

KWALITEIT EN ZORGINKOOP

KWALITEIT EN ZORGINKOOP

Kwaliteit en zorginkoop is een uitgave van de LOC-LPR, cliëntenorganisatie voor verpleging, verzorging, thuiszorg, GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke opvang en VraagRaak, steunpunt medezeggenschap van KansPlus Belangennetwerk verstandelijk gehandicapten.

Utrecht, september 2008

De brochure kan besteld worden bij LOC-LPR en bij VraagRaak/KansPlus.
Prijs leden €15,-, niet-leden €20,-.

LOC-LPR

Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
Postbus 700, 3500 AS Utrecht
Tel. 030-2314679
e-mail: loc-lpr@loc-lpr.nl
www.loc-lpr.nl

VraagRaak/KansPlus

Maliebaan 71 h, 3581 CG Utrecht
Postbus 85274, 3508 AG Utrecht
Telefoon: 030-236 37 44
e-mail: kennisenadviescentrum@vraagraad.nl
www.vraagraad.nl
www.kansplus.nl

REDACTIE LOC-LPR en VraagRaak/KansPlus

VORMGEVING EN PRODUCTIE VaDéHa Communicatie bv,
Amsterdam, www.vadeha.nl

Deze brochure is gemaakt met financiële ondersteuning van het Fonds PGO

Inhoud

Inleiding	4
Wat vindt u in deze wegwijzer?	5
Achtergrondinformatie	8
1. Wat is de AWBZ?	8
2. Wie doet de zorginkoop in de AWBZ?	8
3. Wat houdt de zorginkoop in?	8
4. Waar let het zorgkantoor op bij de zorginkoop?	11
5. Hoe verloopt het zorginkoopproces?	13
6. Hoe ziet het zorginkoopproces er in een jaar uit?	13
7. Wil de cliëntenraad een actieve rol spelen bij het zorginkoopproces?	14
Bijlagen	18
A. Checklist: een voorbeeld	20
B. Jaarkalender: een voorbeeld	24
C. Begrippenlijst bij de zorginkoop	28
D. Afkorting	46
E. Informatie LOC-LPR en VraagRaak/KansPlus	48
9. Noten en bronvermelding	50

Inleiding

De laatste jaren hebben cliëntenraden, cliëntenorganisaties, zorginstellingen, zorgkantoren en de Inspectie voor de Gezondheidszorg intensief samengewerkt om ervoor te zorgen dat de cliënt erop kan rekenen dat hij de zorg krijgt zoals hij die het liefst heeft.

In deze samenwerking staat één begrip centraal en dat is 'kwaliteit'.

Zowel in de sector Verzorging, verpleging en thuiszorg, de sector Gehandicaptenzorg als in de sector Geestelijke Gezondheidszorg/Verslavingszorg is afgesproken wat men onder kwaliteit verstaat. Ook ontwikkelt men gezamenlijk manieren om die kwaliteit te meten. Want alleen als je weet op welke punten de kwaliteit niet goed scoort, kun je de kwaliteit gericht verbeteren.

In het meten van die kwaliteit hebben de cliënten en cliëntenraden een belangrijke rol gekregen. En omdat alle partijen, waaronder het zorgkantoor, gebruik gaan maken van dezelfde informatie zijn zorgkantoren steeds meer geïnteresseerd geraakt in de ervaringen van cliënten en cliëntenraden met de kwaliteit van de verleende zorg. Die ervaringen willen de zorgkantoren meer en meer gaan betrekken bij het inkopen van de zorg.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is van mening dat in de toekomst de cliënt zelf de natuurlijke partner voor de zorgverzekeraar moet zijn bij het inkoopbeleid.¹ Vooralnog is

dit niet het geval.

Bij de zorginkoop zijn in de eerste plaats de zorgaanbieder en het zorgkantoor partij. Formeel heeft de cliëntenraad hierbij geen rol. U hoeft u dus als cliëntenraad niet per se bezig te houden met de zorginkoop maar het kan een goed ingang zijn voor verbetering van de kwaliteit van zorg. Uw formele gesprekspartner kan zijn de directie: de locatiemanager in het geval van bijvoorbeeld een lokale cliëntenraad en de Raad van Bestuur bij de centrale cliëntenraad. Ook andere varianten zijn bekend.

Deze wegwijzer is geschreven voor die (centrale) cliëntenraden die zich willen verdiepen in het zorginkoopproces. Het is een hulpmiddel om te bepalen of en zo ja in hoeverre de (centrale) cliëntenraad het zorginkoopproces wil beïnvloeden.

De basistaak van de (centrale) cliëntenraad is om de belangen van de cliënten te behartigen. Die belangen zijn het best gegarandeerd als de cliënt een goede kwaliteit van zorg ervaart.

Wil de cliëntenraad dus invloed uitoefenen op de zorginkoop, dan is het enige argument hiervoor de mogelijke invloed op de kwaliteitsverbetering van de zorg.

Daarom staat ook in deze wegwijzer het begrip 'kwaliteit' centraal.

* Daar waar 'hij' staat, kan ook 'zij' gelezen worden.

WAT VINDT U IN DEZE WEGWIJZER?

In deze wegwijzer vindt u informatie over de wijze waarop de zorginkoop in de AWBZ in zijn werk gaat. Hierbij staat vooral de rol van het zorgkantoor centraal. De werkwijze van het zorgkantoor is echter voor veel cliëntenraden niet of nauwelijks bekend.

Met de informatie in deze wegwijzer kunt u bepalen of en zo ja hoe de cliëntenraad zich met de zorginkoop wil bezighouden.

U TREFT AAN:

- Achtergrondinformatie over het proces van de zorginkoop
- Een checklist om te bepalen hoe actief u zich als cliëntenraad wilt bezighouden met de zorginkoop
- Een jaarkalender voor de cliëntenraad
- Een begrippenlijst

Bij deze wegwijzer hoort een 'opschrijfboek' voor signalen van uw achterban over de ervaren zorg.

De kwaliteitsthema's, checklist, jaarkalender en begrippenlijst kunt u downloaden van www.loc-lpr.nl, www.vraagraad.nl en www.kansplus.nl, zodat u deze naar believen kunt aanpassen voor eigen gebruik.

BIJ DEZE WEGWIJZER

De informatie in deze wegwijzer is grotendeels gebaseerd op de inkoopleidraad AWBZ 2009 -2010 van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Door ZN wordt elk jaar een nieuwe leidraad voor de zorgkantoren uitgebracht.

Het AWBZ-zorgveld is aan snelle ontwikkelingen onderhevig. Deze wegwijzer is naar verwachting geen wegwijzer voor de zéér lange termijn. Maar aangezien de landelijke partijen in alle AWBZ-sectoren steeds meer overeenstemming bereiken over landelijke beleidskaders, is te verwachten dat de basisinformatie in deze wegwijzer voor langere tijd houdbaar zal zijn.



A large, bold, red, stylized letter 'A' is positioned on the left side of the slide, extending from the top to the bottom. The letter is composed of thick, solid red strokes.

Achtergrondinformatie

ACHTERGRONDINFORMATIE

Achtergrondinformatie

EÉN WAT IS DE AWBZ?

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is in 1968 tot stand gekomen als een volksverzekering voor onverzekerbare risico's waarvoor individuele verzekering niet mogelijk is. Iedereen die in Nederland woont of werkt is ervoor verzekerd en heeft recht op vergoeding van de AWBZ-zorg. De gemiddelde Nederlander met een modaal inkomen betaalt in 2008 per maand circa € 320 aan AWBZ-premie.

De AWBZ dekt zware geneeskundige risico's die niet onder de zorgverzekeringen vallen. Het gaat om medische en zorgkosten die door vrijwel niemand op te brengen zijn. Onder de AWBZ vallen bijzondere ziektekosten zoals kosten van langdurige zorg thuis, opname in een verpleeghuis of gehandicapteninstelling. Wat de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Verslavingszorg betreft, valt een deel van de kosten zoals verblijf met behandeling, langer dan één jaar, onder de AWBZ.

TWEE WIE DOET DE ZORGINKOOP IN DE AWBZ?

De uitvoering van de AWBZ is sinds 1998 in handen van de zorgkantoren. Deze zijn door de gezamenlijke zorgverzekeraars in het leven geroepen. Zorgkantoren zijn zelfstandig werkende kantoren – nauw verbonden met de zorgverzekeraar in de regio – die de zorgvraag en het zorgaanbod in een regio zo goed mogelijk op elkaar trachten af te stemmen. Nederland is onderverdeeld in 32 regio's. Per regio voert één zorgkantoor namens alle zorgverzekeraars de gehele AWBZ uit. Er zijn dus 32 zorgkantoren. Een zorgkantoor is goed op de hoogte van de AWBZ-zorg in zijn eigen regio.

DRIE WAT HOUDT DE ZORGINKOOP IN?

Een kerntaak van het zorgkantoor is het inkopen van zorg voor de cliënten in zijn werkgebied. Het zorgkantoor moet daarbij rekening houden met het beleid van de overheid en van Zorgverzekeraars Nederland. De opdracht van het zorgkantoor is om voldoende, kwalitatief goede en doelmatig georganiseerde zorg in te kopen. Met dat laatste wordt bedoeld dat de

zorgaanbieder zijn budget zo efficiënt mogelijk moet aanwenden. Het zorgkantoor maakt afspraken met zorgaanbieders om ervoor te zorgen dat de cliënt met zijn zorgindicatie voldoende, kwalitatief goede en doelmatig georganiseerde zorg krijgt.

De cliënt kan met zijn indicatie kiezen voor zorg in natura of een Persoonsgebonden Budget (PGB). Bij zorg in natura zal het zorgkantoor namens de cliënten zorg inkopen bij aanbieders. Voor mensen die zelf inkoper willen zijn (PGB-houders) is de rol van het zorgkantoor beperkt tot de toekenning van een Persoonsgebonden Budget en het ermee samenhangende beheer.

Het onafhankelijke Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) stelt vast of en zo ja op welke zorg, ondersteuning, begeleiding en dagactiviteiten een cliënt recht heeft. De zorgindicatie voor de cliënt is aangegeven in het indicatiebesluit.

Aangezien de inkoop van de zorg in het verlengde staat van de zorgindicatie voor de cliënt, zijn de volgende principes leidend bij de zorginkoop:

1. Cliënten kiezen een aanbieder.
De persoon met een zorgindicatie kan een aanbieder-van-voorkeur kiezen. Het zorgkantoor zal daartoe een voldoende breed geheel van zorgaanbieders contracteren.
2. Aanbieders concurreren onderling om 'de gunst van de klant'.
Door 'goede service' en 'kwaliteit van zorg' te bieden – of door aantrekkelijke combinaties van wonen en zorg - concurreren aanbieders om de gunst van de cliënten. Vaak wenst de cliënt een langdurige relatie met een zorgaanbieder aan te gaan. Het zorgkantoor zal hiermee rekening houden bij de afspraken met aanbieders.
3. Zorgkantoren contracteren aanbieders die 'goede zorg voor klanten' bieden.
Zorgkantoren spreken goede zorg af voor een redelijke prijs.

