



In opdracht van: Ministerie van VWS

Onderzoek AWBZ-brede zorgregistratie

Eindrapport

20 juli 2011

Marc Berg
Remco van Veghel
Jasper de Haan
Jebbe Schellevis

Voor vragen: vanveghel@plexus.nl



Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	10
2. Achtergrond	11
2.1. Definitie AZR.....	11
2.2. Stakeholders.....	11
2.3. Beleidsgeschiedenis & ontwikkeling functionaliteit.....	11
3. AZR: Stand van zaken	13
3.1. Realisatie doelstellingen	13
3.2. Toegevoegde waarde AZR	14
3.3. Tekortkomingen AZR	14
3.3.1. Governance rond de AZR	14
3.3.2. Ontwerp van de AZR	16
3.3.3. Gebruik van de AZR in de praktijk.....	18
3.3.4. Gevolgen van de tekortkomingen van AZR	20
4. AZR in het licht van toekomstige ontwikkelingen	22
4.1. Beleidsontwikkeling naar high-trust, high-penalty.....	22
4.2. Overheveling AWBZ-zorg naar Wmo en Zvw	22
4.3. Uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden door zorgverzekeraars	23
5. Conclusies en aanbevelingen	24
6. Bijlagen.....	28
6.1. Bijlage 1: Toelichting definitie AZR	28
6.2. Bijlage 2: Stakeholders	29
6.3. Bijlage 3: Beleidsgeschiedenis & ontwikkeling functionaliteit	30
6.4. Bijlage 4: Governance op drie niveaus	32
6.5. Bijlage 5: Gebruikte afkortingen	34
6.6. Bijlage 6: Overzicht geïnterviewde stakeholders	34



Managementsamenvatting

Naar aanleiding van de kritische opinie die VWS herhaaldelijk bereikt over de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) en de toenemende behoefte om de informatie-infrastructuur van de langdurige zorg te beschouwen in het licht van de opgaven voor de toekomst, heeft VWS adviesorganisatie Plexus gevraagd onderzoek te doen naar de AZR. Op basis van desk research en gesprekken met een brede vertegenwoordiging van de betrokken partijen heeft Plexus een analyse uitgevoerd naar verleden, heden én toekomst van de AZR.

De analyse gaat uit van een brede definitie van AZR, zijnde het geheel aan berichtenverkeer, overige informatiestromen, procesafspraken, software, hardware en organisaties betrokken bij gegevensuitwisseling in de AWBZ. Het figuur hieronder toont de bij de AZR betrokken organisaties en de processen die tussen hen verlopen.



Gebaseerd op: Drs T. Oosterbaan: Governance van informatie-uitwisseling in de AWBZ

Hoewel de doelstellingen van de AZR gedeeltelijk worden gerealiseerd en AZR de ketenpartijen op onderdelen toegevoegde waarde biedt, kent het systeem ook een aantal belangrijke tekortkomingen. In het licht van de toekomstige ontwikkelingen in de AWBZ en langdurige zorg verandert dit beeld niet. Er is behoefte aan een meer doeltreffende en doelmatige wijze om de doelstellingen rond de AZR in de toekomst te realiseren.

Het onderzoek toont uiteenlopende belevingen bij betrokken partijen ten aanzien van de (ernst van) de tekortkomingen van AZR en de noodzaak tot verbeteringen. De verschillen komen het duidelijkst naar voren bij zorgkantoren en bij zorgaanbieders, en zijn voornamelijk een gevolg van uiteenlopende visies die partijen hebben ten aanzien van de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden in de AWBZ-keten. Meer specifiek gaat het daarbij om de visie op de mate waarin het zorgkantoor proactief dient te bemiddelen voor haar cliënten en de bijbehorende mate van detail en volledigheid in de informatiebehoefte rond de AZR.

De belangrijkste bevindingen uit het onderzoek naar de AZR zijn als volgt.

I. AZR-doelstellingen worden gedeeltelijk gerealiseerd

Sinds de implementatie van de eerste versie van AZR dient deze verschillende doelen. Bij de ontwikkelingen en implementatie van AZR 1.0 betrof dit doelstellingen vanuit beleidsoverwegingen. In latere releases zijn hier doelen bijgekomen, die deels zijn ontstaan vanuit de keten zelf. Een aantal doelstellingen lijkt aan de AZR te zijn gekoppeld, simpelweg 'omdat het kan met AZR'.



Er is een beperkt aantal hoofddoelstellingen die betrokken partijen onderkennen. De mate waarin deze gerealiseerd worden, en de doelmatigheid waarmee dit gebeurt, varieert.

Initiële doelstellingen (AZR 1.0)

1. Wachlijstinformatie op landelijk niveau

Deze doelstelling, die in 2000 de oorspronkelijke aanleiding is geweest voor de ontwikkeling van de AZR, is tot op heden gedeeltelijk gerealiseerd. Er is wachtlijst-informatie gegenereerd op landelijk niveau, echter de betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de gegevens is onvoldoende en verschillende partijen geven aan deze informatie nog nooit daadwerkelijk gezien te hebben.

2. Efficiëntere processen van indicatiestelling, zorgtoewijzing en -levering door digitale gegevensuitwisseling

In eerste versie van AZR (AZR 1.0) is digitale uitwisseling van indicatie- en toewijzingsberichten gerealiseerd. De betrokken partijen geven aan hier tevreden mee te zijn. De voornaamste toegevoegde waarde zit in de snelheid waarmee indicaties bekend zijn bij zorgkantoor en zorgaanbieder.

In latere releases zijn berichten toegevoegd (MAZ, MUT, MEZ¹) om de cliënt te kunnen volgen in het proces van indicatie tot en met einde zorg. De implementatie hiervan is gerealiseerd: berichten worden verstuurd en zorgkantoren hebben hierdoor informatie over de status van cliënten. Partijen plaatsen evenwel kritische kanttekeningen bij de complexiteit en administratieve belasting die de invoering van deze berichten heeft veroorzaakt en de betrouwbaarheid van informatie in de systemen.

Doelstellingen die later zijn toegevoegd

1. Geautomatiseerde gegevensuitwisseling t.b.v. eigen bijdrage

In 2007 is het CAK aangesloten op de keten, zodat geautomatiseerde gegevensuitwisseling t.b.v. de vaststelling van de Eigen Bijdrage (EB) mogelijk werd. Dit is tot op heden gedeeltelijk succesvol gerealiseerd. De gegevensuitwisseling werkt wel, maar verloopt niet doelmatig als gevolg van slechte gegevenskwaliteit en verschillen tussen het AZR-proces en het EB-proces.

2. Digitale declaraties van zorgaanbieder richting zorgkantoor

Om de declaratie op cliëtniveau te faciliteren, is een geautomatiseerd declaratiebericht ingevoerd (AW319). Het declareren via digitale gegevensuitwisseling is nu technisch mogelijk. De kwaliteit van gegevens in AZR en strenge controle-eisen zorgen evenwel voor problemen.

II. De AZR biedt op een aantal punten toegevoegde waarde

De toegevoegde waarde die AZR biedt, die deels ligt in het (gedeeltelijk) realiseren van bovengenoemde doelstellingen, wordt vaak ondergesneeuwd door de kritische opinie ten aanzien van de tekortkomingen van het systeem. Betrokkenen noemen evenwel ook een aantal sterke punten van de AZR, waarvan dit de belangrijkste zijn:

1. Snelle, digitale en eenduidige communicatie van indicatieberichten

Via AZR vindt de communicatie van indicatieberichten van CIZ naar zorgkantoor en zorgaanbieder versneld en eenduidiger plaats.

2. Cliënt in zicht gedurende het zorgproces

Het AZR-systeem zorgt ervoor dat betrokken partijen inzicht kunnen hebben in waar de cliënt zich in het zorgproces bevindt. De betrouwbaarheid van dit inzicht wordt echter door een deel van de partijen als onvoldoende ervaren.

3. AZR als aanjager voor procesherontwerp en automatisering in de sector.

De invoering van AZR heeft partijen aangezet tot het verder ontwikkelen van hun administratieve processen. Tevens heeft een grote automatiseringsslag

¹ Zie bijlage 5 voor een overzicht van de gebruikte afkortingen.



plaatsgevonden in de langdurige zorg. De mate waarin de vernieuwingen ook geleid hebben tot het beter op orde krijgen van administraties verschilt echter per organisatie.

4. **Efficiënte, digitale declaratie van geleverde zorg²**

De digitale declaratie zorgt ervoor dat zorgkantoren direct inzicht hebben in (de kosten van) de geleverde zorg. Dit biedt hen de mogelijkheid om de hoge kosten die met AWBZ gemoeid zijn te monitoren en het (regio)budget te beheersen. Een pluspunt vergeleken met Zwz-zorg, waar declaraties met vertraging in beeld komen bij de zorgverzekeraars.

III. Tekortkomingen maken AZR niet doelmatig

Tekortkomingen in het ontwerp, de toepassing en de governance van AZR maken dat het systeem niet doelmatig is. Het realiseren van doelstellingen (I) en aanvullende toegevoegde waarde (II) vergt in de huidige situatie forse inspanningen van betrokken partijen.

1. Tekortkomingen in het ontwerp van AZR

1.1. **Zorgproces AZR sluit onvoldoende aan op de werkprocessen in de praktijk**

De AZR is een instrumentele weergave van het zorgproces dat in de wet- en regelgeving rond de AWBZ is beschreven. Dit zorgproces sluit niet altijd aan bij de wijze waarop zorg in de praktijk wordt geleverd (bijvoorbeeld dat een deel van de cliënten eerst bij de zorgaanbieder komt, in plaats van eerst bij CIZ). Dit leidt tot administratieve lasten om de AZR-registratie aan te laten sluiten bij de werkelijkheid.

1.2. **AZR is ingericht als estafettesysteem**

Binnen de instrumentele weergave van het zorgproces is gekozen voor een architectuur van een estafettesysteem. Door deze wijze van informatie-uitwisseling staat de betrouwbaarheid van die informatie onder druk. Het alsmear doorsturen van informatie zorgt voor een risico op het ontstaan van gegevensverschillen in de systemen van verschillende ketenpartijen. Met als gevolg administratieve lasten om de fouten op enig moment te corrigeren.

1.3. **Hoge mate van complexiteit en detail in het systeem**

In de verdere invulling van AZR is gekozen voor een systeem van processen, regels en standaarden wat door veel betrokkenen als te complex en te gedetailleerd wordt aangemerkt. Partijen wisselen veel gegevens uit, met een hoge mate van detail. Nut en noodzaak van berichten en velden zijn niet altijd duidelijk. Daarnaast is de techniek ingericht om uitzonderingen te faciliteren, wat het geheel ook voor gebruikelijke gevallen complex maakt. Deze complexiteit vertaalt zich in administratieve druk voor ketenpartijen en de noodzaak hoger geschoold personeel in te zetten.

1.4. **Rigiditeit in het gebruik van AZR en regels daarvoor**

Hoewel AZR is ingericht om verschillende uitzonderingssituaties te faciliteren, zorgen onvoorziene casussen toch voor grote administratieve belasting voor ketenpartijen. Dit doordat de AZR onvoldoende flexibel is om de afwijkende informatiebehoefte te faciliteren. Dit betekent dat veel contact nodig is over individuele gevallen en constante mutatie van gegevens in de AZR plaatsvindt.

2. Tekortkomingen in de toepassing van AZR

2.1. **Heterogeniteit in de keten**

(Beleids)regels rond de AZR zijn multi-interpretabel, wat ruimte biedt voor

² De digitale declaratie verloopt via bericht AW-319, en maakt geen onderdeel uit van AZR volgens de definities in het Handboek AZR. We nemen deze wel mee in de bredere scope van dit onderzoek.



diversiteit in de werkwijzen van zorgkantoren. Zorgaanbieders die met meerdere zorgkantoren werken hebben daar last van, doordat zij aan wisselende eisen moeten voldoen. Dit maakt hun administratieve processen inefficiënt.

2.2. **Controle in plaats van vertrouwen**

De overheersende opinie is dat er in het veld te veel gewerkt wordt op basis van controle op processen, in plaats van vertrouwen en sturing op uitkomsten. Dit komt bijvoorbeeld terug in de parallelle informatiestroom in de vorm van Excel-bestanden, waarmee AZR-gegevens buiten het systeem om worden gecontroleerd, en de (financiële) sturing op het tijdig aanleveren van MAZ- en MUT-berichten.

2.3. **Onvoldoende kwaliteit van de gegevens**

Partijen ondervinden problemen als gevolg van slechte kwaliteit van gegevens die via AZR wordt uitgewisseld. Dit wordt deels veroorzaakt door de inrichting van AZR als estafette-systeem, waarin verschillende administratieve waarheden ontstaan. Door zowel technische als menselijke fouten komt informatie niet of slechts gedeeltelijk door, of wordt deze niet of niet correct verwerkt. De invoering van het declaratiebericht, wat deels gebaseerd is op gegevens uit AZR, heeft een impuls gegeven aan kwaliteitsverbetering van de gegevens in AZR. Het heeft er echter ook toe geleid dat zorgaanbieders worden gestimuleerd gegevens van het zorgkantoor over te nemen, ook wanneer deze incorrect zijn.

