

## Visie op Informatisering en ZZZ implementatie in de AWBZ sector

Auteur: drs. R. Petri RA

### Inleiding

De, gefaseerde, invoering van de financiering op basis van Zorgzwaartepakketten (ZZP'en) per 1 januari 2009 vraagt om een adequate ondersteuning van het primair cliëntenproces (dit betreft alle activiteiten die samenhangen met de opname, de verzorging en het ontslag van cliënten) met softwareapplicaties met behulp waarvan de noodzakelijke registraties op adequate doch (relatief) eenvoudige wijze tot stand gebracht kunnen worden. Voor de realisatie van die ondersteuning is een visie op informatisering noodzakelijk die aansluit bij de behoeften van de AWBZ sector zoals die mede worden bepaald door de AWBZbrede ZorgRegistratie (AZR), de invoering van ZZP financiering, en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG).

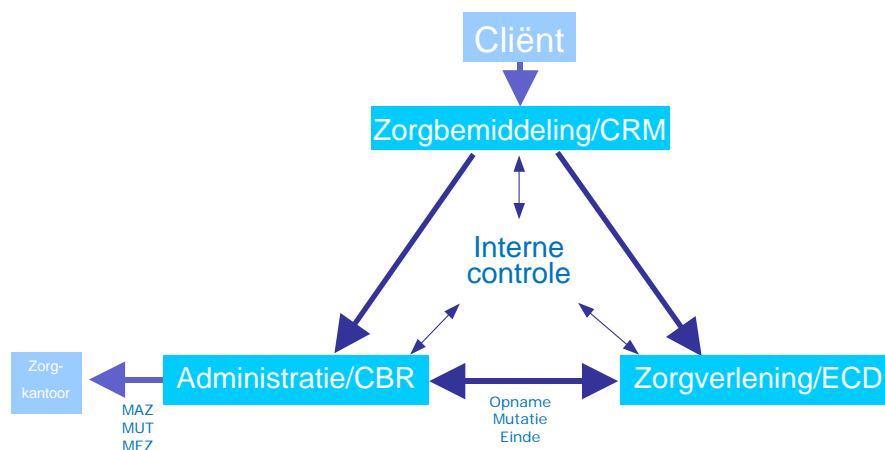
### Visie op Informatisering ten behoeve van de ZZP implementatie in de AWBZ sector

Het, al een aantal jaren lopende, moderniseringsproces in de AWBZ vraagt om een visie op Informatisering die op een geïntegreerde wijze maximale ondersteuning biedt aan het geheel van het primaire cliëntenproces. Alleen met een geïntegreerde benadering is het mogelijk om op effectieve en efficiënte wijze de noodzakelijke vernieuwing, gericht op tenminste handhaving maar zo mogelijk verbetering van de kwaliteit van zorgverlening, te realiseren. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat in een geïntegreerde benadering tevens het workflowmanagement wordt geregeld. Dit als verschil met een benadering waarbij verschillende applicaties door middel van interfacing worden gekoppeld. In een dergelijke situatie dient in de regel workflowmanagement met een additionele applicatie te worden ondersteund.

Voor een adequate ondersteuning van totale primaire cliëntenproces in een zorgverlenende organisatie zijn de volgende drie functionaliteiten noodzakelijk:

- Customer Relationship Management (CRM of ook wel klantencontact beheer);
- Elektronisch Cliënten Dossier (ECD);
- Cliënten Basis Registratie (CBR, inclusief AZR berichtenverkeer en productieregistratie).

In onderstaande figuur is het denkmodel weergegeven op basis waarvan inzicht wordt verkregen in de samenhang van de gewenste functionaliteiten teneinde het primaire (zorg-)proces zo efficiënt mogelijk te ondersteunen. In de figuur zijn tevens de verantwoordelijke organisatieonderdelen weergegeven.



Ter toelichting op de figuur het volgende. Zorgbemiddeling dient het gezicht naar de markt te zijn van de organisatie. De (potentiële) cliënt heeft het eerste contact met de organisatie via Zorgbemiddeling. Zorgbemiddeling is naar de cliënt en de organisatie faciliterend in het vinden van de juiste match tussen zorgvraag en zorgaanbod. Daarnaast is Zorgbemiddeling verantwoordelijk voor het opbouwen van kennis over de regionale markt. Zorgbemiddeling leidt de cliënten door naar de uitvoerende eenheden waar het opnameproces wordt vervolgd en al dan niet leidt tot het in zorg nemen van een cliënt. De pijlen in de figuur geven informatiestromen aan tussen de verschillende organisatieonderdelen.

Na opname dient tussen uitvoerende eenheden en cliëntenadministratie berichtenverkeer tot stand te komen inzake opname, mutaties en ontslag gekoppeld aan de door de cliëntenadministratie te verzorgen AZR-meldingen MAZ, MUT en MEZ naar het Zorgkantoor.