Bij de zorginkoop van de zorg in natura in de AWBZ zijn het zorgkantoor en de zorgaanbieder de formele gesprekspartners. Zij maken met elkaar de zogenoemde 'productie-afspraken'. Deze afspraken gaan over de hoeveelheid zorg die de zorgaanbieder in een bepaald jaar levert, over de kwaliteit ervan en over de prijs die de zorgaanbieder hiervoor betaald krijgt.

3.1 WAT IS ZORGZWAARTEFINANCIERING?

De overheid heeft in 2006 een grote verandering doorgevoerd in de manier waarop zorginstellingen voor verblijfszorg in de AWBZ betaald krijgen voor de te verlenen zorg. De zorginstellingen kunnen niet meer rekenen op een vast budget, maar krijgen betaald per geleverd zorgzwaartepakket. Deze vorm van financiering noemt men zorgzwaartefinanciering.

Achtergrond van die verandering was het ingezette overheidsbeleid om de positie van de cliënt in de zorg te versterken en de zorg en ondersteuning voor de cliënt te verbeteren: de cliënt met zijn wensen en behoeften staat centraal.

De bedoeling van het nieuwe financieringsbeleid aan de hand van 'zorgzwaartepakketten' (ZZP's) is dan ook om meer tegemoet te kunnen komen aan de wensen en behoeften van de cliënt, zodat mensen die zwaardere zorg nodig hebben, deze zorg ook zullen krijgen.

De cliënt kan nu, op basis van zijn indicatiebesluit, met de instelling afspraken maken over de gewenste invulling van de zorg. Deze afspraken worden vastgelegd in het zorg(leef)plan. Het zorg(leef-)plan is de concrete invulling van het zorgzwaartepakket.

Een bijkomend voordeel van deze financieringswijze is dat het CIZ, het zorgkantoor, de zorginstelling en de cliënt nu allemaal dezelfde informatie gebruiken: de zorgzwaartepakketten. Dit was vroeger anders. De kans op misverstanden is nu kleiner.²

Vanaf 1 januari 2009 is sprake van financiering van zorgzwaartepakketten voor de verblijfszorg. Zorgaanbieders richten hun bedrijfsvoering daarop in. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een kostprijsmodel ontwikkeld voor de onderbouwing van de prijzen van de zorgzwaartepakketten.

In 2009 is het kostprijsmodel voor een zorgzwaartepakket nog gebaseerd op de

directe zorgkosten. Daarnaast ontvangt een zorginstelling, behalve het budget voor de zorgzwaartepakketten, een vergoeding voor de kosten van het gebouw en de organisatie. Het is de bedoeling dat op termijn in een ZZP ook deze kosten worden verwerkt, zodat we kunnen spreken van integrale ZZP's (waarin dan zowel de zorgkosten als de kosten voor het gebouw en de organisatie zijn opgenomen).

Het ministerie van VWS zal in 2009-2010 voor alle langdurige zorg een systematiek van pakketten naar zorgzwaarte ontwikkelen; ook voor de extramurale zorg. De invoering is voorzien vanaf 2011.

VIER WAAR LET HET ZORGKANTOOR OP BIJ DE ZORGINKOOP?

Alle landelijke partijen in de AWBZ hebben met elkaar afgesproken de kwaliteit van de zorg voor de cliënt te willen waarborgen. Een van die partijen is Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze partij stelt in 2009 sturing op kwaliteit voor, waarbij het zorgkantoor uitgaat van onderstaande gedragslijn³:

1. Elke zorginstelling past het relevante landelijke kwaliteitskader toe (dat is voorwaarde voor het aangaan van een contract).
Hiermee worden bedoeld het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg voor de verpleging, verzorging en thuiszorg, het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en de Basisset Prestatie-indicatoren voor de GGz/Verslavingszorg.
2. Het zorgkantoor hanteert het betreffende kader in zijn geheel als leidraad en zal niet op onderdelen indicatoren selecteren.
3. Tussen zorginstelling en zorgkantoor vindt overleg plaats over de verbetercyclus die hoort bij het kwaliteitskader (wat gaat de instelling doen met de bevindingen).
4. Het zorgkantoor ziet erop toe dat de keuze van verbetertrajecten, die de instelling voorlegt, is afgestemd met de cliëntenraad van de instelling (een verantwoordelijkheid van de aanbieder).
5. Het zorgkantoor introduceert bij de productieafspraken een financiële prikkel voor kwaliteit (onder voorwaarde van goed uitgewerkte verbetertrajecten).

Alle zorginstellingen zullen hun rapportages over kwaliteit opnemen in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorginstellingen. Het verplichte 'format' (invulmodel) voor dat verslag is gebaseerd op de thema's en indicatoren uit de landelijke kwaliteitskaders. Het format is te vinden op de website www.jaarverslagenzorg.nl

Een andere gedragslijn voor het zorgkantoor, dat immers het beleid van de overheid als uitgangspunt dient te nemen, is dat men moet aansluiten op de 'beleidsagenda' van de staatssecretaris.

De staatssecretaris wil graag een verbijzondering naar doelgroepen. Dat betekent dat het zorgkantoor in ieder geval in de periode 2009-2010 een onderscheid maakt in:

1. chronisch zieken en ouderen
2. vroeggehandicapte mensen
3. mensen met een langdurige psychische stoornis.

De bedoeling hiervan is meer maatwerk voor cliënten.⁴

4.1 WAT ZIJN DE KWALITEITSKADERS IN DE AWBZ?

Het zorgkantoor stelt dus bij de contractering van zorg als eis dat de zorgaanbieder werkt met een kwaliteitssysteem waarin de landelijke kwaliteitskaders naadloos zijn opgegaan. In de vorige paragraaf werden de drie onderscheiden kwaliteitskaders voor de AWBZ-sectoren al genoemd. De invulling van de kwaliteitskaders wordt door alle samenwerkingspartners steeds verder verfijnd en aan de praktijk getoetst.⁵

Zo bevat elk kwaliteitskader een reeks kwaliteitsthema's: onderwerpen waarvan men gezamenlijk besloten heeft dat daarop getoetst moet worden. Een voorbeeld van een kwaliteitsthema is 'communicatie' en dit thema komt zowel voor in het kwaliteitskader voor de Verpleging, verzorging en thuiszorg als in de basisset Prestatie-indicatoren GGz en verslavingszorg. Een ander voorbeeld is het thema 'interpersoonlijke relaties' uit het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

Daarnaast berust elk kwaliteitskader op twee pijlers:

1. Een zelfrapportage door de instelling over de zorginhoudelijke zaken per sector (waar de Inspectie tevens gebruik van maakt).
2. Een klantwaarderingsonderzoek (ook wel klantervaringsonderzoek of cliëntenraadpleging genoemd) met behulp van een landelijk ontwikkeld instrument (de CQ-index; in de gehandicaptensector de CE-Index).

VIJF **HOE VERLOOPT HET** **ZORGINKOOPPROCES?**

Het zorgkantoor maakt met een zorgaanbieder in principe een afspraak voor één jaar. Bij deze afspraak wordt uitgegaan van een schatting van de benodigde zorg. Deze benodigde zorg wordt geformuleerd in functies (bij extramurale zorg zoals thuiszorg) of in zorgzwaartepakketten (bij zorg met de indicatie 'Verblijf').

Behalve de afspraken voor een bepaald jaar kunnen ook afspraken worden gemaakt voor meer jaren voor zaken die langer spelen of nieuwe zaken die zich voordoen (bijvoorbeeld de aanpak van wachtlijsten, ketenzorg e.d.). Bij de schatting van de zorg door één zorgaanbieder betreft het zorgkantoor ook de inschatting van de benodigde zorg in de gehele regio van het zorgkantoor.

ZES **HOE ZIET HET** **ZORGINKOOPPROCES ER IN** **EEN JAAR UIT?**

In grote lijnen ziet het inkoopproces er als volgt uit:

September/oktober: de zorgaanbieder is op de hoogte van het inkoopbeleid van het zorgkantoor.

Oktober: de zorgaanbieder heeft alle informatie rond de contractering.

November: de zorgaanbieder dient een offerte in.

December: de zorgaanbieder krijgt een contract.

December/ januari: de zorgaanbieder kan onderhandelen over de hoeveelheid, de prijs en de kwaliteit van de zorg, de gekozen kwaliteitsverbetering en eventuele vernieuwing in zorgverlening.

Eind februari: de zorgaanbieder ontvangt het eerste deel van het toegekende budget voor de zorgverlening. De eerste productieafspraken worden gemaakt (1^e ronde). Het zorgkantoor heeft in deze fase altijd de mogelijkheid een beperkt deel van de contracteerruimte nog niet vast te leggen. Het

budget voor de zorgaanbieder wordt op basis van deze afspraken, maandelijks door het CAK bevoorschot.

Voorjaar: het zorgkantoor krijgt van de overheid (VWS) inzicht in indicatietrends, met verbijzondering naar doelgroepen en gebiedsdelen.

Najaar: het zorgkantoor kan het nog niet aangewende deel van de contracteerruimte toewijzen (2e ronde, bijvoorbeeld augustus of september; de Nza stelt daartoe de data vast).

Najaar: het zorgkantoor krijgt van VWS een nieuw overzicht van indicatietrends.

Elke maand: de zorgaanbieder geeft elke maand inzicht in de gerealiseerde productie. Zo heeft het zorgkantoor aan het einde van het jaar een volledig overzicht van de productie in één jaar. Op basis hiervan ontvangt de zorgaanbieder van het zorgkantoor het definitieve budget.⁶

ZEVEN **WIL DE CLIËNTENRAAD EEN** **ACTIEVE ROL SPELEN BIJ** **HET ZORGINKOOPPROCES?**

De cliëntenraad dient eerst intern goed te overleggen of hij een rol wil spelen in het zorginkoopproces. Zoals al gezegd: de zorginkoop is nu in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van zorgkantoor en zorgaanbieder. Ook al worden de zorgkantoren steeds actiever in het betrekken van cliënten en cliëntenraden bij de zorginkoop, het is goed om erbij stil te staan of en hoe de cliëntenraad hierbij een actieve rol wil spelen. De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor de afspraken met het zorgkantoor, de cliëntenraad geeft alleen advies (zie de vragen in de checklist).