3. **Tekortkomingen in de governance van AZR**

3.1. **Rol van VWS**

Het merendeel van de partijen geeft aan behoefte te hebben aan een strakkere regie en meer heldere rol van VWS. Men verwacht van VWS dat het een strategisch beleid voert dat leidt tot minder heterogeniteit en snellere besluitvorming. Het belangrijkste punt daarin is een meer eenduidige koers, waarin de relatie wordt gelegd tussen het langetermijnbeleid t.a.v. de LZ en de AZR en waarbij een duidelijke tijdslijn wordt gehanteerd. De uitvoering van dit beleid zou elders in het veld belegd moeten worden.

3.2. **Betrokkenheid zorgaanbieders in ontwikkeltraject**

Zorgaanbieders geven aan het gevoel te hebben onvoldoende en niet tijdig betrokken te zijn bij de ontwikkeling van AZR. Terwijl zij het belangrijkste deel van de registratie in AZR voor hun rekening nemen. Hierdoor is het moeilijk de aansluiting van AZR op hun primaire en administratieve processen te borgen. Tegelijkertijd dient opgemerkt te worden dat een deel van de zorgaanbieders vaak hun softwareleverancier naar voren schuift en zelf een afwachtende houding aanneemt.

3.3. **Doorlooptijd en veranderlijkheid in ontwikkeltraject**

Het beheermodel van de AZR, waarin veel verschillende partijen betrokken zijn bij de doorontwikkeling van het systeem, leidt volgens betrokkenen tot lange doorlooptijden voor het implementeren van een nieuwe release. Daarnaast zorgt de veranderlijkheid van standaarden en specificaties tot laat in het ontwikkeltraject voor een extra belasting van met name zorgkantoren, zorgaanbieders en hun softwareleveranciers.

De tekortkomingen leiden in de keten tot complexere en hogere administratieve belasting, complex ICT-beheer en een negatieve beleving van de AZR.

a. **Administratieve lasten**

Zorgaanbieders geven aan een zowel complexere als grotere administratie te moeten voeren. Er is steeds meer en hoger opgeleid administratief personeel nodig voor de AZR-registratie en het contact met zorgkantoren. Verschillen tussen het AZR-proces



en het EB-proces, problemen met gegevenskwaliteit en complexiteit van het systeem leiden ook bij CAK tot inefficiëntie.

b. **Complex ICT-beheer**

Door de stapeling van functionaliteiten en de snelle opeenvolging van veranderingen is het ICT-beheer complexer en daarmee ook duurder geworden voor ketenpartijen. Er is steeds meer capaciteit nodig voor het ontwikkelen en implementeren van software, het aanpassen van documentatie en het trainen van medewerkers.

c. **Benutting en beleving toegevoegde waarde AZR**

Zorgaanbieders hanteren de AZR op verschillende wijzen. Een deel van de aanbieders ervaart AZR puur als verantwoordingsmethode richting zorgkantoren en heeft een negatieve beleving van de AZR. Een ander deel gebruikt de gegevens uit AZR in haar bedrijfsvoering (bijv. om wachtlijsten te monitoren) en weet AZR zo te benutten. Dit beïnvloedt de perceptie van het succes van AZR bij die zorgaanbieders.

IV. AZR voldoet niet aan eisen die volgen uit toekomst-ontwikkelingen AWBZ

De AWBZ-zorg ziet zich in de nabije toekomst geconfronteerd met ontwikkelingen die een weerslag hebben op de informatievoorziening. De voornaamste zijn:

1. **Beleidsontwikkeling naar high-trust, high-penalty**

'Het net van AZR gaat steeds verder sluiten'. Terwijl de AZR steeds verder gaande controle en hogere mate van detailinzicht mogelijk maakt, is de beleidslijn ingezet richting 'high trust, high penalty'. Dit lijken tegenstrijdige bewegingen, waardoor vraagtekens geplaatst kunnen worden bij de mate waarin AZR op langere termijn past bij deze beweging in beleid.

2. **Overheveling AWBZ-zorg naar Wmo en Zvw**

Met de overheveling van delen van de AWBZ naar de Wmo (bijv. begeleiding) en Zvw (bijv. revalidatiezorg), wordt de AWBZ in de toekomst kleiner en neemt het belang van Wmo en Zvw in de langdurige zorg toe. Dit voedt de behoefte aan een integrale informatievoorziening in de langdurige zorg.

3. **Uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden door zorgverzekeraars**

Met de overgang van de uitvoering van AWBZ naar zorgverzekeraars, krijgen aanbieders in de toekomst met nog meer verschillende partijen te maken. Waar een aanbieder nu met slechts één of enkele zorgkantoren werkt, zal zij in de toekomst communiceren met vrijwel alle verzekeraars. Dit versterkt de noodzaak van meer uniformiteit, minder complexiteit en minder interpretatievrijheid.

V. Conclusies en aanbevelingen

Hoewel de doelstellingen van de AZR gedeeltelijk worden gerealiseerd en AZR de ketenpartijen op onderdelen toegevoegde waarde biedt, kent het systeem ook diverse tekortkomingen. Zowel in het ontwerp, als in de toepassing en de governance van de AZR. Langdurige en moeizame ontwikkeltrajecten en forse administratieve belasting van ketenpartijen zijn inmiddels kenmerkend voor AZR. De wijze waarop de AZR op dit moment gebruikt wordt om haar doelstellingen te bereiken, is onvoldoende doeltreffend en doelmatig.

In het licht van de toekomstige ontwikkelingen in de AWBZ en langdurige zorg versterkt deze diagnose. Er is sprake van een toenemende behoefte aan minder complexiteit, minder administratieve lasten en een meer integrale informatievoorziening (AWBZ, Wmo, Zvw). De ingezette beleidslijn van 'high-trust, high penalty' vraagt daarnaast om werkwijzen die minder worden gekenmerkt door controle en detailinzicht. Deze factoren maken dat de huidige AZR niet toekomstbestendig is.

Het onderzoek geeft aanleiding tot de volgende aanbevelingen, gericht op het komen tot het meer doeltreffend en doelmatig realiseren van de doelstellingen rond de informatievoorziening in de AWBZ.



1. Saneren van de huidige AZR systematiek

Het afschaffen van AZR 3.0 en ontwikkelen van 'iets geheel nieuws', is geen realistisch pad om te bewandelen. De huidige AZR systematiek dient grondig gesaneerd te worden. Sanering biedt 'best-of-both-worlds': behoudt het goede, en saneer het niet noodzakelijke.

Om deze sanering te realiseren, wordt aanbevolen om een taskforce AZR in te richten. Deze taskforce dient aan de slag te gaan met twee zaken:

a. Vaststellen kernbehoefte informatievoorziening AWBZ

De basis voor de sanering is het antwoord op de vraag: wat is de kernbehoefte ten aanzien van informatievoorziening in de AWBZ, uitgaande van de 'high trust, high penalty' beleidsvisie en de wijze waarop de zorg in de praktijk wordt geleverd?

Uit dit onderzoek komt slechts één systeembehoefte naar boven, die de toekomstige informatievoorziening zou moeten ondersteunen: verantwoording van geleverde zorg ten opzichte van geïndiceerde zorg.

Dit betekent:

- Dat er behoefte is aan informatie over (1) de indicatie en (2) de declaratie
- Dat inzicht in wachtlijstinformatie geen systeemfunctie dient

b. Bepalen kern toekomstige systematiek

De vervolgvraag is: wat zou de kern van de systematiek moeten worden, zodat op een doelmatige wijze invulling gegeven wordt aan de kernbehoeften van de informatievoorziening voor de AWBZ?

Het beantwoorden van deze vraag dient plaats te vinden binnen de volgende kaders:

- Optimale aansluiting bij de beleidslijn 'high trust, high penalty'
In plaats van procescontrole betekent dit sturing op resultaten: past de zorg die geleverd is binnen hetgeen geïndiceerd is?
- Een bredere blik naar de langdurige zorg
Dit betekent komen tot een zoveel mogelijk integrale registratie voor alle cliënten in de langdurige zorg. Het toewerken naar een registratie die toepasbaar is voor zowel AWBZ als Wmo heeft daarbij prioriteit, aangezien de Wmo (nog) geen integrale informatievoorziening kent.

De uitkomsten van dit onderzoek geven aanleiding tot de volgende aanpassingen ten opzichte van de huidige AZR-systematiek.

• Vereenvoudiging van de systematiek

- Berichtenset beperken tot dat wat noodzakelijk is voor sturing op resultaten. Dit betekent indicatie- en declaratieberichten behouden en overige berichten saneren.
- Reduceren van de mate van detail waarin zorg wordt geïndiceerd en toegewezen, met als doel het beperken van de uitval van declaraties en daarmee het verminderen van administratieve lasten.

• Beter aansluiting bij werkprocessen in de praktijk

- De verplichte volgordelijkheid van indicatie- en declaratieberichten loslaten
- Vast te leggen informatie beperken tot hetgeen noodzakelijk is voor ondersteuning van de primaire werkprocessen. Dit betekent vereenvoudiging van de berichtinhoud (schrappen van verplichte en/of optionele velden).

• Creëren van één administratieve werkelijkheid

- Naar een architectuur die de gegevenskwaliteit beter waarborgt: het creëren van één



administratieve werkelijkheid, met scherpe afspraken (en bewaking) t.a.v. welke partij verantwoordelijk is voor welke gegevens.

- Nader onderzoek moet uitwijzen welke technische oplossing hier het meest geschikt voor is (centrale database, schakelpunt, ...)
- Bij de keuze voor een oplossingsrichting dient rekening gehouden te worden met de terugverdientijd van de investering. Een forse investering vraagt om koersvastheid voor een langere termijn.

De vernieuwde systematiek dient omgeven te worden door een heldere governance. Er dient een strakkere regierol gevoerd te worden, voornamelijk in het ontwikkeltraject. Van het ministerie van VWS wordt daarnaast systeemregie verwacht, op basis van een duidelijke langetermijnvisie op de AWBZ en de informatievoorziening daarbinnen.

Om deze aanpassingen te kunnen realiseren, is o.a. medewerking van zorgkantoren en zorgverzekeraars noodzakelijk. Ook zullen wellicht (beleids)regels dienen te worden aangepast. De samenstelling van de taskforce AZR zal dan ook afdoende hierop afgestemd moeten zijn.

2: Ondersteunen ketenpartijen in efficiënte implementatie en toepassing

Naast de sanering van de systematiek, is het van belang dat ketenpartijen goed ondersteund worden in het implementeren en gebruiken van de herijkte systematiek. Er is behoefte aan betere ondersteuning van zorgaanbieders, bijvoorbeeld door het delen van 'best practices' en het bieden van ondersteuning (bijv. via e-learning) bij het verbeteren van administratieve processen.

Overwegingen

- Een saneringsslag zou direct na invoering van AZR 3.0 kunnen starten. Met een voortvarend tijdspad kunnen de eerste maatregelen al per 1-1-2012 ingaan.
- Saneren van AZR naar een kern van indicaties en declaraties creëert een basis voor een sectoroverstijgende infrastructuur. Het principe van indicatie (of diagnose) en declaratie is immers ook geldig in de Wmo en Zvw zorg.
- Bij het doorvoeren van toekomstige veranderingen in de informatievoorziening dient rekening gehouden te worden met de verandercapaciteit van de sector. De afgelopen jaren hebben de verbeterlagen in de AZR, en ook andere initiatieven zoals de invoering van ZZP's, een grote implementatie-inspanning gevraagd van de sector. Daarnaast staan er reeds een aantal ontwikkelingen gepland (bijv. uitvoering AWBZ van zorgkantoor naar zorgverzekeraar) die opnieuw aanspraak maken op de verandercapaciteit van de sector.



1. Inleiding

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van het onderzoek naar de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Dit onderzoek is in de periode april - juli 2011 uitgevoerd door Plexus, in opdracht van het ministerie van VWS.

Aanleiding voor het onderzoek

De aanleiding voor dit onderzoek is tweeledig. Ten eerste is er de kritische opinie die VWS herhaaldelijk bereikt over de AZR. Verschillende zorgaanbieder geven onafhankelijk van elkaar en bij meerdere gelegenheden aan dat, hoewel de achterliggende gedachte achter de AZR wordt onderschreven, de feitelijke werking van het systeem niet aansluit bij de doelstellingen.

De AZR is bedoeld om de keten van vraag en aanbod van AWBZ zorg zo te ondersteunen dat deze zo doelmatig mogelijk kan werken. Aanbieders kenschetsen de wijze waarop de AZR zich heeft ontwikkeld echter als complex en bureaucratisch. Om te kunnen acteren op deze opinie, is eerst een zoveel mogelijk objectief en onafhankelijk beeld noodzakelijk.

Ten tweede is er een toenemende behoefte om de informatie-infrastructuur van de langdurige zorg te beschouwen in het licht van de opgaven voor de toekomst. De zorgvraag neemt toe in omvang en zwaarte, terwijl zich op de arbeidsmarkt een majeur tekort aftekent en de eisen uit de samenleving toenemen. Het beleidsuitgangspunt is in toenemende mate het mogelijk maken van zorg-op-maat in eigen omgeving, wat vraagt om een sterk klant- en professional gerichte werkwijze. Bovendien zal voor een adequate informatievoorziening binnen de langdurige zorg de samenhang tussen de (nu nog) AWBZ-betaalde zorg en zorg die ten laste komt van Zvw en Wmo, moeten worden gelegd. Wat is er nodig om de AZR te laten evolueren tot een (onderdeel) van een informatie-infrastructuur voor zorg die de grenzen van de AWBZ overstijgt?

Het belang van dit onderzoek ligt daarom niet alleen in een analyse van verleden en heden, maar ook in de blik naar de toekomst.

