

# **Keuze voor kwaliteit**

- Deel I: Contracteerbeleid AWBZ-zorg 2007-2008  
Deel II: Inkoopbeleidskader AWBZ 2007-2008  
Deel III: Inkoopbeleid 2007

## VGZ en Trias Zorgkantoren

Midden-Brabant

Nijmegen

Noord- en Midden-Limburg

Noordoost-Brabant

Midden-Holland

Waardenland

## **Inleiding**

Stichting Zorgkantoren VGZ en Stichting Zorgkantoren Trias zijn de concessiehouders van de Zorgkantoren in de regio's Midden Brabant, Nijmegen, Noord- en Midden Limburg, Noordoost Brabant, Midden-Holland en Waardenland.

Kerntaak van de Zorgkantoren is het uitvoeren van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in de genoemde regio's. Het contracteren van zorgaanbieders en het inkopen van die zorgvormen, die binnen de AWBZ verzekerd zijn, maakt een belangrijk onderdeel uit van deze uitvoeringstaak.

De zorgkantoren wensen hierbij te voldoen aan algemeen geldende eisen van objectiviteit, transparantie, en non-discriminatoir handelen. Met het oog hierop maken de zorgkantoren het Contracteerbeleid, het Inkoopbeleidskader voor de periode van 2007 tot en met 2008 en het Inkoopbeleid 2007 van de genoemde Zorgkantoren openbaar met bijgaand document.

Dit document is opgesplitst in 3 delen. In Deel I wordt gestart met het Contracteerbeleid AWBZ-zorg voor de periode 2007-2008. In dit deel wordt aangegeven welke aanbieders in beginsel in aanmerking komen voor een overeenkomst met het zorgkantoor en welke voorwaarden hiervoor gelden. Een geldige overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder is een voorwaarde voor inkoop van zorg. Deel II omvat het Inkoopbeleidskader voor deze periode. In dit Inkoopbeleidskader AWBZ worden de doelen geformuleerd die de Zorgkantoren van VGZ en Trias in de periode 2007 - 2008 willen bereiken door middel van het inkopen van zorg. In deel III volgt het inkoopbeleid voor het jaar 2007.

Ter voorbereiding van de inkoop hebben de zorgkantoren medio 2006 per regio een marktanalyse uitgevoerd. Op basis van deze marktanalyse is door elk zorgkantoor een Regionaal Inkoopplan opgesteld. Dit inkoopplan is leidend voor de inkoop van zorg in 2007. De inkoopplannen zijn openbaar. Zij zijn te downloaden via [www.vgzzorggids.nl/nieuws](http://www.vgzzorggids.nl/nieuws) voor de VGZ-zorgkantoren en [www.zorgkantoorwaardenland.nl](http://www.zorgkantoorwaardenland.nl) en [www.zorgkantoormiddenholland.nl](http://www.zorgkantoormiddenholland.nl) voor de Trias-zorgkantoren.

## **Verantwoording**

De zorgkantoren van VGZ en Trias stellen zich ten doel om binnen de bestaande mogelijkheden op het vlak van regelgeving en de beschikbare financiële ruimte door middel van contractering en inkoop het beste resultaat op het gebied van AWBZ-zorg voor de verzekerden te bereiken. AWBZ-zorg raakt het leven van vele verzekerden in de kern. Het bepaalt in veel gevallen de mogelijkheden die een verzekerde heeft om in de vertrouwde omgeving te kunnen blijven wonen, bestaande sociale contacten te kunnen blijven onderhouden, zo veel als mogelijk een "gewoon" leven te kunnen leiden. Dit maakt dat de AWBZ niet op zichzelf staat. Aansluiting bij andere aspecten van het leven, zoals wonen en welzijn zijn noodzakelijke voorwaarden voor een optimaal resultaat.

Constante afstemming met verzekerden, zorgaanbieders en overige maatschappelijk betrokkenen is een voorwaarde om zicht te krijgen op vraag en aanbod in de AWBZ.

Wanneer het gaat over de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven is het belangrijk om rechtstreeks in overleg te zijn met de betrokkenen: zorgvragers en zorgaanbieders. Daarom hebben de zorgkantoren ervoor gekozen om bij de inrichting van het inkoopmodel de rechtstreekse relatie met zorgvragers en zorgaanbieders ("face-to-face") een belangrijke plaats te geven.

Bij de inrichting van de inkoop van AWBZ-zorg wordt met ingang van 2007 aangesloten bij de inzichten van het 'Besluit aanbestedingsregels voor overheidsopdrachten' (BAO). Dit besluit is het resultaat van de Nederlandse implementatie van de Europese aanbestedingsrichtlijn 2004/18/EG.

In het BAO worden verschillende manieren onderscheiden op basis waarvan een inkoopproces kan worden ingericht. De zorgkantoren hebben hierbij landsbreed een keuze gemaakt tussen twee modellen: naast de gebruikelijke openbare aanbestedingsprocedure ook de procedure van onderhandeling met voorafgaande bekendmaking. Ieder zorgkantoor is vrij om hiertussen een keuze te maken.

De zorgkantoren van VGZ en Trias hebben op basis van vorengenoemde uitgangspunten gekozen om gebruik te maken van de onderhandelingsprocedure met voorafgaande bekendmaking.

In de verschillende delen van dit document is nader uitgewerkt wat de gevolgen zijn van deze benadering zijn voor het contracteer- en inkoopproces.

# Deel I

## Contracteerbeleid AWBZ-zorg 2007 - 2008

### 1. Inleiding

Dit document geeft antwoord op de volgende vraag: aan welke criteria moet een zorginstelling voldoen om in aanmerking te komen voor een AWBZ-overeenkomst bij een zorgkantoor van VGZ of Trias?

Deel I geeft inzicht in de kaders op basis waarvan de VGZ en Trias-zorgkantoren beoordelen of en in welke mate een zorginstelling wordt gecontracteerd. Wij willen op zorgvuldige (d.w.z. op basis van eenduidige criteria) en goed gedocumenteerde wijze aan dit contracteerbeleid inhoud geven.

### 2. Reikwijdte

Het contracteerbeleid geldt voor de zes zorgkantoren die onder de concessie van Zorgverzekeraars VGZ en Trias vallen, te weten Nijmegen, Midden-Brabant, Noordoost-Brabant, Noord- en Midden Limburg, Waardenland en Midden-Holland.

Het contracteerbeleid is specifiek bedoeld voor alle extramurale AWBZ-zorg, waarvoor wettelijk gezien de contracteerplicht op 1 september 2004 is vervallen. Voor intramurale AWBZ-zorg is de contracteerplicht vooralsnog niet vervallen, dus moeten alle toegelaten intramurale instellingen gecontracteerd worden. Dit neemt niet weg dat de zorgkantoren aan intramurale zorg dezelfde kwaliteitseisen stellen als aan extramurale zorg.

Het contracteerbeleid is van toepassing op de door de VGZ en Trias zorgkantoren te contracteren aanbieders van AWBZ-zorg tot en met 2008, met uitzondering van vrijgevestigd psychiaters en psychotherapeuten<sup>1</sup>. Dit beleid wordt jaarlijks geëvalueerd en zo nodig aangepast.

Overeenkomsten tussen instellingen en het zorgkantoor worden beëindigd op het moment dat de concessie voor het zorgkantoor afloopt. Ook in geval (een deel van) de gecontracteerde zorg uit de AWBZ wordt geschrapt, in verband met bijvoorbeeld overheveling naar de Zorgverzekeringswet of Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), vervalt de overeenkomst.

Waar deze notitie niet voorziet in de afweging om tot contractering te komen, beslist het betreffende zorgkantoor. Indien ontwikkelingen daartoe aanleiding geven, heeft het zorgkantoor de mogelijkheid om dit contracteerbeleid aan te passen.

---

<sup>1</sup> Vrijgevestigd psychiaters en psychotherapeuten die een overeenkomst met het zorgkantoor wensen dienen zich rechtstreeks tot het zorgkantoor te wenden voor nadere informatie.

### 3. Procedure extramurale AWBZ-zorg

In onderstaand stroomschema staan de belangrijkste processtappen beschreven om voor *extramurale zorg* tot een nieuwe overeenkomst en productieafspraken te komen.

