten dienen te zijn.

Een nieuw dialoogmodel

De zorgkantoren zijn in ZN-verband gestart met het programma Inkopen op Kwaliteit. Een van de resultaten van dat programma is een nadere uitwerking van de dialoog die plaats vindt, of moet gaan vinden, tussen zorginkopers en zorgaanbieders.

Uit onderstaand overzicht kan worden opgemaakt dat de dialoog diverse deelnemers namens de zorgaanbieders kan hebben, dat er veel informatieverwerking en voorbereiding vooraf gaat aan de dialoog, en dat de dialoog onderdeel is van een continue cyclus van kwaliteitsverbetering. Daarbij dient te worden opgemerkt dat aandacht voor de doelmatigheid van de zorg – gedefinieerd als de verhouding tussen kwaliteit en betaalbaarheid – geenszins aan belang zal inboeten tijdens deze gesprekken.



⁹ Bron: presentatie NZa "het kwaliteitskader en het geld" congres thuis in het verpleeghuis Den Haag, 2 juli 2018

4. De toekomst van zorgkantoren, relevante ontwikkelingen en trends

Samenvatting

- Uit de trendanalyse en de inventarisatie blijkt dat naar verwachting maatschappelijke en demografische trends met name relevant en impactvol zullen zijn voor zorgkantoren.
- Het gaat om trends waar zorgkantoren zelf vaak (enige mate van) invloed op hebben.
- Belangrijkste bevindingen zijn dat:
 - Klantwensen bepalend zijn voor het succes van de zorginkoop.
 - De cyclus van zorginkoop zich door ontwikkelt naar een continu proces van verbetering gebaseerd op duurzame relaties
 - Daarbij is veranderende kennis en vaardigheden nodig, die niet allen in één persoon gevat kunnen worden maar in teams vertegenwoordigd moeten zijn
 - Bij de omgang met verschillen tussen aanbieders en regio's, en het bieden van maatwerk, is consistent, eenduidig en herkenbaar beleid gevraagd.

Om een goed beeld te krijgen van de meest relevante ontwikkelingen die de komende jaren impact zullen hebben op de zorginkoop, zijn vele bronnen geraadpleegd. Uit de interviews en werksessies kwam naar voren welke ontwikkelingen direct betrokkenen als het meest relevant ervaren en van welke trends en ontwikkelingen zij het meeste impact verwachten op het werk van zorginkopers. Daarnaast is met zorginkopers ook een trendanalyse gedaan. De bevindingen uit deze gesprekken en de trendanalyse zijn hier beschreven.

Trendanalyse, de aanpak

De trendanalyse bestond uit twee componenten, een online component en een offline component. Offline is er met het Denkteam een *deep dive* gehouden in 100 trends en ontwikkelingen in de zorg. Uit de veelheid aan demografische, technologische, maatschappelijke en politieke trends zijn door de leden van het Denkteam de meest relevante en impactvolle op het werk van de zorginkoper geselecteerd. Daarbij zijn in drie rondes steeds harde keuzes gemaakt om tot een prioritering te komen. Het criterium bij deze keuze was relevantie en impact op het werk.

Daarnaast is online het trendspel TRNDR¹⁰ gespeeld door een aantal mensen werkzaam bij zorgkantoren. De deelnemers aan dit spel is gevraagd uit een grote hoeveelheid trends, de trends te *swipen* op relevant of niet-relevant. Vervolgens is gevraagd of de geselecteerde trends een kans of bedreiging vormen. Tenslotte is gevraagd of de impact op korte of lange termijn te verwachten is.

Trendanalyse, de uitkomsten

Het Denkteam koos de volgende trends als relevant en impactvol voor de zorginkoop:

¹⁰ Speel de *serious trendgame* TRNDR via <https://app.trndr.co> en kies de *tribe* #Zorgvuldig.

Vergrijzing: Het aandeel ouderen in de bevolking neemt toe en de gemiddelde leeftijd stijgt mee. Een groot deel van de ouderen blijft langer participeren, wil langer zelfstandig wonen en is relatief vrij welvarend. Er is echter ook een grote groep kwetsbare en of eenzame ouderen. Ook in de gehandicaptenzorg zien we vergrijzing toenemen en daarmee het ontstaan van dubbelproblematiek.

Vergrijzing zorgpersoneel: Ook in de zorg neemt de gemiddelde leeftijd en het aandeel oudere medewerkers toe. Dat heeft implicaties voor het personeelsbeleid, de vernieuwing en de cultuur in zorginstellingen.

Taakherschikking: De gezondheidszorg is in beweging en dit is terug te zien in de verschuiving van handelingen. Zo worden taken en verantwoordelijkheden overgeheveld van bijvoorbeeld arts naar verpleegkundige, van tandarts naar mondhygiënist en van ziekenhuis naar huisarts of verpleegkundig specialist. Deze beweging zien we ook terug in de Wlz, taakherschikking naar lagere of andere functiegroepen en inzet van vrijwilligers en mantelzorgers.

Samenwerken in de wijk: Zorgaanbieders werken nauw samen met elkaar en met de gemeente. De samenwerking richt zich met name op de zorg voor kwetsbare groepen en vindt plaats in netwerken op wijk- of buurtniveau. Professionals moeten zich bewust zijn van hun positie binnen het netwerk.

Big data: De explosieve groei van data en informatie in de gezondheidszorg kan gebruikt worden voor het verbeteren of actualiseren van medische protocollen en ondersteunende processen. Daarnaast kan data gebruikt worden op aanbod beter te laten aansluiten op de behoeften en wensen van patiënten. Ook medisch onderzoek, preventiebeleid en publieke gezondheidszorg worden gestimuleerd door de analyse mogelijkheden van grote databestanden. In de langdurige zorg kan big data worden ingezet om voorspellingen te kunnen doen over het benodigde zorgaanbod in een regio.

Solidariteit onder druk: Als een groter deel van de collectieve zorglasten worden gedragen door een kleiner wordende groep als gevolg van vergrijzing en ontgroening, welke bovendien minder gebruik maakt van zorg, kan de solidariteit onder druk komen te staan. Een groter beroep op eigen betalingen of verschraving van het publiek gefinancierde aanbod kan de uitkomst van zijn van het debat daarover.

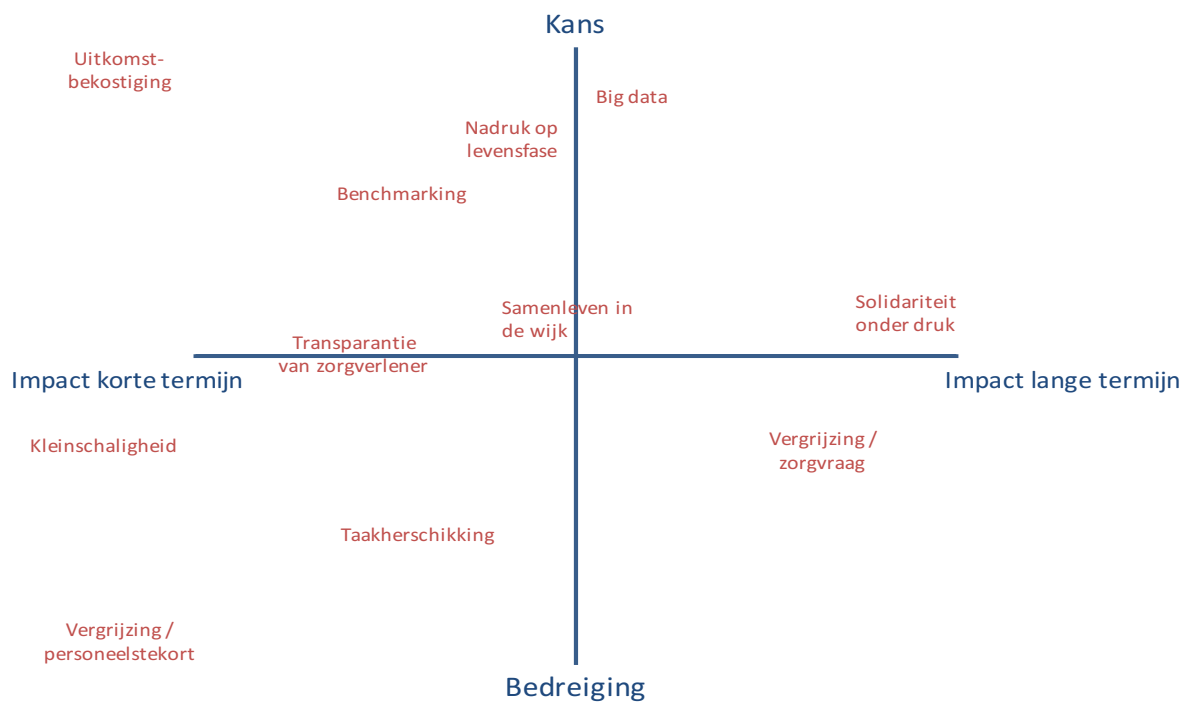
Uitkomstbekostiging: Er zijn steeds meer experimenten waarbij gezondheidsresultaten beloofd worden in plaats van zorgprestaties. Het doel is niet het volume van zorginterventies te maximaliseren maar de gezondheid van (een groep) patiënt(en). Andere experimenten geven de verzekerde meer regie en inspraak op de besteding beschikbare middelen, dit heet persoonsvolgende bekostiging. Trend in de Wlz zijn experimenten met persoonsvolgende bekostiging. De klant krijgt meer regie/inspraak op de besteding van beschikbare middelen en kan afspraken over de dienstverlening maken.

Transparantie van zorgverlener: Informatie over de zorg wordt steeds transparanter. Dat moet de kwaliteit, veiligheid en patiëntvriendelijkheid ten goede komen. De inzet van internet, het contact tussen patiënten onderling en de machtsverschuiving naar het individu

dragen bij aan deze ontwikkeling. Cliënten hebben behoefte aan meer informatie om een keuze te kunnen maken voor de bij hen best passende oplossing. Ook zorgverzekeraars spelen hierin een belangrijke rol.