Het onderzoek

De onderzoeksvragen beslaan een breed spectrum: achteruit- en vooruitkijkend; strategisch en operationeel. Een dergelijke scope is essentieel om adequaat grip te krijgen op de problematiek die hier speelt.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, is het onderzoek opgebouwd uit een combinatie van desk research en interviews met betrokken partijen (zie bijlage 6 voor een overzicht).



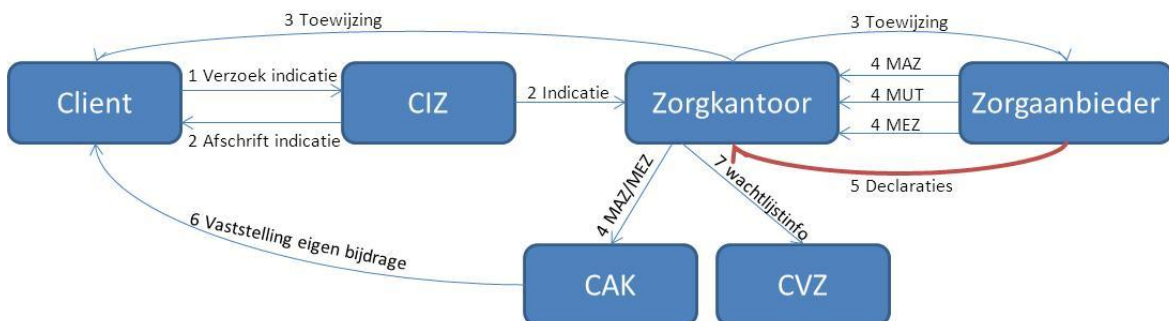
2. Achtergrond

2.1. Definitie AZR

De afkorting AZR staat voor AWBZ-brede zorgregistratie. Het is een systematiek gebaseerd op afspraken tussen de partijen die betrokken zijn bij AWBZ-zorg.

Dit onderzoek hanteert een brede definitie van AZR, zodat alle zaken die bijdragen aan feitelijke en gepercipieerde problemen in beeld komen. Deze definitie omvat alle berichtenverkeer, overige informatiestromen, procesafspraken, software, hardware en organisaties betrokken bij gegevensuitwisseling in de AWBZ.

Schematisch weergegeven worden de volgende gegevens uitgewisseld via AZR.



Gebaseerd op: Drs T. Oosterbaan: Governance van informatie-uitwisseling in de AWBZ

Bijlage 1 bevat een uitgebreidere omschrijving, inclusief toelichting op de informatiestromen in bovenstaande figuur.

2.2. Stakeholders

Bij de AZR is een groot aantal stakeholders betrokken. Deze voornaamste zijn:

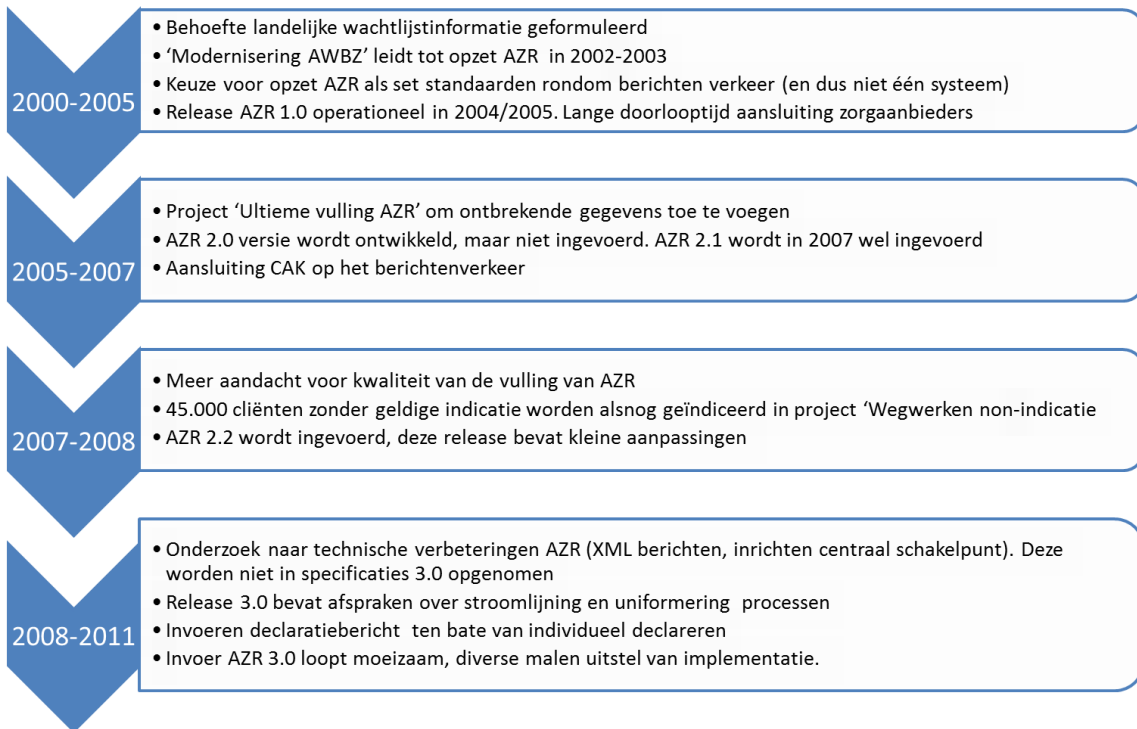
- **Beheer AZR:** Ministerie van VWS (strategisch) en CVZ (tactisch)
- **Ketenpartijen zorgproces:** CIZ, CAK, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en bijbehorende koepelorganisaties (o.a. ZN)
- **Ondersteuning:** Vecozo (schakelpunt), Vektis (berichtenstandaarden), softwareleveranciers
- **Monitoring:** NZa (toetsing rechtmatigheid en doelmatigheid)

Bijlage 2 bevat een uitgebreidere toelichting van de rol en belangen van de verschillende stakeholders.

2.3. Beleidsgeschiedenis & ontwikkeling functionaliteit

De oorspronkelijke aanleiding van de AZR is gelegen in de behoefte van de Tweede Kamer en het ministerie van VWS aan actuele wachtlijstgegevens met betrekking tot AWBZ-zorg. Beleid en doelstellingen ten aanzien van AZR, en in het spoor daarvan de AZR-functionaliteiten, zijn door de jaren heen geëvolueerd. Deze evolutie is op te delen in vier periodes, welke samenvallen met de release van nieuwe functionaliteiten in AZR.

Onderstaande figuur biedt een beknopt overzicht van deze 4 periodes. Een meer gedetailleerde beschrijving is opgenomen in bijlage 3.





3. AZR: Stand van zaken

3.1. Realisatie doelstellingen

In het vorige hoofdstuk is beschreven dat de ontwikkeling van functionaliteit binnen AZR grotendeels aansluit bij de doelstellingen rond AZR zoals die naar voren komen vanuit de beleidsgeschiedenis. De mate waarin de functionaliteit en de toepassing van AZR daadwerkelijk leiden tot het bereiken van die doelstellingen verschilt echter per doelstelling.

Bij het beschrijven van de doelstellingen rond AZR en de mate waarin zij bereikt worden, kan onderscheid gemaakt worden tussen initiële doelstellingen (welke zijn geformuleerd bij de start van AZR), en doelstellingen die aan AZR zijn toegevoegd (soms simpelweg 'omdat het kan met AZR').

De doeltreffendheid van AZR wordt als volgt beschreven door betrokken partijen.

Initiële doelstellingen (AZR 1.0):

- **Wachttijstinformatie op landelijk niveau**

Aan de doelstelling van landelijke wachttijstinformatie is invulling gegeven door het combineren van informatie over indicatiebesluiten en daadwerkelijk aangevangen zorg. Cliënten met indicatie maar zonder zorg worden hierbij als wachtend aangemerkt, ook wanneer zij vrijwillig wachten op zorg (bijvoorbeeld bij een zorgaanbieder van hun keuze). Hiermee is deze doelstelling tot op heden slechts gedeeltelijk gerealiseerd. Er is wachttijstinformatie beschikbaar op landelijk niveau, echter de betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de gegevens is onvoldoende en verschillende partijen geven aan deze informatie nog nooit daadwerkelijk gezien te hebben.

- **Efficiëntere processen van indicatiestelling, zorgtoewijzing en -levering door digitale gegevensuitwisseling**

In eerste instantie (AZR 1.0) werd alleen digitale uitwisseling van indicatieberichten gerealiseerd. De betrokken partijen geven aan hier op dit moment tevreden mee te zijn. De voornaamste toegevoegde waarde zit hierbij in de snelheid waarmee indicaties bekend zijn bij het zorgkantoor en de zorgaanbieder en de eenduidigheid die in de keten geldt ten aanzien van de geïndiceerde zorg.

In latere releases zijn aanvullende berichten toegevoegd (MAZ, MUT, MEZ³) om de cliënt te kunnen volgen in het proces van indicatie tot en met einde zorg. De implementatie hiervan is gerealiseerd: berichten worden verstuurd en zorgkantoren hebben hierdoor informatie over de status van cliënten. Partijen plaatsen evenwel kritische kanttekeningen bij de complexiteit en administratieve belasting die de invoering van deze berichten heeft veroorzaakt en de betrouwbaarheid van de informatie in het systeem.

Doelstellingen die later zijn toegevoegd:

- **Geautomatiseerde gegevensuitwisseling t.b.v. eigen bijdrage**

In 2007 is het CAK aangesloten op de keten, zodat geautomatiseerde gegevensuitwisseling t.b.v. de vaststelling van de Eigen Bijdrage (EB) mogelijk werd. Dit is tot op heden gedeeltelijk succesvol gerealiseerd. De gegevensuitwisseling werkt wel, maar verloopt niet doelmatig als gevolg van slechte gegevenskwaliteit en verschillen tussen AZR-proces en EB-proces.

³ Zie bijlage 5 voor een overzicht van de gebruikte afkortingen.



- **Digitale declaraties van zorgaanbieder richting zorgkantoor**

Om de declaratie op cliëntniveau te faciliteren, wordt een geautomatiseerd declaratiebericht ingevoerd (AW319). Het declareren via digitale gegevensuitwisseling is hiermee technisch mogelijk. De kwaliteit van gegevens in AZR en strenge controle-eisen rond de inhoud van de declaratie ten opzichte van de inhoud van indicatie en zorgtoewijzing zorgen echter voor problemen. Bij het beschouwen van deze problemen dient rekening gehouden te worden met het relatief vroege stadium waarin de invoering van het declaratiebericht zich nog bevindt (waardoor deze minder volwassen is dan AZR).

3.2. Toegevoegde waarde AZR

De toegevoegde waarde die AZR biedt, wordt vaak ondergesneeuwd door de kritische opinie ten aanzien van de tekortkomingen van het systeem. Betrokkenen noemen evenwel een aantal sterke punten van de AZR, waarvan dit de belangrijkste zijn:

1. **Snelle en eenduidige digitale communicatie van indicatieberichten**

Via de AZR vindt de communicatie over indicaties van het CIZ naar zorgkantoor en zorgaanbieder op snelle en eenduidige wijze plaats. De partijen geven aan dat dit hen inzicht geeft in de zorg waar cliënten recht op hebben en daarmee onduidelijkheid in het administratieve proces voorkomt.

2. **Cliënt in zicht gedurende het zorgproces**

De AZR-systematiek zorgt ervoor dat betrokken partijen inzicht hebben in waar de cliënt zich in het zorgproces bevindt. Door de systematiek is van vrijwel alle cliënten duidelijk welke indicatie zij hebben, of zij zorg ontvangen en welke zorg dat betreft. De betrouwbaarheid van dit inzicht wordt echter door een deel van de betrokkenen als onvoldoende ervaren.

3. **AZR als aanjager voor procesherontwerp en automatisering in de sector**

De invoering van AZR heeft partijen aangezet tot het verder ontwikkelen van hun administratieve processen. Tevens heeft een grote automatiseringsslag plaatsgevonden in de langdurige zorg. De mate waarin deze vernieuwingen geleid hebben tot het beter op orde krijgen van administraties verschilt echter per organisatie.

4. **Efficiënte, digitale declaratie van geleverde zorg⁴**

De digitale declaratie zorgt ervoor dat zorgkantoren direct inzicht hebben in (de kosten van) de geleverde zorg. Dit biedt hen betere mogelijkheden om de kosten die met de AWBZ gemoeid zijn, beter te beheersen.

3.3. Tekortkomingen AZR

Deze paragraaf beschrijft aan de hand van drie thema's de tekortkomingen van AZR die door ketenpartijen genoemd worden:

1. Governance rond de AZR
2. Ontwerp van de AZR
3. Gebruik van de AZR in de praktijk

3.3.1. Governance rond de AZR

De tekortkomingen bij de governance rond de AZR kunnen getypeerd worden op drie niveaus: strategisch, tactisch en operationeel. Een uitgebreidere toelichting van de governance

⁴ De digitale declaratie verloopt via bericht AW-319, en maakt geen onderdeel uit van AZR volgens de definities in het Handboek AZR. We nemen deze wel mee in de bredere scope van dit onderzoek.



structuur is opgenomen als bijlage 4. De voornaamste tekortkomingen hierin zijn de volgende.