	<i>Procedure zorginstelling</i>	<i>Rol zorgkantoor</i>	<i>Relevante documenten</i>
Stap 1	Aanvragen toelating bij VWS (toets op transparantie van bestuursstructuur en bedrijfsvoering)	Geen rol zorgkantoor	Informatiebrochure VWS, 'Goed bestuur in de zorg'
Stap 2: ↓	Aanvragen AWBZ-overeenkomst bij zorgkantoor	Toetsen aan geschiktheideisen in contracteerbeleid	Contracteerbeleid extramurale zorg (zie verder)
Stap 3 ↓	Afsluiten van een AWBZ-overeenkomst met het zorgkantoor	Toetsen aan de gunningeisen in contracteerbeleid en aan de overige bepalingen in de overeenkomst	Contracteerbeleid extramurale zorg, AWBZ-overeenkomst (bijlage)
Stap 4:	Onderhandelen over productievoorstellen met zorgkantoor	Toetsen aan behoefte, prijs, kwaliteit (beoordelingscriteria) en budgettaire ruimte	Inkoopbeleidskader, jaarlijkse Sectorale/regionale inkoopplannen

#### Toelichting per stap:

##### **Stap 1: Aanvragen toelating bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) Toets op transparantie van bestuursstructuur en bedrijfsvoering**

Binnen het ministerie van VWS worden de toelatingen zonder bouw behandeld door het CIBG (Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg), een agentschap van het ministerie van VWS. Onder de verantwoordelijkheid van VWS toetst het CIBG of de instelling voldoet aan de transparantie-eisen die het Uitvoeringsbesluit WTZi aan de toelating stelt.

Het afgeven van de toelating zonder bouw is een volledige eigenstandige bevoegdheid van VWS.

##### **Stap 2: Aanvragen AWBZ-overeenkomst bij zorgkantoor**

De volgende stap is de beoordeling door het zorgkantoor van het verzoek om een overeenkomst. De instelling komt alleen in aanmerking als voldaan wordt aan de in dit document opgenomen –landelijk voor alle zorgkantoren vastgelegde- geschiktheideisen. De zorgkantoren van VGZ en Trias hanteren voor alle (potentiële) contractanten dezelfde geschiktheideisen. Iedere contractant zal aan de hier geformuleerde geschiktheideisen moeten voldoen. Dit ongeacht de te leveren zorgproducten, de omvang van de productieafspraken of in het verleden bewezen diensten. Alle zorgaanbieders dienen voorafgaand aan de aanbieding van de nieuwe overeenkomst een verklaring te ondertekenen dat zij aan de gestelde voorwaarden voldoen. Het zorgkantoor zal nadere informatie

opvragen wanneer er vragen zijn omtrent de geschiktheid van de instelling om AWBZ-zorg te kunnen bieden, bijvoorbeeld met betrekking tot zaken als:

- de personeelsbezetting en de continuïteit van zorg,
- de geldende kwaliteitseisen en cliënteninbreng,
- de financiële positie van de instelling,
- de administratieve organisatie en verantwoording.

Wanneer blijkt dat de zorgaanbieder niet (meer) aan een of meer voorwaarden voldoet zal het zorgkantoor in beginsel geen nieuwe overeenkomst sluiten. Ook kan het zorgkantoor besluiten de sluiting van een nieuwe overeenkomst te verbinden aan de nakoming van verbeterafspraken. Wanneer een overeenkomst wordt beëindigd zal het zorgkantoor in alle gevallen er zorg voor dragen dat de continuïteit van zorg voor cliënten gewaarborgd wordt. Voor het overige zal het zorgkantoor bij beëindiging van overeenkomsten een redelijke afwikkelingstermijn in acht nemen.

De zorgkantoren passen de volgende, landelijk vastgestelde, geschiktheideisen toe.

#### *Algemeen*

1. De instelling is gevestigd in de regio van het zorgkantoor waarmee een overeenkomst wordt aangegaan.
2. De instelling beschikt over een formeel vereiste toelating voor de levering van AWBZ-zorg.
3. De instelling verklaart te voldoen en zich te houden aan de wettelijke eisen. Met name de AWBZ, de WVG, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet BIG, WGBA (indien en voor zover van toepassing), WBP, Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, Mededingingswet. Daarnaast de Regeling jaarverslaglegging zorginstellingen en de beleidsregels AO/IC.
4. De instelling beschikt over een werkend kwaliteitssysteem, of is extern gecertificeerd, of doorloopt aantoonbaar een traject dat leidt tot externe certificering. De resultaten voor cliënten worden centraal gesteld (conform landelijk vastgelegde velden verantwoorde zorg).
5. De instelling beschikt over een adequate bedrijfsadministratie ten behoeve van de tijdige levering van gegevens over de gerealiseerde productie, gegevens voor de oplegging van de eigenbijdrage, gegevens voor het geldende AZR-systeem.

#### *Uitsluitingsgronden (alleen indien relevant onderbouwende documentatie meesturen)*

6. De inschrijver of gegadigde wordt uitgesloten van deelneming als er jegens deze aanbieder bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling is uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 177a, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht van deelneming.
7. De inschrijver of gegadigde wordt uitgesloten van deelneming als:
  - die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie;
  - wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure van surseance van betaling of akkoord dan wel een andere soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie, aanhangig is gemaakt;
  - jegens wie een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde volgens de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie is gedaan, waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met zijn beroepsgedragsregels;
  - die in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout heeft begaan, vastgesteld op een grond die het zorgkantoor aannemelijk kan maken;
  - die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
  - die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
  - die zich in ernstige mate schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de offerte kunnen worden verlangd, of die inlichtingen niet heeft verstrekt.

### **Stap 3: Afsluiten van een AWBZ-overeenkomst met het zorgkantoor**

Het betreft hier de eisen die het zorgkantoor stelt aan een aanbieder die positief uit de geschiktheidfase komt en waarmee het zorgkantoor in beginsel zaken wil doen: de gunningeisen.

Deze zijn gericht op de inhoud van de te leveren zorg. Aan elk van deze eisen moet de zorgaanbieder voldoen.

Een aantal van deze gunningeisen krijgt zijn vervolg in de prestatie-indicatoren waarmee het zorgkantoor de nakoming van de gemaakte afspraken meet en op basis waarvan keuzes binnen het inkoopproces worden gemaakt (zie ook Deel III).

#### *Algemeen*

1. De instelling beschikt over een vastgelegd privacybeleid.
2. De instelling beschikt over een vastgelegde klachtenregeling.
3. De instelling is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid
4. De instelling meldt tevoren eventuele vormen van "onderaanneming". Bij onderaanneming is de hoofdaannemer aansprakelijk voor de dienstverlening van de onderaannemer.
5. De instelling beschikt over een adequate bedrijfsadministratie waarmee:
  - de gegevens voor de oplegging van de eigenbijdrage binnen 4 weken na afloop van een maand / periode kunnen worden aangeleverd bij het CAK;
  - productie-realisatiecijfers binnen 2 weken na afloop van een maand worden aangeleverd;
  - in ieder geval het "bericht zorgtoewijzing" kan worden ontvangen en de berichten "melding aanvang zorg" en "bericht mutaties" kunnen worden aangeleverd bij het zorgkantoor conform de standaarden die door het CVZ zijn vastgesteld.

#### *Tijdige zorg*

6. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de levering van AWBZ-zorg voor de functies waarop de overeenkomst betrekking heeft.
7. De zorgaanbieder bevordert dat de verzekerde zo snel mogelijk vanaf de indicatie de zorg ontvangt; in beginsel binnen de normen voor aanvaardbare wachttijden (Treenormen).
8. De zorgaanbieder realiseert zorg ter overbrugging ingeval de geïndiceerde zorg niet direct dan wel niet binnen de afgesproken termijn geleverd kan worden.

#### *Kwaliteit van zorg*

9. De zorgaanbieder verbindt zich jegens het zorgkantoor om kwalitatief verantwoorde zorg te leveren aan verzekerden. Hieronder wordt verstaan: zorg die cliëntgericht, doeltreffend en doelmatig wordt verleend zoals gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten en die naar redelijkheid is afgestemd op de behoefte van de cliënt.
10. Onderdeel van het kwaliteitssysteem is dat steekproefsgewijze cliëntraadpleging – minimaal 1 keer per 2 jaar – die berust op een landelijk vastgesteld instrument voor meting van klantervaringen, wordt uitgevoerd door een onafhankelijk instituut.

#### *Informatieverstrekking*

11. De aanbieder verstrekt inlichtingen aan het zorgkantoor ten behoeve van de uitvoering van de wettelijke taken van het zorgkantoor. De uitvoering van de taken is vastgelegd in de AWBZ en de nadere regelgeving van de AWBZ.
12. De aanbieder geeft het zorgkantoor de vereiste informatie op grond van de "Regeling jaarverslaglegging zorginstellingen" en de beleidsregels AO/IC.
13. De aanbieder verstrekt de gegevens aan het zorgkantoor op grond van de WTG, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet BIG, WGBO (indien van toepassing), WBP, Wet medezeggenschap cliënten zorgsector en Mededingingswet.

Alle zorgaanbieders dienen voorafgaand aan de aanbidding van de nieuwe overeenkomst een verklaring te ondertekenen dat zij aan de gestelde voorwaarden voldoen (zie ook stap 3). Als niet aan de genoemde gunningeisen wordt voldaan en/of tegemoet kan worden gekomen, dan wordt door het zorgkantoor geen overeenkomst voor extramurale zorg met de zorgaanbieder afgesloten.

De beschreven geschiktheid- en gunningeisen worden door elk VGZ / Trias-zorgkantoor gehanteerd en gepubliceerd via internet resp. op verzoek toegezonden.