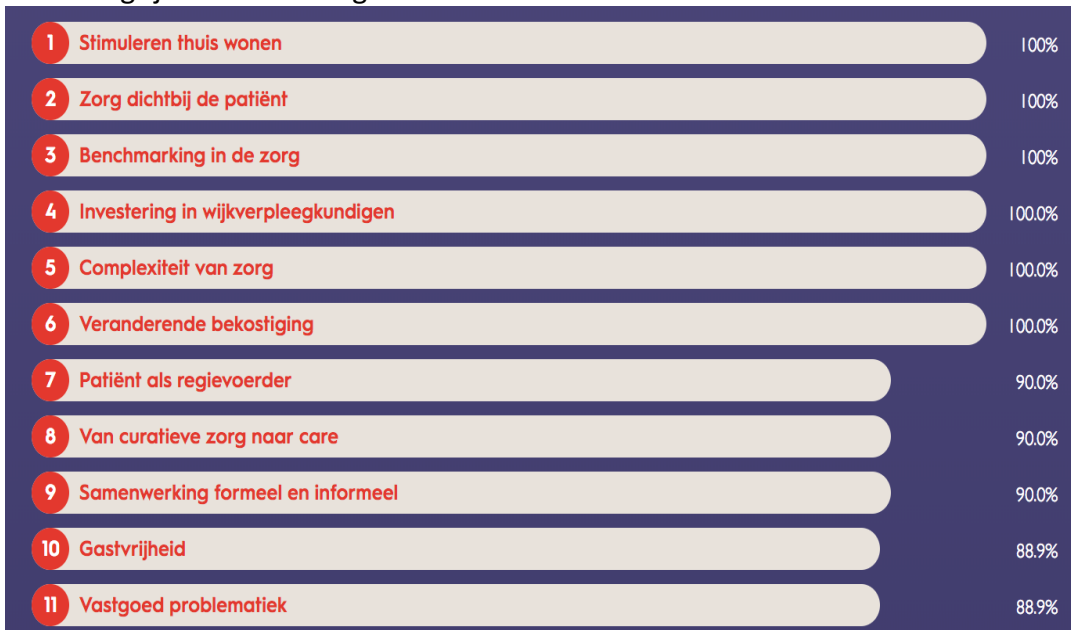
Kleinschaligheid is een groeiende trend in de (langdurige) zorg omdat zorg meer wordt georganiseerd in de buurt en thuis. Het accent verschuift van op zichzelf staande voorzieningen naar kleinschalige woon/zorg centra of kleinschaligheid organiseren binnen grotere voorzieningen.

Deze trends zijn geplot op de assen kans of bedreiging en of zij impact zullen hebben op de korte termijn (1-2 jaar) of de lange (3-5 jaar) termijn. Hierbij zij nogmaals opgemerkt dat het gaat om een subjectieve uitkomst uit het groepsgesprek met het Denkteam. Er is uiteraard ambivalentie en nuancering mogelijk, veel kansen kunnen ook als bedreigingen worden gezien en vice versa. Onderstaande uitkomst van dat gesprek geven inzicht in de beleving van betrokkenen op dit moment.

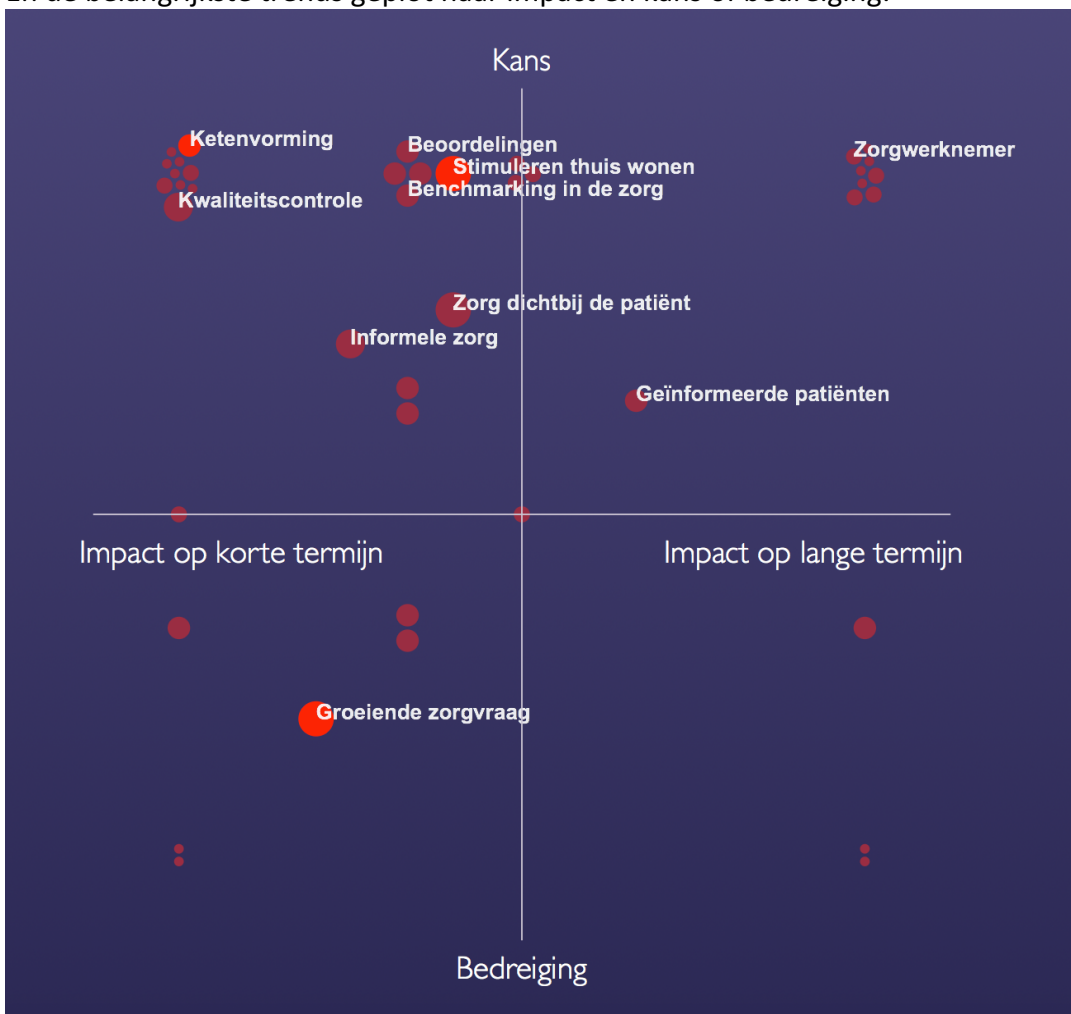


Uitkomsten online trendspel TRNDR.

De belangrijkste trends volgens de deelnemers:



En de belangrijkste trends geplote naar impact en kans of bedreiging:



Er vallen een aantal zaken op;

- De trends zijn vooral maatschappelijk, demografisch of zorgstelsel gerelateerd. Er is slechts één technologische gefundeerde trend (impact van Big Data op de voorspelbaarheid van behoeften) gekozen.
- De meest opvallende ontbrekende trend is die van een toenemend personeelstekort en de gevolgen daarvan voor de vraag naar arbeidsbesparende maatregelen en technologie. We moeten rekening houden met de mogelijkheid dat technologie soms een blinde vlek kan zijn bij direct betrokkenen (je kunt niet verwachten wat je niet kent), maar constateren tevens dat veranderende maatschappelijke wensen en opvattingen en demografische trends relevanter worden bevonden voor de langdurige zorg. In het gesprek en de input van stakeholders later is wel de behoefte genoemd aan arbeidsbesparende technologie, die zeer van belang wordt geacht in het licht van dubbele vergrijzing, duurzaamheid en houdbaarheid van het systeem.
- Zorginkopers kiezen trends waarvan ze verwachten dat deze impact hebben op zorgaanbieders, als trends die relevant zijn voor hún werk.
- Van trends als transparantie, benchmarken, kwaliteitscontrole, geïnformeerde patiënten en uitkomstbekostiging, maar ook van samenwerken in de wijk en ketenvorming worden kansen voor betere zorg verwacht. Dit zijn bij uitstek trends waar zorginkopers invloed op hebben.

Observaties uit interviews, Denkteam, literatuur, keten- & trendanalyse

De volgende observaties komen voort uit de interviews, de trendanalyse, de ketenanalyse, de werksessies met het Denkteam en de geraadpleegde literatuur:

Klantwensen als basis voor succes

Het doel van alle investeringen in aandacht, tijd en geld in (met name) de V&V-sector en de GZ-sector, is dat de mensen die deze zorg ontvangen en hun naasten, een verbetering in hun kwaliteit van leven (gaan) ervaren. Deze brede interpretatie van klanttevredenheid is de relevante maatstaf voor succes. Enkele uitgangspunten hierbij zijn de keuze van de cliënt voor een zorgaanbieder van zijn voorkeur, leveringsvorm en persoonsvolgende bekostiging. Zowel voor de aanbieder van zorg, als voor de inkoper van deze zorg geldt dus dat aan de kwaliteit van leven en klanttevredenheid van de cliënten en verzekerden te meten is hoe goed zij hun werk doen. Dat wil zeggen dat investeringen in de kwaliteit van zorg merkbaar ervaren moeten worden door cliënten in de verpleging & verzorging en de gehandicaptenzorg, de naasten en mantelzorgers van deze cliënten, én mensen die mogelijk op termijn in zorg komen, het verschil moeten ervaren of zien. Binnen de gehandicaptenzorg poogt men hierop toe te zien door middel van cliënt-ervaringsinstrumenten.

Deze brede interpretatie van klanttevredenheid, leidt tot een verbreding van het perspectief van de zorginkoop: de focus ligt op persoonsgerichte zorg, zorg die aansluit bij de wijze waarop mensen hun leven willen leiden. Daarin is niet alléén de doelmatigheid van de zorg, of de opvatting van zorgprofessionals relevant, maar ook of een cliënt een 'betekenisvolle dag' gehad heeft in een zorginstelling. Dit impliceert dat klantwensen een voorname rol moeten spelen in succesvol zorginkoopbeleid en dat verschillende partijen een rol spelen bij de kwaliteitsbepaling: professionals, vrijwilligers, cliënten en verwanten. Daarbij dient vermeldt te worden dat diverse betrokkenen aangeven dat de doelmatigheid van zorg, waarbij naast de kwaliteit voor de klant ook betaalbaarheid een rol speelt, geenszins aan

belang zal inboeten. Men houdt rekening met tijden waarin het budget wellicht weer minder ruim zal zijn en de maatschappelijke eis aan zorgkantoren dat zij zorgdragen voor een zinnige en zuinige besteding van zorggeld weer dominantier wordt. Het blijft echter belangrijk dat er voldoende middelen beschikbaar blijven om cliënten die toegang hebben tot Wlz van goede zorg te voorzien.

Diverse betrokkenen spreken daarnaast de verwachting uit dat zorgkantoren een voortrekkersrol nemen in het verbinden van regionale stakeholders. Om zo tot oplossingen te komen voor knelpunten in de regio, de toegankelijkheid ook op lange termijn te borgen en om passende oplossingen voor klanten te realiseren. Denk hierbij aan het verbinden van zorgaanbieders met de gemeente of zorgaanbieders onderling. Het zorgkantoor mag zich daarin ook meer profileren. In dit kader is het project 'Zichtbaar zorgkantoor' van belang. Zorgkantoren werken er aan maatschappelijk zichtbaar en erkend te zijn in hun taak. Belangrijk is dat daarin ook de link wordt gelegd naar de zorginkoop. Het doel is de keten van zorg voor cliënten zo rimpelloos mogelijk te maken en het lerend vermogen van alle betrokken partijen te faciliteren. Ook dit punt betekent een verbreding van het perspectief van de zorginkoop ten opzichte van het verleden.

De zorginkoopcyclus verandert

Het beeld van een klassieke inkoopcyclus waarbij de inkopende partij op basis van harde criteria een eenduidige kosten/baten analyse maakt en aanbieders selecteert staat ver af van de huidige praktijk van zorginkoop langdurige zorg en nog verder van de praktijk in de nabije toekomst. De realiteit is dat inkopers en aanbieders in hoge mate van elkaar afhankelijk zijn, vaak weinig keuze hebben óf inkopers voor een brede toelating kiezen om de klant zoveel mogelijk keuze te bieden. De 'inkoop relatie' heeft daarmee vooral tot doel een relatie te creëren of te onderhouden waarin beide partijen zo goed mogelijk in staat worden gesteld te voldoen aan de uitgangspunten van de Wlz: passende zorg met aandacht voor het individuele welzijn voor mensen met een zorgbehoefte. Het door de wetgever gestelde doel is een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel, het beheersen van de kosten in de zorg en de bescherming en bevordering van de positie van de consument.