Bij deze afweging is het ook goed te bedenken dat, met de komst van de kwaliteitskaders en de daarin besloten zorginhoudelijke en cliëntervaringsonderzoeken, hoe dan ook de structurele rol van de cliëntenraad bij de zorginkoop groter is geworden. Daar ligt voor de cliëntenraad een belangrijke taak om samen met het management verbeteringen af te spreken.

Het zorgkantoor moet voldoende, kwalitatief goede en doelmatig georganiseerde zorg inkopen. De bovengenoemde kwaliteitskaders voor de verschillende sectoren in de AWBZ vormen hierbij voor het zorgkantoor de leidraad.

U krijgt als cliëntenraad met de uitkomsten van een cliëntervaringsonderzoek een schat aan informatie over de wensen en knelpunten van uw achterban. Het verbeteradvies na een cliëntervaringsonderzoek is niet alleen een vast onderdeel geworden van het werk van cliëntenraden (verzwaard adviesrecht), maar ook hebben de zorgkantoren in hun contracten met de zorgaanbieders vastgelegd dat het verbeteradvies van de cliëntenraad wordt meegestuurd met de rapportage aan het zorgkantoor.⁷

Het zorgkantoor betreft het verbeteradvies vervolgens bij afspraken met de zorgaanbieder over verbeteringen in de zorg. De cliëntenraad werkt dus in een tweejaarlijkse cyclus, samen met de zorgaanbieder en het zorgkantoor, aan een continu verbetertraject van de zorg.

7.1 HOE KAN DE CLIËNTENRAAD ACTIEF INSPELEN OP HET ZORGINKOOPPROCES?

De cliëntenraad actief die wil inspelen op het zorginkoopproces spreekt allereerst af of dit op het niveau van de lokale cliëntenraad gebeurt of op het niveau van de centrale cliëntenraad.⁸

Om vervolgens de vinger aan de pols te houden bij de jaarcyclus van het zorginkoopproces, is het aan te raden om eens in de drie maanden het zorgkantoor op de agenda van de overlegvergadering met de zorgaanbieder te plaatsen (zie de voorbeeldjaarkalender). Belangrijk daarbij is om met de zorgaanbieder een aantal gerichte afspraken te maken, bijvoorbeeld over het al of niet aanwezig zijn van een vertegenwoordiger van de cliëntenraad bij de overleggen met het zorgkantoor. Als u beslist om aanwezig te zijn dan moet u hierin tijd investeren en deskundigheid opbouwen. Ook dient u dan af te spreken welke rol de cliëntenraad heeft in het gesprek: luistert u of praat u mee?

Een alternatief kan zijn dat de cliëntenraad niet deelneemt aan het gesprek zelf, maar agendapunten aandraagt en achteraf het verslag van de directie krijgt.

Indien de cliëntenraad zelf rechtstreeks contact wil met het zorgkantoor, informeer dan of er een vast contactpersoon bij het zorgkantoor is voor contact met cliëntenraden. U kunt bijvoorbeeld contact opnemen als u als cliëntenraad niet serieus wordt genomen of als verbeterafspraken niet worden nagekomen. Er is een rechtstreeks verband tussen goede medezeggenschap en kwaliteit van zorg- dienstverlening.⁹

Als de cliëntenraad actief het beleid van het zorgkantoor wil beïnvloeden, dan kunt u nagaan wie de cliëntvertegenwoordigers in de Raad van Advies zijn. U kunt als cliëntenraad eventueel contact met deze vertegenwoordigers opnemen.

In een raad van advies moeten minimaal drie vertegenwoordigers van cliënten zitten. Eén vanuit de gehandicaptensector, één vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg en één vanuit de ouderenzorg. Dit kunnen leden van cliëntenraden of cliëntenorganisaties zijn. De raad adviseert over de beleidsvisie, de jaarplannen en de uitgangspunten voor het contracteerbeleid van het zorgkantoor en over de uitvoering van subsidieregelingen.

Daarnaast kunt u bij het zorgkantoor nagaan bij welke overleggen cliënten of cliëntenorganisaties aanwezig zijn en bepalen of u als cliëntenraad hieraan ook actief wilt deelnemen. Een mogelijkheid is ook dat u vraagt om de agenda en notulen toegestuurd te krijgen zodat u, indien gewenst, een signaal vanuit uw cliëntenraad kunt meegeven.

Wilt u een wat minder actieve bemoeienis dan kunt u overwegen u te beperken tot het bijwonen van een bijeenkomst van het zorgkantoor. Een andere mogelijkheid is dat u de contactpersoon van het zorgkantoor op de gastenlijst zet bij themabijeenkomsten die u organiseert. U kunt op de websites van de zorgkantoren de beleidsplannen van de zorgkantoren vinden.

Wat u ook doet, informeer altijd de directie of raad van bestuur!

Bijlage

Hierna treft u in bijlage A een checklist aan die u kunt gebruiken bij een eventueel contact met het zorgkantoor. De eerste vragenlijst dient u in de cliëntenraad zelf te bespreken; de tweede vragenlijst betreft de afspraken die de cliëntenraad met de zorgaanbieder wil maken. De derde vragenlijst kunt u gebruiken als leidraad voor een gesprek met het zorgkantoor.

In bijlage B is een voorbeeld opgenomen van een jaarkalender van de cliëntenraad. Hierin zijn aandachtspunten bij de zorginkoop opgenomen. Deze voorbeeldjaarkalender kunt u gebruiken bij de invulling van het werkplan van de cliëntenraad.

In bijlage C is een uitgebreide lijst met begrippen opgenomen die gebruikt worden bij de zorginkoop in de AWBZ.

In bijlage D worden afkortingen toegelicht.

In bijlage E staat informatie over LOC-LPR en VraagRaak/KansPlus.

Onderdeel van deze wegwijzer is het opschrijfboek 'Signalen van de achterban'.



Bijlage A

VOOR HET GESPREK IN DE CLIËNTENRAAD: ACTIEF OF PASSIEF CONTACT MET HET ZORGKANTOOR?

1	Willen wij contact met het zorgkantoor?
2	Zo ja, wie van ons wil de contactpersoon worden?
3	Wat voor soort contact willen we en wat willen we ermee?
4	Willen we als lokale raad contact of als centrale cliëntenraad?
5	Wanneer en hoe vaak willen wij contact?
6	Wat weten wij van de offerte die onze zorgaanbieder heeft gedaan?
7	Willen we daarover advies geven?
8	Willen wij bij het overleg zijn tussen zorgaanbieder en zorgkantoor?
9	Wat is onze rol bij een dergelijk overleg?
10	Willen we ons beperken tot het aangeven van belangrijke punten bij de zorgaanbieder en achteraf geïnformeerd worden?
11	Willen wij weten wie er in de raad van advies van het zorgkantoor zit en willen we met deze persoon contact?
12	Willen wij ons alleen laten informeren via agenda's en verslagen van belangrijk overleg zoals dat van de raad van advies en van andere cliëntenorganisaties?

VOOR HET GESPREK TUSSEN CLIËNTENRAAD EN ZORGAANBIEDER: WAT SPREKEN WE AF?

1	Wanneer heeft u contact met het zorgkantoor?
2	Maakt u op locatieniveau afspraken met het zorgkantoor of op concernniveau?
3	Wat staat er in het contract over de invloed van de cliëntenraad?
4	Is het bijvoegen van het verbeteradvies van de cliëntenraad op het verbeterplan van de zorgaanbieder opgenomen in het contract?
5	Wat zijn verder de speerpunten in het contract?
6	Hoe zijn onze adviezen hierbij betrokken?
7	Wilt u dat de cliëntenraad aanwezig is bij één van de vormen van overleg met het zorgkantoor?
8	Zo niet, kunt u de cliëntenraad laten weten welke zaken u gaat bespreken?
9	Wanneer informeert u de cliëntenraad daarover?
10	Zullen we om de drie maanden het zorgkantoor op de agenda zetten?

VOOR HET GESPREK TUSSEN CLIËNTENRAAD EN ZORGKANTOOR: WAT WILLEN WE WETEN?

1	Wie is de contactpersoon voor onze zorginstelling?
2	Hoe weegt u het verbeteradvies van de cliëntenraad mee bij de zorginkoop?
3	Welke verbeterpunten heeft u afgesproken met de zorgaanbieder?
4	Hoe informeert u zelf de cliënten en cliëntenraden over de gemaakte afspraken? Voor welke informatie kunnen cliënten en de cliëntenraad nog meer bij u terecht?
5	Wanneer wilt u met cliëntenraden praten over het inkoopbeleid? Zijn er verder vaste momenten in het jaar waarop u met cliëntenraden wilt praten?
6	Hoe kunnen we u melden of de zorgaanbieder goed omgaat met de invulling van de medezeggenschap door de cliëntenraad of dat verbeterafspraken niet worden nagekomen?
7	Hoe zorgt u ervoor dat u van de locaties van het totale concern een goed beeld krijgt over de verleende kwaliteit van zorg- en dienstverlening?
8	Hoe kunnen we lid worden van de raad van advies en/of hoe informeert u cliëntenraden over de resultaten van het werk van de raad van advies?
9	Hoe controleert u of de individuele cliënt echt de zorg krijgt waarvoor hij een indicatie heeft gekregen?
10	Hoe controleert u of de individuele cliënt daadwerkelijk betrokken is bij het opstellen van zijn zorgplan, behandelplan of zorgleefplan?

Bijlage B



JAARKALENDER: EEN VOORBEELD

Augustus	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer is er overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over productieafspraken en/of kwaliteit? • • Zorgkantoor op de overlegagenda met de zorgaanbieder!
September	<ul style="list-style-type: none"> • •
Oktober	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Werkplan cliëntenraad voor het volgende jaar maken.</i> • Sturen we ook een exemplaar van het werkplan naar het zorgkantoor? •
November	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Vergaderschema cliëntenraad in het nieuwe jaar</i> • Plannen we activiteiten met het zorgkantoor? • • Zorgkantoor op de agenda!
December	<ul style="list-style-type: none"> • •
Januari	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer is er overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over productieafspraken en/of kwaliteit? • Zorgkantoor op de overlegagenda met de zorgaanbieder!.....
Februari	<ul style="list-style-type: none"> • •

Maart	<ul style="list-style-type: none"> •
April	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Jaarverslag cliëntenraad</i> • Sturen we ook een exemplaar naar het zorgkantoor? • •
Mei	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Jaardocument zorginstellingen wordt gemaakt door de zorginstelling.</i> • Geef advies over het hoofdstuk in het jaardocument dat gaat over de cliëntenraad.
Juni	<ul style="list-style-type: none"> • Wellicht wordt u uitgenodigd door het zorgkantoor om uw mening te geven over de kwaliteit van de zorg? • Zorgkantoor op de agenda van de cliëntenraad!
Juli	<ul style="list-style-type: none"> •
Augustus	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer is er overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over productieafspraken en/of kwaliteit? • Etc. etc..... •
September	<ul style="list-style-type: none"> • •
Oktober	<ul style="list-style-type: none"> • •
November	<ul style="list-style-type: none"> •
December	<ul style="list-style-type: none"> •

Bijlage C



Begrippenlijst

AANBESTEDING

Procedure waarbij een opdrachtgever (aanbesteder) bedrijven of andere aanbieders van diensten of zaken vraagt met een offerte op de opdracht in te schrijven. Zo worden de beste leveranciers (aannemers) geselecteerd op basis van prijs, kwaliteit, ervaring, service en dienstverlening.