#### **Stap 4: Onderhandelen over productievoorstellen met zorgkantoor**

Hiervoor wordt verwezen naar deel II van deze notitie.

#### 4. Aanvullende informatie

- Vragenlijst inzake toelating van het Ministerie van VWS: <http://www.minvws.nl> > [Dossiers](#) > [WTZi](#) > [Procedures onder de WTZi](#) > [Stap 1: toelating](#)
- Conceptovereenkomst zorginstelling – zorgkantoor (meegestuurd)
- Afspraken bovenregionale zorginkoop Zorgverzekeraars Nederland (op aanvraag)
- Beschrijving Externe Integratiestandaarden AZR: zie [www.zorgregistratie.nl](http://www.zorgregistratie.nl) en vraag uw software-leverancier
- Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ-productie registratie en facturering

## Deel II

# Inkoopbeleidskader AWBZ 2007-2008

### 1. Uitgangspunten

Bij het opstellen van dit Inkoopbeleidskader 2007-2008 zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De Zorgkantoren van VGZ en Trias stellen zich ten doel voldoende zorg van kwalitatief verantwoord niveau voor hun regio in te kopen, met voldoende keuzemogelijkheid voor de klant. Om inzicht in de regionale behoefte te verkrijgen wordt voor iedere regio per sector een marktanalyse uitgevoerd op basis waarvan een regionaal inkoopplan wordt opgesteld. Dit inkoopplan is leidend voor de zorginkoop.
- Kwalitatief verantwoorde zorg voor de klanten<sup>2</sup> is van groot belang. Het zorgkantoor gaat er van uit dat elke aanbieder inzicht in zijn eigen kwaliteit heeft en dit transparant kan maken naar klant (en zorgkantoor). Hierdoor heeft de klant de mogelijkheid tot kiezen. De mogelijkheid om te kiezen tussen aanbieders, maar ook de keuze tussen verschillende zorgarrangementen, met alle hun eigen specifieke zichtbare kwaliteitskenmerk.
- De Zorgkantoren van VGZ en Trias hechten belang aan continuïteit van het ingezette beleid en consistentie in de uitvoering daarvan;
- Per 1 januari 2007 wordt de Huishoudelijke Verzorging overgeheveld naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Overheveling van de op genezing gerichte Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) naar de Zorgverzekeringswet is gepland voor 2008. Zorg die is overgeheveld valt buiten de kaders van het inkoopbeleid van de VGZ en Trias zorgkantoren.
- Afstemming tussen WMO, AWBZ en Zorgverzekeringswet is een voorwaarde voor een goedlopende zorgketen.
- Uiteindelijk hebben zorgkantoor en zorgaanbieders dezelfde belangen als het om de klant gaat: het realiseren van voldoende, toegankelijke en passende zorg voor alle AWBZ-verzekerden. Continuïteit van zorg hoort hier bij.
- Het realiseren van dit doel zal alleen volledig slagen als deze beide partijen over en weer de onderlinge afspraken adequaat invullen en nakomen.

### 2. Beschouwing

In de AWBZ gaat de modernisering verder. Eén van de belangrijkste doelstellingen van deze modernisering is het transformeren van de voor een groot deel nog bestaande aanboderichte benadering van zorg in een vraaggerichte benadering. De wensen van de klant, en een daaraan gekoppelde financiering op maat, staan centraal in dit denken.

De Zorgkantoren van VGZ-Trias onderschrijven het belang van een vraaggerichte benadering in de zorg. De zorgkantoren nemen bij het formuleren van de te bereiken doelen de klant als uitgangspunt.

In het belang van de klant streven de Zorgkantoren van VGZ naar:

- Voldoende AWBZ-zorg;

---

<sup>2</sup> Het motto voor het Inkoopbeleidskader AWBZ 2006-2008 luidt dan ook “Keuze voor Kwaliteit”

- ❑ Zorg van kwalitatief verantwoord niveau;
- ❑ Voldoende keuzemogelijkheden.

Om dit te kunnen realiseren is het nodig dat:

- ❑ De zorg doelmatig wordt geleverd;
- ❑ De zorg betaalbaar blijft voor de maatschappij;
- ❑ Afspraken tussen Zorgkantoren en Zorgaanbieders worden nagekomen.

De bovenstaande zes punten zijn door de Zorgkantoren van VGZ en Trias aangemerkt als speerpunten voor de periode 2007-2008. Deze speerpunten vormen de kern van dit inkoopbeleidskader.

### **Relatie met de AWBZ-overeenkomst**

De genoemde speerpunten hebben vanzelfsprekend raakvlakken met de AWBZ-overeenkomst. De bestaande overeenkomst voor de periode 2005-2006 is aan de aanbieders gepresenteerd als een ontwikkelmodel. Met de aanbieders die in 2005 de overeenkomst hebben ondertekend is de afspraak gemaakt dat het jaar 2005 benut zou worden om alle randvoorwaarden te scheppen die nodig zijn om aan de afspraken in de overeenkomst tegemoet te kunnen komen. Vanaf 2006 is de AWBZ-overeenkomst leidend in de relatie tussen zorgkantoor en zorgaanbieder<sup>3</sup>. De bestaande overeenkomst is geëvalueerd. Verbeterpunten zijn verwoord en worden met ingang van 2007 doorgevoerd.

### **3. Het beleid van de VGZ- en Trias -zorgkantoren in zes speerpunten**

Hieronder worden de speerpunten achtereenvolgens gedefinieerd. Per speerpunt worden de daarmee samenhangende prestatie indicatoren benoemd en het geambieerde doel geformuleerd. Tot slot wordt aangegeven op welk moment in de procedure wordt getoetst in hoeverre een zorgaanbieder tegemoet komt aan het speerpunt.

#### **Speerpunt 1: Voldoende AWBZ-zorg**

“Voldoende zorg” wil zeggen dat cliënten de zorg (*zoals door de cliënt gewenst en passend binnen de gestelde indicatie*) snel nadat de behoefte is geconstateerd, kunnen ontvangen. Toegankelijke zorg, dus de zorg moet beschikbaar zijn, met een aanvaardbare wachttijd. Tevens is het van belang continuïteit van zorg te garanderen; de klant moet geen hinder hebben van wisselende contacten.

De zorgkantoren van VGZ-Trias willen bevorderen dat zorgaanbieders hun op zorg wachtende cliënten optimaal tegemoet treden. Daarbij gelden wachttijd –zoals gemeten via AZR- én het leveren van overbruggingszorg als indicator. Het zorgkantoor geeft daarnaast invulling aan beschikbaarheid van zorg door voor capaciteitsproblemen binnen het regionaal inkoopplan naar oplossingen te zoeken.

#### Doelstelling 2008

*De zorgkantoren van VGZ en Trias stellen zich tot doel om, rekening houdend met het regionale financiële kader, zodanig zorg in te kopen, dat uiterlijk in 2008 de gemaakte afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over tijdige zorglevering worden gehaald. De normen zoals deze zijn opgenomen in de AWBZ-overeenkomst zijn hierbij richtinggevend: In beginsel gelden de volgende termijnen:*

- *Extramurale zorgfuncties: 2 weken*
- *Verblijf: 4 weken voor de VGZ Zorgkantoren en 2 weken voor de Trias zorgkantoren.*

---

<sup>3</sup> Deze passage is voor de Trias-zorgkantoren niet van toepassing: in 2006 is een nieuwe overeenkomst afgesloten en in 2007 wordt wederom een nieuwe overeenkomst gesloten.

*Tevens is, door de meting van wachttijden via het AZR, inzicht verkregen op ontstane knelpunten en zijn eventuele knelpunten door middel van gerichte acties (zowel inkoop als afspraken met zorgaanbieders) verbeterd.*

De toetsing hiervan vindt periodiek plaats door het zorgkantoor via AZR en wordt naar de zorgaanbieder teruggekoppeld.

## **Speerpunt 2: Zorg van kwalitatief verantwoord niveau.**

De zorgkantoren van VGZ-Trias willen alleen zorg van verantwoorde kwaliteit inkoop. Dit vergt inzicht in de geleverde kwaliteit.

De zorgkantoren sluiten in hun beleid aan op de landelijke ontwikkeling van “normen voor verantwoorde zorg” binnen de AWBZ-branches.

Gebruikmakend van bestaande gegevens kan dit in de volgende drie onderdelen zichtbaar gemaakt worden.

- *De aanwezigheid van een kwaliteitssysteem/externe certificering*
  - Het “aansturen” van een instelling gebeurt niet op gevoel, maar op grond van een bepaald systeem. In zijn algemeenheid geven integrale kwaliteitssystemen aandacht aan zowel de financiële-, als ook de niet financiële resultaten (*voor de werkprocessen, voor de personeelsleden, voor de klanten etc*). In de zorgsector ligt er binnen het kwaliteitssysteem relatief veel nadruk op de werkprocessen. Daarvoor is in dit kader altijd een kwaliteitsborging nodig. Toets hierop is een certificering. Het zorgkantoor wenst zicht te hebben op de vooruitgang die de zorgaanbieder boekt op zijn weg naar deze externe certificering. Bij bestaande certificering is het nodig om zicht te hebben op het onderhoud hiervan.
  