Al enige jaren geleden is daartoe de beweging ingezet van een klassieke contracteercyclus (met name gericht op doelmatigheid, culminerend in een contract in november) naar een cyclus waar het onderhouden van een goede wederzijdse relatie, gericht op het bieden van passende, toegankelijke, kwalitatief goede zorg, doelmatig geleverd.

Het door ontwikkelen van deze beweging zal betekenen dat er steeds meer gestuurd zal worden op het lerend vermogen van organisaties waarin (zelf)reflectie centraal staat. Dat is ook te zien aan de toenemende frequentie van de zorginkoop-gesprekken en de reikwijdte van deze gesprekken. Er staan meer onderwerpen op de agenda, er worden meer locaties bezocht en er wordt vaker gesproken met diverse mensen betrokken bij zorgaanbieders. Naast de bestuurders en beleidsmedewerkers ook met verpleegkundigen, kwaliteitsmedewerkers, mantelzorgers en cliënten. Deze gesprekken worden voorbereid met marktanalyses en kwaliteitsdata. Daarbij is het nog niet altijd het geval dat de data ook informatie of kennis biedt. Een verdere ontwikkeling naar relevante, vergelijkbare informatie is daarvoor een voorwaarde.

De zorginkoop kenmerkt zich steeds meer als een relatie van wederzijdse afhankelijkheid waar het belang van de inkoopende partij vooral is dat de aanbieder optimaal presteert. In de economische theorie een *principal – agent* relatie genoemd. Deze relatie is gericht op het faciliteren van - en het aanzetten tot prestaties en continue verbetering.

Veranderende kennis en vaardigheden nodig

Zorginkopers geven aan dat kennis en ervaringen van de inkoop in andere zorgdomeinen voor hen waardevol is. De goede voorbeelden of knelpunten die zich in aanpalende sectoren (zoals eerstelijnsverblijf, wijkverpleegkunde of huisartsenzorg) aandienen, zijn leerzaam voor de V&V en de GZ. Er kan daarnaast samenhang worden bewerkstelligd waarmee het beoogde effect van zorginkoopbeleid kan worden vergroot. Ook contacten met een breed palet aan expertise, zoals kennis over de behoeften van cliënten, zorginhoudelijke vakkennis, de organisatie en besturing van zorgaanbieders, het managen van vastgoed en ICT, personeelsmanagement, regionale kenmerken en kennis van nieuwe technologieën in de zorg worden waardevol genoemd. Het stelt de zorginkopers in staat een beter gesprek te voeren en kritischer vragen te kunnen stellen.

Op dit moment hebben zorginkopers in veel gevallen al toegang tot diverse expertise en kennis. Die kennis bezitten zorginkopers grotendeels zelf, of er zijn deskundigen met zorginhoudelijke kennis of data analisten in dienst bij zorgkantoren wiens kennis aan de zorginkoop ter beschikking staat. De verhouding tussen inkopers en deskundigen varieert tussen zorgkantoren en de toegang tot kennis, zeker de wat minder voor de hand liggende kennis, zoals expertise over de effectieve inzet van nieuwe technologie, is lang niet altijd structureel geborgd.

Ook op het gebied van enkele competenties is verdere borging en investering gewenst. Denk daarbij onder meer aan gespreksvaardigheden, verbindingskracht en beïnvloeden zonder macht. Gezien het belang van maatschappelijke ontwikkelingen en opvattingen voor de (perceptie van) het succes van de zorginkoop, is een antenne voor maatschappelijke opvattingen en trends nodig bij zorginkoop.

Toekomstbestendige zorginkoop wordt gevoed door diverse kennisgebieden zoals regio-analyses, vergelijkbare kwaliteitsinformatie, organisatiekennis, financiële kennis, juridische kennis, vakkennis, medische kennis, kennis van vastgoed en ICT. En een brede waaier aan competenties.

Momenteel dragen slechts een kleine hoeveelheid zorginkopers verantwoordelijkheid voor een grote hoeveelheid aanbieders en de inzet van een forse contracteerruimte. Dat verschilt wat per regio en per zorgkantoor, maar over het algemeen is de spoeling dun in het licht van de veranderende opgave. Dat blijkt ook uit de breed gedeelde constatering dat de werkdruk bij zorginkopers hoog is en verder stijgt. Aan de ene kant is deze situatie erg efficiënt als het gaat om de besteding van premiegeld, maar de kwetsbaarheden van deze situatie brengen risico's met zich mee. Gezien de toenemende maatschappelijke verwachtingen van de zorginkoop in de langdurige zorg en de rol die zorgkantoren vervullen bij de realisatie van de kwaliteitskaders, is een uitbreiding van de menskracht en capaciteit gewenst.

Omgaan met verschillen/Maatwerk

Vrijwel iedereen met wie in het kader van dit project gesproken is, geeft aan dat er een groot verschil is in de dynamiek van de zorginkoop tussen de Verpleging & Verzorging (V&V) enerzijds, en de Gehandicaptenzorg (GZ) anderzijds. Het tempo van de veranderingen is momenteel hoger in de V&V-sector, terwijl in de GZ de ervaring met een dialoog over kwaliteit groter is. Het verschil kent z'n oorsprong deels in de ontwikkelingsfase van de sector en deels in de aard en de duur van de zorgrelatie (in de GZ vaak decennialang of zelfs levenslang, in de V&V een steeds kortere fase aan het eind van het leven met complexere problematiek). Bovendien ervaart de GZ haar doelgroep als diverser en verschillen vraagstukken soms van karakter, bijvoorbeeld als het gaat om zinvolle dagbesteding en contacten in het netwerk. Bij het formuleren van de kwaliteitskaders was het verschil in samenwerking tussen de beide sectoren ook zichtbaar. Toch geven de meeste betrokkenen aan dat dezelfde (investering in) kennis en vaardigheden worden gevraagd. Met oog voor de verschillen in eigenheid en tempo van de sector, is de ontwikkeling zoals hierboven beschreven wel dezelfde.

Er zijn ook significante verschillen in de kwaliteit, aanpak en cultuur tussen zorgkantoorregio's en tussen zorgaanbieders. Dat vraagt steeds om een aanpak die op maat gesneden is en veel kennis vergt van de specifieke situatie. Denk daarbij aan kennis van de (organisatie van) zorgaanbieders, zoals zorginhoudelijke kennis, kennis van financiën, governance, vastgoed en de inzet van personeel en technologie. Om de situatie in een regio goed te kennen, of de uitdagingen waar een zorgaanbieder voor staat, is de kennis en ervaring van zorginkopers in aanpalende domeinen (zoals eerstelijnsverblijf, wijkverpleegkunde en huisartsenzorg) in dezelfde regio van grote waarde. Bijvoorbeeld om de knelpunten voor klanten en aanbieders in de regio vroegtijdig te herkennen en adequaat op te lossen, moet je over de domeinen heen kijken. Om oplossingen te realiseren is afstemming met deze domeinen soms noodzakelijk, zowel richting de Zvw als de WMO/Jeugdwet.

Tegelijkertijd is het signaal dat consistentie in het inkoopbeleid tussen regio's belangrijk is, niet te negeren. Zorgaanbieders, cliëntenorganisaties, het ministerie van VWS, de institutionele partners en een groot deel van de zorginkopers zelf, vinden dat eenduidigheid van beleid (tussen zorgkantoren en binnen zorgkantoren) cruciaal is voor het draagvlak van het huidige Wlz inkoopmodel. Er is op dit punt nog winst te behalen als het gaat om kennisdeling en afstemming tussen zorgkantoren. Denk daarbij aan het gezamenlijk ontwikkelen van inkoopbeleid, het opleiden en faciliteren van zorginkopers en instrumenten en vergelijkingen die in het inkoopbeleid gebruikt worden.

Een aanbieder die in verschillende regio's actief is, zou zo min mogelijk geconfronteerd moeten worden met verschillen in inkoopbeleid, als deze níet verklaard kunnen worden door regionale kenmerken. De uitkomsten voor Wlz verzekerden moeten immers ook gelijk zijn zo geven de institutionele partners, organisaties van patiënten en aanbieders en een groot deel van de zorginkopers aan. Niettemin wordt breed erkend dat deze behoefte aan eenduidigheid en voorspelbaarheid geen keurslijf moet zijn waarin niet regionaal geëxperimenteerd en gewerkt kan worden. Een regionale of zelfs lokale afspraak is wenselijk zo lang deze past in het landelijke beleid. Verschillen in de filosofie van (de moederconcerns

van) de concessiehouders, mogen zichtbaar zijn mits de uitgangspunten van de Wlz leidend en herkenbaar zijn.

In de afstemming met institutionele partijen is ook eenduidigheid gewenst. Het oordeel van een zorgkantoor over een specifieke aanbieder zou bijvoorbeeld niet fundamenteel mogen afwijken van het oordeel van de Inspectie. De effectiviteit van het optreden van zowel de zorginkoop als dat van de toezichthouders wordt vergroot als er in afstemming en harmonie wordt geïntervenieerd.

Zorgkantoren wisselen steeds meer informatie uit, delen goede voorbeelden en NZa verantwoordingsdocumenten om van elkaar te leren. Onder meer via de werkgroep mandaat-/volmacht op basis van het gezamenlijk ontwikkelde referentiekader Wlz-uitvoerders. Op het niveau van de zorginkopers is er daarnaast inmiddels ervaring opgedaan met samenwerking en kennisdeling in ZN-verband en bilateraal tussen inkopers in aanpalende regio's. Dat smaakt naar meer. Er wordt constructief samengewerkt vanuit een praktische insteek en de resultaten zijn zichtbaar. Op het niveau van het management van de concessiehouders kenmerkt de samenwerking zich momenteel meer door politieke belangen en concernstrategie. Het zou de samenwerking en kennisdeling tussen zorginkopers niet in de weg moeten staan. Daarvoor noemen enkele betrokkenen het ook wenselijk dat ZN een steviger voortrekkersrol inneemt, waarbij zij wel let op het meenemen van de zorgkantoren en gebruik maakt van de expertise die daar is opgebouwd.

Tussenconclusies: De beweging die nodig is

In onderstaande tabel worden de genoemde bevindingen samengevat in enkele breed geformuleerde aanleidingen en wordt per aanleiding een beweging voorgesteld die nodig is.

Aanleiding	Beweging
<i>Kwaliteit voor de klant bepaalt succes</i>	<i>Zorginkoop moet gestoeld zijn op wensen van de klant</i>
Zorginkoop wordt veelomvattender	Van zorginkoop naar relatiebeheer >> prestatie management gericht op kwaliteit voor de klant
Zorginkoop wordt complexer	Naar multidisciplinaire teams
Zorginkoop wordt intensiever	Naar een consistente en compleet gefaciliteerde organisatie
Institutionele harmonie wordt belangrijker	Naar intensief netwerkbeheer/stakeholdermanagement

Deze beweging vormt de opmaat naar het Profiel 2021. Ze bieden een horizon waaraan voldaan moet worden in de komende jaren.