1. **Onvoldoende strakke regie door VWS**

Uit gesprekken met betrokkenen blijkt dat er behoefte is aan een strakkere regierol die onder andere is gericht op het 'afdwingen' van meer uniformiteit in de ontwikkeling en toepassing van AZR. Daarnaast geven betrokkenen aan dat meer langetermijnvisie op de AWBZ en AZR vanuit VWS wenselijk is. Partijen dichten VWS daarmee een systeemregierol toe. De langetermijnvisie vanuit VWS moet leiden tot een duidelijker beeld van waar AZR naartoe beweegt, en tot minder frequente aanpassingen van de systematiek.

2. **Onvoldoende betrokkenheid zorgaanbieders in ontwikkeltraject**

Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat zij zich vertegenwoordigd voelen door hun softwareleverancier en zelf niet direct betrokken hoeven te worden bij het ontwikkeltraject van de AZR. De overheersende opinie is echter dat zorgaanbieders te weinig en/of te laat betrokken worden bij de ontwikkelingen.

3. **Lange doorlooptijd en hoge mate van veranderlijkheid in ontwikkeltraject**

Het beheermodel van de AZR, waarin veel verschillende partijen betrokken zijn bij de ontwikkeling van de systematiek, leidt volgens betrokkenen tot lange doorlooptijden voor het implementeren van een nieuwe release. Daarnaast zorgt de veranderlijkheid van standaarden en specificaties tot laat in het ontwikkeltraject voor een extra belasting van met name zorgkantoren, zorgaanbieders en hun softwareleveranciers.

De lange doorlooptijden worden veroorzaakt door twee zaken die hier samenkomen. Ten eerste de verschillen in opvattingen of visie op de AWBZ – en in het verlengde daarvan de AZR – van de betrokken stakeholders en ten tweede de concensusgerichte besluitvorming.

Het verschil in opvattingen is eerder treffend verwoord in een studie 'De governance van de informatieuitwisseling in de AWBZ' (Oosterbaan, 2009). Daarin wordt geconstateerd dat er sprake is van verschillende 'frames' met opvattingen van de stakeholders, die niet congruent zijn. In de interviews die voor dit onderzoek zijn gehouden, werd dit het meest duidelijk in de gesprekken met de zorgkantoren. Binnen deze groep respondenten zijn op hoofdlijnen twee scholen te onderkennen, die met name verschillen in de invulling van hun bemiddelende rol.



Twee visies t.a.v. bemiddelende rol zorgkantoor

a. Proactieve bemiddeling

Het zorgkantoor beschouwt het bemiddelen van de cliënt als een kerntaak, waarin zij een leidende, proactieve rol pakt richting cliënten die op een wachtlijst staan. Om deze taak te kunnen vervullen, is gedetailleerde over cliënten nodig (bijv. wachtlijststatussen).

'Wij willen ons onderscheiden [...] door zo veel mogelijk service te verlenen aan de burgers. [...] Daarvoor willen we vooraf zoveel mogelijk informatie hebben. Dit is nodig om mensen goed te kunnen informeren en te kunnen adviseren.' - Zorgkantoor

b. Reactieve bemiddeling

Efficiënte bemiddeling en afhandeling van de declaraties zijn belangrijk. De aanbieder heeft de voornaamste taak bij de bemiddeling, het zorgkantoor een aanvullende. De bemiddelende rol wordt meer reactief ingevuld.

'Je kan je afvragen, als je de hoeveelheid uitgewisselde berichten af zet tegen het 'doelproces', het aantal te plaatsen moeilijk bemiddelbare cliënten, ben je dan nog wel goed bezig? Dit is nog nooit berekend, maar er worden daarvoor wel érg veel berichten uitgewisseld.' - Zorgkantoor

'Het berichtenverkeer is opgezet voor 10% van de klanten die moeilijk bemiddelbaar is, daar is nu een heel circus voor opgezet.[...] Het detailniveau van informatie moet omlaag, verzekeraars zitten helemaal niet te wachten op zoveel informatie.' - Zorgaanbieder

'Overplaatsingen intern zorgen voor 6 tot 8 berichten. Dat is te veel, en als er iets fout gaat, dan ligt per definitie de bewijslast bij zorgaanbieder' - Zorgaanbieder

Doordat de opvattingen over de doelstellingen van de AZR bij de diverse actoren uiteenlopen is het bereiken van consensus een langdurig proces.

Daarnaast zorgt de veranderlijkheid van standaarden en specificaties tot laat in het ontwikkeltraject voor een extra belasting van met name zorgkantoren, zorgaanbieders en hun softwareleveranciers. In het ontwikkeltraject van AZR 3.0 werd een uitstel van de oplevering ook benut om wijzigingen door te voeren in de specificaties. De facto werden er dus zaken toegevoegd aan een reeds vastgesteld en bevroren functioneel ontwerp. Dit introduceerde nieuwe risico's en testtrajecten voor de softwareleveranciers en gebruikers.

3.3.2. Ontwerp van de AZR

De wijze waarop de AZR is vormgegeven zorgt voor praktische problemen bij het gebruik ervan door zorgaanbieders. Rond de knelpunten die zij hebben aangegeven zijn een aantal belangrijke oorzaken te onderscheiden:

1. Het zorgproces gebaseerd op wet- en regelgeving AWBZ sluit niet aan op werkprocessen in de praktijk

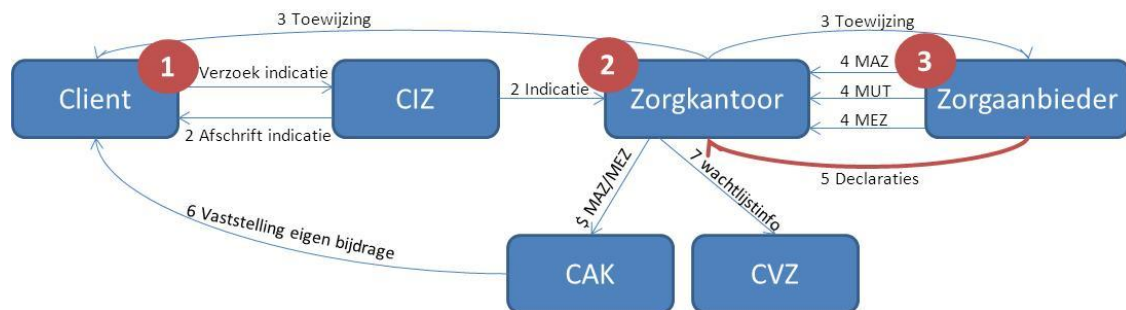
Het zorgproces dat in de wet- en regelgeving rond de AWBZ is beschreven, is op instrumentele wijze vertaald naar de AZR. Dit proces kent een volgtijdelijkheid tussen het aanvragen van de indicatie bij het CIZ, de bemiddeling naar een zorgaanbieder door het zorgkantoor en het daadwerkelijk leveren van de zorg door die zorgaanbieder. In de praktijk wordt zorg echter niet altijd volgens dat proces geleverd. Veel zorgaanbieders geven aan dat cliënten zich bij hen melden met een zorgvraag en dat pas daarna het administratieve proces van indicatie en zorgtoewijzing in gang wordt gezet.

Doordat het proces in de AZR vaak niet aansluit op dat in de praktijk, worden zorgaanbieders geconfronteerd met administratieve lasten om die (administratieve) aansluiting alsnog te realiseren. Dit houdt bijvoorbeeld in dat met terugwerkende kracht⁵ een indicatie aangevraagd moet worden omdat de zorgaanbieder al begonnen is de zorg

⁵ Met terugwerkende kracht is niet mogelijk in de GZ en GGZ.



te leveren. Of dat een reeds afgegeven indicatie pas later geldig wordt dan de zorg daadwerkelijk is aangevangen en daardoor gewijzigd moet worden.



Voorbeelden van een 'afwijkende' praktijk kunnen zich o.a. op 3 plekken voor doen:

- 1) De cliënt start het proces niet door bij het CIZ een indicatie aan te vragen, maar heeft direct al contact met de aanbieder van voorkeur voor urgente zorg. Het administratieve proces volgt hierop
- 2) Het zorgkantoor ontvangt een nieuw indicatieverzoek voor parallele zorg bij een andere aanbieder dan de huidige zorgaanbieder. De voorgaande indicatie wordt ongeldig en de eerste zorgaanbieder ontdekt dit pas achteraf.
- 3) Een cliënt wisselt van zorg binnen een zorgaanbieder of heeft achteraf andere ideeën over de voorkeurszorg. De instelling kan hier direct en goed aan voldoen, toch moet er een wijziging van de indicatiestelling worden aangevraagd. Ook start- en stopdatums van de zorg die net iets afwijken van de datum op de indicatiestelling, bijvoorbeeld door vakanties, maken het noodzakelijk om de indicatie te wijzigen.

"Als het voor de cliënt nodig is, starten wij gewoon met zorg leveren. We laten ons niet tegenhouden door de inrichting van het systeem!" – Zorgaanbieder,

2. De AZR is ingericht als estafettesysteem

Binnen het instrumentele zorgproces van de AZR is gekozen voor een architectuur in de vorm van een estafettesysteem. Hiermee wordt bedoeld op de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld in de keten: er is geen centrale opslag van gegevens, ketenpartijen sturen elkaar berichten met gedeeltelijk nieuwe informatie. Een voorbeeld hiervan is het indicatiebesluit, dat van het CIZ naar het zorgkantoor wordt gestuurd. Het zorgkantoor stuurt de informatie, tezamen met een zorgtoewijzing, vervolgens weer door naar de zorgaanbieder.

Met de ingericht als estafettesysteem, is feitelijk een proces vastgelegd. Terwijl processen door de tijd veranderen. De toekomstvastheid van een dergelijk systeem is daarmee onzeker.

De binnen AZR gehanteerde wijze van informatieoverdracht kan daarnaast een nadelig effect hebben op de betrouwbaarheid van informatie. Doordat gegevens steeds worden doorgestuurd ontstaat het risico dat hiervan verschillende versies circuleren zonder dat duidelijk is wat de juiste versie is. Dit leidt tot administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgkantoren doordat informatie buiten AZR geverifieerd moet worden en zo nodig gecorrigeerd moet worden in AZR.

3. De AZR kent een hoge mate van complexiteit

Het stelsel van processen, regels en standaarden dat tezamen de AZR vormt, wordt door veel betrokkenen als te complex aangemerkt. De hoeveelheid en het detailniveau van



de informatie die wordt uitgewisseld tussen ketenpartijen is groot. Als voorbeeld hierbij noemen zorgaanbieders het onderscheid tussen overbruggingszorg en alternatieve zorg dat gemaakt wordt, maar op dagelijkse basis kan veranderen en dan middels MUT-berichten steeds aan het zorgkantoor zou moeten worden doorgegeven. Daarnaast zijn het nut en de noodzaak van berichten of velden binnen berichten voor de partijen niet altijd duidelijk. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om MAZ- en MUT-berichten, waarvan zorgaanbieders aangeven dat die hun werkprocessen niet ondersteunen en alleen tijd kosten. Ook heerst het gevoel dat de AZR is ingericht om uitzonderingen te faciliteren door extra velden, statussen en categorieën in het leven te roepen. Door de hoge mate van complexiteit en het hoge detailniveau worden zowel zorgkantoren als zorgaanbieders geconfronteerd met een hogere en complexere administratieve belasting. Dit uit zich in de noodzaak meer en hoger geschoold administratief personeel in te zetten. Grote organisaties zijn eerder in staat op deze kennis op peil te houden. Kleinere zorgaanbieders zijn voor kennis vaker aangewezen op het zorgkantoor en de softwareleverancier.

Voorbeeld: de wijze waarop toeslagen bij vervoer nu moeten worden vastgelegd heeft er bij één aanbieder toe geleid dat deze een stroomschema van meerdere pagina's nodig heeft om te bepalen welke van de 15 codes voor 'vervoer' moet worden ingevuld om dit ook werkelijk bekostigd te krijgen.

4. **Rigiditeit in het gebruik van AZR en regels daarvoor**

Hoewel ketenpartijen het idee hebben dat de AZR is ingericht om verschillende uitzonderingssituaties te faciliteren, leiden complexe gevallen of onverwachte situaties tot problemen wanneer zij in AZR geregistreerd moeten worden. Dit heeft te maken met de rigiditeit die de AZR kent en die van de regels die daarbij gehanteerd worden door zorgkantoren.

Zorgaanbieders geven aan dat er een structurele hoeveelheid cliënten is (10-15% van de indicaties) wiens situatie niet (direct) binnen de structuren van de AZR valt. Aanbieders besteden veel tijd aan de registratie van deze gevallen doordat de casussen op individueel niveau met het zorgkantoor moeten worden doorgesproken alvorens ze in de AZR kunnen worden vastgelegd. Het gaat dan bijvoorbeeld om welke zorgsoort op welke manier vastgelegd moet worden in AZR, terwijl zorgkantoor en zorgaanbieder beiden weten dat de cliënt op een juiste wijze en in lijn met de indicatie wordt geholpen.

'Wij zijn nu bezig met declareren via de AW319: Er zijn 20 klanten die 'uitvallen' omdat er iets niet goed staat bij het zorgkantoor in 2006! Daar zit nu iemand op die 6 uur per week met oplossing bezig is voor dit soort problemen.' - Zorgaanbieder

3.3.3. **Gebruik van de AZR in de praktijk**

Ook op het gebied van het praktische gebruik van de AZR komen tekortkomingen aan het licht. Deze tekortkomingen, waarvan de drie voornaamste hieronder worden beschreven, veroorzaken administratieve lasten bij de betrokken ketenpartijen.