In een aanbesteding sluiten zorgkantoren (AWBZ) en gemeenten (Wmo) contracten voor een bepaalde periode af met aanbieders van zorg- en dienstverlening.

Voor de aanbesteding wordt een bestek gemaakt. In een bestek kunnen eisen en wensen apart worden aangegeven. Aan de eisen moet een aanbieder dwingend voldoen. De wensen zijn niet dwingend en zijn dus onderhandelbaar.

AANBESTEDINGSPROCEDURE

In een aanbestedingsprocedure mogen verschillende soorten eisen gesteld worden:

1. Geschiktheidseisen/selectiecriteria: deze betreffen de dienstverlener, in dit geval de zorgaanbieder. Er kan bijvoorbeeld gevraagd worden naar ervaringen die de zorgaanbieder in het verleden heeft opgedaan. Maar er mag niet geëist worden dat die ervaringen in een bepaalde regio zijn opgedaan, omdat dan partijen uit andere regio's worden uitgesloten. Een eis mag bijvoorbeeld zijn dat met bepaalde soorten van doelgroepen/diensten ervaring is opgedaan.
2. Harde eisen/bestekeisen: eisen waaraan de uitvoering van de opdracht zal moeten voldoen. Deze eisen hebben te

maken met wat de aanbesteder (het zorgkantoor bijvoorbeeld) met de aanbesteding wil bereiken.

Bijvoorbeeld: een eis mag zijn dat de uitvoering van de opdracht ingebed in het lokale netwerk zal geschieden, maar een eis mag niet zijn dat de inschrijver op het moment van inschrijving al ingebed moet zijn in het lokale netwerk.

3. Gunningscriteria: deze criteria betreffen de aanbieder, niet de aanbieder. Als bijvoorbeeld een inschrijver overtuigend aangeeft hoe hij de uitvoering van de opdracht zal inbedden in het lokale netwerk, dan kan hij hiervoor extra punten krijgen. Maar er zullen geen extra punten worden gegeven voor het feit dat sprake is van een bepaalde aanbieder: het gaat er om wat de aanbieder inhoudt.

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verzekert iedere Nederlander tegen 'onverzekerbare risico's'. De AWBZ vergoedt (hoge) medische en zorgkosten die ziekenfondsverzekeringen of particuliere ziektekostenverzekeringen niet vergoeden.

BASISSET PRESTATIE-INDICATOREN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN VERSLAVINGSZORG

De sector Geestelijke Gezondheidszorg (GGz)/Verslavingszorg (Vz) heeft een nieuw meetinstrument ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te toetsen. Instellingen moeten voortaan rapporteren over kwaliteit op basis van prestatie-indicatoren. Het is de

bedoeling dat de indicatoren geleidelijk aan in gebruik worden genomen en dat het toepassen leidt tot verdere ontwikkeling en verbetering.

De prestatie-indicatoren zijn onderverdeeld in thema's en subthema's. De indicatoren zijn:

1. Effectiviteit (subthema's hierbij zijn preventie, behandelresultaat, bemoeizorg, continuïteit bij verandering van zorgsoort).
2. Veiligheid (subthema's hierbij zijn zorginhoudelijke veiligheid, omgevingsveiligheid).
3. Cliëntgerichtheid (subthema's hierbij zijn voldoende en adequaat zorgaanbod, eigen invloed, continuïteit van zorg, dagbesteding en arbeid, woon-en leefomstandigheden, communicatie en informatie).

Voor enkele indicatoren is de ontwikkeling van specifieke meetinstrumenten nog niet afgerond; dit zal de komende jaren vorm krijgen. Het gaat daarbij onder andere om de CQ-index, die nu nog niet beschikbaar is en om de keuze van standaardinstrumenten voor het meten van de effecten van de behandeling.

De basisset die er nu ligt, is gericht op instellingen die zorg aanbieden. In 2008 start een project voor de indicatorontwikkeling voor de vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en psychologen. Het betreft in eerste instantie alleen de specialistische tweedelijns zorg. Deze prestatie-indicatoren zullen tevens gebruikt worden om de indicatoren voor de door instellingen geleverde ambulante zorg te verbeteren.

De prestatie-indicatoren zijn gezamenlijk ontwikkeld door Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Landelijk Platform GGz, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), GGZ Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

BENODIGDE ZORG

Term uit het regionaal inkoopplan van het zorgkantoor. Welke zorg nodig is en in welke omvang volgt uit trends in de zorgvraag, de zorgindicaties en de eventuele wachtlijsten. Daarnaast uit inzichten over klantwensen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een verschuiving van verzorgingshuizen naar woonzorgcomplexen waar mensen 'zorg thuis' krijgen, met inbegrip van direct oproepbare hulp. Of de diversiteit van dagbesteding die wordt georganiseerd voor verstandelijk gehandicapte mensen.

BESTEK

Programma van eisen en wensen bij de zorginkoop van het zorgkantoor.

BEST PRACTICES

Goede voorbeelden en innovaties in de zorg.

BONUS

Term uit het regionaal inkoopplan van het zorgkantoor. Dit is een beloning voor specifieke prestaties van een zorgaanbieder. De beloning kan zijn een toekenning van extra volume (meer productie), hogere prijs (prijisdifferentiatie), toekenning van extra budget voor innovatie.

CAK

Centraal Administratie Kantoor. Dit orgaan is verantwoordelijk voor de administratie en registratie van de eigen bijdrage AWBZ, de financiering van AWBZ-instellingen en de uitvoering van de eigen bijdrage in de Wmo.

CARE

Zorg aan (langdurig) zorg- of hulpbehoevenden (vergelijk: cure).

CASEMANAGER

Beroepskrachten die namens de zorgaanbieders de professionele hulp tussen de intramurale, extramurale en ambulante zorg coördineren zonder deze hulp direct zelf ten uitvoer te brengen, en die een goede afstemming proberen te bewerkstelligen van de juiste hoeveelheid gewenste zorg voor een cliënt.

CE-INDEX (KLANTERVARINGS-INDEX)

De CE-index is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de verstandelijk gehandicaptensector.

Met de CE-index wordt op gestandaardiseerde wijze de kwaliteit van de zorg en het welbevinden vanuit het cliëntperspectief in kaart gebracht. De vragenlijsten geven inzicht in twee zaken: wat vinden cliënten/cliëntvertegenwoordigers belangrijk en wat zijn hun ervaringen met de zorg en begeleiding.

De resultaten van de landelijke metingen van de CE-index worden via Kiesbeter.nl gepubliceerd.

De informatie uit de CE-index is door meerdere partijen te gebruiken:

1. Cliënten/cliëntvertegenwoordigers zelf bij het kiezen van een zorgaanbieder.
2. Cliëntenraden en cliëntenorganisaties die de belangen van hun leden behartigen.
3. Zorgverzekeraars die kwalitatief goede zorg willen inkopen.
4. Zorgaanbieders en managers die kwalitatief goede zorg willen inkopen.
5. De inspectie (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit die toezicht houden op de zorg en begeleiding.
6. Het ministerie van VWS dat op landelijk niveau de effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid van de zorg en begeleiding wil waarborgen.

CIZ

Centrum Indicatiestelling Zorg. Het CIZ is een onafhankelijke organisatie die sinds 1 januari 2005 bestaat. Het CIZ voert

landelijk de indicatiestelling voor de AWBZ uit en bepaalt daarmee waar iemand recht op heeft. Het CIZ werkt vanuit zes districten. In ieder district zijn meerdere kantoren.

CLIËNTENRAAD

Wettelijk orgaan dat op basis van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (Wmcz) de belangen van cliënten behartigt.

CLIËNTENRAADPLEGING OF CLIËNTERVARINGEN-ONDERZOEK

Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten waarbij cliënten bevraagd worden. In de sector Verzorging, verpleging en thuiszorg vindt een dergelijk onderzoek tweejaarlijks plaats aan de hand van de CQ-index. In de sector Gehandicaptenzorg zal gebruik worden gemaakt van de CE-index en zal het onderzoek driejaarlijks plaatsvinden.

COMPENSATIEBEGINSEL

Begrip uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Het compensatiebeginsel in de Wmo geeft gemeenten de verplichting om beperkingen te compenseren die iemand ervaart bij het voeren van een huishouden, bij het ontmoeten of bezoeken van mensen of in het vervoer. De gemeente kijkt samen met de cliënt welke voorzieningen en hulpmiddelen nodig zijn om de hindernissen weg te nemen. Het gaat daarbij om hindernissen in en om het huis, in het plaatselijk vervoer en in

het sociale verkeer.

CONCESSIEHOUDER

Houder van een vergunning (= concessie). In de 32 regio's van de zorgkantoren heeft altijd één verzekeraar de vergunning om in die regio de AWBZ uit te voeren. Bijvoorbeeld in de regio Amstelland en de Meerlanden is de concessiehouder de verzekeraar Zorg & Zekerheid.

CONTRACTEERRUIMTE

Begrip dat in 2004 is ingevoerd in de regio's van de zorgkantoren. Het betreft een budget dat voldoende moet zijn om in een bepaalde regio aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Het bedrag is destijds afgeleid van de optelsom van de instellingsbudgetten van de aanbieders in de regio. Bij de toekenning van groeirimte is de laatste jaren meer rekening gehouden met indicatietrends. Maar de regionale contracteerruimte is geen 'echt regionaal budget' gebaseerd op inwoners in de regio en hun zorgindicaties.

CONTRACTEERPlicht

Verplichting voor de zorgverzekeraars en uitvoeringsorganen AWBZ om overeenkomsten te sluiten met wettelijk toegelaten zorgaanbieders, om voor hun verzekerden de aanspraak op de zorg te kunnen waarmaken. De contracteerplicht geldt alleen voor intramurale zorgaanbieders, niet voor extramurale zorginstellingen.