5. Horizon 2021

Samenvatting:

- De voornaamste bevindingen zijn dat:
 - Klantwensen bepalend zijn voor het succes van de zorginkoop
 - De cyclus van zorginkoop zich doorontwikkeld naar een continu proces van verbetering gebaseerd op duurzame relaties
 - Daarbij is veranderende kennis en vaardigheden nodig, die niet allen in één persoon gevat kunnen worden maar in teams vertegenwoordigd moeten zijn
 - Bij de omgang met verschillen tussen aanbieders en regio's, en het bieden van maatwerk, is consistent, eenduidig en herkenbaar beleid gevraagd.
- Voor het Profiel 2021 zijn vijf aandachtsgebieden geïdentificeerd:
 - Fundament: inkopen op kwaliteit voor de klant
 - Zorginkoop = verbetermanagement
 - Werken in multidisciplinaire teams
 - Zorginkoop vindt plaats in een robuuste organisatie
 - Zorgkantoren vervullen een belangrijke verbindingsrol in de omgeving

Horizon 2021, vijf aandachtsgebieden

Op basis van de beschreven inzichten zijn vijf aandachtsgebieden geformuleerd waaraan de zorgkantoren zouden moeten voldoen in 2021. Deze aandachtsgebieden zijn bedoeld als stip aan de horizon, het pad ernaartoe kan verschillend worden bewandeld. Het gaat om een beschrijving van de verwachtingen van de zorginkoop waarin zorgkantoren in 2021 zouden moeten beantwoorden. Aspiraties in vijf aandachtsgebieden.



Het fundament: Klantwensen als basis

Het zorgkantoor weet in 2021 wat haar verzekerden en haar klanten die in zorg zijn, of gaan komen, willen. Die informatie is overigens niet louter in objectieve vragenlijsten te vatten, maar juist subjectief en in narratieve vorm. 'Hoe was uw dag vandaag?' Ook de naasten en mantelzorgers van de klanten zijn een belangrijke bron van informatie.

Het contact dat zorgkantoren met hun klanten hebben, is intensiever en veelomvattender dan voorheen en is het fundament van het zorginkoopbeleid.

Juist deze informatie van klanten wordt betrokken in het zorginkoopbeleid en komt zichtbaar terug in de dialogen en afspraken die met een zorgaanbieder gemaakt worden, naast afspraken gericht op doelmatigheid. Cliëntenraden zijn daarin een bron, maar zeker niet de enige. Ook klantsignalen vanuit de klantorganisatie (klantadvies, klantondersteuning etc.) van zorgkantoren worden hiervoor gebruikt. Omdat klantwensen worden beïnvloed door maatschappelijke en demografische trends, heeft het zorgkantoor een sterke antenne voor deze trends in elke regio nodig.

1. Zorginkoop wordt verbetermanagement

Klantwensen staan aan de basis van het inkoopbeleid dat gericht is op het beter laten presteren van zorgaanbieders. Er wordt nauwelijks selectief gecontracteerd, de wederzijdse afhankelijkheid voor de kwaliteit van zorg wordt erkend. Het zorgkantoor is niet eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die geleverd wordt, maar haar rol in de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor goede kwaliteit van zorg en leven voor de klant is wel gegroeid.

De inkoopcyclus is niet louter gericht op een contract in november maar op continue (prestatie)verbetering. Daarin zijn doelmatigheid, toegankelijkheid en kwaliteit voor de cliënt even belangrijk. Er worden zowel op 'harde' (objectieve) als op 'zachte' (subjectieve) criteria afspraken gemaakt.

In de dialogen tussen aanbieders en inkopers komen diverse onderwerpen aan bod en zijn diverse gesprekspartners betrokken, ook derden, zoals de cliëntenraden. De frequentie, reikwijdte en diepgang van de gesprekken is groter dan in 2018, maar wel afhankelijk van de noodzaak in elke specifieke situatie. Gemiddeld is er per aanbieder zo'n driemaal per jaar een dialooggesprek. Daarbovenop zijn er gemiddeld ook twee locatiebezoeken per aanbieder per jaar, die naar behoefte plaatsvinden maar wel vaker dan nu en tijd en aandacht vergen. Daarnaast zijn er vaker regio bijeenkomsten waar het zorgkantoor met diverse aanbieders in gesprek gaat over specifieke thema's.

Die gesprekken hebben tot doel tot verbetering van de zorg te komen die merkbaar is voor de cliënt. Er is aandacht voor leren & ontwikkelen, voor governance en leiderschap, voor doelmatige zorg, toegankelijkheid ook op langere termijn door aanpak van knelpunten, samenhang in de regio, het implementeren van nieuwe technologie, het personeelsbeleid en samenwerking met andere aanbieders (horizontaal en verticaal) en de gemeente. Zorgkantoren faciliteren daarbij door goede voorbeelden op te halen, kennis te delen en mee te denken over de aanpak van vraagstukken waar een zorgaanbieder mee bezig is. Dat is niet vrijblijvend. Er worden kritische vragen gesteld ten aanzien van aanpak, voortgang en beoogde resultaten en bij aanhoudende stilstand of problemen wordt geëscaleerd. Het leer- en verbeterproces van de zorgorganisatie is het uitgangspunt, en de zorgkantoren betrekken het oordeel van de IGJ bij hun beoordeling.

2. Werken in multidisciplinaire teams

Zorginkopers werken in teams met diverse rollen, expertise en competenties. De diverse rollen zijn geëxpliciteerd, competenties en inzet toegesneden op de situatie. Leden van het inkoopteam kunnen meerdere rollen tegelijk hebben en zorginkopers hoeven niet alle rollen zelf te vervullen. De individuele zorginkoper hoeft ook niet zelf over alle benodigde expertise

en competenties te beschikken. Voor het goed vervullen van de zorginkoopfunctie door zorgkantoren is een breed palet aan kennis en competentie nodig. De toegang tot specialistische kennis is geborgd en door regelmatig contact tussen mensen met de diverse rollen wordt er onderling geleerd van elkaar. Dus is van belang dat zorgkantoren de rollen goed beleggen en de rolverdeling bij iedereen bekend is.

Over het algemeen zijn zorginkopers het herkenbare gezicht van het zorgkantoor naar een aanbieder, maar op gezette tijden vinden ook gesprekken plaats met andere leden van het team, al naar gelang de situatie vraagt. De zorginkoper is in deze invulling de spil en het eerste aanspreekpunt. Afhankelijk van de situatie bij een aanbieder en zijn of haar eigen kennis en competenties kan hij/zij een kwaliteitsdialoog samen met of door een collega (laten) doen. Bij de voorbereiding van de kwaliteitsdialoog zorgt de inkoper dat hij/zij voldoende informatie heeft en wordt de delegatie vanuit het zorgkantoor samengesteld. Toegang tot de kennis en competenties rollen kan zowel in huis, als op afroep (inhuur, of via samenwerking tussen zorgkantoren onderling) worden georganiseerd.

Zorginkopers merken dat het werken in teams het verdelen van taken bevordert. De relatie met aanbieders is minder kwetsbaar en afhankelijk van slechts één persoon. Er is kennisdeling binnen het team en met andere teams en ruimte voor reflectie op het eigen functioneren in het team. Door de verschillende expertises voorafgaand en tijdens de dialooggesprekken te betrekken, worden de gesprekken diepgaander en interessanter. Als het nodig is worden kritische vragen gesteld en komen thema's aan de orde die voorheen niet besproken werden. Als de situatie erom vraagt nemen teamgenoten met andere competenties ook deel aan een dialooggesprek.

De organisatie van de teams is zo vormgegeven dat deze stimulerend en faciliterend is en de cultuur is constructief, gericht op continu verbeteren, eigenaarschap, fouten mogen maken en flexibele inzet.

3. Zorginkoop vindt plaats in een robuuste organisatie

Het zorginkoopbeleid is afgestemd met andere zorgkantoren en institutionele partners. Klanten en zorgaanbieders merken dat er meer consistentie en eenduidigheid is dan voorheen. Het beleid is gestoeld op de uitgangspunten van de Wlz en de kwaliteitskaders en nadrukkelijk gefundeerd in actuele wensen van klanten.

Het management van het zorgkantoor is goed aangesloten op de inzichten en wensen van de zorginkoopteams. Er is *alignment* waarbij de zorginkoop teams, de aanpalende functies en het management aan dezelfde kant van het touw trekken. Het is zichtbaar dat zorgkantoren herkenbaar en eenduidig opereren. Binnen de verzekeraarsconcerns is de Wlz-taak goed ingebed in de concernleiding, de strategie en de interne toewijzing van middelen.

Er is continu en met regelmaat kennisdeling en afstemming met de zorginkoop in aanpalende domeinen (eerstelijnsverblijf, wijkverpleegkunde, huisartsenzorg) maar ook met klantcontactafdelingen. Daarnaast is er kennisdeling en informatie-uitwisseling in ZN-verband. Om dat vorm te geven, krijgen mensen voldoende tijd en ruimte en vervult ZN een agenderende en vergaand faciliterende rol. Tussen zorgkantoren vindt bilateraal en vooral multilateraal kennisdeling en afstemming plaats. De samenwerking in ZN-verband is

gegroeid wat betreft het niveau, de reikwijdte en het onderling vertrouwen. Om dat te bereiken is nadere overeenstemming bereikt over welke taken gezamenlijk worden opgepakt en de wijze van uitvoering en besluitvorming daarvan. Zorgkantoren streven naar eenduidig beleid en aanpak en delen goede voorbeelden met het doel om continu te verbeteren. Er is onderlinge solidariteit tussen grote en kleine zorgkantoren waarbij de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen, maar er ook oog is voor efficiënter werken. Er wordt gebruik gemaakt van moderne communicatietechnologie en met een heldere taakverdeling. De samenwerking is gericht op ondersteuning van de zorginkoop taken, op herkenbaarheid en op innovatie van de zorginkoop.

De capaciteit in menskracht en ondersteunende systemen is groter dan voorheen en kan daarmee voldoen aan de toegenomen verwachtingen van klant en maatschappij. De ondersteunende systemen, processen en structuur zijn goed aangesloten op de behoeften van de inkoopteams, en deze teams werken ook actief mee om de ondersteunende processen adequaat en up-to-date te houden.

Er heerst een open cultuur en een flexibele houding. Er is veel contact met een diverse groep aan maatschappelijke partners. Ingrijpende interventies bij zorgaanbieders vinden plaats in nauwe afstemming met institutionele partners. De organisatie is gericht op het aantrekken, optimaal inzetten en behouden van divers talent.