- *De klantervaringen*
  - Juist omdat de klant de dienst aan den lijve ervaart is het nodig zijn/haar ervaringen en tevredenheid te meten. Zo’n meting moet concreet aangeven op welke punten verbeteringen te realiseren zijn. De zorgaanbieder dient de verbeteracties en de resultaten ervan in zijn beleid verankeren.  
In toenemende mate komen er instrumenten voor cliëntervaringen beschikbaar die voldoen aan de internationale CAPHIS-standaard<sup>4</sup>, voor de ziekenhuiszorg en binnenkort voor verpleging en verzorging. Ook voor gehandicaptenzorg en GGZ zijn dergelijke instrumenten in ontwikkeling. Wanneer deze instrumenten branchebreed beschikbaar zijn, zal het zorgkantoor deze standaard ook in het inkoopbeleid hanteren.  
De cliëntenraad is bij uitstek het interne gremium binnen de zorginstelling dat toe kan zien op effectuering van mogelijke verbeteringen. Het zorgkantoor verwacht van de cliëntenraad een oordeel over de klant-tevredenheidsmetingen en van de hierop ondernomen acties en resultaten van deze acties.
  
- *De professionele kwaliteit*
  - Het zorgkantoor oriënteert zich hierbij primair op de uitkomsten van het toezicht door de IGZ. Deze houdt voortdurend toezicht op de kwaliteit van de zorg en de organisatie, en onderneemt vanuit haar verantwoordelijkheid acties indien dit nodig is. De meting van de professionele kwaliteit is primair haar terrein. De zorginstelling is in staat om op basis van terugkoppeling van de toezichtsresultaten het zorgkantoor inzicht te geven in het huidige niveau, de eventuele tekortkomingen en verbeterpunten. Tevens geeft de instelling aan welke acties ondernomen zijn in het verlengde van deze meting.

---

<sup>4</sup> Afkorting van Consumer Assessment Health's Plan Survey, een standard voor het inventariseren van cliëntervaringen

### Doelstelling 2008

- *De zorgaanbieder stuurt de instelling en met name de zorgprocessen aan vanuit een toetsbaar kwaliteitssysteem, bij voorkeur extern gecertificeerd,*
- *met aandacht voor acties voortkomend uit klantervaringen waarbij de cliëntenraad een herkenbare taak heeft en*
- *vermelding of de zorgaanbieder voldoet aan landelijk vastgestelde normen voor verantwoorde zorg, blijkend uit onder andere het toezichtsinstrument van de IGZ.*

In het inkoopbeleid wordt jaarlijks vastgelegd op welke wijze de voortgang met betrekking tot kwaliteit wordt getoetst, waar mogelijk aansluitend op landelijke afspraken.

### **Speerpunt 3: Voldoende keuzemogelijkheden**

Om keuzemogelijkheden voor de cliënt te bereiken, zal op de markt van de zorg gestuurd moeten worden. Dit betekent niet alleen voldoende keuze uit zorgaanbieders, maar vooral ook meerkeuze door innovatie bij zorgaanbieders. Nieuwe zorgarrangementen die meer zijn toegesneden op de klant zijn welkom. In plaats van een zorgkantoor dat waakt over de "planning en spreiding" is een mondige klant nodig die zelf weet wat hij wil en wie hem dat kan leveren. Om keuzes te kunnen maken moet er natuurlijk wel wat te kiezen zijn en moet de klant goed geïnformeerd zijn. Hier is ook een belangrijke rol weggelegd voor de gidsfunctie van het zorgkantoor.

De klant heeft bij het verzilveren van zijn indicatie in beginsel de keuze uit meerdere zorgaanbieders, en of zorgarrangementen. Dit geldt overigens niet voor specialistische zorg (*toppreferente zorg, bijzondere doelgroepen*) en voor beschikbaarheidszorg (*spoed/crisis*). Voor deze vormen van zorg is keuzevrijheid geen relevant onderwerp. Dit zou niet doelmatig zijn. Om de zelfde reden moet verkrumming van de zorg voorkomen worden. Een minimale schaal blijkt nodig om de infrastructuur in een landelijke regio te behouden.

### Doelstelling 2008

*In 2008 heeft de cliënt, die beschikt over een indicatie, binnen zijn/haar oriëntatie de mogelijkheid tot keuze uit minimaal 2 zorgaanbieders voor het afsluiten van een passende zorgovereenkomst.*

Toetsmoment: Het zorgkantoor geeft in zijn inkoopplan aan voor welke gebieden/zorgvormen dit streven door middel van het inkoopbeleid wordt gesteund. Toetsing vindt plaats bij elke inkoopronde.

### **Speerpunt 4: Doelmatige levering van zorg**

Alleen aan klanten, die beschikken over een indicatie (c.q. een geldige verwijzing, waar van toepassing) wordt AWBZ-zorg geleverd. Met elke klant of klantsysteem worden afspraken gemaakt die vastgelegd worden in een zorgplan. Het zorgplan en de aanpassingen, die hierin na verloop van tijd gemaakt worden, worden door de cliënt door een handtekening bevestigd. De dagelijkse activiteiten worden vastgelegd in een zorgdossier.

Om met de beschikbare premiemiddelen optimale zorgverlening te realiseren is het nodig dat de zorg op doelmatige wijze geleverd wordt. Dit houdt in dat de instelling organisatiebreed en transparant:

- de indicatie vertaald naar een zorgplan in termen van te leveren prestaties;
- de prestaties naar zorginzet cq. zorgkosten vertaald;
- de afgesproken zorg levert;
- de geleverde zorg declareert.

Hiermee wordt de financiering van kosten en afrekening (incl. materiele controle) transparant.

De algemeen aanvaarde normen voor transparantie (financieel) zijn vastgelegd in de Kaderregeling Administratieve Organisatie/Interne Controle (AO/IC) van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). In 2006 dienen alle administraties van zorgaanbieders op het niveau van deze kaderregeling te zijn ingericht om de kosten voor rekening van de AWBZ te kunnen verantwoorden. Hierop wordt door de accountant van de instelling toezicht gehouden.

Daarnaast heeft het zorgkantoor een specifiek taak om toezicht te houden of een gecontracteerde instelling ook in staat is op langere termijn continuïteit van zorg te garanderen: hiermee wordt voorkomen dat onnodige risico's op afbreuk van zorg dan wel verlies van premiegelden plaatsvindt. Hiertoe is het zg. "early warning"-instrument ontwikkeld.

Voor 2007 en 2008 is voor het zorgkantoor een bijzonder aandachtspunt te waken dat er – als gevolg van overhevelingen van AWBZ-functies naar WMO resp. Zorgverzekeringswet – geen onterechte kostenafwentelingen op de AWBZ plaatsvinden. Ditzelfde geldt voor de jeugdzorg.

Een tweede bijzonder aandachtspunt is dat de zorgaanbieder inzicht moet kunnen geven in de doelmatigheid van de zorgverlening: binnen de geïndiceerde functie/klasse (en vanaf 2007 het geïndiceerde zorgzwaartepakket) bestaat een bandbreedte waarbinnen zorg geleverd en gedeclareerd kan worden. De zorgaanbieder kan getoetst worden op de mate waarin daarbij doelmatigheid wordt betracht: wordt de zorg gemiddeld genomen onderin de klasse dan wel bovenin de klasse (of op het gemiddelde) gegeven? Dit is een van de aandachtspunten binnen de materiële controle in 2007.

#### Doelstelling 2008

*De zorgaanbieder kan in 2008 op basis van een adequate administratie (= voldoen aan de Kaderregeling AO/IC) inzicht geven in de doelmatigheid van de aangewende AWBZ-middelen, zowel in termen van effectiviteit (geen "weglekken") als in termen van efficiëncy (geleverde zorg in relatie tot afgegeven indicatie).*

Toetsmoment: bij de jaarstukken van de instelling wordt een bestuursverklaring afgegeven, vergezeld van een accountantsverklaring. Het zorgkantoor toetst daarnaast periodiek middels het early warning-systeem op de (financiële) soliditeit van de instelling. Daarnaast worden waar nodig speerpuntonderzoeken uitgevoerd, bijvoorbeeld op de relatie tussen geïndiceerde en geleverde zorg (materiële controle).

## **Speerpunt 5: Betaalbare zorg voor de maatschappij**

Het gaat hier om een speerpunt dat onlosmakelijk is verbonden met de overige speerpunten. Zowel zorgkantoor als zorgaanbieder hebben de maatschappelijke verplichting om de kosten van de AWBZ-zorg zoveel als redelijkerwijs mogelijk binnen de perken te houden. Binnen het inkoopproces speelt dit speerpunt een belangrijke rol: het zorgkantoor koopt alleen die zorg in die blijkt het inkoopplan noodzakelijk is. Daarnaast toetst het zorgkantoor op kwaliteit en onderhandelt vervolgens met de zorgaanbieder over zowel volume als prijs van de zorg. Bij dit laatste wordt niet alleen naar de prijs per prestatie gekeken, maar ook naar de onderlinge verhouding tussen die prestaties ("productmix").