In de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is de toelating van zorgaanbieders geregeld.

CONTRACTERING

Het aangaan van een contract met een zorginstelling en het sluiten van een overeenkomst.

Het zorgkantoor ontwikkelt een transparant, non-discriminair en toetsbaar contracteer- en inkoopbeleid waarin bestaande en nieuwe aanbieders op gelijke manier worden behandeld.

Uitgangspunt is het realiseren van een doelmatig en pluriform zorgaanbod dat aansluit op de vraag van de cliënten. De klant moet kunnen kiezen.

Bij de contractering spelen drie zaken:

1. Met welke zorgaanbieders zal het zorgkantoor een contract aangaan (selectie).
2. Wat willen we in de overeenkomst altijd afspreken (de algemene voorwaarden).
3. Hoe zullen de gemaakte afspraken worden gemonitord (contractmanagement).

ad 1) Zorgaanbieders moeten voldoen aan bepaalde geschiktheidseisen (eisen van bekwaamheid en financieel-economische eisen).

ad 2) Algemene voorwaarden hebben betrekking op de dienstverlening. Deze voorwaarden zijn onderdeel van de overeenkomst. Het gaat bijvoorbeeld om: service naar cliënten (de zorgaanbieder legt snel na de indicatie contact met de persoon), leveringsvoorwaarden (zoals deelname

aan regelingen voor crisiszorg, oproepbare zorg), kwaliteitsvoorwaarden (bijvoorbeeld werken aan geprioriteerde verbetertrajecten), afspraken over informatieverstrekking die nodig is voor de uitvoering van de AWBZ.

ad 3) Contractmanagement heeft betrekking op de wijze waarop gevolgd wordt of de gemaakte afspraken worden nagekomen.

CONVENANT TAKEN EN BEHEERSKOSTEN

Convenant tussen het Ministerie van VWS, CVZ en ZN. Hierin is vastgelegd dat zorgkantoren een contracteerbeleid ontwikkelen voor de uitoefening van hun zorginkooptaak. Het convenant schrijft voor dat het zorgkantoor in het contracteerbeleid vastlegt hoe zorg wordt ingekocht die voldoet aan de uitgangspunten dat de zorg doelmatig, kwalitatief voldoende gedifferentieerd en tijdig beschikbaar is.

CQ-INDEX (CONSUMER QUALITY INDEX)

De CQ-index is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg.

Met de CQ-index wordt op gestandaardiseerde wijze de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in kaart gebracht. De vragenlijsten geven inzicht in twee zaken: wat cliënten belangrijk vinden én wat hun ervaringen zijn met de zorg. De resultaten van de landelijke metingen van de CQ-index worden via *Kiesbeter.nl* gepubliceerd.

De informatie uit de CQ-index is door meerdere groepen te gebruiken, bijvoorbeeld door:

1. Consumenten zelf, bij het kiezen van een zorgverzekeraar of een zorgaanbieder.
2. Cliëntenraden en cliëntenorganisaties die de belangen van hun leden behartigen.
3. Verzekeraars die kwalitatief goede zorg willen inkopen;
4. managers en professionals die de kwaliteit van hun zorg willen verbeteren.
5. De Inspectie (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit, die toezicht houden op de zorg.
6. Het Ministerie van VWS dat op landelijk niveau de effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid van de zorg wil waarborgen.

CURE

Geneeskundige zorg (vergelijk: care).

CVZ

College voor Zorgverzekeringen. Deze instelling waarborgt dat iedereen toegang heeft tot een betaalbaar basispakket. Het basispakket bevat alle noodzakelijke zorg. Het werkkterrein van het CVZ is de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het CVZ verdeelt de premies over de verzekeraars, geeft uitvoering aan voorzieningen en regelingen voor bijzondere doelgroepen, adviseert over de samenstelling van het basispakket en zorgt dat iedereen hiervan op de hoogte is.

DOELGROEPENBELEID

Beleid dat zich richt op speciale groepen zoals jonggehandicapten, zwaar dementerende ouderen of mensen met een langdurige psychische stoornis.

EXTRAMURALE ZORGINSTELLING

Zorginstelling die zorg verleent op afgesproken tijden waarbij de cliënten vanuit de eigen woon- en werkomgeving naar de hulpverlener toekomen, of waarbij de hulpverlener de cliënt in diens omgeving bezoekt.

GECONTRACTEERDE ZORG

Zorg waarvoor een zorgverzekeraar voor zijn verzekerden een contract heeft gesloten met zorgaanbieders. In zo'n contract zijn bijvoorbeeld afspraken gemaakt over de prijs en/of omvang van de zorg, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

GESCHIKTHEIDSEISEN

Voorwaarden aan de aanbieder. Als de aanbieder (van extramurale zorg) niet aan de geschiktheidseisen voldoet, wordt hij uitgesloten van verdere deelname aan de inkoopprocedure en komt dus niet in aanmerking voor een contract.

GUNNINGSBESLISSING

De keuze van de aanbestedende dienst (bijvoorbeeld het zorgkantoor) voor de inschrijver die de opdracht krijgt of

'gegrond wordt'. Deze beslissing betreft slechts de keuze voor de inschrijver en houdt niet in dat ook het eventuele aanbod van de inschrijver wordt aanvaard.

GUNNINGSCRITERIA

(MET UITSLUITEND KARAKTER EN MET WEGING)

Criteria (voorwaarden) voor de aanbidding. Deze criteria vallen uiteen in gunningscriteria met uitsluitend karakter en gunningscriteria met weging.

De geschiktheidseisen en gunningscriteria met uitsluitend karakter zijn landelijk afgesproken tussen de zorgkantoren. De gunningscriteria met weging zijn regionaal vastgesteld en gebaseerd op het regionale en sectorale zorginkoopbeleid.

INCLUSIEF BELEID

Beleid dat rekening houdt met de verschillende mogelijkheden en beperkingen van mensen. Het doel van inclusief beleid is dat mensen met beperkingen vanzelfsprekend op een gelijkwaardige manier kunnen deelnemen aan alle aspecten van het maatschappelijke leven. Resultaat moet zijn dat algemene voorzieningen beschikbaar zijn voor mensen met een beperking. Een voorbeeld van inclusief beleid: bij het bouwen van een nieuwe woonwijk wordt al bij het ontwerp rekening gehouden met mensen met een beperking.

INDICATIE IN DE AWBZ

Vastgestelde mate en aard van iemands zorgbehoefte.

INDICATIEORGAAN IN DE AWBZ

Het onafhankelijke orgaan dat een indicatie vaststelt. In de AWBZ is dat het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg).

INDICATIESTELLER IN DE AWBZ

Werknemer in dienst van het CIZ, die objectief en onafhankelijk beoordeelt of iemand recht heeft op AWBZ-zorg. De indicatiesteller brengt in kaart wat iemands aandoening of beperking is en legt dit vast in een indicatiebesluit.

INDICATIEBESLUIT IN DE AWBZ

De uitkomst van het onderzoek van de indicatiesteller of iemand recht heeft op AWBZ-zorg en zo ja, hoeveel zorg die persoon krijgt en hoe lang. Het indicatiebesluit wordt geformuleerd in functies (aard van de zorg) en klassen (hoe lang en hoe vaak iemand zorg nodig heeft) of in zorgzwaartepakketten.

INKOOPGIDS

Meervoudig uit te leggen term. Een inkoopgids kan een (digitale) gids zijn, uitgebracht door een zorgkantoor, waarin een lijst van alle zorgaanbieders in een bepaalde regio is opgenomen, als service aan de cliënten.

Een inkoopgids kan ook een gids zijn waarin criteria zijn

opgenomen waaraan zorgaanbieders dienen te voldoen, wil men tegemoetkomen aan de wensen van cliënten. Een voorbeeld van een dergelijke gids is de gids 'Beste koop' van het Landelijk Platform GGZ, uitgebracht in 2007. Inmiddels wordt gewerkt aan een digitale versie.

INKOOPPROCEDURE IN DE AWBZ

Het proces waarbij het zorgkantoor zich oriënteert op wat cliënten willen, vervolgens zorgaanbieders selecteert om daarna bij hen voldoende, kwalitatief verantwoorde, doelmatige/betaalbare AWBZ-zorg met voldoende keuzemogelijkheden voor de cliënt in te kopen.

INNOVATIEGELDEN ZOR GKANTOOR

Middelen die kunnen worden ingezet voor innovatieve projecten. Dit zijn projecten die erop gericht zijn om op een vernieuwende wijze de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief te verbeteren.

INSCHRIJVER

De zorgaanbieder die bij de aanbestedende dienst (bijvoorbeeld het zorgkantoor) een offerte indient.

INSCHRIJVING

Een aanbieding, inclusief de bijbehorende bescheiden, van een inschrijver.

INTEGRALE ZZP

Een zorgzwaartepakket waarin zowel de kosten voor de zorgverlening en de organisatie daarvan, als de gebouwgebonden kosten van de zorgverlenende instelling zijn opgenomen.

INTRAMURALE ZORGINSTELLING

Verblijfsinstelling waar cliënten dag en nacht wonen omdat men intensieve verzorging, begeleiding of verpleging nodig heeft. Er is een indicatie 'verblijf' voor nodig om in een intramurale instelling te wonen. In AWBZ-termen: instellingen die zorg leveren in combinatie met de functie verblijf.

JAARDOCUMENT MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING ZORGINSTELLING

Kortweg genoemd: Jaardocument Zorginstellingen. In dit rapport zijn de afspraken vastgelegd over de verantwoording door de zorginstellingen. Het jaardocument bestaat uit het maatschappelijk verslag, de jaarrekening en de tabellen met feitelijke gegevens. Het rapport is grotendeels openbaar en te raadplegen via www.jaarverslagenzorg.nl

KETENZORG

Het geheel van samenhangende zorginspanningen door verschillende zorgverleners van verschillende instellingen, vaak omtrent een specifieke diagnose of behandelgroep. Het begrip zorginspanning wordt in deze definitie breed bedoeld. Het

betreft preventieve, curatieve, zorg- en welzijnsinspanningen. Begrippen als transmurale zorg, zorgvernieuwing of ketenzorg worden regelmatig door elkaar gebruikt. Zie ook transmurale zorg.

KWALITEITSBELEID

Gericht beleid om de kwaliteit te waarborgen.

KWALITEITSKADER GEHANDICAPTENZORG

Het kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is nog in ontwikkeling. De twee belangrijkste uitgangspunten in het visiedocument zijn kwaliteit van bestaan en het hebben van regie over het eigen leven. Aan de basis van het Kwaliteitskader ligt een gezamenlijke visie op kwaliteit van zorg en ondersteuning in de Gehandicaptenzorg.