Centraal in de figuur is tussenliggend de interne controle benoemd zoals die voortvloeit uit de kaderregeling AO/IC maar ook uit de Wet Marktordening Gezondheidszorg. Geïntegreerde samenwerking tussen de verschillende functionaliteiten maakt het mogelijk om de interne controle voor een aanzienlijk deel met behulp van het gewenste systeem op te lossen.

In het elektronisch cliëntendossier dient functionaliteit aanwezig te zijn die het mogelijk maakt om op transparante wijze per cliënt inzicht te verwerven in de geplande en geleverde zorg. Hiervoor zijn tenminste noodzakelijk een agendafunctie die gelijktijdig inzicht geeft in de agenda van de cliënt en van de zorgverlener (ten behoeve van op de klant afgestemde efficiënte zorginzet), registratie van geplande en geleverde zorg conform het ZZP model en vertaling van geplande zorg aan cliënten naar planning van de noodzakelijke capaciteit aan zorgverlening per discipline en afdeling.

### **ZZP implementatie**

Zorgzwaartepakketten (ZZP) zijn in de AWBZ het middel voor het bepalen van het recht op zorg van een cliënt en de financiering van dat recht. In de huidige zorgzwaartepakketten wordt een driedeling gemaakt naar:

- Levering van woonzorg (verpleging, verzorging en ondersteunende begeleiding);
- Levering van behandel functies;
- Levering van verblijf (ook wel hotelfunctie genoemd).

Naar verwachting zal hier in 2011 een vierde component bijkomen ten behoeve van de financiering van de kapitaallasten (rente en afschrijving).

De hiervoor genoemde, uiteindelijke, indeling in vier blokken maakt het noodzakelijk dat ook de interne organisatie en de financieel-economische besturing en beheersing hierop worden afgestemd. Afstemming is noodzakelijk aangezien de ZZP-tarieven integrale tarieven betreffen die voor een adequate sturing in een organisatie een break-down behoeven naar de samenstellende activiteiten c.q. kostensoorten.

Op grond van de huidige ZZP-tarieven is het noodzakelijk dat, zeker in de verpleeghuiszorg, een herbezinning moet plaatsvinden op de zorgarrangementen die geleverd kunnen worden binnen de financiering van een ZZP. Hiertoe is het echter eerst noodzakelijk om inzicht te verkrijgen in de in de ZZP tarieven “verstopte” zorglevering en daarbinnen in de samenstelling naar functieniveau en dienstverlening (b.v. beschikbare middelen voor voeding en in bredere zin verblijf). Op basis van dat inzicht kan de basis worden gelegd voor de normatieve zorgleveringspakketten die door middel van de ZZP's aan de sector zijn opgelegd. In de afstemming met de cliënt moet dan het normatieve zorgleveringspakket worden afgestemd op de specifieke behoeften van de cliënt. Randvoorwaarde daarbij blijft echter de ZZP financiering van de cliënt.

Bewustwording bij de medewerkers over de gevolgen van de nieuwe bekostigingsstructuur en de communicatie daarover vragen bijzondere aandacht.

Bekend is dat de invulling van op maat gemaakte zorgarrangementen voor cliënten gevolgen zal hebben voor de werkwijze van bijvoorbeeld professionals. Binnen het beschikbare budget voor bijvoorbeeld behandel functies moeten niet alleen prioriteiten worden gesteld, maar er zal ook gekeken moeten worden wat de gevolgen zijn van eventuele bijstellingen voor bijvoorbeeld de verplegings- en verzorgingsfuncties. Dit nog afgezien van de vraag waar eventueel de ondergrens ligt van wat professioneel – inhoudelijk nog aanvaardbaar is. Last but not least, de cliënt zal in toenemende mate sturing willen geven aan zelf te maken keuzen, bijvoorbeeld liever een half uurtje onder begeleiding wandelen dan 20 minuten fysiotherapie. Een andere uitdaging is hoe zal moeten worden omgegaan met de strikte grenzen van de budgetcomponenten per ZZP en de bereidheid van de cliënt privé bij te betalen.

De tarieven van de ZZP'en met de daaraan (impliciet) verbonden conclusie “hier moeten jullie het mee doen” zegt niets over de individuele zorgvraag van de afzonderlijke cliënten, maar meer over kostenbeheersing in het collectief schaarstemodel waar de AWBZ-sector het mee moet doen.

Over de auteur:

Drs. R. Petri RA is zelfstandig gevestigd als interim-manager en organisatieadviseur via Petri Financieel Management BV ([www.petrimanagement.nl](http://www.petrimanagement.nl)).