### Doelstelling 2008:

*Het zorgkantoor verantwoordt de ingekochte en geleverde zorg in relatie tot het inkoopplan.*

Toetsmoment: jaarlijks bij de inkoopronde en de verantwoording middels het uitvoeringsverslag.

## **Speerpunt 6: Afspraken worden nagekomen**

De bovenstaande ambities kunnen alleen worden waargemaakt als zorgkantoren en zorgaanbieders hun onderlinge afspraken ook daadwerkelijk nakomen. Alleen door het respecteren van deze afspraken zal een klimaat kunnen ontstaan waar de klant uiteindelijk het meeste profijt bij heeft.

Aanvullend op de andere speerpunten waarin afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder benoemd worden zijn hier aan de orde de nakoming van de (administratieve) afspraken met betrekking tot AZR.

### Doelstelling 2008

*In 2008 koopt het zorgkantoor zorg in bij aanbieders, die de in de AWBZ-overeenkomst gemaakte of te maken afspraken, volledig nakomen.*

Toetsmoment: Bij de inkoopronde van 1 maart 2007 maken aanbieders aannemelijk dat ze de gemaakte afspraken kunnen nakomen. Periodiek worden aanbieders getoetst op hun prestaties op dit vlak. Het resultaat van deze toets wordt betrokken in volgende inkoop rondes.

## **4. Ten slotte**

De zorgkantoren van VGZ en Trias zijn van oordeel dat het realiseren van de voorgenomen ambities noodzakelijk is om te komen tot een situatie waarin sprake is van voldoende AWBZ-zorg, van kwalitatief verantwoord niveau, met voldoende keuzemogelijkheden voor de klant.

Voor elk van de jaren waarop dit Inkoopbeleidskader 2007-2008 betrekking heeft zal worden uitgewerkt op welke wijze door middel van zorginkoop wordt bijgedragen aan het realiseren van de gestelde doelen. In deel III volgt de uitwerking voor het jaar 2007.

# Deel III

## Zorginkoopbeleid 2007

### 1. Inleiding

Het zorginkoopbeleid 2007 heeft ten doel om een maximale uitwerking te geven aan het regionale inkoopplan: dit plan is leidend.

De gecontracteerde zorgaanbieders worden uitgenodigd om binnen de contouren van dit inkoopplan een productievoorstel/offerte in te dienen.

Uit de evaluatie van de zorginkoop 2006 is gebleken dat zorgaanbieders en cliëntenorganisaties overwegend positief gereageerd hebben op de gehanteerde werkwijze. Daarom zal hier in 2007 ook op worden voortgebouwd. Op een aantal punten is nog beter geborgd dat de keuzes en prioriteiten van het zorgkantoor inzichtelijk zijn voor betrokkenen. Nadrukkelijk blijft er binnen de procedure ruimte voor overleg en onderhandeling tussen partijen om zodoende een optimale afstemming van het aanbod op de regionale zorgvraag mogelijk te maken.

Met betrekking tot bovenregionaal zorgaanbod geldt het volgende: zorgaanbieders die in een aangrenzende regio hun zorgaanbod willen uitbreiden en omgekeerd zorgaanbieders uit een aangrenzende regio die in onze regio hun aanbod uit willen breiden, moeten daarvoor een offerte bij het inkoopende zorgkantoor uitbrengen. Hierbij wordt door het zorgkantoor de landelijk afgesproken werkwijze gehanteerd<sup>5</sup>.

### 2. Inkoopbeleid

Het inkoopbeleid 2007 is gebaseerd op de speerpunten uit het inkoopbeleidskader 2007 – 2008 (deel II). Allereerst wordt hieronder ingegaan op de continuïteitsgaranties die het zorgkantoor afgeeft. Vervolgens wordt in dit inkoopbeleid 2007 een aantal toetsingscriteria genoemd. De score op deze criteria bepaalt de rangorde waarin het zorgkantoor aanbieders benadert die vergelijkbare zorg leveren in hetzelfde deel van het werkgebied. Daarnaast zegt de score iets over de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt.

Ook bij tussentijdse aanpassingen van de productieafspraken lopende het jaar zal dit toetsingskader worden gehanteerd. De score biedt overigens geen indicatie voor de aard, omvang en prijs van de productieafpraak.

Op grond van de genoemde methodiek wordt aan de hand van de rangorde met de verschillende zorgaanbieders onderhandeld. Zodra het financiële volume van de ingekochte zorg de grens van de beschikbare contracteerruimte bereikt, stoppen de onderhandelingen. Nieuwe aanbieders die dan nog niet aan bod zijn gekomen ontvangen een afwijzing.

De onderhandelingsprocedure wordt op hoofdlijnen als volgt ingericht:

- de instelling dient zijn offerte/productievoorstel in volgens het door het zorgkantoor aangeleverde format, met de gevraagde toelichtingen;

---

<sup>5</sup> zie bijlage 2 voor de afspraken die binnen Zorgverzekeraars Nederland over dit onderwerp gemaakt zijn.

- het zorgkantoor beoordeelt de offertes, beoordeelt de rangorde en maakt voor iedere offerte een tegenbod op;
- op grond van offerte en tegenbod wordt met de zorgaanbieder in bovengenoemde rangorde onderhandeld;
- het uiteindelijke resultaat is een akkoord dat vastgelegd wordt in het budgetformulier en een schriftelijke afsprakenlijst.

In hoofdstuk 6 wordt dieper ingegaan op de onderhandeling en de daarin te betrekken elementen.

### 3. Continuïteitsgarantie

Binnen de contracteerruimte wordt gestreefd naar het inkopen van voldoende zorg. Om de continuïteit van zorg niet te verstoren wordt een continuïteitsgarantie gehanteerd voor aanbieders waarmee de zorgkantoren van VGZ en Trias in 2006 productieafspraken hebben gemaakt.

#### *Intramuraal*

Naar verwachting zal er in verband met de invoering van zorgzwaartebekostiging een bijzondere situatie gaan gelden voor de inkoop 2007 van zorg-met-verblijf. Het zorgkantoor zal zich aan de landelijke afspraken hierover (neergelegd in CTG-ZAio-beleidsregels) die hiervoor gaan gelden conformeren.

Indien er géén bijzondere landelijke afspraken van kracht zijn, is de gedragslijn van het zorgkantoor de volgende.

Het volume per prestatie van de intramurale basiszorg (dagen, exclusief toeslagen) die in 2006 binnen de grenzen van de productieafpraak van juli 2006 door individuele aanbieders is gerealiseerd, wordt door het zorgkantoor in beginsel ook in 2007 bij deze aanbieders ingekocht. Peildatum hierbij is de gerealiseerde productie tot 1 september 2006. Extrapolatie naar jaarbasis (vanaf start van de productie), vindt plaats. De garantie geldt niet voor de tariefsopslagen in verband met zorgzwaartetoeslagen<sup>6</sup>, (zeer) hoge zorgvraag<sup>7</sup> en voor intramurale zorgprestaties<sup>8</sup>.

#### *Extramuraal*

Voor extramurale zorg geldt een volumegarantie per prestatie van 93% van de binnen de productieafpraak van juli 2006 gerealiseerde zorg. Peildatum hierbij is de gerealiseerde productie tot 1 september 2006. Extrapolatie naar jaarbasis (vanaf start van de productie), vindt plaats voordat het garantievolume wordt bepaald. Indien de productieafpraak in de loop van het jaar (na 15 juli) naar beneden is bijgesteld, dan wordt de laagste productieafpraak in 2006 gehanteerd voor de garantie.

De garantie voor extramurale zorg geldt niet voor de toeslagen binnen de prestaties voor onplanbare zorg (PV-extra, VP-extra en OB-extra). Voor toekenning van toeslagen voor onplanbare zorg is het inkoopplan leidend. Tevens is deze garantie niet van toepassing op functies die per 1 januari 2007 uit de AWBZ verdwijnen.

De volumegarantie is financieel gemaximeerd. Deze maximering wordt als volgt berekend:  
*Som van: (93% x het binnen de productieafpraak van juli 2006 gerealiseerde zorg volume per product x overeengekomen tarief 2006).*

<sup>6</sup> Dit betreft de toeslagen voor Aids, CVA, PTZ, Doven, blinden of slechthorenden en Indische Nederlanders.

<sup>7</sup> Hiermee worden de toeslagen voor zeer hoge zorgvraag (comapatiënt, patiënt met chronische ademhalingsondersteuning, patiënt met Chorea van Huntington, reumapatiënt, patiënt met Korsakov) en hoge zorgvraag (verpleeghuiscliënt met een geronto-psychiatrische aandoening, jong dementerende met ernstig regieverlies, verpleeghuiscliënt met een verstandelijke handicap, (jonge) verpleeghuiscliënt met complex niet aangeboren hersenletsel) bedoeld.