4. Zorgkantoren vervullen een belangrijke rol als verbinder

Het zorgkantoor pakt de rol van verbinder en aanjager in het regionale zorgveld. Er is afstemming en samenwerking tussen aanbieders, gemeenten, en andere maatschappelijke partijen in de regio, ook op initiatief of met hulp van het zorgkantoor. Er is een lerend netwerk en er zijn overlegstructuren waar het zorgkantoor een belangrijke rol in speelt dat leidt tot verbeteringen voor klanten. Het zorgkantoor is goed op de hoogte van relevante ontwikkelingen in de regio en die kennis wordt ook gevraagd en ongevraagd ingezet. Ook met institutionele partners binnen het zorgstelsel vindt afstemming en kennisdeling plaats gericht op elkaar versterken in de rol en samen tot betere oplossingen komen. Als er problemen zijn wordt er opgetreden in harmonie met IGJ, NZa en/of VWS. Er zijn daar goede afspraken over en er is regelmatig onderling contact.

Nieuw beleid en instrumenten worden veelal in samenwerking ontwikkeld. Goede voorbeelden worden uitgewisseld, denkracht gebundeld en kennis gedeeld. Een zorgkantoor met een specifieke behoefte wordt geholpen. Men is goed op de hoogte van het beleid van zorgkantoren in aanpalende regio's en wordt daarin niet onderling uitgespeeld. Er is onderling vertrouwen op alle niveaus waarin wordt samengewerkt. Het zorgkantoor is proactief in het aanpakken van uitdagingen, actief in het uitwisselen van kennis en het verbinden van partners. Het zorgkantoor neemt verantwoordelijkheid voor maatschappelijke uitdagingen en schuift problemen niet af.

Het zorgkantoor is aldus zichtbaar als verbinder en aanjager van het zorgveld, als partij die toegevoegde waarde heeft bij de realisatie van kwaliteit van zorg en het leven voor mensen met een Wlz indicatie.

6. Zorginkoop in multidisciplinaire teams

Samenvatting:

- Zorginkoop moet optimaal gebruik kunnen maken van specifieke kennis en vaardigheden om voldoende invulling te kunnen geven aan hun inkooprol ten aanzien van kwaliteit.
- Het betrekken van diverse disciplines gebeurt nu vaak ad hoc en op initiatief van de verantwoordelijke inkoper.
- Oplossing hiervoor is gelegen in het werken in multidisciplinaire teams. In deze teams zijn verschillende expertises op een structurele basis verbonden aan het inkoopproces en bijbehorend contractmanagement.
- Inkoop in multidisciplinaire teams brengt voordelen met zich mee ten aanzien van taakverdeling, Grip op kwaliteit, samenwerken, kennisdelen, reflectie, flexibiliteit, bredere beelden en keten samenwerking.
- Inkopen in teams met de benodigde expertise en competenties vraagt meer beschikbare kwaliteit en kwantiteit (menskracht) van de zorgkantoren.

Rollen	Aandachtsgebieden
Coördinator	Coördinatie totaal inkoopproces
Relatiebeheerder	Relatiebeheer aanbieder, cliënten, zorgstelsel
Financial	Zorguitgaven
Jurist	Contractmanagement
Data analist	Prestatie-indicatoren, benchmarking, regio analyses, spiegelinformatie
Medisch adviseur	Vakkennis (verpleegkundige, arts)
Volksgesondheidskenner	Medische, epidemiologische kennis
Regio kenner	Maatschappelijke en regionale ontwikkelingen
Technologisch expert	Technologische kennis
Organisatiekundige	Organisatiekennis en personeelsmanagement
Client vertegenwoordiger	Cliënten welbevinden
Markerteer/communicatiedeskundige	Marketing en communicatie

Meer dan in het verleden moet zorginkoop optimaal gebruik kunnen maken van specifieke kennis en vaardigheden om voldoende invulling te kunnen geven aan hun inkooprol ten aanzien van kwaliteit. Het zorginkoopproces is in de afgelopen jaren complexer geworden en de traditionele P x Q-benadering van voorheen is al lang niet meer toereikend. Ook nu al zijn er verschillende disciplines binnen het zorgkantoor betrokken bij de zorginkoop. In de huidige situatie is dit echter nog niet altijd expliciet en structureel georganiseerd. Het betrekken van diverse disciplines gebeurt vaak ad hoc en op initiatief van de verantwoordelijke inkoper. De mate waarin zorginkoop een proces is dat over verschillende disciplines heen gaat, varieert bij de zorgkantoren. Bij elk zorgkantoor is echter de beweging naar multidisciplinaire inkoop (in inkoopteams) ingezet.

Voordelen multidisciplinaire teams

Er is een noodzaak om het proces van zorginkoop binnen de zorgkantoren meer te organiseren in (vaste of flexibele) teams. Inkopen in multidisciplinaire teams brengt de volgende voordelen met zich mee:

- *Taakverdeling*: door meerdere mensen te betrekken kan er binnen het zorgkantoor een taak/rolverdeling worden gemaakt en is het proces minder kwetsbaar. Door de taakverdeling ontstaat de mogelijkheid om te verdiepen en te specialiseren in de taak. Het proces kan hierdoor efficiënter en effectiever worden ingericht.
- *Grip op kwaliteit*: doordat er van verschillende disciplines expertise in het team vertegenwoordigd is, zijn we een beter toegeruste gesprekspartner en zullen de gesprekken met aanbieders diepgaander zijn. Er kunnen kritische vragen gesteld worden en beter meegedacht. Hiermee ontstaat meer grip op de kwaliteit van deze aanbieders.
- *Samenwerken, kennisdelen, reflectie*: het team werkt samen aan de inkooptaken en deelt beschikbare kennis, in het team wordt van en met elkaar geleerd. Door elkaar te zien acteren kan er meer feedback worden gegeven.
- *Flexibel*: op basis van het onderwerp, de aard van het gesprek en de gesprekspartner kan worden bepaald welk 'type' persoon of welke samenstelling het meest effectief is. De samenstelling van de gespreksdelegatie kan zo vastgesteld worden naar gelang de situatie vraagt. We noemden dit eerder het 'Cocu-model'; het team aanpassen aan de situatie en de 'tegenspeler' aan tafel.
- *Breder beeld*: omdat er meer mensen zijn betrokken in het klantcontact zullen klantsignalen eerder worden herkend en gedeeld in het inkoopbeleid.
- *Keten samenwerking*: vanuit de multidisciplinaire teams ontstaat de mogelijkheid om te voorzien in de samenwerking met externe partners. Zo kan institutionele harmonie bereikt worden, betrokkenheid in regionale keten netwerken vergroot en afstemming met partijen zoals de gemeente geïntensiveerd.

Randvoorwaarden multidisciplinaire teams

In een multidisciplinair team zijn verschillende expertises op een structurele basis verbonden aan het inkoopproces en bijbehorend contractmanagement. Vanuit ieders expertise wordt een perspectief ingebracht waardoor er een breed beeld ontstaat van wat het aanbod is en wat er zou moeten zijn.

Inkopen in teams met de benodigde expertise en competenties vraagt beschikbare kwaliteit en kwantiteit (menskracht) van de zorgkantoren. De inrichting van deze teams zal logischerwijs verschillen per zorgkantoor op basis van grootte en focus van het kantoor. De hieronder beschreven samenstelling is dan ook geen blauwdruk maar een richtingwijzer. Het is aan de zorgkantoren om, op basis van de beschreven rollen, een inrichting te kiezen die past. Hierbij zou kunnen worden gedacht aan het formeel inrichten van een inkoopteam waarin elke persoon een of meerdere rollen toebedeeld krijgt. Meer flexibele vormen van een team zijn echter ook denkbaar. Zoals bijvoorbeeld het extern inhuren van de expertise die niet binnen het zorgkantoor vertegenwoordigd is. Of het uitlenen van personeel met een bepaalde expertise tussen de zorgkantoren. Het is belangrijk om, meer dan nu het geval is, de benodigde rollen te expliciteren om te voorkomen dat er blinde vlekken ontstaan.

Werken in multidisciplinaire teams behoeft ondersteuning van de organisatie. De inrichting van het zorgkantoor moet deze samenwerking faciliteren en de teamleden stimuleren om de bijdrage te leveren, ook als ze naast een rol in het inkoopteam een andere functie vervullen. Van de cultuur van het zorgkantoor vraagt dit om een flexibele, coöperatieve en open houding ten opzichte van elkaar en de wens om constructief aan de gezamenlijke taak te werken: namelijk goede zorg voor de cliënt.

De rolbeschrijvingen die volgen laten zien dat het speelveld van zorginkoop steeds verder verbreed. Per regio zijn verschillen waar te nemen in urgentie voor de diverse rollen. Toch lijkt elke rol in meer of mindere mate essentieel voor elk kantoor en voor elke zorgsector.

Samenstelling multidisciplinaire teams

Om in te kopen op kwaliteit heeft de inkoper een steeds bredere scope. Waar de inkoper eerder 'het schaap met de vijf poten' werd genoemd zijn dit er nu soms al acht. Bij het inkopen van goede zorg moet de inkoper een ingewikkeld inkoopproces coördineren, dit proces is zowel intern als extern complex. Daarbij zijn vaardigheden rondom relatiebeheer nodig om het contact met aanbieders en cliënten te onderhouden. De wijze van gespreksvoering op een zodanige wijze dat er wat bereikt wordt. Hierin is een verbeteringslag mogelijk. De inkopers hebben in deze wereld van kwaliteitskaders maar heel weinig 'harde' sturingsmogelijkheden. Juist daarom is de gespreksvaardigheid cruciaal.

Ook financiële, juridische en analytische kennis is cruciaal. Nu de focus van inkoop ligt op kwaliteit, wordt er van inkopers verwacht dat ze beschikken over enige mate van zorginhoudelijke kennis om zich een beeld te kunnen vormen van de kwaliteit bij de aanbieder. Maar ook over het welzijn van de cliënten wil de inkoper zich een beeld kunnen vormen. De inkoper moet daarbij op de hoogte zijn van relevante maatschappelijke, technologische en organisatie- ontwikkelingen. Inzicht in beleidsvorming en communicatie om zo ook het inkoopproces te borgen en tot een succes te maken sluit de rij. Al deze kennis en vaardigheden zijn niet langer te vatten in een persoon. Daarom worden vanuit de bovengenoemde aandachtsgebieden de volgende rollen van inkoop herkend, waarbij meerdere rollen in één persoon verenigd kunnen zijn. Deze worden vervolgens in detail uitgewerkt.

Rollen	Aandachtsgebieden
Coördinator	Coördinatie totaal inkoopproces
Relatiebeheerder	Relatiebeheer aanbieder, cliënten, zorgstelsel
Financial	Zorguitgaven
Jurist	Contractmanagement
Data analist	Prestatie-indicatoren, benchmarking, regio analyses, spiegelinformatie
Medisch adviseur	Vakkennis (verpleegkundige, arts)
Volksgesondheidskenner	Medische, epidemiologische kennis
Regio kenner	Maatschappelijke en regionale ontwikkelingen
Technologisch expert	Technologische kennis
Organisatiekundige	Organisatiekennis en personeelsmanagement
Client vertegenwoordiger	Cliënten welbevinden
Markerteer/communicatiedeskundige	Marketing en communicatie

Het algemene profiel voor de zorginkoper (uitwerking rollen)

Hieronder volgt een gedetailleerde beschrijving van de teamrollen binnen het inkoopproces.