1. **Heterogeniteit in de keten**

(Beleids)regels die deel uitmaken van de systematiek van de AZR blijken in de praktijk op meerdere manieren te interpreteren. Dit leidt ertoe dat verschillende zorgkantoren – met name van verschillende concessiehouders – er verschillende werkwijzen op nahouden. Het gaat dan bijvoorbeeld om hoe omgegaan wordt met het leveren van sectorvreemde zorg door zorgaanbieders; mogen zij dit zonder overleg doen of wordt dan anders geïndiceerd? Ook hanteren zorgkantoren verschillende eisen met betrekking tot het tijdig aanleveren van berichten zoals MAZ- en MUT-berichten.



Voor zorgaanbieders die met meerdere zorgkantoren samenwerken, leidt deze heterogeniteit tot extra administratieve belasting doordat zij deze heterogene behoeften moeten vertalen in hun administratieve proces. Dit gaat ten koste van de efficiëntie van de administratie. Aanbieders moeten daarnaast vaker overleg voeren met zorgkantoren over hoe om te gaan met individuele gevallen. Aanbieders met een relatief homogeen productenaanbod en met maar één zorgkantoor hebben hier weinig last. Voor organisaties met een groter verspreidingsgebied en aanbod is dit een groot probleem

'Wij hebben wel 3 zorgkantoren met verschillende normen.' - Zorgaanbieder

'Zorgkantoren gaan verschillend om met toewijzing zorg en wijziging tussen overbruggingszorg en alternatieve zorg. Het ene zorgkantoor is heel strikt, het andere geeft meer ruimte voor overleg over situaties. Het gaat hierbij om de interpretatie van beleidsregels. Er is vooral behoefte aan duidelijkheid daarover.' - Zorgaanbieder

De administratieve complexiteit beïnvloedt soms zelfs de strategie van aanbieders.

'Voor ons is dit de aanleiding om focus te houden op één regio.' - Zorgaanbieder

2. **Controle in plaats van vertrouwen**

In het veld bestaat de overheersende opinie dat rond de AZR teveel gewerkt wordt op basis van controle op processen in plaats van vertrouwen en sturing op uitkomsten. Dit vertaalt zich bijvoorbeeld in de noodzaak berichten binnen gestelde termijnen aan te leveren en de (financiële) sturing daarop. Ook bestaat in sommige gevallen een parallelle informatiestroom naast AZR, waarin aan de hand van Excel-lijsten de informatie in AZR gecontroleerd moet worden door zorgaanbieders.

Voor zorgaanbieders leidt deze nadruk op procescontrole, die door vrijwel alle zorgaanbieders genoemd wordt, tot administratieve lasten. Doordat er financiële sancties worden gekoppeld aan procescontroles worden zij gedwongen hierin mee te gaan. Dit betekent dat zij administratieve capaciteit moeten vrijmaken voor die procescontroles, vaak ten koste van administratieve ondersteuning van het cliëntproces zelf.

3. **Onvoldoende kwaliteit van gegevens**

De eerder benoemde tekortkomingen in het ontwerp van AZR, resulteren in de praktijk in problemen op het gebied van de gegevenskwaliteit binnen AZR. Hieraan liggen zowel technische als menselijke redenen ten grondslag. Enerzijds wordt dezelfde informatie steeds rondgestuurd en soms slechts gedeeltelijk verwerkt of 'lokaal' gemuteerd, waardoor verschillende versies van de werkelijkheid kunnen bestaan. Deze komen op een later moment in het proces met elkaar in conflict. Een voorbeeld hiervan zijn niet kloppende BSN nummers die bij het opstellen van de indicatiestelling zijn ingevoerd. Omdat CIZ geen BSN check hoeft uit te voeren en de zorgaanbieders wel, kan dit later in de keten tot problemen leiden.

Anderzijds worden zorgaanbieders vanwege controleregels gestimuleerd gegevens over te nemen van zorgkantoren, ook wanneer deze incorrect zijn. Wanneer gegevens immers afwijken van het zorgkantoor, geeft dit problemen bij de declaratie. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om adresgegevens of startdatum van zorg.

4. **AGB codes compliceren gebruik AZR**

De huidige opzet van de AGB codes wordt door alle partijen gezien als een belemmering voor het goed functioneren van de AZR en als een bron van administratieve last.



Voor dezelfde geografische locatie zijn meerdere codes in omloop die verschillen naar type verstrekking, maar ook tussen zorgkantoren. Vooral grotere aanbieders raken verstrikt in de verschillende codes, wat tot veel werk of uitval van berichten leidt.

'Onze organisatie werkt met 18 verschillende AGB codes voor 4 zorgkantoren. Dit luistert ontzettend nauw. Een indicatie naar binnen halen en goed verwerken kost al snel 30 minuten, verhuizingen soms een uur.' - Zorgaanbieder

Één van de gesproken zorgaanbieders zag hieraan ook een positieve kant. De AGB code die met de indicatiestelling mee komt geeft vrij precies aan 'waar een cliënt voor kiest': het is voor de aanbieder sneller duidelijk voor welk onderdeel van de organisatie de cliënt een voorkeur heeft. Dit organisatieonderdeel wordt namelijk specifiek aangeduid middels de unieke AGB-code. Als dit een generieke code wordt, dan moet je hierover contact opnemen.

Bij de praktische uitvoering van het hoofd- en onderaannemerschap zijn zorgaanbieders onderling afhankelijk van het bijstellen van indicaties en het regelen van bijvoorbeeld onderlinge verrekeningen. Zij geven aan hier in deze gevallen veel tijd aan kwijt te zijn, en ook niet altijd bij machte te zijn om de andere zorgaanbieder mee te laten werken.

3.3.4. Gevolgen van de tekortkomingen van AZR

De tekortkomingen van de AZR hebben een aantal praktische gevolgen voor ketenpartijen. Hieronder worden de belangrijkste gevolgen uiteengezet.

1. Administratieve lasten

Het gevolg dat in dit onderzoek het duidelijkst naar voren komt, is de toename van administratieve lasten waarmee met name zorgaanbieders rond de AZR geconfronteerd worden. Factoren als een complexe informatiebehoefte, verschillen in het beleid van zorgkantoren en onvoldoende kwaliteit van gegevens in de systemen leiden bij zorgaanbieders tot forse administratieve lasten⁶. Dit betekent immers dat aanbieders gedetailleerde gegevens van cliënten moeten vastleggen en muteren, dat ze moeten voldoen aan verschillende informatiebehoeften van zorgkantoren en dat zij foutieve en missende informatie in de AZR moeten corrigeren en aanvullen.

Naast een hogere administratieve belasting is ook sprake van meer complexiteit in het administratieve proces. Door de complexiteit van de AZR en de wijze waarop afwijkende situaties in overleg met zorgkantoren in de systemen worden verwerkt, geven veel zorgaanbieders aan niet alleen meer administratief personeel, maar ook hoger geschoold administratief personeel in te moeten zetten.

In de praktijk blijkt het voor zorgaanbieders moeilijk aan te geven hoeveel administratieve capaciteit voor rekening van de AZR komt. De zorgaanbieders die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, gaven aantallen variërend van ca. 0,6 tot 3,5 FTE administratief personeel per 1000 cliënten. Eén zorgaanbieder gaf aan 2 FTE administratief personeel te hebben voor alleen het verwerken van nieuwe en gewijzigde indicaties.

Uitgaande van 600.000 cliënten in de AWBZ, en 0,6 – 3,5 FTE per 1000 cliënten kunnen de totale administratieve lasten voor zorgaanbieders in Nederland geëxtrapoleerd worden tot 360 – 2100 FTE.

⁶ Ook de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en CAK inzake extramurale zorg – welke plaatsvindt buiten AZR – leidt tot administratieve lasten. Dit onderzoek is hier niet verder op ingegaan.



2. **Grote hoeveelheid uitgewisselde gegevens**

Een tweede gevolg van de tekortkomingen van de AZR is de grote hoeveelheid informatie die tussen ketenpartijen wordt uitgewisseld. Dit komt allereerst door de uitgebreide functionaliteit en complexiteit die de systematiek in de loop der jaren heeft ontwikkeld. Bij die ontwikkeling zijn verschillende nieuwe berichten geïntroduceerd die tijdens het zorgproces door zorgkantoren en zorgaanbieders verstuurd worden (MAZ, MUT, MEZ). Daarnaast zorgt de inrichting van de AZR als estafettesysteem ervoor dat dezelfde informatie steeds tussen de verschillende ketenpartijen wordt rondgestuurd, ook wanneer zij die informatie al hebben. Ook leiden aanvullende administratieve handelingen tot het sturen van extra berichten, bijvoorbeeld wanneer de informatie in AZR achteraf moet worden aangepast aan de situatie in de praktijk, of wanneer foutieve informatie in AZR wordt gecorrigeerd.

De grote hoeveelheid gegevens leidt onder andere tot een risico op verschillen in gegevens bij verschillende partijen.

In de eerste 20 weken van 2011 werden voor de op dat moment op het VECOZO Schakelpunt (VSP) aangesloten zorgkantoren en zorgaanbieders de volgende aantallen berichten verstuurd:

- Zorgkantoor: ca. 1.800 indicaties en ruim 124.000 zorgtoewijzingen
- Zorgaanbieders: ca. 68.000 MAZ-berichten en ruim 49.000 MUT-berichten

3. **Complex ICT-beheer**

Het ICT-beheer is voor met name zorgkantoren en zorgaanbieders steeds complexer en daarmee ook duurder geworden. De belangrijkste reden hiervoor is de constante veranderingen die de AZR doormaakt. De snelle opvolging van veranderingen, nieuwe releases en onderhoud rond de AZR vergen een grote inspanning van ICT-afdelingen om software aan te passen en te implementeren, het aanpassen van documentatie en het trainen van medewerkers. Hierdoor hebben ICT-afdelingen meer capaciteit nodig en wordt van organisaties constante energie gevraagd om veranderingen te internaliseren.

"Eerst hadden we 1 FTE applicatiebeheer. Nu is dat 2 FTE applicatiebeheer, 2 FTE voor rapportages, een projectleider en continu externe inhuur van de softwareleverancier." – Zorgaanbieder

4. **Wisselende benutting en beleving toegevoegde waarde AZR**

Een vierde gevolg van de tekortkomingen van de AZR is de negatieve beleving en daardoor suboptimale benutting van de AZR door zorgaanbieders. Tijdens gesprekken met aanbieders kwam naar voren dat zij verschillend naar de AZR kijken en de AZR ook op verschillende wijze in hun organisatie hebben geïntegreerd. Een groep zorgaanbieders ziet de AZR voornamelijk als verantwoordingsmethode richting het zorgkantoor. Zij zien de administratieve belasting die met AZR gepaard gaat vooral als een (overbodige) last. Een tweede groep zorgaanbieders maakt meer gebruik van de AZR in haar eigen bedrijfsvoering, bijvoorbeeld om ook eigen wachtlijsten inzichtelijk te maken. Op die manier weten zij de AZR te benutten en zien zij de administratie die daarbij hoort niet direct als last. Dit verschil in benutting en beleving van de toegevoegde waarde van de AZR speelt een belangrijke rol bij de perceptie die zorgaanbieders hebben van de AZR.

"AZR is een kerstboom waarin kerstballen met details gehangen zijn. Het lijkt controle te geven, maar geeft alleen meer administratieve lasten en heeft geen draagvlak bij zorgaanbieders." – Zorgaanbieder

"AZR geeft houvast: inzicht in welke zorg is toegewezen, welke opdracht is er gegeven. Ook voor het intern toetsen van de productie: sluiten brondocumenten aan op daadwerkelijk geleverde zorg?" – Zorgaanbieder



4. AZR in het licht van toekomstige ontwikkelingen

De langdurige zorg (LZ) heeft de afgelopen jaren verschillende ontwikkelingen doorgemaakt, die impact hebben gehad op de informatievoorziening in de sector. De voornaamste hiervan zijn in eerdere hoofdstukken reeds genoemd.

Ook in de nabije toekomst staat de LZ een aantal ontwikkelingen te wachten. Dit rapport beperkt zich tot een toelichting op de ontwikkelingen die een weerslag zullen hebben op de informatiebehoefte en -voorziening in de sector.

4.1. Beleidsontwikkeling naar high-trust, high-penalty

Het beleid t.a.v. de AWBZ ontwikkelt zich momenteel in een richting die wordt omschreven als 'high trust, high penalty'. De kern hiervan is het (binnen kaders) bieden van decentrale vrijheid, verantwoordelijkheid en vertrouwen, welke wordt omgeven door een systematiek van sturing op basis van resultaten.

Met deze ontwikkeling vindt het beleid steeds meer aansluiting bij de wijze waarop zorg in praktijk geleverd wordt. Namelijk met als startpunt de cliënt en zorgaanbieder, die elkaar vinden op gebied van zorgbehoefte en zorgaanbod. De indicatiestelling vormt in die werkwijze niet stap 1, zoals in de huidige (beleids)regels rondom AWBZ zorg wel is vastgelegd. Zie paragraaf 3.3.2 voor verdere toelichting van de wijze waarop de huidige AZR inrichting afwijkt van de werkprocessen in praktijk.

De huidige AZR kan beschouwd worden als een instrumentele weergave van het zorgproces zoals dat is vastgelegd in die (beleids)regels rondom de AWBZ. Ze sluit daarmee niet geheel aan bij de wijze waarop zorg in de praktijk wordt geleverd. Daarbij ontwikkelt de AZR zich in een richting die gekenschetst wordt als 'het net gaat steeds verder sluiten' - een ontwikkeling die steeds verder gaande controle en hogere mate van detailinzicht mogelijk maakt

Dit lijken tegenstrijdige bewegingen, waardoor vraagtekens geplaatst kunnen worden bij de mate waarin AZR op langere termijn past bij de ingezette beleidsontwikkeling.

4.2. Overheveling AWBZ-zorg naar Wmo en Zvw

VWS is voornemens een deel van de huidige AWBZ-zorg in de toekomst over te hevelen naar de Wmo en Zvw. Dit betreft bijvoorbeeld extramurale begeleiding (naar Wmo) en revalidatiezorg (Zvw).

Het gevolg hiervan is dat de omvang van de zorg die via AWBZ gefinancierd wordt, in de toekomst kleiner wordt. Daarmee neemt het belang van AWBZ af, en het belang van Wmo en Zvw toe.

De overheveling betekent voor de informatievoorziening het volgende:

- Het kleiner worden van AWBZ zet de huidige administratieve lasten verder onder druk. De noodzaak voor een systematiek die leidt tot minder administratieve lasten wordt hierdoor versterkt.
- Het toenemende belang van Wmo en Zvw voedt de behoefte aan een integrale informatievoorziening in de langdurige zorg. Primair aandachtsgebied hierin is de Wmo, waarin de gemeenten een regierol vervullen. Deze sector kent (nog) geen integrale informatievoorziening, waardoor de administratieve lasten in deze sector groter zijn dan in de AWBZ.



'In de Wmo is het gerommel: veel faxen en mailtjes en bakkeleien over declaraties. Die functionaliteit van AZR wordt zeker gemist in de Wmo.' - Zorgaanbieder

'Een cliënt woont thuis en ontvangt thuiszorg via de Wmo. Ze valt en breekt haar heup. Dit loopt via de Zvw. Vervolgens wordt er ook revalidatie zorg geboden die onder de AWBZ valt. Hoe gaan we dit registreren? Kan de AZR daar een goede rol in spelen? Doen we dan alles in een? Door digitaal aan te leveren, je kan daar een bundeling van maken.' - Zorgaanbieder

'Een cliënt kan straks op één dag te maken krijgen met Wmo, AWBZ en Zvw zorg. Moet die patiënt dan drie keer iets bijbetalen, op verschillende titel, omdat er geen integrale informatievoorziening is?' - Zorgaanbieder

4.3. Uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden door zorgverzekeraars

In 2013 gaat de uitvoering van AWBZ over van zorgkantoren naar de zorgverzekeraars, die verantwoordelijk worden voor hun eigen verzekerden. Betrokken partijen ervaren deze toekomstige overgang als een ingrijpende verandering, die ook eisen stelt aan de AZR. Primair zorgpunt daarbij is het risico op verdere pluriformiteit in de interpretatie en toepassing van regels en standaarden.

De overgang naar uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden betekent voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars het volgende:

- Zorgaanbieder moeten afspraken maken met meerdere zorgverzekeraars (in de meeste gevallen waarschijnlijk vrijwel alle zorgverzekeraars), in plaats van één of enkele zorgkantoren.
- Zorgverzekeraars moeten op hun beurt ook afspraken maken met vrijwel alle zorgaanbieders. Deze taak is nu gedelegeerd aan een beperkt aantal zorgkantoren.
- Er moeten gegevensconversies plaatsvinden (o.a. dossiers van zorgkantoor naar zorgverzekeraar). Dit betekent niet alleen een inspanning, maar ook een risico op verlies van gegevenskwaliteit.

Eenzijds zorgt deze ontwikkeling op korte termijn dus voor extra inspanningen aan de kant van de zorgaanbieders en -verzekeraars. Verdere aanpassingen in de AZR, welke eveneens inspanningen vergen, moeten in dat licht met zorg worden geïnitieerd. Anderzijds zorgt de overgang voor verdere urgentie van het realiseren van meer uniformiteit, minder complexiteit en minder interpretatievrijheid.

"Het overgaan naar uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden is een enorme uitdaging, waar veel in geïnvesteerd moet worden." - Zorgkantoor

"Doordat regionale verbanden in de AZR verdwijnen bij de overgang naar uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden, moet de AZR heroverwogen worden: haal overbodige zaken eruit" – Zorgverzekeraar

"Wij zijn druk bezig om de heterogeniteit juist terug te dringen bij de overgang naar uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden" - Zorgverzekeraar



5. Conclusies en aanbevelingen

Hetgeen in de vorige hoofdstukken is beschreven, leidt tot de volgende conclusies.

Conclusies

De doeltreffendheid en doelmatigheid van de huidige AZR systematiek is onvoldoende.

- De doelstellingen van de AZR worden slechts gedeeltelijk gerealiseerd. Dit geldt voor zowel de initiële doelstellingen (wachttijstinformatie en ondersteuning van processen via digitale gegevensuitwisseling) als de doelstellingen die hier later aan zijn toegevoegd (gegevensuitwisseling t.b.v. eigen bijdrage en digitaal declareren).
- Op een aantal punten biedt de AZR toegevoegde waarde, die door verschillende betrokken partijen wordt onderkend. Het gaat daarbij om:
 - Snelle, digitale en eenduidige communicatie van indicatieberichten
 - Cliënt in zicht gedurende het zorgproces
 - AZR als aanjager voor procesherontwerp en automatisering in de sector
 - Efficiënte, digitale declaratie van geleverde zorg
- Tegelijkertijd kent de systematiek een aantal belangrijke tekortkomingen. Deze zitten zowel in de governance van de systematiek als in het ontwerp en de toepassing ervan.
- De tekortkomingen leiden tot langdurige en moeizame ontwikkeltrajecten en forse administratieve belasting van ketenpartijen, welke inmiddels kenmerkend zijn voor de AZR. De AZR systematiek is hierdoor onvoldoende doelmatig.

De huidige AZR systematiek is niet toekomstbestendig. Toekomstige ontwikkelingen versterken de behoefte aan meer doeltreffendheid en doelmatigheid, en zijn richtinggevend voor de doorontwikkeling van de AZR systematiek

- De ingezette beleidslijn van 'high-trust, high penalty' vraagt om werkwijzen die minder worden gekenmerkt door controle en detailinzicht. De AZR ontwikkelt zich echter richting steeds verder gaande controle en het bieden van een steeds hogere mate van detailinzicht.
- Een deel van de huidige AWBZ-zorg wordt in de toekomst overgeheveld naar de Wmo en Zvw. Het kleiner worden van AWBZ versterkt de noodzaak tot reductie van administratieve lasten. Het toenemende belang van Wmo en Zvw voedt daarnaast de behoefte aan een integrale informatievoorziening in de langdurige zorg.
- De overgang naar uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden vraagt om meer uniformiteit, minder complexiteit en minder interpretatievrijheid.

De huidige tekortkomingen en verwachte toekomstontwikkelingen leiden tot de behoefte aan ingrijpende veranderingen in de AZR systematiek

- Er is behoefte aan het oplossen van de belangrijkste tekortkomingen van de huidige systematiek. Veranderingen moeten met name leiden tot minder administratieve lasten. De toekomstige systematiek dient daarvoor gekenmerkt te worden door:
 - Betere aansluiting met de werkprocessen van zorgaanbieders
 - Minder complexiteit en detail
 - Meer uniformiteit
- Het systeem dient omgeven te worden door een heldere governance, waarin VWS de regie heeft en aanbieders betrokken worden in het ontwikkeltraject.
- Daarnaast dient de basisfilosofie van de systematiek aan te sluiten bij de beleidsrichting 'high trust, high penalty'. Dit betekent meer vertrouwen en minder procescontrole.



Aanbevelingen

Om te komen tot deze noodzakelijke veranderingen, en daarmee meer doeltreffendheid en doelmatigheid in het realiseren van de doelstellingen rond de informatievoorziening in de AWBZ, wordt het volgende aanbevolen:

1. Het saneren van de bestaande AZR systematiek
 2. Het ondersteunen van ketenpartijen in efficiënte implementatie en toepassing
- Hieronder volgt een toelichting.

1: Saneren van de huidige AZR systematiek

Om de genoemde veranderingen te realiseren zijn er twee richtingen waarin oplossingen gezocht kunnen worden:

- i. Het uitfaseren van de huidige AZR-systematiek en het ontwerpen en implementeren van een volledig nieuwe systematiek
Deze optie is geen realistisch pad om te bewandelen. Grootschalige systeemimplementaties verlopen vaak verre van probleemloos. Het risico op het overschrijden van budgetten en oplevertermijnen en het opnieuw belanden in detaillering en schoonheid is groot. Zeker wanneer de ontwikkeling wordt gedreven vanuit een ICT invalshoek. Het merendeel van de geïnterviewde partijen acht het daarnaast in de praktijk onhaalbaar dat de AZR volledig verdwijnt. De administratieve verwerking van AWBZ zorg verloopt via de AZR, en dat kan je niet zomaar stoppen. Ook zou het schrappen van AZR 3.0, welke vrijwel gereed is, tot grote frustratie kunnen leiden bij betrokken partijen.
- ii. Het saneren van de bestaande AZR-systematiek
Hierbij kunnen de elementen die nu toegevoegde waarde bieden, worden behouden en tekortkomingen worden opgelost door de systematiek op specifieke onderdelen ingrijpend te veranderen. Sanering biedt 'best-of-both-worlds': behoudt het goede, en saneert het niet noodzakelijke.

De huidige AZR systematiek dient derhalve grondig gesaneerd te worden. Om deze sanering te realiseren, wordt aanbevolen om een taskforce AZR in te richten. Deze taskforce dient aan de slag te gaan met twee zaken:

a. Vaststellen kernbehoefte informatievoorziening AWBZ

De basis voor de sanering is het antwoord op de vraag: wat is de kernbehoefte ten aanzien van informatievoorziening in de AWBZ, uitgaande van de 'high trust, high penalty' beleidsvisie en de wijze waarop de zorg in de praktijk wordt geleverd?

In dit onderzoek worden de volgende primaire behoeften genoemd:

- **Wachtlijstinformatie**

Deze behoefte wordt door een deel van de betrokken ketenpartijen benoemd, en dan met name zorgaanbieders en zorgkantoren. Vraag is echter of de AZR-systematiek de meest doelmatige wijze is om hierin te voorzien. Er zijn eenvoudigere manieren te bedenken om deze behoefte in te vullen:

- Zorgaanbieders kunnen wachtlijstinformatie genereren vanuit hun eigen systemen
- Zorgkantoren kunnen wachtlijsten inzichtelijk maken door middel van steekproeven, enquetes, elektronische vragenlijsten, etcetera.

Daarnaast is de vraag legitiem of dit een kernbehoefte is op systeemniveau, aangezien een deel van de aanbieders en zorgkantoren deze informatie niet nodig acht en/of niet gebruikt.

- **Snelle en efficiënte gegevensuitwisseling**

De snelle en efficiënte gegevensuitwisseling wordt met name gewaardeerd rondom de indicatiestelling en zorgtoewijzing.

- **Verantwoording van geleverde zorg ten opzichte van geïndiceerde zorg**

Alle partijen zijn het erover eens dat er behoefte is aan een systematiek waarmee kan



worden bepaald of de geleverde zorg overeenkomt met de geïndiceerde zorg. Oftewel: krijgt de client waar hij recht op heeft, en blijft de geleverde zorg en de daarmee gepaard gaande kosten ook daartoe beperkt.

Door de laatste twee punten te combineren, volgt dat er slechts één kernbehoefte overblijft, namelijk het op een snelle en efficiënte manier kunnen verantwoorden van geleverde zorg ten opzichte van geïndiceerde zorg.

Dit betekent dat de informatiebehoefte in de basis beperkt wordt tot behoefte aan informatie over (1) de indicatie en (2) de declaratie.

b. Bepalen kern toekomstige systematiek

De vervolgvraag is: wat zou de kern van de systematiek moeten worden, zodat op een doelmatige wijze invulling gegeven wordt aan de kernbehoeften van de informatievoorziening voor de AWBZ?

Het beantwoorden van deze vraag dient plaats te vinden binnen de kaders van toekomstige ontwikkelingen:

- **Optimale aansluiting bij de beleidslijn 'high trust, high penalty'**
In plaats van procescontrole betekent dit sturing op resultaten: past de zorg die geleverd is binnen hetgeen geïndiceerd is?
- **Een bredere blik naar de langdurige zorg**
Dit betekent komen tot een zoveel mogelijk integrale registratie voor alle cliënten in de langdurige zorg. Het toewerken naar een registratie die toepasbaar is voor zowel AWBZ als Wmo heeft daarbij prioriteit, aangezien de Wmo (nog) geen integrale informatievoorziening kent.

De uitkomsten van dit onderzoek geven aanleiding tot de volgende aanpassingen ten opzichte van de huidige AZR-systematiek.

- **Vereenvoudiging van de systematiek**
 - Berichtenset beperken tot dat wat noodzakelijk is voor sturing op resultaten (oftewel: komt geleverde zorg overeen met geïndiceerde zorg). Dit betekent indicatie- en declaratieberichten behouden, en overige berichten saneren.
Nb: Het saneren van toewijzingsberichten betekent dat zorgaanbieders op een andere wijze de mogelijkheid moeten hebben om te verifiëren of een client wel of geen indicatie heeft. Zij moeten namelijk in een vroeg stadium kunnen toetsen of de cliënt recht heeft op de zorg die de aanbieder wil leveren. Een mogelijke oplossing hiervoor is een inblikfunctie in een systeem met indicaties, waarbij de zorgaanbieder in aanwezigheid van de cliënt kan zien welke zorg is geïndiceerd.
 - Reduceren van de mate van detail waarin zorg wordt geïndiceerd en toegewezen, met als doel het beperken van de uitval van declaraties en daarmee het verminderen van administratieve lasten.
- **Betere aansluiting bij werkprocessen in de praktijk**
 - De verplichte volgordelijkheid van indicatie- en declaratieberichten loslaten
 - Vast te leggen informatie beperken tot hetgeen noodzakelijk is voor ondersteuning van de primaire werkprocessen. Dit betekent vereenvoudiging van de berichtinhoud (schrappen van verplichte en/of optionele velden).
- **Creëren van één administratieve werkelijkheid**
 - Naar een architectuur die de gegevenskwaliteit beter waarborgt: het creëren van één administratieve werkelijkheid, met scherpe afspraken (en bewaking) over welke partij verantwoordelijk is voor welke gegevens.



- Nader onderzoek moet uitwijzen welke technische oplossing hier het meest geschikt voor is (centrale database, schakelpunt, ...)
- Bij de keuze voor een oplossingsrichting dient rekening gehouden te worden met de terugverdientijd van de investering. Een forse investering vraagt om koersvastheid voor een langere termijn.

De vernieuwde systematiek dient omgeven te worden door een heldere governance. Verantwoordelijkheden dienen daarbij eenduidig en voor alle betrokkenen helder belegd te zijn. Er dient een strakkere regierol gevoerd te worden, voornamelijk in het ontwikkeltraject (waar zorgaanbieders tijdig bij betrokken dienen te worden). Van het ministerie van VWS wordt daarnaast systeemregie verwacht, op basis van een duidelijke langetermijnvisie op de AWBZ en de informatievoorziening daarbinnen.

Om deze aanpassingen te kunnen realiseren, is onder andere medewerking van zorgkantoren en zorgverzekeraars noodzakelijk. Ook zullen wellicht (beleids)regels dienen te worden aangepast. De samenstelling en bevoegdheden van de taskforce AZR zouden dan ook afdoende hierop afgestemd moeten zijn.

2: Ondersteunen ketenpartijen in efficiënte implementatie en toepassing

Naast de sanering van de systematiek, is het van belang dat ketenpartijen goed ondersteund worden in het implementeren en gebruiken van de herijkte systematiek. Er is behoefte aan betere ondersteuning van zorgaanbieders, bijvoorbeeld door het delen van 'best practices' en het bieden van ondersteuning (bijv. via e-learning) bij het verbeteren van administratieve processen.

Overwegingen

- Een saneringsslag zou direct na invoering van AZR 3.0 kunnen starten. Met een voortvarend tijdspad kunnen de eerste maatregelen al per 1 januari 2012 ingaan.
- Saneren van AZR naar een kern van indicaties en declaraties creëert een basis voor een sectoroverstijgende infrastructuur. Het principe van indicatie (of machtiging, diagnose) en declaratie is immers ook geldig in de Wmo- en Zvw-zorg.
- Bij het saneren naar een kern van indicaties en declaraties dient scherp gewaarborgd te worden dat dit niet gepaard gaat met:
 - (Te) forse uitbreiding van het declaratiebericht. Dit bericht mag niet uitgroeien tot een verzamelpunt van (onnodige) gegevens die nu in andere berichten zitten.
 - Groeiende controles buiten de AZR systematiek om. Zorgaanbieders benadrukken het risico op het ontstaan van parallele controles, zoals die nu bestaan in de vorm van Excel bestanden.
- Een belangrijke overweging met het oog op de toekomst is de verandercapaciteit van de sector. De afgelopen jaren hebben de verbeterlagen in de AZR, en ook andere initiatieven zoals de invoering van ZZP's, een grote implementatie-inspanning gevraagd van de sector. Er staan reeds een aantal ontwikkelingen op de planning (bijvoorbeeld de uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden) die opnieuw aanspraak maken op de verandercapaciteit van de sector. Hier dient rekening mee te worden gehouden bij het doorvoeren van toekomstige veranderingen in de informatievoorziening.



6. Bijlagen

6.1. Bijlage 1: Toelichting definitie AZR

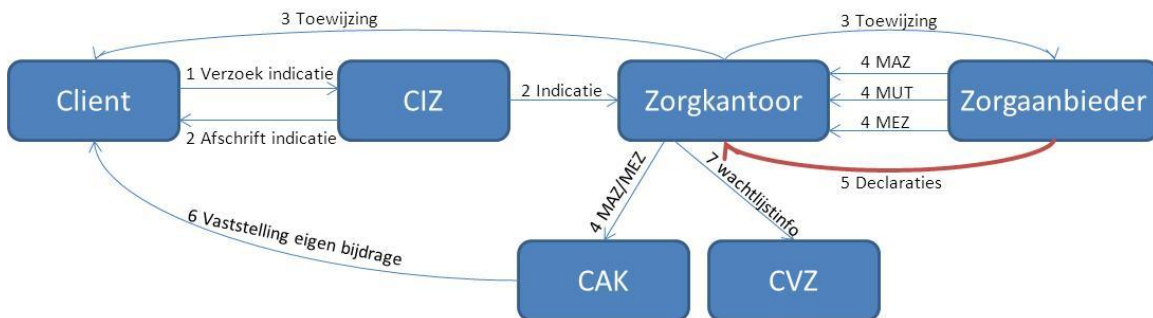
AZR staat voor AWBZ-brede zorgregistratie. Het is een systematiek gebaseerd op afspraken tussen de partijen die betrokken zijn bij AWBZ-zorg. De systematiek omvat een informatiemodel, standaarden voor het uitwisselen van berichten, gemeenschappelijke definities en landelijke afspraken over manier van handelen (bedrijfsregels).

Het door CVZ opgestelde Handboek Zorgregistratie 3.0 geeft een beschrijving van de ketenprocessen en de manier waarop AZR hierin gebruikt dient te worden. De technische en operationele bedrijfsregels zijn vastgelegd in het BEP-model, te vinden op <http://www.zorgregistratie.nl>.

Het Handboek Zorgregistratie 3.0 geeft de formele definitie van AZR. Wanneer partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van AWBZ de term AZR gebruiken, dan doelen zij daarmee op een breder geheel: alle berichtenverkeer, overige informatiestromen, procesafspraken, software, hardware en organisaties betrokken bij gegevensuitwisseling in de AWBZ. Binnen deze bredere definitie van AZR valt ook het declaratiebericht (AW319), dat formeel geen onderdeel uitmaakt van AZR⁷.

Dit onderzoek hanteert de bredere definitie van AZR, zodat alle zaken die bijdragen aan feitelijke en gepercipieerde problemen in beeld komen.

Schematisch weergegeven worden de volgende gegevens uitgewisseld via AZR.



Gebaseerd op: Drs T. Oosterbaan: Governance van informatie-uitwisseling in de AWBZ

	Gegevensstroom	Doel
1	Verzoek indicatie	Aanspraak kunnen maken op de benodigde zorg
2	Indicatiebericht (en afschrift indicatie)	De zorgbehoefte van cliënt is geobjectiveerd
3	Zorgtoewijzingsbericht	De geïndiceerde zorg wordt toegewezen aan een zorgaanbieder, deze mag de toegewezen zorg verstrekken

⁷ Er is wel sprake van een sterke relatie tussen het declaratiebericht en de AZR: de AW319 wordt (deels) gevuld met gegevens die gebaseerd zijn op de AZR.



	Gegevensstroom	Doel
4	MAZ, MUT en MEZ berichten	Informatie vanuit zorgaanbieder naar zorgkantoor over status van de zorg t.b.v. wachtlijst-informatie en inzicht in positie van cliënt in het proces. <i>MAZ = Melding Aanvang Zorg, MUT = Mutatiebericht, MEZ = Melding Einde Zorg</i>
5	Declaratiebericht (AW319)	De zorgaanbieder ontvangt de bekostiging voor de geleverde zorg die binnen de indicatiestelling valt
6	Bericht van vastgestelde eigen bijdrage	De cliënt is op de hoogte van de te betalen eigen bijdrage
7	Wachtlijst-informatie	Inzicht op landelijk niveau in de wachtlijst voor de AWBZ verzekerde zorg

6.2. Bijlage 2: Stakeholders

Bij de AZR is een groot aantal stakeholders betrokken. Dit zijn allereerst de partijen die de keten in het zorgproces vormen, zoals CIZ, zorgkantoren en zorgaanbieders. Daarnaast is een aantal andere partijen betrokken bij de AZR, bijvoorbeeld bij het beheer en de doorontwikkeling ervan. De rollen en belangen van partijen zijn divers. Onderstaande tabel geeft hiervan een overzicht.

Stakeholder	Rol in de AZR	Belang bij de AZR
Ministerie van VWS	Strategisch beheerder AZR: uitzetten beleidslijn	Wachtlijst-informatie voor de politiek
CVZ	Procesmatig: tactisch beheerder AZR: ontwikkelen landelijke specificaties	Doorontwikkeling en verbetering AZR
Zorgkantoren	Inhoudelijk: zorgtoewijzing aan zorgaanbieder; melding aanvang en einde zorg aan CAK Procesmatig: regionale invulling beleidsregels en ontwikkeling AZR-applicaties	Controle op zorgaanbieders Efficiënt verloop zorgproces in de keten Inzage in aanbod, productie en wachtlijsten
Zorgverzekeraars	Concessiehouder zorgkantoren	Inzicht in schadelast eigen verzekerden
Zorgaanbieders	Inhoudelijk: melden aanvang en einde zorg, mutaties en declaratie Procesmatig: deelname aan werkgroepen CVZ	Ontvangen van toewijzingen zorg Hogere vergoedingen bij goede registratie Goedgekeurde declaraties door goede registratie
Vecozo	Beheren infrastructuur (Vecozo Schakelpunt) voor berichtenverkeer	Verdere uitbreiding infrastructuur via Vecozo
Softwareleveranciers	Inhoudelijk: Ontwikkelen applicaties voor zorgaanbieders en andere ketenpartijen Procesmatig: betrokken bij doorontwikkeling	Doorontwikkeling AZR en uitbreiding van functionaliteit
NZa	Procesmatig: Toets rechtmatigheid en doelmatigheid AWBZ	Betrouwbare gegevens over indicatie en verstrekking van zorg en toegangstijd.
ZN	Procesmatig: betrokken bij doorontwikkeling	AZR afstemmen op behoeften zorgverzekeraars



Stakeholder	Rol in de AZR	Belang bij de AZR
Vektis	Opstellen en beheren berichtstandaarden	Grotere rol bij beheer en doorontwikkeling bij uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden
CAK	Inhoudelijk: bepalen en factureren eigen bijdrage voor de AWBZ Procesmatig: als ketenpartner betrokken bij doorontwikkeling	Kwalitatief goede informatie over aanvang en einde zorg om de eigen bijdrage te kunnen berekenen
CIZ	Inhoudelijk: afgeven van indicaties en die aanleveren aan zorgkantoren Procesmatig: als ketenpartner betrokken bij doorontwikkeling	Digitale communicatie over indicaties

6.3. Bijlage 3: Beleidsgeschiedenis & ontwikkeling functionaliteit

1. Periode 2000 - 2005: behoefte aan wachtlijstinformatie leidt tot AZR 1.0

In deze periode vormt de behoefte vanuit politiek en zorgkantoren om de wachtlijstproblematiek onder controle te krijgen en op te lossen de drive voor het inrichten van AZR.

- Aanleiding voor de AZR is de wachtlijstproblematiek in AWBZ zorg, die zich voordoet in de jaren rond 2000. Er worden kamervragen gesteld, waaruit de behoefte om landelijk inzicht in wachtlijstinformatie voortkomt. Er is behoefte aan een uniforme definitie en een manier om snel op elk gewenst moment landelijke wachtlijstgegevens te kunnen verzamelen.
- Als onderdeel van het project "Modernisering AWBZ" start het ministerie van VWS in 2000 met het maken van landelijke afspraken die leiden tot de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR). In de jaren 2002-2003 wordt onder leiding van VWS een eerste ontwerp van de AZR gemaakt.
- Initieel is het streven te komen tot de invoering van één "AZR-softwarestelsel" bij alle ketenpartijen. Omdat een deel van de ketenpartijen met hun bestaande systemen wil blijven werken, wordt gekozen om de AZR te integreren in hun bestaande software. AZR wordt ontwikkeld als verzameling standaarden en regels rondom elektronisch berichtenverkeer tussen ketenpartijen.
- De eerste release van de AZR, AZR 1.0, wordt operationeel in 2004/2005. Het duurt lang om alle zorgaanbieders aan te sluiten op de AZR. Er is in deze periode veel weerstand in het veld tegen het invoeren van een aparte 'indicatiestelling'.