Er worden acht thema's met betrekking tot kwaliteit van bestaan onderscheiden (lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welzijn, zelfbepaling, belangen). Daarnaast onderscheidt men vier zorgvoorwaardelijke thema's (zorgafspraken en ondersteuningsplan, cliëntveiligheid, kwaliteit van medewerkers en organisatie, samenhang in zorg en ondersteuning). De indicatoren waarmee de kwaliteitsthema's gemeten kunnen worden, zijn nog in ontwikkeling.

Partijen zijn de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Ministerie van

Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad), Platform VG, Landelijke Federatie Belangenverenigingen Onderling Sterk (LFB), Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk gehandicapten (NVAVG), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de beroepsorganisatie voor sociale, (ortho-) pedagogische en hulpverlenende functies (Phorza).

De ontwikkeling van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg wordt ondersteund door het bureau Zichtbare Zorg. Dit bureau ondersteunt ook de ontwikkeling van de Kwaliteitskaders in de andere zorgsectoren.

KWALITEITSKADER VERANTWOORDE ZORG

Kwaliteitskader dat betrekking heeft op de sectoren Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en/of complexe zorg). In het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg staat beschreven wat goede, verantwoorde zorg is en hoe die gemeten wordt. De kwaliteit van de zorg wordt getoetst aan de hand van tien overeengekomen thema's (zorg(behandel)-/leefplan, communicatie en informatie, lichamelijk welbevinden, zorginhoudelijke veiligheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en sociale redzaamheid, mentaal welbevinden, veiligheid wonen/verblijf, voldoende en bekwaam personeel, samenhang in zorg).

Minimaal één keer per twee jaar moet de zorgorganisatie volgens een vastgestelde methode de ervaringen van de cliënten in beeld brengen.

In het Kwaliteitskader zijn afspraken vastgelegd over de rol van cliëntenraden bij de kwaliteitsverbetering van de zorg. De cliëntenraad heeft een verzaamd adviesrecht bij:

1. De keuze van het bureau dat de ervaringen van de cliënten toetst.
2. De vraag of er nog meer onderzoek nodig is.
3. Het maken van afspraken over verbetering van de kwaliteit van de zorg.

De rollen van zorgaanbieders, cliëntenraden, personeel, zorgkantoor en Inspectie zijn beschreven. In de bijlagen van het Kwaliteitskader is uitleg gegeven over de inhoud van de tien thema's. Tevens zijn de indicatoren afgedrukt met de vragen die aan cliënten of hun vertegenwoordigers worden gesteld. Ook is aangegeven welke vragen via het zorginhoudelijke formulier worden gesteld.

Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg is door alle betrokken partijen vastgesteld en wordt vanaf mei 2007 sectorbreed gehanteerd (LOC-LPR, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN, Sting, ActiZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)).

KWALITEITSSYSTEEM

Een systeem waarmee getracht wordt om op een systematische wijze invulling te geven aan kwaliteit, bijvoorbeeld door alle werkprocessen te beschrijven. Bekende kwaliteitssystemen zijn het INK-model van het Instituut Nederlandse Kwaliteit en het HKZ-model (Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen).

OVERBRUGGINGSZORG

Zorg die een verzekerde krijgt indien er een wachttijd is voor de zorg waarvoor hij geïndiceerd is. Het zorgkantoor heeft de taak ervoor te zorgen dat de verzekerde de wachttijd verantwoord kan 'overbruggen'. Het indicatieorgaan houdt bij de indicatiestelling geen rekening met de vraag of de benodigde zorg aanwezig is of niet. Het zorgkantoor moet dan zo snel mogelijk een binnen de indicatie passend aanbod doen. Indien nodig moet het zorgkantoor duurdere zorg aanbieden.

MANTELZORG

De zorg die mensen bieden aan een naaste. Deze zorg wordt vrijwillig (al kunnen de omstandigheden zodanig zijn dat de mate van vrijwilligheid beperkt is) en niet vanuit een bepaald georganiseerd verband geboden door mensen die al voor het ontstaan van de zorgvraag een bepaalde sociale relatie met hadden met degene die zorg behoeft. Mantelzorg is geïndiceerde zorg.

MARKTANALYSE

De verkenning van de markt van zorgaanbieders door het zorgkantoor, voorafgaand aan de zorginkoop.

NAJAARSOVERLEG

Het najaarsoverleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Dit kan gaan over de kwantiteit of kwaliteit van de zorg, zoals uitgewerkt in de productieafspraken.

NZA

Nederlandse Zorgautoriteit. Dit orgaan is toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De NZa ziet toe op zowel zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel curatieve markten als de markten voor langdurige zorg. De NZa bestaat sinds 1 oktober 2006 en is gevestigd in Utrecht.

De NZa komt voort uit het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ). Beide colleges richten zich op de beheersing van de totale kosten ('macrokosten') via bekostiging van zorgverleners en het bewaken van goede uitvoering van verzekeringswetten in de zorg. Hoewel die taken blijven bestaan, verschuift het accent in het werk van de NZa van uitvoering naar het pro-actief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan. Doel van het nieuwe zorgstelsel is dat de consument waar voor zijn geld krijgt. Daarbij hebben efficiëntie, keuze, kwaliteit en toegankelijkheid van zorgmarkten een centrale plaats.

OFFERTE

Het voorgestelde zorgleveringsaanbod door de zorgaanbieder voor het verkrijgen van het contract met het zorgkantoor in het kader van de productieafspraken.

ONDERAANNEMER

Een ondernemer aan wie een deel van de opdracht in onderaanneming is of zal worden gegeven door de inschrijver. De onderaannemer is niet een toeleverancier.

OVEREENKOMST

Vastgelegde afspraken tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder. Deze betreffen:

1. De aard, omvang, kwaliteit en prijs van de zorg.
2. Tijdige, volledige, juiste aanlevering van noodzakelijke gegevens aan het zorgkantoor.
3. Invulling en toezending van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.
4. De betaling van zorgaanbieders voor de geleverde zorg.
5. De besteding van de reserve aanvaardbare kosten.

PERCELEN

Soorten zorgproducten voor een doelgroep. In de Inkoopleidraad AWBZ 2009-2010 voor de zorgkantoren van Zorgverzekeraars Nederland, wordt gesteld dat die percelen bij voorkeur niet klein moeten zijn. Dus liever geen aparte kavels voor aparte zorgproducten als begeleiding, persoonlijke verzorging,

dagactiviteit. Maar een kanteling naar een 'samenhangend cluster van zorgproducten' dat past bij de zorgvraag van een doelgroep. Bijvoorbeeld voor gezinnen met een thuiswonend gehandicapt kind: een cluster waarin altijd zijn opgenomen begeleiding thuis, persoonlijke verzorging en verpleging, dagactiviteiten voor wie niet naar school kan, logeerfaciliteiten op basis van intervalverblijf (is af en toe naar een verblijfsvoorziening gaan, meestal ter ontlasting van het thuisfront).

PGB IN DE AWBZ

Persoonsgebonden budget: een geldbedrag waarmee iemand zelf zorg en begeleiding kan inkopen bij een zorgverlener, zorgverlenende organisatie of begeleider naar keuze.

PGB IN DE WMO

Persoonsgebonden Budget voor burgers, bestemd voor de inkoop van individuele voorzieningen waarop men in het kader van de Wmo aanspraak kan maken.

PVB

Persoonsvolgend Budget: budget voor de zorg voor een cliënt. Het geld hangt als een rugzakje aan de cliënt en het budget 'verhuist met de cliënt mee' als deze – vanwege veranderingen in zijn zorgbehoefte – naar een andere instelling gaat. De cliënt is niet zelf werkgever zoals bij een PGB.

PRESTATIE-INDICATOR

Letterlijk: een prestatie-aanwijzer. Een indicator begint meestal met de woorden 'het aantal dat' of 'de mate waarin'.

Met een prestatie-indicator probeert men globale begrippen meer concreet handen en voeten te geven. Het bredere begrip wordt als het ware opgedeeld in prestaties.

Zo is in de basisset Prestatie-indicatoren in de GGz en Verslavingszorg het globale begrip 'effectiviteit van de behandeling' onderverdeeld naar o.a. preventie-activiteiten en behandelresultaat.

Prestatie-indicatoren kunnen dan zijn: 'het aantal mensen dat meegedaan heeft aan preventie-activiteiten', of 'de mate waarin het behandelresultaat positief wordt gewaardeerd'. Deze indicatoren zijn dus een hulpmiddel om het globale begrip 'effectiviteit van de behandeling' concreter in te vullen. Door het begrip 'effectiviteit' als het ware op te delen in zaken waarop men wil letten, wordt het mogelijk de effectiviteit van de behandeling concreet te meten.

PRESTATIES

Term uit het regionaal inkoopplan van het zorgkantoor.

Hierbij wordt onderscheid gemaakt in algemene en specifieke prestaties.

Algemene prestaties van zorgaanbieders:

1. Service naar cliënten (onder andere informatie, bereikbaarheid).
2. Kwaliteit van zorg (accent op werken met landelijke kwaliteitskaders).
3. Gedegen bedrijfsvoering.

Specifieke prestaties hangen samen met actuele en breed gedragen thema's in de diverse 'care'-sectoren. Voor de sector Verpleging, verzorging en thuiszorg zijn dit voor 2009 en 2010 bijvoorbeeld:

1. Integratie van ambulante verpleging in de eerstelijnszorg.
2. Ketenzorg voor mensen met dementie.
3. Diversiteit van wonen en zorg (waaronder kleinschalig wonen).

Voor de sector gehandicaptenzorg zijn dit

1. Integrale hulp aan gezinnen met een thuiswonend gehandicapt kind.
2. De diversiteit van ondersteund wonen en werken voor volwassenen en ouderen.
3. Gezondheidszorg bij de toenemende vergrijzing van de (intramurale) cliëntenpopulatie.
4. Samenhang rond de 'jeugd-LVG'.

Voor de sector GGZ/verslavingszorg gelden de thema's

1. Opbouw van een 'lokaal steunsysteem' (met bruggen tussen GGZ en reguliere voorzieningen).
2. Realisatie van een samenhangend aanbod van rehabilitatie, begeleid zelfstandig wonen, beschermd wonen, dagbesteding, arbeidsintegratie, werkvoorzieningen, etc.

PRIJSMODEL

Beloning via de prijs in de zorginkoop. Sommige zorgaanbieders krijgen een hogere prijs, andere een lagere prijs op basis van hun prestaties ten aanzien van de kwaliteit van de zorg, het toepassen van innovaties of het werken volgens 'best practices'.