Coördinator	
Rol	De coördinator is eindverantwoordelijk voor (de coördinatie van) het inkoopproces/het prestatie management in een gebied of op een thema/domein en is binnen de organisatie daarvoor het eerste aanspreekpunt. Hij bereid het inkoopproces voor en stuurt tijdens het proces de andere teamrollen aan.
Doel	Het proces van inkoop zo soepel mogelijk en binnen de gestelde tijdsaders laten verlopen.
Taken	<ul style="list-style-type: none">• Voorbereiden inkoopproces• Aansturen inkoopteam• Verbinden en terugkoppelen aan andere inkoopteams binnen het zorgkantoor, het management, andere zorgkantoren, overige (externe) netwerken• Procesbegeleider voor de regiobijeenkomsten en leersessies.
Kern competenties	Initiatief Creëren draagvlak/verbinding in relaties Motiveren/inspireren
Zorgkantoor specifiek	Afhankelijk van de inrichting binnen het zorgkantoor kan dit een specialistische of generalistische rol betreffen.

Relatiebeheerder	
Rol	De relatiebeheerder is de contactpersoon richting de aanbieder en bouwt aan deze relaties. In veel gevallen zal deze relatiebeheerder ook de eerste onderhandelaar zijn rondom het sluiten van een overeenkomst. De relatiebeheerder is ook degene die zich bezighoudt met het contact met de cliënt en de cliënttevredenheid. In deze rol vervul je een netwerkfunctie door verbindingen in- en extern te leggen. Deze verbindingen kunnen ook met partners in het zorgstelsel en bijvoorbeeld de gemeente zijn.
Doel	Leggen en onderhouden van goede relaties met aanbieders en cliënten.
Taken	<ul style="list-style-type: none">• Aanwezig bij (bijna) alle contactmomenten met de aanbieder• Aanwezig bij (bijna) alle contactmomenten met cliëntvertegenwoordigers• Bijhouden van relevantie informatie over aanbieder relaties• Spilfunctie vervullen in de regio en het zorgstelsel
Kern competenties	Initiatief Eigenaarschap Omgevingssensitief Verbinder Integer Omgaan met weerstand Stijl flexibel

Financial

Rol	De financieel specialist stuurt op resultaat o.b.v. financiële gegevens. Vanuit deze rol worden de prestaties gemonitord, gestuurd en gecontroleerd.
Doel	Draagt verantwoordelijkheid voor financiële kant van het zorginkoopproces.
Taken	<ul style="list-style-type: none">• Verzamelen, verwerken en verstrekken van financiële informatie en advies omtrent het zorginkoopproces.• Vertalen van financieel beleid en activiteitenplannen van zorgorganisaties naar gevolgen voor de kwaliteit van zorg voor cliënten.• Maken van rapportages op basis van financieel transparante en stuurbare informatie.
Kern competenties	Initiatief Punctueel Omgaan met weerstand Vasthoudend Nauwkeurigheid/kwaliteitsgericht

Jurist

Rol	De jurist ondersteunt het inkoopteam door middel van advies over vigerende wet- en regelgeving, juridisch beleid en concernkaders, richtlijnen en procedures op het gebied van zorginkoop en kwaliteitskaders.
Doel	Verschaffen van juridische sturingsinformatie.
Taken	<ul style="list-style-type: none">• Verzamelen, verwerken en verstrekken van juridische informatie over kwaliteitsprestaties op basis van inhoudelijke en randvoorwaardelijke kwaliteitsindicatoren, de kwaliteitsplannen en verslagen.• Maken van juridische rapportages vertaald naar concrete acties voor inkoopteam.• Draagt vanuit het zorginkoopteam zorg voor juridisch/ beleidsmatige afstemming met externe stakeholders als IGJ, NZa en andere zorgkantoren.
Kern competenties	Punctueel Analytisch Nauwkeurig en kwaliteitsgericht Planmatig Adviesvaardig

Data-analist

Rol	De data-analist verzamelt en verbindt relevante informatie (over kwaliteit, declaratiegegevens, zorgtoewijzingen en financiën) die het team helpt om in het inkoopproces gedegen keuzes te maken. De data-analist vertaalt gevonden verbanden in concrete acties en/of voorstellen voor het team. Hij brengt kansen en bedreigingen in kaart. En ondersteunt de inhoudelijke agenda zo met sturingsinformatie die kan worden gebruikt in contact met aanbieders.
Doel	Verschaffen van sturingsinformatie over prestatie zorgaanbieders: kwaliteit en financiën. Het in kaart brengen van kansen en bedreigingen.
Taken	<ul style="list-style-type: none">• Verzamelen, verwerken en verstrekken van informatie over kwaliteitsprestaties op basis van inhoudelijke en randvoorwaardelijke kwaliteitsindicatoren.• Maken van rapportages op basis van transparante en stuurbare kwaliteitsindicatoren vertaald naar concrete acties voor inkoopteam.• Maken van regio analyses en marktanalyses.• Maken van spiegelinformatie van de individuele aanbieders.
Kern competenties	Initiatief Objectief Planmatig Adviesvaardig Doelgericht

Medisch adviseur

Rol	De zorginhoudelijk specialist brengt zorginhoudelijke vakkennis in het team. Door de ogen van deze professional, bijvoorbeeld een arts of verpleegkundige, is het team in staat inhoudelijk te oordelen over de kwaliteit van zorg bij een specifieke aanbieder.
Doel	Analyse en bewaking inhoudelijke kwaliteit van zorg.
Taken	Inhoudelijk beoordelen kwaliteit van zorg aanbieders en faciliteren kennisdeling en continu verbeteren kwaliteit
Kern competenties	Initiatief Objectief Kritisch Adviesvaardig Schakelen tussen niveaus Zorginhoudelijk (zeer) ervaren

Volksgesondheidskenner

Rol	Ook wordt het team door de zorg professional up to date gehouden over (medische) ontwikkelingen welke van invloed zijn op het werk van de aanbieders.
Doel	Vertalen van (regionale epidemiologische en medische) ontwikkelingen naar concrete acties voor het inkoopteam of de aanbieder.
Taken	Inbrengen relevante regionale en medische ontwikkelingen
Kern competenties	Initiatief Kritisch Adviesvaardig Schakelen tussen niveaus Medisch ervaren

Regiokenner

Rol	De regiokenner brengt demografische, epidemiologische, sociologische, culturele ontwikkelingen naar het team. In deze rol is er ook een sterke verbinding met de cliëntvertegenwoordiger; informatie uit klantcontacten wordt door de regiokenner omgezet tot kennis die gebruikt wordt in het inkoopproces.
Doel	Verschaffen van informatie over relevante klantcontacten, maatschappelijke en regionale trends op het gebied van demografie, epidemiologie, sociologie en cultuur. Omgeving bekijken.
Taken	<ul style="list-style-type: none">• Verzamelen, verwerken en verstrekken van demografische, epidemiologische, sociologische, culturele informatie en advies omtrent het zorginkoopproces.• Verzamelen, verwerken en verstrekken van informatie uit lerende netwerken van de zorgorganisaties• Maken van rapportages op basis van transparante en stuurbare informatie.
Kern competenties	Initiatief Verbinder Adviesvaardig Analytisch Omgevingssensitief

Technologisch expert

Rol	De technologisch expert heeft zicht op relevante technische innovaties die van invloed zijn op het leveren van zorg. In deze rol maak je de inschatting over de mate van (technische) innovatie bij aanbieders en welk effect dit heeft op de kwaliteit. Ook ben je verantwoordelijk voor de technische innovaties binnen het inkoopproces van jouw team en van het zorgkantoor. Je hebt dan ook goede contacten met (technologisch experts uit) andere inkoopteams.
Doel	Zorgdragen voor up to date kennis over relevante technologische ontwikkelingen in de zorg en over de toepassing hiervan in de praktijk.
Taken	<ul style="list-style-type: none">• (Samen)brenge van kennis over relevante technologische ontwikkelingen• Beoordelen mate van innovatie bij aanbieders en stimuleren innovatie
Kern competenties	Initiatief Ervaring met technologie, digitalisering en (zorg)innovaties Schakelen tussen niveaus Adviesvaardigheden Hogere orde denken

Organisatiekundige

Rol	Op het gebied van personeelsbezetting, governance, beleid en kwaliteit maakt de organisatiekundige analyses van de kwaliteit van organisatie van aanbieders. De organisatiekundige is op de hoogte van relevante ontwikkelingen in de arbeidsmarkt en rondom toezicht & kwaliteit.
Doel	Verkrijgen van zicht op de kwaliteit van de organisatie inrichting, personele bezetting en leiderschapstijlen van zorgaanbieders.
Taken	<ul style="list-style-type: none">• Doen van analyses en formuleren van adviezen rondom personele bezetting bij zorgaanbieders.• Doen van analyses en formuleren van adviezen rondom inrichting en besturing (governance) bij aanbieders• Vertalen van relevante ontwikkelingen in arbeidsmarkt en rondom toezicht & kwaliteit naar concrete acties voor inkoopteam of aanbieders.
Kern competenties	Initiatief Organisatiesensitief Onafhankelijk Schakelen tussen niveaus

Clientvertegenwoordiger

Rol	We willen – meer dan nu – klantervaringen (laten) meewegen. Inzicht in ervaringen, in wensen, etc.
Doel	Op basis van klantsignalen vaststellen waar zorgaanbod niet toereikend is.
Taken	<ul style="list-style-type: none">• Ophalen van klantsignalen intern.• Ophalen ervaringen/wensen/knelpunten cliëntenraden.• Vertalen naar kennis over het gewenste (aanvullende) aanbod in de regio.
Kern competenties	Initiatief Schakelen tussen niveaus Analytisch Omgevingssensitief Goed kunnen luisteren/empathisch

Marketeer/Communicatiedeskundige

Rol	We kunnen constateren dat het zorgkantoor nog niet altijd (h)erkend wordt in het speelveld. Zorgvuldige communicatie wordt steeds belangrijker, zeker als zich incidenten voordoen op het domein van kwaliteit
Doel	Zichtbaar maken wat zorgkantoren doen en realiseren.
Taken	<ul style="list-style-type: none">• Ophalen van behoeften klanten en overige stakeholders• Verbinden van partijen• Uitdragen beleid en doelstellingen zorgkantoor
Kern competenties	Initiatief Schakelen tussen niveaus Analytisch Omgevingssensitief Communicatief Verbaal en schriftelijk vaardig

7. De route naar 2021: ontwikkelopgave van de zorgkantoren

Bij alle zorgkantoren zijn heisessies gehouden waarin in een tijdsbestek van drie uur met een diverse vertegenwoordiging van een zorgkantoor is stil gestaan bij het Profiel 2021. De groepen bestonden uit vijf tot acht deelnemers, met vertegenwoordiging vanuit het management, zorginkopers en andere betrokken medewerkers (P&C, BI, ICT, beleid). Op basis van het Profiel 2021 is besproken welke interne ontwikkelopgave er ligt.

Om inzichtelijk te krijgen wat de ontwikkelopgave per zorgkantoor is, is gebruikt gemaakt van het stermodel ontwikkeld door Goudsteen & Company wat diende als een bril om naar verschillende organisatieonderdelen te kijken. Dit model dient niet als keurslijf of blauwdruk, maar is slechts een hulpmiddel om op verschillende aspecten van een organisatie zichtbaar te maken welke beweging nodig is. Nogmaals wordt benadrukt dat deze beweging voor elk zorgkantoor kan verschillen.

Tijdens de heisessie zijn de deelnemers bevraagd wat per punt van de ster de huidige situatie was, wat de wenselijke situatie is en welke drie grote uitdagingen men verwacht in de route naar de wenselijke situatie.

De punten van de ster zijn als volgt gedefinieerd:

- Strategie:** De manier, en het geheel aan middelen, waarmee vooraf vastgestelde doelen worden nagestreefd
- Structuur:** De verdeling en compensatie van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden
- Personeel:** Het geheel aan karakteristieken en competenties (gedrag, vaardigheden en attitude) van medewerkers
- Leiderschap:** Het geheel aan kenmerkende gedragspatronen van het management
- Systeem:** Regels en procedures waarmee het dagelijks functioneren gestuurd wordt
- Cultuur:** Het geheel aan gemeenschappelijke normen en waarden van een groep mensen en hun gedrag als uiting daarvan

Gedeeld beeld van ontwikkelopgave

Veel zorgkantoren hebben afgelopen jaren al een flinke ontwikkeling doorgemaakt en het Profiel 2021 sluit bij veel kantoren aan op de weg die ze al zijn ingeslagen. Hierdoor hebben de zorgkantoren over het algemeen een goed beeld op wat er nog anders kan en moet. Wij bemerkten dat het omzetten in concrete stappen nog minder vanzelfsprekend is. Veel uitdagingen blijven groots en vaag: *“we moeten pro-actiever worden, we moeten meer kennisdelen of we moeten werken vanuit de klant”* zijn termen die we regelmatig hoorden. Het is raadzaam voor zorgkantoren om zowel in gezamenlijkheid als individueel concrete plannen te maken en acties in te zetten voor de komende periode.

Een risico is dat elk zorgkantoor hiervoor zichzelf een weg in gaat zoeken, terwijl wij juist denken dat het ze gaat helpen om hier elkaar in op te zoeken. Samen werken en samen leren zal een weg zijn die niet alleen intern hard nodig is, maar ook extern zal er een nieuw soort openheid nodig zijn om elkaar te (blijven) vinden en te verstevigen.

We constateren dat de externe samenwerking, met name in ZN-verband nu vaak of wél, of helemaal níet tot stand komt. Als er geen unanimiteit over een gezamenlijke koers is kiest men een volledig eigen koers. Wij constateren een behoefte aan ruimte om met elkaar te zoeken, te leren en ruimte te laten voor het niet-weten. Door het partnerschap binnen ZN ook onder de loep te nemen, kan er deze ruimte gecreëerd worden en het ontwikkelpotentieel de aandacht krijgen die het verdient. Het is raadzaam nauwkeurig af te pellen welke zaken wel in gezamenlijkheid kunnen worden opgepakt. Daarnaast lijkt bij situaties waarin nog geen volledige overeenstemming is een werkwijze met meerderheden, verschillende tempo's en *coalitions of the willing* passender dan een veto-model. Recent zijn mede naar aanleiding van deze constatering in de Commissie Wlz afspraken gemaakt om te komen tot een slagvaardiger werkwijze.

Gekeken naar de bouwstenen uit het Profiel 2021 vallen een aantal prioriteiten op wat betreft de algemene ontwikkelopgave voor de komende periode.



1. Inkoop gericht op kwaliteit voor de klant:

- Investeren in betere klantinformatie en die beschikbaar maken als relevante kennis voor de inkoopteams in het inkoopproces.

2. Verbetermanagement:

- Verder ontwikkelen relatie vaardigheden in inkoopteams en investeren in constructieve relaties met aanbieders en cliënten. Dialoogmodel nader implementeren en doorontwikkelen, inclusief escalatie ervaring opdoen bij aanbieders die stagneren.

3. Multidisciplinaire teams:

- Investeren in menskracht (uitbreiding teams en aanbieden verdieping en specialisatie). Daarnaast investeren in toegang tot specifieke kennis (o.a. vastgoed en inzet technologie in de zorg). Deze toegang dient zowel intern bij de moederconcerns van zorgkantoren, als in onderlinge samenwerking tussen zorgkantoren versterkt worden.

4. Robuuste organisatie:

- *Alignment* bij zorgkantoren intern, effectieve samenwerking gericht op consistente uitvoering bij zorgkantoren onderling.

5. Verbinder:

- Investeren in relaties met externe stakeholders (o.a. IGJ, NZa, cliëntenraden, gemeenten) gericht op consistent optreden richting zorgaanbieders. Investeren in zichtbaarheid en regionaal initiatief.

Bij het beschrijven van de ontwikkelopgave hebben we financiële consequenties buiten beschouwing gelaten. Los van dit rapport is een capaciteitsinschatting 2019 gemaakt die voor goeddeels gebaseerd is op de bevindingen die wij hier beschrijven.

In onderstaand schema hebben we onze gedeelde beelden per punt van de ster beschreven. Elk zorgkantoor ontvangt dit schema ook met de uitwerkingen die van toepassing is op hun eigen organisatie.

Systeem	Cultuur
<p>De grote uitdaging is om waarnemingen om te zetten in data, uit die data informatie te halen, om vervolgens te komen tot gezamenlijke kennis.</p> <p>Het hebben of goed gebruiken van een systeem wat dit optimaal mogelijk maakt is voor veel zorgkantoren een ontwikkelopgave. We hebben veel zorgkantoren gehoord over het werken met verschillende excel bestanden bij gebrek aan een goed werkend data warehouse en of CRM-systeem. Investerings in deze informatiesystemen dienen prioriteit te krijgen.</p>	<p>De grootste cultuuromslag wordt ingegeven door de wettelijk omslag: van een systeemwet (AWBZ) naar een mensenwet (Wlz). Dit vraagt een klantgerichte houding en werkwijze waar veel zorgkantoren in meer of mindere mate mee stoeien. Taken zijn zowel intern als extern minder afgebakend, waardoor nieuwe samenwerkingsverbanden nodig zijn. Dit vraagt om een hele andere manier van werken en een openheid die niet voor iedereen vanzelfsprekend is. Ook groeit het besef dat de transparantie en het lerend vermogen wat ze bij zorgaanbieders zoeken, ook intern nodig is.</p>

Strategie	Structuur
<p>Voor veel zorgkantoren is het een worsteling om de concernstrategie uit te voeren en ook aansluiting te houden met het landelijk beleid (profiel 2021, committeren werkgroepen ZN, afhankelijk van zorgverzekeraar).</p> <p>We constateren verschil in bereidheid of mogelijkheid om op landelijk niveau mee te denken en daar capaciteit voor vrij te maken. De toegevoegde waarde die ZN biedt kan verbeterd worden waarmee zorgverzekeraars en zorgkantoren ook meer ruimte bieden om gezamenlijk beleid op te pakken.</p> <p>Vanuit de stellingen die we op de heisessies deden, maakten we op dat er wisselende beelden bestaan over rol-en taakopvatting van het zorgkantoor. Beelden waar verantwoordelijkheden liggen, verschillen. Een duidelijke strategie, een gezamenlijke focus en goed inzichtelijk wat bijvoorbeeld de NZA, IGJ en zorgaanbieder doet, helpt hierbij.</p>	<p>De verhouding tot de zorgverzekeraar is vaak een uitdaging. Nog niet overal is de structuur volledig aangepast aan de Wlz, de AWBZ werkwijze is hier en daar nog zichtbaar in structuren.</p> <p>Er is behoefte aan een structuur van kennisdeling, zowel intern als met andere zorgkantoren. Nu wordt de structuur regelmatig gekenmerkt door eilandjes en ad hoc-oplossingen.</p> <p>De grootste uitdaging is om de structuur faciliterend te maken aan de multidisciplinaire teams. In de huidige situatie is benodigde expertise voor goede inkoop soms wel in huis maar niet bekend of beschikbaar. Het is nodig om de expertise op de juiste momenten te kunnen vinden, in te zetten en te ontsluiten.</p>

Personeel

Voor zorgkantoren zijn er twee grote uitdagingen:

1. Huidige personeelsbestand meekrijgen in de ontwikkelingen: werken vanuit de klant centraal, samenwerken met andere disciplines, nieuwe vaardigheden aanleren en werken vanuit een houding die samen leren en ontwikkelen mogelijk maakt.
2. De juiste mensen vinden en binden die voldoen aan het nieuwe profiel inkoper op een steeds krappere arbeidsmarkt. Daarvoor zijn investeringen nodig.

Leiderschap

Voor alle medewerkers geldt het tonen van persoonlijk leiderschap: zelf verantwoordelijkheid nemen, stellen van prioriteiten en hier de passende keuzes bij maken op zoek gaan naar verbindingen en op komen klantbelang.

Het leiderschap van de zorginkoop moet vooral ten dienste staan om de ontwikkeling die gaande is, te stimuleren en mogelijk te maken. Belangrijk hierbij is het laag leggen van de verantwoordelijkheden, kwetsbaarheid durven tonen, creativiteit en pro-activiteit waarderen en stimuleren.

Binnen het concern vervullen leidinggevenden een belangrijke rol door te pleiten voor ruimte en middelen voor de inkopers. Ze moeten inkopers ontzien van vertragende (externe) politieke afstemming in de keten.

8. Profiel Zorginkoop 2021 in concrete doelen en impact

De zorgkantoren hebben het Profiel Zorginkoop 2021 gezamenlijk vastgesteld en ze hebben daarbij de ambities vertaald naar concrete doelstellingen. Deze doelstellingen zijn afgebakend, helder en meetbaar en kennen een deadline waarop ze behaald moeten zijn. Dat maakt het mogelijk voor de zorgkantoren om elkaar onderling te helpen en aan te spreken op de voortgang bij het behalen van de ambities. Daarnaast kan met deze doelstellingen ook de impact in menskracht en geld worden berekend die gepaard gaat met het behalen van de ambities in het Profiel Zorginkoop 2021.

Elke bouwsteen van het Profiel Zorginkoop 2021 is steeds vertaald naar drie specifieke doelstellingen. We voegen ook de achterliggende redenatie toe die verklaart hoe we van de bouwsteen komen tot de doelstelling.