Functionaliteit AZR 1.0

De eerste release van AZR biedt vanuit het doel inzicht te krijgen in wachtlijsten en het efficiënter maken van de processen van indiceren-, toewijzen-, en leveren van zorg de volgende functionaliteit:

- **Digitaal indicatiebericht van RIO naar ZK**
Bij de start van AZR in 2004 werd het voor regionale indicatieorganen (RIO's, de voorlopers van het CIZ) mogelijk indicatieberichten op cliëntniveau digitaal te versturen naar zorgkantoren voor verdere verwerking. Zorgkantoren stuurden deze indicaties nog niet door naar zorgaanbieders, deze konden de indicaties veelal via een webportal digitaal zien.
- **Melden van de aanvang van zorg**
Naast inzicht in de indicatie van een cliënt maakte toegang tot de AZR-systemen van zorgkantoren het ook mogelijk dat zorgaanbieders op cliëntniveau melding deden van de aanvang van zorg (MAZ).
- **Bepalen aantal wachtenden**
Aan de hand van indicatiebesluiten van de RIO's en MAZ'en van zorgaanbieders konden zorgkantoren bepalen welke en hoeveel cliënten wachtten op (passende) zorg. Hierbij werd ervan uitgegaan dat een cliënt waarvan een indicatie bekend was, maar waarvan de zorg nog niet aangevangen had, op die zorg wachtte.



2. Periode 2005-2007: verbeteringen doorgevoerd in AZR 2.1, aansluiting CAK

- Betrokken partijen zien dat er zowel op het technische- als organisatorische vlak verbeteringen in de AZR noodzakelijk zijn. De specificaties worden aangescherpt en ook worden er afspraken gemaakt om de bedrijfsprocessen bij de ketenpartners beter op elkaar aan te laten sluiten.
- Het ontbreken van gegevens in AZR vormt een belangrijk probleem. Via het project "Ultieme vulling AZR" wordt een operatie uitgevoerd om de gegevens van alle in zorg zijnde cliënten bij de zorgaanbieders op te halen en over te hevelen naar de AZR-systemen van de zorgkantoren. Doelstelling hiervan is dat de zorgkantoren een compleet beeld hebben van de cliënten die in zorg zijn.
- Vanuit het ministerie van VWS en CVZ wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een verbeterde versie van de AZR, uit te brengen aan het einde van 2005. In deze 2.0 versie van AZR zouden verschillende verbeteringen worden doorgevoerd. Mede door druk van softwareleveranciers is deze release nooit geïmplementeerd.
- De vervanger van de 2.0 versie van AZR, de AZR 2.1, werd medio 2007 wél geïmplementeerd.
- Medio 2007 werd ook het Centraal Administratie Kantoor (CAK) aangesloten op het berichtenverkeer van de AZR. Hiermee werd ook het laatste onderdeel van de keten in AZR opgenomen.

Functionaliteit AZR 2.1

In deze versie werd de volgende functionaliteit geïntroduceerd:

- **Volledige ondersteuning van het zorgproces met MUT- en MEZ-berichten**

Voor procedures waarbij voorheen papieren formulieren werden gebruikt, introduceerde AZR 2.1 de mogelijkheid informatie digitaal uit te wisselen via de AZR. Het ging hierbij om mutaties in de gegevens van de cliënt of de geleverde zorg (MUT-berichten) en het melden van einde zorg (MEZ-berichten), in beide gevallen door de zorgaanbieder aan het zorgkantoor. Met deze toevoeging werd het volledige ketenproces van indicatie tot en met einde zorg via de AZR ondersteund.

- **Aansluiting CAK op berichtenverkeer AZR**

Van het zorgkantoor ontvangt het CAK bericht van de aanvang en het einde van de zorglevering op cliëntniveau. Met deze informatie kan het CAK de hoogte van de eigen bijdrage voor de AWBZ voor de betreffende cliënt vaststellen en innen.

3. Periode 2007-2008: non-indicaties en AZR 2.2

- Er ontstaat meer inzicht in en aandacht voor de kwaliteit van de gegevens.
- De AZR brengt aan het licht dat er nog 45.000 cliënten in zorg zijn zonder rechtsgeldige indicatie. Met het project "Wegwerken non-indicaties" wordt dit vraagstuk opgelost. Deze cliënten worden alsnog geïndiceerd en via de AZR verwerkt.
- Er vindt een update van de tweede release plaats: AZR 2.2.

Functionaliteit AZR 2.2

In 2008 is een verbeterde versie van AZR ingevoerd waarmee voornamelijk kleine aanpassingen werden doorgevoerd naar aanleiding van imperfecties in AZR 2.1 en praktische problemen in het gebruik ervan.

4. Periode 2008-2011: ZZP's, declaratiebericht, nieuwe release AZR 3.0

- Op het technische vlak wordt onderzocht of het berichtenverkeer kan overschakelen op XML en of het routeren van de berichten niet zou kunnen verlopen via een centraal punt. Hier blijken mogelijkheden te liggen om de technische kant van de AZR te moderniseren. Deze mogelijkheden zijn echter niet uitgewerkt en in de release van 3.0 opgenomen.



- Inhoudelijk worden de specificaties wederom aangescherpt.
- Het veld blijkt behoefte te hebben aan meer uniformering en geeft aan dat de processen op sommige punten eenvoudiger kunnen. Dit leidt tot de derde release van de AZR.
- Er ontstaat in deze fase ook een relatie met het individueel declareren in de AWBZ: het declaratiebericht wordt ingevoerd, wat (deels) gevuld wordt met gegevens op basis van AZR.
- De invoering van AZR 3.0 verloopt moeizaam. Enkele malen wordt de planning bijgesteld. De huidige releasedatum staat op 1 augustus 2011.

Functionaliteit AZR 3.0

Vanaf eind 2008 is door ketenpartners gewerkt aan de vaststelling van functionaliteit voor AZR 3.0 binnen het programma e-C@re. Hierbij waren de volgende beleidskeuzes leidend:

- **Het gebruik van ZZP als taal in de keten**

In AZR 3.0 wordt het systeem zodanig aangepast dat indicaties in termen van zorgzwaartepakketten (ZZP's) direct geregistreerd kunnen worden zonder dat een vertaling naar functies en klassen nodig is. Dit betekent dat de functietabel (de tabel met zorgeenheden) uitgebreid wordt met de codes voor alle ZZP's. De zorgaanbieder(s) die van het zorgkantoor een zorgtoewijzing ontvangen, krijgen daarbij direct de toewijzing van het betreffende ZZP binnen.

- **De introductie van wachtlijstdefinities**

Om beter inzicht te krijgen in de verschillende groepen wachtende cliënten, wordt in AZR 3.0 een viertal wachtlijststatussen geïntroduceerd: actief wachtend, slapend, wenswachtend en transfer. Om de wachtlijststatus te kunnen registreren en muteren worden de ZTW-, MAZ- en MUT-berichten gewijzigd. Bij veranderingen in de wachtlijststatus zullen na invoering van AZR 3.0 meer ZTW-, MEZ- en MUT-berichten verstuurd worden tussen het zorgkantoor en de betrokken zorgaanbieder(s).

- **De overgang naar individueel declareren**

Tegen de achtergrond van een meer cliëntgerichte AWBZ wordt gelijktijdig met AZR 3.0 een cliëntgebonden declaratiesysteem (AW319) geïntroduceerd. Dit betekent dat zorgaanbieders voor elke cliënt periodiek een declaratiebericht sturen op basis van de geleverde zorg.

Daarnaast is bij de ontwikkeling van AZR 3.0 het oplossen van de restpunten van release 2.2 meegenomen.

6.4. Bijlage 4: Governance op drie niveaus

De governance rond AZR is speelt zich af op drie niveaus: strategisch, tactisch en operationeel.

1. Strategisch niveau

Het ministerie van VWS, welke de rol van strategisch beheerder vervult, stelt de kaders voor de ontwikkeling van de systematiek (bijv. het verplicht stellen van standaarden voor gegevensuitwisseling). Daarnaast schept zij de randvoorwaarden voor de AZR, zoals financiering.

Bij de ontwikkeling van nieuwe functionaliteit is VWS de partij die vanuit strategisch perspectief doelstellingen formuleert en beleidskeuzes maakt. Deze doelstellingen en keuzes zijn leidend in de verdere ontwikkeling op tactisch en operationeel niveau. De inhoudelijke betrokkenheid van VWS bij het ontwikkelen van standaarden en beleidsregels is beperkt - dit wordt gezien als een taak van de tactisch beheerder.



Hoe goed verloopt de ontwikkeling van AZR op dit niveau?

Uit gesprekken met betrokkenen blijkt dat er behoefte is aan een strakkere invulling van de regierol door VWS, onder andere gericht op het 'afdwingen' van meer uniformiteit in de toepassing van AZR. Daarnaast geven betrokkenen aan dat een meer langetermijnvisie op de AWBZ en AZR vanuit VWS wenselijk is. Deze langetermijnvisie moet leiden tot een duidelijker beeld van waar AZR naartoe beweegt, en tot minder frequente aanpassingen van de systematiek.

2. Tactisch niveau

Het tactisch beheer van de AZR is belegd bij CVZ. Zij houdt zich bezig met de ontwikkeling en het beheer van het informatiemodel van de AZR (welke informatie wordt uitgewisseld en in welke vorm) en de infrastructuur (op welke manier wordt deze informatie uitgewisseld). Daarnaast is het CVZ de schakel tussen de partijen die betrokken zijn bij de AZR. Dit zijn de ketenpartijen, maar ook belanghebbenden zoals koepels van zorgkantoren en zorgaanbieders (ZN en Actiz) en softwareleveranciers. Onder regie van het CVZ komen de betrokkenen in verschillende samenstellingen bijeen voor overleg over het beheer en de doorontwikkeling van AZR.

Bij de doorontwikkeling van AZR speelt het CVZ als tactisch beheerder een leidende rol. Vanuit de doelstellingen en beleidskeuzes die VWS maakt, geeft het CVZ in samenwerking met de betrokkenen verdere invulling aan de ontwikkeling van de AZR door voorgestelde wijzigingen uit te werken in specificaties, berichtstandaarden en documentatie.

Hoe goed verloopt de ontwikkeling van AZR op dit niveau?

Hoewel betrokkenen aangeven dat het CVZ hierin soms solistisch te werk gaat en partijen (met name zorgaanbieders) onvoldoende tijdig betreft, wordt evenwel duidelijk dat de wijze waarop het CVZ haar rol invult in de laatste jaren sterk verbeterd is - en zelfs op complimenten kan rekenen.

3. Operationeel niveau

Bij het beheer en de ontwikkeling van AZR spelen zorgkantoren eveneens een belangrijke rol, voornamelijk op regionaal niveau. De systematiek van de AZR laat ruimte voor regionale interpretatie en toepassing van berichtdefinities en bedrijfsregels. Dit betekent dat zorgkantoren een zekere mate van vrijheid hebben in hoe zij de AZR binnen het administratieve proces gebruiken. Het gaat dan bijvoorbeeld om welke informatie (vrijwillig) wordt uitgewisseld met zorgaanbieders of aan welke eisen zorgaanbieders moeten voldoen in termen van gegevenskwaliteit en aanlevertermijnen van berichten.

Een tweede belangrijke rol bij het operationeel beheer is weggelegd voor softwareleveranciers. De AZR is zodanig opgezet dat elke ketenpartij met eigen software kan werken, zolang deze is aangesloten op de AZR. Dit betekent dat softwareleveranciers op technisch vlak betrokken zijn bij de invulling van specificaties en beleidsregels en de aansluiting ervan op de administratieve processen van de organisatie.

De (door)ontwikkeling van AZR is veelal vormgegeven middels werkgroepen, waarin een aantal zorgkantoren en softwareleveranciers zitting nemen. Het komt ook voor dat zorgkantoren vertegenwoordigd worden door koepel Zorgverzekeraars Nederland (ZN); in andere gevallen zitten de belangrijkste concessiehouders (UVIT, CZ, Achmea, Agis) zelf aan de gesprekstafel.

Hoe goed verloopt de ontwikkeling van AZR op dit niveau?

Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat zij zich vertegenwoordigd voelen door hun softwareleverancier en zelf niet direct betrokken hoeven te worden. De overheersende opinie is echter dat zorgaanbieders te weinig en/of te laat betrokken worden bij de ontwikkeling van AZR.



6.5. Bijlage 5: Gebruikte afkortingen

Afkorting	Betekenis
AZR	AWBZ-brede zorgregistratie
MAZ	Melding aanvang zorg (bericht in AZR)
MUT	Mutatiebericht (bericht in AZR)
MEZ	Melding einde zorg (bericht in AZR)
EB	Eigen Bijdrage
AGB	Algemeen Gegevens Beheer
ZZP	Zorg Zwaarte Pakket

6.6. Bijlage 6: Overzicht geïnterviewde stakeholders

In het kader van dit onderzoek zijn één of meerdere personen van de volgende organisaties:

- Ministerie van VWS
- CVZ (College voor zorgverzekeringen)
- CIZ (Centrum indicatiestelling zorg)
- CAK (Centraal Administratie Kantoor)
- NZA (Nederlandse Zorgautoriteit)
- Vektis
- VECOZO
- Actiz
- ZN (Zorgverzekeraars Nederland)
- VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland)
- GGZ Nederland
- CZ
- VGZ-IZA (UVIT)
- De Friesland Zorgverzekeraar
- Agis
- Surplus De Markenlanden
- Parnassia Bavo Groep
- Topaz
- Pameijer
- Thuiszorg Het Friese Land
- Arkin
- Careyn
- Pluryn
- Amarant
- Van Neynselgroep
- Vivent
- Stichting TanteLouise
- Stichting Werkt voor Ouderen
- BMC
- PinkRoccade
- Cappe / E-Care Services