PRODUCTIEAFSPRAKEN

Overeenkomst tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder over de omvang en tarieven van de te leveren zorg.

PRODUCTIEMONITOR

Het volgen van de levering van de afgesproken productie. Het zorgkantoor volgt minimaal elk kwartaal in hoeverre de maandelijkse bevoorschotting en/of de productieafpraak op elkaar aansluiten.

PRODUCTIEREALISATIE

De in termen van de AWBZ rechtmatig geleverde productie. Elke maand geeft de zorgaanbieder inzicht in de gerealiseerde productie aan het zorgkantoor.

RAAD VAN ADVIES VAN EEN ZOR GKANTOOR

In een Raad van Advies moeten minimaal drie vertegenwoordigers zitten van cliënten. Een vanuit de Gehandicaptensector, één vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg en één vanuit de ouderenzorg. Dit kunnen leden van cliëntenraden of cliëntenorganisaties zijn.

Advies vindt plaats over de beleidsvisie, jaarplannen en uitgangspunten voor het contracteerbeleid van het zorgkantoor. Daarnaast geeft de Raad van Advies advies over de uitvoering van subsidieregelingen door het zorgkantoor.

REGIONAAL INKOOPLAN

Plan waarmee het zorgkantoor, in samenspraak met partners in de regio, preciseert:

1. Welke zorg nodig is in relatie tot zorgindicaties en klantwensen.
2. Welke prestaties van de zorgaanbieder worden verwacht (komend jaar, meerjarig).
3. Welke 'bonus' verbonden is aan het bereiken van prestaties ('pay for performance').

TOEGELATEN AWBZ-INSTELLINGEN

Intramurale instellingen die zorg willen verlenen voor rekening van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) moeten daarvoor door het CVZ (College voor Zorgverzekeringen) worden toegelaten. Dit geldt niet voor extramurale instellingen. Zorg die niet meer strikt gebonden is aan de mogelijkheden van een instelling, maar waar de vraag van de cliënt uitgangspunt is. Transmurale zorg (zie hierna) kan ook een preventieve functie vervullen: door gewenste zorg 'buiten de muren' te leveren kan opname 'binnen de muren' (intramuraal) worden uitgesteld of voorkomen.

TRANSMURALE ZORG

Transmurale zorg is een vorm van zorg waarbij verschillende medewerkers uit verschillende instellingen met elkaar samenwerken om zo beter de vraag van de cliënt te kunnen beantwoorden. Transmurale zorg is een ouder en breder begrip dan ketenzorg. Met transmurale zorg wordt bedoeld een

samenhangend pakket van zorg dat op basis van de behoefte van de klant geboden wordt door meerdere professionals uit meerdere instellingen en waarover onderling afspraken gemaakt zijn.

VERBETERADVIES NA CLIËNTENRAADPLEGING

Een advies (bijvoorbeeld van de cliëntenraad) over verbetering van de kwaliteit en dienstverlening. In het kader van het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg dient eens in de twee jaar een verplichte cliëntenraadpleging plaats te hebben. In het kader van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg eens in de drie jaar. Op basis van de uitkomsten moet de zorginstelling een plan van aanpak maken voor verbeteringen. De cliëntenraad heeft een verzwaaard adviesrecht over welke verbeteringen dienen te worden uitgevoerd.

VERBETERTRAJECT

In een verbetertraject werkt een verbeterteam aan het aantoonbaar verbeteren van de kwaliteit van zorg op een bepaald gebied, zoals bejegening van cliënten, communicatie met cliënten, medicatieveiligheid, valpreventie e.d..

VOORJAARSOVERLEG

Het voorjaarsoverleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Dit kan inhoudelijke onderwerpen en de kwaliteit van zorg betreffen, maar ook afspraken over de hoeveelheid te verlenen zorg.

VPT (VOLLEDIG PAKKET THUIS)

Een zorgzwaartepakket voor thuiswonende cliënten met een indicatie 'verblijf'. Het VPT mag alleen door intramurale zorginstellingen worden geleverd. Extramurale instellingen kunnen het volledig pakket thuis alleen leveren onder verantwoordelijkheid van een intramurale aanbieder die hen daarvoor inschakelt.

VRAAGGERICHTE ZORG

Zorg die tegemoetkomt aan wat de cliënt nodig heeft en wenst.

VRAAGSTURING

Het vergroten van de mogelijkheden om bij de financiering en organisatie van de gezondheidszorg de wensen van de zorgvrager tot hun recht te laten komen. Dat kan door:

1. Sturing van de vraag: de overheid houdt bij de aanbodregulering rekening met de vraag van de cliënt (daarbij blijft het aanbod de vraag sturen).
2. Sturing op de vraag: verzekeraars (of andere zaakwaarnemers) sturen het zorgaanbod door namens de patiënt zorg in te kopen, uit te voeren of te financieren.
3. Sturing door de vraag: de cliënt stuurt zelf bijvoorbeeld via een persoonsgebonden budget (de vraag leidt daarbij het aanbod).

WMO

Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Deze wet is ingegaan op 1 januari 2007.

De bedoeling van de wet is dat iedereen volwaardig kan deelnemen aan het maatschappelijk leven.

De Wmo vervangt de oude Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

De gemeenten voeren de Wmo uit. Zij hebben veel beleidsvrijheid om de uitvoering zelf vorm te geven waardoor de uitvoering per gemeente kan verschillen.

ZORGAANBIEDER

Zorginstellingen die zorg verlenen.

ZORGBEMIDDELING

De activiteit die de zorgverzekeraar op grond van zijn zorgplicht moet ontplooiën om binnen een redelijke termijn de beste zorg voor zijn verzekerden te vinden. Bij een naturaverzekering is zorgbemiddeling een vanzelfsprekendheid. Bij een restitutieverzekering moet de zorgverzekeraar in ieder geval tot zorgbemiddeling overgaan als de verzekerde dat verlangt.

ZORGINKOOP

De inkoop van voldoende, kwalitatief goede en doelmatig georganiseerde zorg. Met doelmatigheid wordt bedoeld: het realiseren van zoveel mogelijk (beleids-)prestaties met de inzet

van zo min mogelijk middelen.

Het zorgkantoor voert bij zorginkoop onderstaande activiteiten uit:

1. Jaarlijkse afspraken met zorgaanbieders over soorten zorg die men kan leveren om te voorzien in de totaal geïndiceerde zorg (tevens afspraken over het volume en de prijs ervan, en de productmix).
2. Meerjarige afspraken met zorgaanbieders over de ontwikkeling van het zorgaanbod, met inbegrip van eventuele wachtlijsten, de ontwikkeling van zorgketens voor cliëntgroepen die daarmee gebaat zijn, de gewenste diversiteit van wonen en zorg voor mensen die langdurig zijn aangewezen op verblijfszorg.
3. De afspraken over faciliteiten voor (1) oproepbare zorg binnen en buiten de kantooruren, zodat thuiswonende mensen in noodgevallen een hulpverlener kunnen bereiken (ook in avonden en nachten) en (2) crisiszorg in de regio, met inbegrip van intramurale plaatsen die hiervoor zijn bestemd en een regionaal protocol voor crisiszorg.

ZIN

Zorg In Natura. Iemand die AWBZ-zorg nodig heeft, kan kiezen tussen zorg in natura of een Persoonsgebonden Budget (PGB). Kiest hij voor zorg in natura dan gaat de cliënt met een indicatiebesluit naar een erkende AWBZ-zorginstelling, die een overeenkomst heeft met het zorgkantoor.

ZORGKANTOOR

Zorgkantoren zijn zelfstandig werkende kantoren - nauw verbonden aan de zorgverzekeraar ter plekke - die zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar trachten af te stemmen.

De uitvoering van de AWBZ is sinds 1998 in handen van de zorgkantoren. Deze zijn door de gezamenlijke zorgverzekeraars in het leven geroepen.

De taken van het zorgkantoor kunnen in drie delen gesplitst worden. Het betreft taken in relatie tot:

1. De cliënt/patiënt/consument (o.a. informatie geven over AWBZ-zorg en vaststellen of de zorgvrager verzekerd is).
2. Het regionaal zorgbeleid (o.a. beleidsplan opstellen, zorg contracteren, overleg voeren met partijen).
3. De eigen bedrijfsvoering (o.a. adequate registratie, adequate administratie).

ZORGKETEN

De aaneenschakeling/ordening van opeenvolgende activiteiten van verschillende organisaties/professionals, gericht op het gezamenlijk bereiken van een vastgesteld resultaat. Het vertrekpunt van de keten is de cliënt en het primaire proces. Voorbeelden zijn:

1. Afstemming en samenhang tussen de cure (dit is op genezing gerichte zorg, zoals in het ziekenhuis) en care (bijvoorbeeld thuiszorg na een operatie).
2. Ziektebeeldketens zoals rond CVA (herseneninfarct) die vragen om samenhang tussen AWBZ, Ziekenfondswet en Wmo (iemand die vanuit een verzorgingshuis met een CVA in het

ziekenhuis belandt en na ontslag een rolstoel nodig heeft). Een ander voorbeeld is de keten rond dementiezorg.

ZORGPLICHT

Verplichting voor de zorgverzekeraar op grond van de Zorgverzekeringswet.

De verplichting houdt in dat de verzekerde óf recht heeft op gecontracteerde zorg óf recht heeft op vergoeding van de gemaakte kosten en desgewenst op zorgbemiddeling.

ZORGVERZEKERAAR

De verzekeraar die de zorgverzekering uitvoert op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

ZORGVERZEKERING

Verplichte verzekering voor geneeskundige zorg op basis van de Zorgverzekeringswet.

ZORGVERZEKERINGSWET

Wet die iedereen in Nederland verplicht zich te verzekeren voor geneeskundige zorg. De Zorgverzekeringswet zorgt ervoor dat iedereen die rechtmatig in Nederland woont of die hier loonbelasting betaalt, voor zorg verzekerd is.

ZORGZWAARTEPAKKET

Het pakket waarin de zorg is geformuleerd die iemand nodig heeft. Bijvoorbeeld of iemand begeleiding moet krijgen bij dagactiviteiten. In ieder pakket staat de soort zorg die iemand krijgt en hoeveel zorg iemand krijgt. Elk zorgpakket gaat ervan uit dat iemand 24 uur per dag zorg nodig heeft.