Bouwsteen	Redenatie	Doelstelling	Deadline implementatie
Inkoop gericht op kwaliteit voor de klant	Om klantsignalen een rol te laten spelen in de zorginkoop, is contact met klanten nodig. Daarnaast moet een proces opgetuigd zijn om deze signalen ook daadwerkelijk in de zorginkoop te betrekken.	Structureel ophalen van signalen van klanten (mensen die in jouw regio in zorg zijn of binnenkort zorg gaan ontvangen). Minimaal zijn dat 20% van alle klanten (waaronder alle mensen die op een wachtlijst gaan). Daarnaast is er een procedure in gang gezet waarmee klantsignalen aantoonbaar in het inkoopproces worden gebruikt.	2020
	De relatie met de cliëntenvertegenwoordiging bij elke aanbieder moet goed zijn om signalen te krijgen en kwaliteitsbeoordeling te kunnen toetsen.	Er is contact met cliëntenvertegenwoordiging rondom elk locatiebezoek of inkoopgesprek indien gewenst. Signaleringsprocedure ingebed in inkoopproces uitgewerkt en bekend.	2019
	Diverse teamrollen zijn in het inkoopteam specifiek belast met het vergaren van individuele klantsignalen en bredere signalen over de (gewenste) kwaliteit van zorg in de regiopopulatie.	Rollen volksgezondheidskenner, regiokenner, cliënt vertegenwoordiger vervuld. Technologische kennis intern of extern georganiseerd.	2019

Bouwsteen	Redenatie	Doelstelling	Deadline implementatie
Verbetermanagement	Een grotere gedeelde verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg, en het stimuleren en faciliteren van leren & ontwikkelen bij aanbieders, veronderstelt een intensiever contact tussen inkopers en aanbieders dan voorheen. We geven hier een inschatting van het gemiddelde aantal contactmomenten per jaar per aanbieder. Uiteraard kunnen er verschillen zijn tussen aanbieders (bv met veel of weinig locaties, of aanbieders die veel of weinig aandacht behoeven). We gaan dus nadrukkelijk uit van een gemiddelde, niet van strakke normen per aanbieder.	Per V&V aanbieder wordt ongeveer 20%-25% van de locaties bezocht. Voor de GZ gaat het om 2 locaties per jaar. Daarnaast groeit het gemiddeld aantal individuele gesprekken tussen aanbieder en zorgkantoor van 2,5 nu naar 3 per jaar in 2021. Tenslotte groeit het aantal regionale of thematische bijeenkomsten waarbij een aanbieder wordt uitgenodigd van ongeveer 5 nu naar ongeveer 7 per jaar in 2021.	2021
	De veronderstelling is dat het borgen van enkele specifieke rollen in het inkoopteam bijdraagt aan het verbetermanagement richting aanbieders.	Rol organisatiekundige en technologie expertise vervuld per 2019.	2019
	Verondersteld wordt dat het beter gebruiken van data (klantsignalen, regio analyses, spiegelinformatie) bijdraagt aan het verbetermanagement van zorgkantoren richting aanbieders. Daarnaast dienen enkele processen specifiek gericht op het stimuleren en faciliteren van aanbieders ingevoerd te zijn.	1) Uiterlijk 31-12-2019 heeft elk zorgkantoor minimaal 1 product ontwikkeld op zowel zorgaanbieders als regionaal niveau waarin data vertaald is naar informatie. Deze informatie heeft als hoofddoel om de zorgaanbieder inzicht te geven op de onderdelen kwaliteit, doelmatigheid of toegankelijkheid waardoor verbeteren gestimuleerd wordt. 2) Uiterlijk 31-12-2019 is er met elke individuele zorgaanbieder minimaal 1x een uitwisseling geweest van informatie welke gebaseerd is op data (klantsignalen, regio-analyses, spiegelinformatie) tot op het niveau van de zorgaanbieder. 3) Uiterlijk 31-12-2019 is zowel de doorontwikkelcyclus van de producten als het uitwisselingsproces met de zorgaanbieders structureel geborgd in de organisatie. 4) In 2019 is de escalatieladder in werking bij alle zorgkantoren en bekend bij aanbieders die de procedure beschrijft bij urgente en acute problemen.	2020

Bouwsteen	Redenatie	Doelstelling	Deadline implementatie
Multi-disciplinaire teams	Als alle rollen zoals geïdentificeerd in het Profiel Zorginkoop 2021 zijn ingevuld, kunnen zorginkoopteams voldoen aan de verwachtingen.	Alle in het Profiel 2021 benoemde rollen vervuld	2019
	Om te voldoen aan de verwachtingen in de komende jaren, is de veronderstelling dat een significante investering in menskracht nodig is. Op andere plaatsen is al een rekenmethode gegeven hoe de noodzakelijke capaciteit kan worden berekend. Hier wordt daar een inhoudelijke vorming (d.m.v. opleiding/training/intervisie) aan toegevoegd. Om te voldoen aan de flinke ambities gaan we er van uit dat een flinke investering in competenties en kennis van de mensen in het inkoopteam wenselijk is. Er wordt immers meer van ze verwacht dan voorheen.	1) Elk zorgkantoor werkt aantoonbaar aan een opleidingsplan voor haar inkoopteam waarin minimaal benoemd zijn: de te ontwikkelen kennis & kunde, welke opleiding/training/workshop daarvoor geselecteerd is, wanneer deze grofweg gepland wordt in 2019, en welke rollen/funcies deze opleiding/training/workshop gaan volgen 2) Dit overzicht bevat minimaal een opleiding/training welke significante (zie toelichting) impact heeft op de verdere ontwikkeling van inkoopteams op het gebied van inkopen op kwaliteit.	2019
	Cultuur project/transitie teams in uitvoering	Elk zorgkantoor heeft een cultuurprogramma gericht op leren en ontwikkelen/continu verbeteren en geeft hier uitvoering aan. Al dan niet ondersteund door een intern transitieteam.	2019

Bouwsteen	Redenatie	Doelstelling	Deadline implementatie
Robuuste organisatie	Uitgangspunt is dat samenwerking in ZN verband aan instrumentarium, kennisuitwisseling en beleid een stevige vertegenwoordiging geldt van alle zorgkantoren. Op dit moment lijken de grotere zorgkantoren daar aan te kunnen voldoen, maar zoeken de kleinere zorgkantoren naar voldoende menskracht om een stevige vertegenwoordiging in alle werkgroepen te hebben.	Goede voorbeelden delen, kennis uitwisselen en bundelen. 1) Uiterlijk 1-07-2019 is in ZN verband een plan van aanpak opgesteld waarin vermeld staat op welke wijze goede voorbeelden worden gedeeld en kennis wordt uitgewisseld 2) Elk zorgkantoor heeft minimaal één afgevaardigde in de relevante werkgroepen en bij de bijeenkomsten over kennisdeling. 3) Voor 01-07-2019 heeft de Cie WLZ de relevante thema's benoemd en op elk thema een gecommitteerde dossierhouder 4) Uiterlijk 01-07-2019 hebben zorgkantoren in de Cie WLZ vastgesteld en vastgelegd op welke thema's uniform beleid wordt opgesteld en afspraken over de mate waarin de uitvoering mag verschillen.	2019
	Veronderstelling op basis van de bevindingen in het rapport Profiel 2021 is dat domein overstijgend werken zorgt voor betere bestendinging van beleid, relaties met spelers in de regio en bijdraagt aan de analyse van wat nodig is in een regio. Het voordeel komt niet alleen de Wlz inkoop ten goede, maar ook de inkoop in de aanpalende Zvw domeinen.	1) Uiterlijk 01-07-2019 kan elk zorgkantoor aantonen dat er minimaal sprake is van kennis- en informatie-uitwisseling op beleid- en inkoopniveau tussen Zvw, Wlz en Wmo 2) Uiterlijk 01-07-2019 hebben zorgkantoren gezamenlijk in kaart gebracht welke grensvlakissues er zijn waar onze klanten last van hebben. Daarbij is ook in kaart gebracht hoe deze opgelost kunnen worden. Tot slot ligt er een overzicht van welke partijen welke rol en acties hebben t.a.v. de oplossing van deze issues. 3) Jaarlijks zijn aantoonbaar voor een doelgroep klanten danwel een aantal individuele klanten, domein overstijgende belemmeringen weggenomen.	2019
	We constateren dat bij sommige verzekeraarsconcerns de inbedding van de Wlz-taak in de strategie en toerusting van het volledige concern verstevigd kan worden. Dat is nodig om te voldoen aan de toenemende maatschappelijke en politieke verwachtingen en de investeringen te doen die daar voor nodig zijn.	1) Uiterlijk 01-07-2019 is op zorgkantoor-niveau helder gemaakt wat er concreet nodig is om de huidige systemen, processen en structuren door te ontwikkelen naar het niveau waarmee volledig voldaan kan worden aan het opgesteld profiel uiterlijk 31-12-2020. 2) Strategie per zorgkantoor is aangepast op nieuwe eisen Wlz/loK/Kwaliteitskaders. 3) Informatiesystemen leveren op efficiënte wijze de gewenste informatie voor inkoopteams. 4) Er is aantoonbaar sprake van een continu lerende organisatie, op basis van interne en externe signalen. Zorgkantoren voeren elk een PDCA-cyclus uit m.b.t. interne kwaliteit en gebruiken uniforme en eenduidige SMART prestatie-indicatoren voor eigen handelen, waarbij ze hun volwassenheidsniveau scoren met een gevalideerde eenduidige methode monitoren verbeteracties om naar een hoger doelniveau te komen. 5) Management stuurt op basis van gezamenlijk vastgestelde strategie en faciliteert de inkoopteams om hun doelen te behalen.	2019

Bouwsteen	Redenatie	Doelstelling	Deadline implementatie
Verbinder	Om te voldoen aan maatschappelijke verwachtingen dienen zorgkantoren zich pro-actief op te stellen jegens relevante stakeholders in de regio en initiatieven te ontplooiën of ondersteunen die bijdragen aan een betere kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.	<p>1) Uiterlijk 30-06-2019 is per regio inzichtelijk gemaakt, samen met de stakeholders uit de regio, wat de meest relevante knelpunten in de regio zijn en welke partijen wat gezamenlijk gaan oplossen</p> <p>2) Uiterlijk 01-07-2019 is in elke regio minimaal 1 initiatief gestart waarbij met meerdere stakeholders gewerkt wordt aan de oplossing van een bij doelstelling 1 benoemd knelpunt</p> <p>3) Er is een goed functionerend lerend netwerk in de regio waarbij het zorgkantoor betrokken is.</p> <p>4) Er zijn in elke regio bestendige samenwerkingsstructuren gerealiseerd.</p>	2020
	Afstemming tussen zorgkantoren en institutionele partijen zoals de IGJ en NZa over bevindingen ten aanzien van kwaliteit, doelmatigheid en bedrijfsvoering, zorgt voor het optimaliseren van het gezamenlijke beeld van een zorgaanbieder. Hierdoor kunnen interventies die zorgkantoren en institutionele partijen plegen elkaar sterken en logisch op elkaar aansluiten.	<p>Opzetten overlegstructuur institutionele partners.</p> <p>1) Uiterlijk 01-07-2019 ligt er een afsprakenkader met de IGJ rondom de samenwerking tussen zorgkantoren en IGJ</p> <p>2) Uiterlijk 01-07-2019 weten partijen elkaar aantoonbaar te vinden.</p> <p>3) Samen met institutionele partijen zorgen wij voor kwaliteitsverbeteringen en betere oplossingen in de regio.</p>	2019
	De wens is dat zorgkantoren zichtbaar zijn als verbinder en aanjager van WLZ-zorg in de regio en dat ze in die rol ook geaccepteerd worden door de relevante stakeholders (aanbieders, gemeenten, verzekeren, institutionele partijen, etc.)	<p>1) In 2018 en 2019 geven zorgkantoren de verbindingsrol vorm en ontwikkelen deze verder.</p> <p>2) Uiterlijk 31-12-2019 kan elk zorgkantoor voorbeelden laten zien van resultaten die zijn gerealiseerd door het invullen van de rol als verbinder</p>	2020