<sup>8</sup> Dit betreft de toeslagen voor kortdurend verblijf, nachtverzorging- en verpleging, aanvullende dagen (met en zonder verblijf), en aanvullende zorg (somatiek, psychogeriatrisch, combi en psychiatrisch).

Het gaat hier om een rekenmethodiek. Aan deze berekening kunnen geen tariefgaranties worden ontleend door aanbieders.

De garantie voor intramurale en extramurale zorg geldt voor zover aanbieders voldoen aan de voorwaarden die het zorgkantoor aan een gecontracteerde aanbieder stelt.

#### **4. Beoordelingscriteria**

Voor de inzet van financiële middelen boven de continuïteitsgarantie (vrijvallende gelden en uitbreidingsbudget) komen bij voorkeur aanbieders in aanmerking die volledig voldoen aan de geschiktheid- en gunningeisen van het zorgkantoor. Groeimiddelen worden daarnaast alleen ingezet voor productievoorstellen die de door het zorgkantoor gesignaleerde en erkende knelpunten (geheel of gedeeltelijk) oplossen (zie het regionale inkoopplan voor het overzicht van de knelpunten in de regio).

Alle offererende zorgaanbieders worden beoordeeld op basis van onderstaande matrix. Voor wat betreft uitbreidingen en vernieuwingen in de zorg zal het zorgkantoor in de volgorde van toetsingsuitslag onderhandelingen voeren met de zorgaanbieder: er wordt getoetst op kwaliteit en onderhandeld op prijs en op volume. De doelmatigheid van zorgverlening (bijv. de gehanteerde productmix) wordt hierbij betrokken.

Deze criteria, die in het navolgende worden besproken, hebben te maken met kwaliteit van zorg en het tijdig nakomen van afspraken met het zorgkantoor.

##### 1. Zorg van kwalitatief verantwoord niveau

###### *Criteria:*

*-aanwezigheid van een werkend kwaliteitssysteem en een extern kwaliteitscertificaat of keurmerk voor de zorg, geldend voor de hele organisatie (wel/geen kwaliteitssysteem en kwaliteitscertificaat of keurmerk);*

###### Toelichting:

Het zorgkantoor geeft bij de beoordeling een hogere waardering aan zorgaanbieders die per 1 januari 2007 reeds beschikken over een werkend kwaliteitssysteem en een kwaliteitscertificaat of keurmerk voor de hele organisatie.

##### 2. Rol cliëntenraad

###### *Criteria:*

*- de rol van de (centrale) cliëntenraad binnen het kwaliteitsbeleid is geborgd (blijkend uit kwaliteitshandboek of verklaring cliëntenraad);*  
*- de betrokkenheid van de (centrale) cliëntenraad bij het cliënttevredenheids-/ervaringsonderzoek<sup>9</sup> is geborgd. De cliëntenraad dient zowel te worden betrokken bij de opzet en uitwerking van het onderzoek als bij de implementatie van eventuele verbeterplannen naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek (blijkend uit kwaliteitshandboek of verklaring cliëntenraad).*

###### Toelichting:

Het zorgkantoor geeft bij de beoordeling een hogere waardering aan zorgaanbieders die bij hun kwaliteitssysteem de (centrale) cliëntenraad actief betrekken. Hiermee sluit het

---

<sup>9</sup> Het uitgevoerde cliënttevredenheidsonderzoek dient valide en betrouwbaar te zijn voor de hele organisatie.

zorgkantoor aan bij het landelijke beleid dat is gericht op het versterken van de positie van de cliëntenraden van instellingen.

Tevens wordt een hogere waardering gegeven aan zorgaanbieders die de cliëntenraad actief betrekken bij opzet, uitvoering en terugkoppeling van het cliënttevredenheids-/ervaringsonderzoek.

### 3. Afspraken worden nagekomen

#### *Criteria*

- AZR is volledig en juist up to date gehouden (Tijdige melding aanvang zorg –MAZ-, score proces aanvang en levering van zorg)

- de productierealisatiecijfers worden volledig en tijdig door de zorgaanbieder bij het zorgkantoor aangeleverd.

#### Toelichting:

Tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder is een aantal afspraken gemaakt over de aanlevering van diverse gegevens. De belangrijkste hiervan zijn verwerkt in bovengenoemde criteria. Uitgangspunt van het zorgkantoor is dat ook alle overige afspraken over en weer worden nagekomen.

Voor de inkoopronde van 1 maart wordt gemeten in hoeverre de aanbieder aannemelijk kan maken de gemaakte afspraken na te komen; na 1 maart geldt de geleverde prestatie als wegingsfactor. Deze wordt vanaf dat moment gebruikt als wegingscriterium bij de verdere inkoop van zorg

Voor de bovengenoemde criteria wordt door het zorgkantoor de onderstaande beoordelingsmatrix gehanteerd.

### 4. Zorg wordt tijdig geleverd (VGZ-versie)

Dit criterium wordt niet meegenomen voor inkoop per 1 maart 2007. Met ingang van 2007 wordt de tijdigheid van zorglevering gemeten. Vanaf dat moment speelt dit criterium mee bij volgende inkooprondes.

Uitgangspunt is dat extramurale zorgvormen uiterlijk binnen twee weken geboden worden en intramurale zorgvormen uiterlijk binnen vier weken. De zorgkantoren van Trias hanteren ook voor intramurale zorg een termijn van twee weken. Meting plaats van het aantal mensen dat langer wacht dan de bovenstaande termijnen (uitgedrukt in een percentage mensen dat langer wacht dan de norm).

#### *Criteria:*

- Het scorepercentage per aanbieder: 0% -10%, 11%- 50% en 51% of hoger

#### Toelichting:

Per maand wordt het aantal mensen gemeten dat langer wacht dan de bovenstaande termijnen. Het resultaat wordt uitgedrukt in een percentage wachtenden ten opzichte van het totaal aantal wachtenden.

## **5. Beoordelingsmatrix**

Voor zover de offerte betrekking heeft op zorg die het zorgkantoor in het inkoopplan benoemd heeft, geldt de onderstaande matrix als instrument om de volgorde te bepalen

waarin met zorgaanbieders overleg gevoerd wordt over de inkoop ten laste van de vrij in te zetten middelen.

	<b>Beoordelingscriterium</b>	<b>Score A:</b>	<b>Score B:</b>	<b>Score C:</b>
A	Aanwezigheid werkend kwaliteitssysteem <u>en</u> extern <b>kwaliteitscertificaat</b> of keurmerk voor de zorg (geldig voor de hele organisatie)	Ja  Weging = 2		Nee  Weging = 0
B	De instelling heeft de inbreng van de (centrale) <b>Cliëntenraad</b> bij het kwaliteitsbeleid geborgd (blijkend uit jaardocument of verklaring cliëntenraad)	ja  Weging = 2		nee  Weging = 0
C	De instelling heeft de betrokkenheid van de (centrale) <b>Cliëntenraad</b> bij de opzet van de cliëntenraadpleging <sup>10</sup> en bij het opstellen van eventuele verbeterplannen naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek geborgd.	Ja  Weging = 2		Nee  Weging = 0
D	<b>Nakoming afspraken*</b> : aanlevering AZR en score proces aanvang en levering zorg	Voldoende  Weging = 2	Matig  Weging = 1	Slecht  Weging = -2
E	<b>Nakoming afspraken*</b> : Aanlevering productierealisatiecijfers	Aanlevering is <u>tijdig en</u> volledig  Weging = 2	Aanlevering is <u>tijdig of</u> volledig  Weging = 1	Aanlevering is <u>tijdig noch</u> volledig  Weging = -2
F	<b>Tijdigheid zorgverlening*</b> :  Percentage mensen dat volgens AZR langer wacht dan de norm  <b>Weegt niet mee voor de inkoopronde 1 maart 2007. Daarna is dit wel een wegingsfactor</b>	Score 0% - 10%  Weging = 2	Score 11% - 50%  Weging = 1	Score 51% of hoger  Weging = 0
	<b>Totaalscore per kolom:</b>			
	<b>Eindcijfer</b>			

\*Voor de onderdelen D en E geldt het volgende. Voor de inkoopronde van 1 maart wordt gemeten in hoeverre de aanbieder aannemelijk kan maken de gemaakte afspraken na te komen; na 1 maart geldt dit als een harde prestatie-indicator. Deze wordt vanaf dat moment ook gebruikt als wegingscriterium bij de verdere inkoop van zorg. Onderdeel F weegt niet mee bij de inkoopronde van 1 maart. Bij de inkoopronde daarna is dit wel het geval.

#### *Aanvullende toelichting*

<sup>10</sup> Een cliëntenonderzoek dient valide en betrouwbaar te zijn voor de hele organisatie.

Criterium D: Het gaat hier om een geprotocolleerde meting die is gebaseerd op het "proces aanvang en levering van zorg" zoals beschreven in de AWBZ-overeenkomst.

De score per aanbieder wordt berekend door de scores uit de kolommen A, B en C bij elkaar op te tellen. Het eindcijfer is bepalend voor de rangorde bij de onderhandelingen over de in te kopen (vergelijkbare) zorg ten laste van de "vrije" middelen en binnen de kaders van het inkoopplan. Daarnaast zegt de score iets over de geboden kwaliteit van zorg.

De score per aanbieder is geen indicatie voor het te contracteren zorgvolume of de overeen te komen prijs.

## **6. De onderhandeling**

De zorgkantoren hebben expliciet gekozen voor de procedure van 'onderhandeling met voorafgaande bekendmaking'. Dit impliceert dat het de bedoeling is om tijdens de onderhandeling te komen tot afspraken over volume en prijs (wat levert de zorgaanbieder voor het beschikbare budget?). Hier is sprake van een stukje vrije ruimte die tijdens het gesprek tussen zorgkantoor en aanbieder wordt ingevuld. Doelstelling hierbij is om op grond van de beschikbare informatie te komen tot maximale effectuering van het Regionaal Inkoopplan: voldoende zorg, van goede kwaliteit, tegen een redelijke prijs.

In hoofdstuk 2 is de volgende hoofdlijn voor de onderhandeling geschetst:

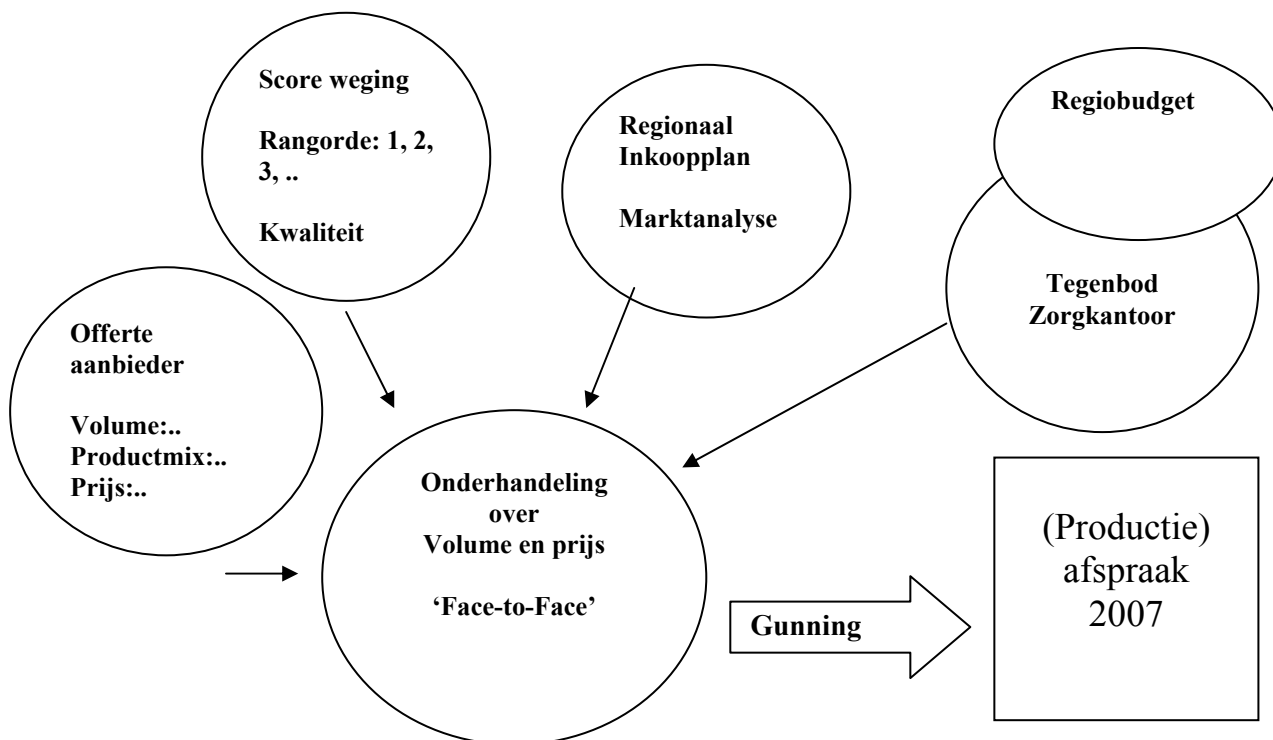
- de instelling dient zijn offerte/productievoorstel in volgens het door het zorgkantoor aangeleverde format, met de gevraagde toelichtingen;
- het zorgkantoor beoordeelt de offertes, bepaalt de rangorde en maakt voor iedere offerte een tegenbod op;
- op grond van offerte en tegenbod wordt met de zorgaanbieder in bovengenoemde rangorde onderhandeld;
- het uiteindelijke resultaat is een akkoord dat vastgelegd wordt in het budgetformulier en een schriftelijke afsprakenlijst.

Meer specifiek betreft het zorgkantoor de volgende elementen in de onderhandeling:

- De score in de beoordelingsmatrix (deze bepaalt de rangorde waarin zorgaanbidders worden benaderd en zegt iets over de kwaliteit van zorg)
- De offerte van de aanbieder (uit te voeren activiteiten, volume en prijs)
- Het op de marktanalyse gebaseerde regionaal inkoopplan
- Het beschikbare (door VWS bepaalde) regiobudget
- Het tegenbod van het zorgkantoor

Uit de onderhandeling komt de definitieve gunning voort: de productieafpraak (weerslag in CTG-formulier) en eventuele overige afspraken (weerslag in brief zorgkantoor aan aanbieder).

Het onderhandelingsproces kan visueel als volgt worden weergegeven:



## 7. Fasering

Alle toegelaten zorgaanbieders die mogelijk een productievoorstel bij de zorgkantoren van VGZ-Trias willen indienen, worden per brief uitgenodigd om een informatiebijeenkomst bij te wonen. Op deze informatiebijeenkomst worden de aanwezigen geïnformeerd over de spelregels die de VGZ-Trias-zorgkantoren hanteren bij de contractering en zorginkoop 2007. De informatiebijeenkomsten vinden in de maand september 2006 plaats.

Fasering inkoop 2007	2006							2007	
	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb
Marktanalyse									
Regionaal inkoopplan									
Publieke vooraankondiging									
Voorlichting aanbieders									
Versturen offertebrief en format									vóór 9 oktober 2006
Indienen offertes bij Zorgkantoor									vóór 1 december 2006
Beoordeling offertes									
Afwijzingen verzenden									vóór 1 februari 2007
Tekenen overeenkomsten / Onderhandelingstraject									
Budgetformulieren bij CTG									vóór 1 maart 2007

De betreffende informatie wordt ook via de internetsite van het zorgkantoor beschikbaar gesteld: [www.vgz-zorgkantoren.nl](http://www.vgz-zorgkantoren.nl) resp. [www.zorgkantoomiddenholland.nl](http://www.zorgkantoomiddenholland.nl) en [www.zorgkantoorwaardenland.nl](http://www.zorgkantoorwaardenland.nl).

Geïnteresseerde aanbieders worden na de informatiebijeenkomst per brief uitgenodigd om hun verzoek voor een overeenkomst en hun productievoorstel in te dienen vóór 1 december 2006. Bij deze brief wordt een offerte format gevoegd.

Het zorgkantoor beoordeelt en weegt de ontvangen voorstellen conform de hierboven beschreven systematiek. De aanbieders die niet in aanmerking komen voor een overeenkomst en/of productieafspraken worden uiterlijk 1 februari 2007 hierover geïnformeerd. Voor zover nodig zullen in de maanden januari en februari de gesprekken/onderhandelingen plaatsvinden tussen het zorgkantoor en de geselecteerde aanbieders. Uiterlijk 24 februari 2007 zijn de gesprekken afgerond en worden de CTG/ZAio-formulieren ondertekend. De formulieren kunnen dan tijdig ( voor 1 maart) worden verzonden naar het CTG.

## **8. Slot**

Voortdurende afstemming met verzekeren, zorgaanbieders en overige maatschappelijk betrokkenen is een voorwaarde om zicht te krijgen op vraag en aanbod in de AWBZ. Wanneer het gaat over de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven is het belangrijk om rechtstreeks in overleg te zijn met de betrokkenen: zorgvragers en zorgaanbieders. Daarom hebben de zorgkantoren van VGZ en Trias ervoor gekozen om bij de inrichting van het inkoopmodel de rechtstreekse relatie met zorgvragers en zorgaanbieders ("face-to-face") een belangrijke plaats te geven.

Hiermee streven de Zorgkantoren van VGZ en Trias een resultaat na dat tegemoet komt aan de daadwerkelijk bestaande zorgbehoeften van de mensen in de werkgebieden van de zorgkantoren Midden- Brabant, Nijmegen, Noord- en Midden- Limburg, Noordoost- Brabant, Midden- Holland en Waardenland.

## Bijlage 1: Verklaring met betrekking tot het voldoen aan contracteervoorwaarden AWBZ.

Instelling: .....

Bestuurder: .....

Verklaart met betrekking tot de door het zorgkantoor gestelde voorwaarden om een overeenkomst in het kader van de AWBZ af te kunnen sluiten het volgende (*aankruisen indien van toepassing*):

- € De instelling is gevestigd in de regio van het zorgkantoor
- € De instelling beschikt over een formeel vereiste toelating voor de levering van AWBZ-zorg.
- € De door het zorgkantoor gestelde uitsluitingsgronden<sup>11</sup> zijn niet van toepassing
- € De instelling verklaart te voldoen en zich te houden aan de wettelijke eisen. Met name de AWBZ, de WTG, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet BIG, WGBO (indien en voor zover van toepassing), WBP, Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, Mededingingswet. Daarnaast de Regeling jaarverslaglegging zorginstellingen en de beleidsregels AO/IC.
- € De instelling beschikt over een werkend kwaliteitssysteem, of is extern gecertificeerd, of doorloopt aantoonbaar een traject dat leidt tot externe certificering. De resultaten voor cliënten worden centraal gesteld (conform landelijk vastgelegde velden verantwoorde zorg). **De informatie waaruit blijkt in welke fase de instelling zich bevindt, is bijgevoegd.**
- € Onderdeel van het kwaliteitssysteem is dat steekproefsgewijze cliëntraadpleging – minimaal 1 keer per 2 jaar – die berust op een landelijk vastgesteld instrument voor meting van klantervaringen, wordt uitgevoerd door een onafhankelijk instituut.
- € De instelling beschikt over een vastgelegd privacybeleid.
- € De instelling beschikt over een vastgelegde klachtenregeling.
- € De instelling is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid
- € De instelling beschikt over een adequate bedrijfsadministratie waarmee:

---

<sup>11</sup> De inschrijver of gegadigde wordt uitgesloten van deelneming als er jegens deze aanbieder bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling is uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 177a, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht van deelneming.

De inschrijver of gegadigde wordt uitgesloten van deelneming als:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure van surseance van betaling of akkoord dan wel een andere soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie, aanhangig is gemaakt;
- jegens wie een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde volgens de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie is gedaan, waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met zijn beroepsgedrageregels;
- die in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout heeft begaan, vastgesteld op een grond die het zorgkantoor aannemelijk kan maken;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich in ernstige mate schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de offerte kunnen worden verlangd, of die inlichtingen niet heeft verstrekt.

- de gegevens voor de oplegging van de eigenbijdrage binnen 4 weken na afloop van een maand / periode kunnen worden aangeleverd bij het CAK;
- productie-realisatiecijfers binnen 2 weken na afloop van een maand worden aangeleverd;
- in ieder geval het “bericht zorgtoewijzing” kan worden ontvangen en de berichten “melding aanvang zorg” en “bericht mutaties” kunnen worden aangeleverd bij het zorgkantoor conform de standaarden die door het CVZ zijn vastgesteld.

Plaats: .....

Datum: .....

Ondertekening: .....

Bijgevoegde informatie:

.....  
.....  
.....  
.....

## Bijlage 2: Afspraken binnen ZN over bovenregionale contractering zorgaanbieders

### **“Bovenregionale werkende instellingen: zorgkantoren werken met spelregels voor coördinatie**

Zorgkantoren krijgen bij de inkoop van extramurale zorg te maken met aanbieders die over de grenzen van de regio werkzaam zijn. Er is onderscheid mogelijk in drie vormen:

- 1) Landelijk werkende instellingen die exclusief zijn gericht op gespecialiseerde doelgroepen (bijvoorbeeld de categoriale zorg voor zintuiglijk gehandicapten).
- 2) Instellingen met een werkgebied in enkele aaneengesloten regio's, die met één zorgkantoor een contract hebben (regio waar de hoofdvestiging staat).
- 3) Instellingen op het vlak van thuiszorg die landelijk werkzaam willen zijn, en die alle productie met één zorgkantoor willen regelen.

Dit onderscheid is weliswaar niet waterdicht, maar het is voldoende werkbaar voor de praktijk van zorginkoop. Van belang is tegelijk de vuistregel dat instellingen die vanaf najaar 2006 fuseren vooralsnog als aparte aanbieders gelden (huidige CTG-nummers zijn ook in 2007 van toepassing, tenzij de betrokken zorgkantoren instemmen met de vorming van één gecombineerd nummer).

#### *7.1. Afspraken (1)*

Bij het eerste type problematiek komen de betrokken zorgkantoren tot een indicatief kader voor inkoop, waarin ook de eventuele groei van de zorgproductie is benoemd. In samenhang met dit kader bestaat de mogelijkheid dat het CTG voor de betreffende sector tot een geoormerkte toekenning van (extra) contracteerruimte komt.

Deze mogelijkheid wordt open gesteld voor sectoren als: forensische psychiatrie (gelet op de geplande overheveling naar “justitie”); categoriale zorg zintuiglijk gehandicapten; de SGLVG-centra in gehandicaptenzorg; de jeugd-LVG (licht verstandelijk gehandicapte jongeren met probleemgedrag).

#### *7.2. Afspraken (2)*

Het tweede type problematiek is kortweg aangeduid als “de burenpromatiek”. In 2006 is soms beleid dat de betreffende instelling zich opsplijt in aparte instellingen per regio; elke satelliet kan dan meedingen naar een aandeel in de regionale contracteerruimte. Een dergelijke benadering is onwenselijk; het zorgkantoor contracteert immers namens alle zorgverzekeraars. Daarom gelden de volgende afspraken:

- 1) het zorgkantoor mag niet vragen dat een bovenregionale instelling zich via één of meer satellieten opsplijt in een “instelling per regio”, elk met een eigen toelating;
  - 2) aangrenzende zorgkantoren komen tot onderlinge uitwisseling van informatie over het benodigde zorgaanbod (afstemming van inkoopbeleid);
  - 3) in het verlengde hiervan is er ruimte voor overheveling van contracteerruimte tussen zorgkantoren (gewenste versterking van het zorgaanbod in de relevante regio's).
- Het zorgkantoor waarmee de bovenregionale instelling een contract heeft gefungeert als de coördinator van dit proces.

Een voorwaarde voor dit proces is een voldoende groeiruimte voor extramurale zorg. In het jaar 2006 was die ruimte – door beleid van VWS – zeer klein, waardoor overheveling nagenoeg onmogelijk was. De groeiruimte die volgens het kabinetsbeleid al is vastgelegd voor 2007 moet ten goede komen aan “uitbreiding van volume”.

#### *7.3. Afspraken (3)*

Het derde type problematiek is vooral aanwezig bij landelijk werkende instellingen voor thuiszorg. Instellingen die in hun productie willen uitbreiden ervaren dat het zorgkantoor de aangedragen groei-ambitie niet kan inpassen in de regionale contracteerruimte. Dat gold vooral in 2006, door de specifieke omstandigheid dat elk zorgkantoor slechts een kleine ruimte voor groei van extramurale zorg had (veel concurrerende bestemmingen). Voor de landelijk werkende thuiszorginstellingen zijn in 2007 twee routes denkbaar. Ten eerste: de instelling kan ervoor kiezen om in een gebiedsdeel waar men uitbreiding zoekt een extra toelating aan te vragen. Dat hoeven geen 32 regionale toelatingen te zijn (= 32 zorgkantoren), maar er kan wél gekozen worden voor betere herkenbaarheid in de gebiedsdelen “noord, zuid, oost, west”.

Ten tweede: de instelling kan een beroep doen op het feit dat het regionaal zorgkantoor namens als zorgverzekeraars de AWBZ uitvoert. Dan geldt de volgende procedure:

- a) in de regio waar de instelling zijn dienstverlening wil uitbreiden meldt de instelling aan het betreffende zorgkantoor dat men een aandeel in de groeiruimte voor extramurale zorg wenst;
- b) de instelling maakt duidelijk welke diensten men wil leveren, bovendien in welke mate geïndiceerde cliënten naar verwachting van de diensten gebruik gaan maken;
- c) afhankelijk van “kwaliteit/prijs” van de geboden diensten komt men in aanmerking voor een deel van de contracteerruimte, c.q. “kavel” (algemeen principe van

economisch meest voordelige aanbieder);

d) als dat het geval – dus als er productieruimte wordt gegund door het zorgkantoor in de betreffende regio – zal het zorgkantoor vanuit die regio budget overhevelen naar het zorgkantoor dat met de instelling een landelijk geldend contract heeft gesloten.

Kort gezegd: het zorgkantoor kan bij een bovenregionale aanbieder geen “satelliet”-constructie afdwingen. De passende benadering volgt uit de typen “bovenregionaleproblematiek” die hier zijn geschetst. Daarnaast is de aanpak afhankelijk van landelijk beleid; namelijk een toereikende groei kan de contracteerruimte voor extramurale zorg, zodat de geïndiceerde zorgvraag goed kan worden opgevangen.”