In ieder pakket staat de volgende informatie:

1. Voor welke mensen de zorg is bedoeld.
2. Welke beperkingen mensen hebben.
3. Hoeveel uur zorg iemand per week moet krijgen.
4. Wat het doel van de zorg is. Bijvoorbeeld ervoor zorgen dat iemand zoveel mogelijk zelfstandig dingen kan doen.
5. Welke zorg en begeleiding deze mensen nodig hebben (bijvoorbeeld wel of geen behandeling, of wel of geen dagbesteding).
6. Hoe de instelling deze zorg moet geven.

Bijlage D



Afkortingen

AB	Activerende begeleiding	MDO	Multi Disciplinair Overleg
AIV	Advies Instructie en Voorlichting	OB	Ondersteunende begeleiding
AO/IC	Administratieve Organisatie/Interne Controle	PV	Persoonlijke verzorging
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	SIAC	Stichting Samenwerkende Instellingen Auditief en/of Communicatief beperkten
AZR	AWBZ brede zorgregistratie	SGLVG	Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt
BAO	Besluit Aanbestedingsregels en overheidsopdrachten	VIVIS	Vereniging van Instellingen voor mensen met een Visuele Beperking
BH	Behandeling	V&V	Verpleging en Verzorging
BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg	VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
BIZ	Bureau Jeugdzorg	WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
BZ	Besluit Zorgaanspraken	WGBO	Wet Geneeskundige Behandeling Overeenkomst
CAK	Centraal Administratie Kantoor	WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
CCE	Centrum voor Consultatie en Expertise	WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg	ZG	Zintuiglijk Gehandicapten
CvZ	College voor Zorgverzekeringen	ZMO	Zorgmatch Online
EMG	Ernstig meervoudig gehandicapt	ZZP	ZorgzwaartePakketten
G4	Vier grote gemeenten: Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht		
GGZ/Vz	Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg		
GZ	Gehandicaptenzorg		
JJI	Justitiële Jeugdinstelling		
J-LVG	Jeugdig licht verstandelijk gehandicapten		
LG	Lichamelijk Gehandicapten		
LVG	Licht Verstandelijk Gehandicapten		
MCG	Meervoudig complex gehandicapten		

Bijlage E



LOC-LPR / VraagRaak en KansPlus

OVER DEZE WEGWIJZER

Heeft u vragen over deze wegwijzer? Of heeft u tips? Laat het ons weten!
Bel, schrijf of mail met LOC-LPR of met VraagRaak/KansPlus.

LOC-LPR

Verpleging, verzorging en thuiszorg
Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang
Telefoon: 030-2843200
E-mail: loc-lpr@loc-lpr.nl
www.loc-lpr.nl

LOC-LPR richt zich op cliënten die langdurig op zorg- en welzijnsvoorzieningen zijn aangewezen en hun vertegenwoordigende organen (cliëntenraden). De ondersteuning betreft cliëntenraden van instellingen die gefinancierd worden vanuit de AWBZ en vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De focus ligt daarbij op zorg en welzijn.

De LOC-LPR heeft twee kerntaken. Advisering en ondersteuning aan cliënten (raden) en belangenbehartiging voor cliënten en cliëntenraden. Activiteiten zijn onder andere de telefonische en digitale vraagbaak, uitgave van tijdschrift en nieuwsbrieven, het geven van advies op locatie, verzorgen van netwerkbijeenkomsten, cursussen en trainingen, ontwikkeling van ondersteunend materiaal, belangenbehartiging bij relevante partijen en politieke lobby, zowel op regionaal als op landelijk niveau.

Mensen met een verstandelijke beperking

Telefoon: 030-236 37 44

E-mail: info@kansplus.nl

www.kansplus.nl

www.vraagraad.nl

VraagRaak/KansPlus ondersteunt cliëntenraden (cliënten, cliëntvertegenwoordigers, maar ook coaches en andere betrokkenen) bij het uitvoeren van medezeggenschap en zeggenschap.

VraagRaak/KansPlus stimuleert cliëntenraden om in hun werk uit te gaan van wat mensen zelf belangrijk vinden. Cliëntenraden kunnen de aandacht vestigen op wat mensen nodig hebben om hun eigen leven te kunnen leiden. Zij kunnen er voor zorgen dat mensen met een beperking en hun vertegenwoordigers de mogelijkheid krijgen om te praten over wat zij willen waarmaken in hun leven.

VraagRaak/KansPlus vindt het belangrijk dat cliëntenraden bij het geven van adviezen uitgaan van de kwaliteit van leven van de mensen waar het om gaat.

VraagRaak/KansPlus heeft veel informatie en praktische ervaring op het gebied van zeggenschap en medezeggenschap en kan op een professionele manier ondersteuning geven. Met cursussen 'op maat' sluit VraagRaak/KansPlus aan op de vragen en wensen van de cliëntenraad. De cliëntenraad kan adviseren over (verbetering van) de dienstverlening, zodat deze aansluit op de behoeften en wensen van mensen.

Noten en bronvermelding

1 Zie de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 22 juli 2008, 29689, nr. 216, p. 7.

2 Zie ook de brochure 'Zorgzwaartepakketten, informatie voor cliëntenraden en vrijwilligers van cliënten- en familieorganisaties', p. 12.

3 Zie 'Zorginkoop 2009-2010, Gezamenlijke leidraad voor de zorgkantoren', ZN 2008 0052, CZK 2008 0009 Bijlage 1 Publieke versie, Zorgverzekeraars Nederland, Zeist, september 2008, p.20. Veel informatie in deze wegwijzer is gebaseerd op deze leidraad. De leidraad is te downloaden van www.zn.nl

4 De staatssecretaris van VWS verwacht volgens bovengenoemde leidraad (p. 22) dat bij de zorginkoop de volgende punten worden opgepakt:

1. In afspraken met zorgaanbieders zullen de zorgkantoren de landelijke 'veranderagenda voor de AWBZ' helpen uitwerken.
2. In de processen contractering en zorginkoop zal daarom ruimte bestaan voor samenspraak met cliëntenorganisaties en zorgaanbieders.
3. In een meerjarige aanpak zullen zorgkantoren – ten behoeve van specifieke doelgroepen – naar samenhangende ondersteuning en zorg streven (is afspraken met aanbieders over ketenzorg).
4. De inkoop van AWBZ-zorg zal meer zijn gericht op clusters van zorgproducten die passen bij een cliëntengroep, in

plaats van 'afzonderlijke producten' in kleine percelen.

5. Het accent op prijsonderhandeling – dat de overheid zelf in recente jaren heeft gevraagd – zal gaan verschuiven naar een accent op passende beloning, afgestemd op de afgesproken prestaties.

5 In bovengenoemde leidraad wordt de stand van zaken per september 2008 als volgt toegelicht voor alle sectoren in de AWBZ (p. 18, 19):

Sector Verpleging & Verzorging:

De sector V&V werkt met het Kwaliteitskader 'Verantwoorde Zorg'. Voor 'zorg thuis' en 'intramurale zorg' zijn aangepaste schema's gemaakt. Kwaliteitsborging berust op twee pijlers:

1. Een jaarlijkse zorginhoudelijke zelfevaluatie.
2. Een klantervaringsonderzoek, steekproefsgewijs uitgevoerd, één keer per twee jaar met een landelijk aanvaard instrument (CQ-index, red.).

In 2008 is dit kader door alle instellingen toegepast op basis van tien inhoudelijke thema's en de erbij horende indicatoren. Alle instellingen hebben een zelfrapportage gemaakt (de 'zorginhoudelijke indicatoren'). De helft van de instellingen heeft het klantwaarderingsonderzoek uitgevoerd; de andere helft zal dat volgens planning in 2009 doen. (*Het kwaliteitskader Verantwoorde zorg is te downloaden van www.loc-lpr.nl*)

Sector Gehandicaptenzorg

De gehandicaptenzorg heeft een kwaliteitskader ontwikkeld met 12 thema's en erbij horende indicatoren. De thema's zullen ook in de zorgplannen een plaats krijgen. De kwaliteitsborging in de zorginstelling als geheel berust op:

1. Zelfevaluatie van de bereikte kwaliteit
2. Klantwaarderingsonderzoek (in 2009 of 2010)

In 2007 hebben de instellingen die deelnamen aan de VGN-benchmark al een uitgebreid klantwaarderingsonderzoek gedaan. Het jaar 2008 is bestemd voor verbetertrajecten. (vanaf 2009 is een nieuwe cliëntmonitor (CE-index, red.) voorzien die alle instellingen gaan benutten). In 2010 kan de nieuwe methodiek naar verwachting op brede schaal worden toegepast.

In 2008 is het kwaliteitskader getest in pilots. Vanaf 2009 zal het kader toepasbaar zijn voor alle instellingen.

(Het Visiedocument Gehandicaptenzorg is te downloaden van www.vraaggraak.nl en www.kansplus.nl)

Sector Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg:

De GGZ (en Verslavingszorg) heeft een eigen basisset Prestatie-indicatoren ontwikkeld, die van toepassing is op zowel de genezingsgerichte zorg als de AWBZ-zorg. Deze set is ingepast in HKZ. De meeste instellingen hebben in voorafgaande jaren het HKZ-systeem toegepast. Als een onderdeel van die systematiek zijn peilingen bij cliënten gedaan. Het is de bedoeling een klantwaarderingsonderzoek op te zetten dat aansluit op de methode die in de gehele AWBZ wordt ontwikkeld.

(De basisset Prestatie-indicatoren in de GGZ en Verslavingszorg is te downloaden van www.loc-lpr.nl)

Op deze website is ook te lezen dat het de ambitie van het kabinet is dat vanaf 2010 alle sectoren in de zorg de veiligheid, de effectiviteit en de klantgerichtheid van de zorg meten en publiceren. Feitelijke informatie, zorginhoudelijke kwaliteitsinformatie en kwaliteitsinformatie die gebaseerd is op patiënt/cliëntervaringen vormen de basis voor de kwaliteitsmeting.

6 Zie voor een uitgebreidere cyclus 'Zorginkoop 2009-2010, Gezamenlijke leidraad voor de zorgkantoren', ZN 2008 0052, CZK 2008 0009 Bijlage 1 Publieke versie, Zorgverzekeraars Nederland, Zeist, september 2008, p. 12, 13.

7 Zie ook de brochures 'Een goede kwaliteit, een goed leven', uitgave van VraagRaak/KansPlus en Stichting Perspectief, Utrecht, 2007, en 'Meepraten over Verantwoorde Zorg vanuit het Kwaliteitskader', LOC, Utrecht, 2007.

8 Zie ook 'Cliëntenraden en zorgkantoren: in goed overleg, handreikingen voor contact', uitgave van LOC, LSR en LPR, p. 14.

9 Zie 'Alles naar wens?', rapport van Stichting Cliënt & Kwaliteit, 2003.

Deze brochure is tot stand gekomen door samenwerking van:



