

## Kwaliteitskader zorginkoop AWBZ

Op 25 november 2004 uitgebracht aan de zorgkantoren en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

### *Publicatienummer*

<b><i>Uitgave</i></b>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail <a href="mailto:info@cvz.nl">info@cvz.nl</a> Internet <a href="http://www.cvz.nl">www.cvz.nl</a>
-----------------------	--

<b><i>Volgnummer</i></b>	24102297
<b><i>Afdeling</i></b>	SBA
<b><i>Auteur</i></b>	mw. drs. S. Landa
<b><i>Doorkiesnummer</i></b>	Tel. (020) 797 86 39

<b><i>Bestellingen</i></b>	Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website ( <a href="http://www.cvz.nl">www.cvz.nl</a> ) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.
----------------------------	---



## Inhoud:

*pag.*

	Samenvatting
1	1. Inleiding
2	1.a. Aanleiding
2	1.b. Leeswijzer
4	2. Doelstelling van het "Kwaliteitskader inkoop AWBZ"
4	2.a. Doel van het Kwaliteitskader AWBZ
4	2.b. De rol van het CVZ
5	2.c. Werkwijze
6	3. Taken en verantwoordelijkheden
6	3.a. Het zorgkantoor
7	3.b. Zorgaanbieders
7	3.c. Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ)
9	4. Wat is kwaliteit?
9	4.a. Kwaliteit
11	5. Kwaliteitskader bij de zorginkoop AWBZ
11	5.a. Uitwerking van het Kwaliteitskader AWBZ
11	5.a.1. Oriënteren
12	5.a.2. Selecteren (Wie)
12	5.a.3. Contracteren
13	5.a.4. Monitoren
13	5.a.5. Evalueren
14	6. Concrete kwaliteitsafspraken
14	6.a.1. Paradigma goed - beter
15	6.a.2. Termijnen
15	6.b. Specifieke kwaliteitsafspraken
15	6.b.1. Een kwaliteitssysteem
17	6.b.2. Cliëntenraadpleging
19	6.b.3. Verbeterprojecten

20	6.b.4. Tot slot
21	7. Instrumenten
21	7.a. Instrumenten bij de inkoop
21	7.a.1. Instrumenten voor de oriëntatie fase
22	7.a.2. Instrumenten voor de selecteerfase
23	7.a.3. Instrumenten bij het contracteren
26	7.a.4. Instrumenten bij monitoren en evalueren
30	8. Effecten voor cliënten
31	9. Hoe nu verder?
	<b><i>Bijlage(n)</i></b>
	1. Voorbeelden van een matrix
	2. Verslag van CVZ conferentie Kwaliteitskader zorginkoop AWBZ

## Samenvatting

Dit rapport beschrijft het kwaliteitskader zorginkoop door zorgkantoren, de tot standkoming ervan en een uitwerking van enkele kwaliteitsafspraken.

Een zorgkantoor moet kwalitatief goede zorg contracteren, en aanbieders stimuleren om aan kwaliteit van zorg te werken. Met dit rapport "Kwaliteitskader zorginkoop AWBZ" beoogt het CVZ alle zorgkantoren te faciliteren om, op een uniforme en doelmatige wijze, kwalitatief goede zorg in te kopen vanuit een vraaggestuurd perspectief.

De zorgkantoren zijn zelf jegens de uitvoeringsorganen verantwoordelijk voor een goed inkoopbeleid, dat moet leiden tot goede kwaliteit van de geleverde zorg. Dit is een belangrijke reden waarom dit rapport in nauwe samenwerking met zorgkantoren en ZN tot stand is gekomen.

Het CVZ ziet dit kwaliteitskader als een handreiking. Dit betekent dat een zorgkantoor altijd, vanuit zijn visie op de zorginkoop en de kwaliteit van zorg, kan kiezen voor een ander kwaliteitskader en/of andere (kwaliteits)afspraken. Het kwaliteitskader zorginkoop AWBZ omvat de volgende elementen:

1. Een algemene visie op het kwaliteitsbeleid bij de zorginkoop. Deze algemene visie betreft zowel het proces van de zorginkoop als het resultaat in termen van de ingekochte – en geleverde zorg;
2. Kennis en ordening van de zorgbehoefte in de regio;
3. Een visie per zorgcategorie voor de zorginkoop;
4. Kennis en ordening van het zorgaanbod in de regio en onderzoek hoe de mogelijkheden van zorgaanbieders passen bij de zorgvraag;

5. Afspraken over de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld met de kwaliteitsdimensies van zorg: veiligheid, effectieve, patiëntgerichte, tijdige, efficiënte en toegankelijke zorg;
6. Afspraken over zorginnovatie- en verbeterprojecten;
7. Evaluatie van de behaalde resultaten op basis van de gemaakte resultaten over de kwaliteit van zorg;
8. Analyse van de aangeleverde gegevens en deze resultaten hiervan terugkoppelen naar de zorgaanbieders.

Tijdens de CVZ conferentie "kwaliteitskader zorginkoop AWBZ" van 14 september 2004 committeerden de zorgkantoren zich aan drie specifieke kwaliteitsafspraken. Dit betekent dat de zorgkantoren zich inspannen om deze afspraken met de zorgaanbieders te bespreken en in het eigen inkoopbeleid in te passen.

Deze drie afspraken zijn:

- ❑ De instelling heeft een werkend kwaliteitssysteem.
- ❑ Een (onafhankelijke) organisatie houdt een valide cliëntenraadpleging en het zorgkantoor ontvangt de resultaten van deze cliëntbeoordelingen. Afhankelijk van de resultaten worden geplande verbeterdoelstellingen geformuleerd.
- ❑ Zorgkantoren maken concrete resultaatgerichte kwaliteitsafspraken over minimaal twee verbeterprojecten of zorginnovatieprojecten.

## 1. Inleiding

Dit rapport beschrijft het kwaliteitskader voor de zorginkoop door zorgkantoren. Zorgkantoren vervullen een belangrijke rol bij het bereiken van de gewenste kwaliteit van zorg. Bij de inkoop kunnen zij kenbaar maken welke kwaliteit van zorg zij verlangen. Hierbij dienen zij zowel juridische als algemeen aanvaarde maatschappelijke uitgangspunten te hanteren. Kortom: Een zorgkantoor moet zowel kwalitatief goede zorg contracteren, als aanbieders stimuleren dat zij aan kwaliteit van zorg werken (zie art. 42, lid 4, AWBZ).

### *Voorgeschiedenis:*

In 2002 hebben VWS, ZN en CVZ een convenant inzake "taken en beheerskosten zorgkantoren" opgesteld, dat bedoeld is om taken van de zorgkantoren geleidelijk in te vullen. Hier is afgesproken dat het zorgkantoor een contracteerbeleid opstelt, dat is afgeleid van de beleidsvisie. Het contracteren van zorg heeft betrekking op de tijdigheid, de doelmatigheid, de vraaggerichtheid en de kwaliteit. Er staan ook enkele kwaliteitsafspraken voor zorg in, bijvoorbeeld de wachtlijstbemiddeling.

Vervolgens heeft het CVZ in 2003 vanwege de modernisering AWBZ het rapport "*Faciliteren contracteerbeleid zorgkantoren*"<sup>1</sup> uitgebracht. Dit rapport geeft een specifiekere uitwerking van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van een zorgkantoor met de verschillende stappen van het contracteerbeleid en de ontwikkelingen van de modernisering van de AWBZ. Hierin bespreekt het CVZ de afspraken over bijvoorbeeld tijdigheid, doelmatigheid en kwaliteit. Het begrip kwaliteit is echter niet nader gedefinieerd in dit rapport. In september '04 heeft het CVZ naar aanleiding van het opheffen van de contracteerplicht bij AWBZ zorg zonder verblijf een circulaire uitgebracht<sup>2</sup>. Hierin komen een aantal (juridische) criteria / aandachtspunten aan de orde waar een zorgkantoor rekening mee dient te houden met het contracteerbeleid.

ZN heeft -parallel aan deze CVZ circulaire - gezamenlijke uitgangspunten opgesteld voor het contracteerbeleid van het zorgkantoor. Deze uitgangspunten baseren zich op de financiële en juridische kaders.

### ***1.a. Aanleiding***

De aanleiding voor het formuleren van dit kwaliteitskader zorginkoop AWBZ is tweeledig.

De eerste aanleiding is dat zorgkantoren nu nog verschillende kwaliteitsafspraken over zorg maken met de zorgaanbieder. Hierdoor verschilt de gecontracteerde kwaliteitsmaatstaven van zorg voor een verzekerde van een regio met de zorg uit een andere regio. Dit is een ongewenste ontwikkeling. Daarbij kunnen zorgkantoren, bij het opheffen van de contracteerplicht voor extramurale zorg, nog meer differentiëren in de contractering, waarbij eenduidige en gelijkwaardigheid van kwaliteitsafspraken met zorgaanbieders een prominentere rol spelen.

De tweede aanleiding was dat het CVZ, samen met het CTZ, een kwaliteitskader voor ziekenfondsen heeft ontwikkeld. Dit kwaliteitskader heeft als doelstelling het bevorderen van een doelmatige en rechtmatige uitvoering van de zorginkoop door ziekenfondsen met betrekking tot de kwaliteit van zorg<sup>3</sup>. Het CVZ is van mening dat "het kwaliteitskader ook van toepassing moet kunnen zijn op de inkoop van zorg van de AWBZ".

### ***1.b. Leeswijzer***

In dit rapport zal regelmatig worden verwezen naar het convenant inzake "Taken en beheerskosten zorgkantoren", het CVZ rapport "Modernisering AWBZ deel 2, Faciliteren contracteerbeleid zorgkantoren" en de ZN notitie "Contracteerbeleid zorgkantoren". De focus van dit rapport ligt bij het contracteerbeleid over de kwaliteit van zorg.

In dit rapport bedoelt het CVZ dan ook met 'zorginkoop' specifiek de ontwikkeling en borging van de kwaliteit van de in te kopen zorg door zorgkantoren.

Het rapport bestaat uit 9 hoofdstukken. Hoofdstuk 2 beschrijft de doelstelling van het kwaliteitskader en de rol van het CVZ hierbij. De taken en verantwoordelijkheden van een zorgkantoor, de zorgaanbieder en de Inspectie wordt in hoofdstuk 3 toegelicht. Hoofdstuk 4 definieert het begrip kwaliteit. Hoofdstuk 5 beschrijft het kwaliteitskader, dat bestaat uit een procesbeschrijving van het inkoopproces. Hoofdstuk 6 gaat dieper in op de contracteerfase en geeft drie concrete landelijke kwaliteitsafspraken voor 2005. Hoofdstuk 7 beschrijft instrumenten die de zorginkoop ondersteunen. De effecten voor de verzekerden / patiënt komt in hoofdstuk 8 aan de orde. Hoofdstuk 9 beschrijft de vervolgacties van het CVZ.

## 2. Doelstelling van het "Kwaliteitskader inkoop AWBZ"

### **2.a. Doel van het Kwaliteitskader AWBZ**

Het CVZ beoogt met het "Kwaliteitskader zorginkoop AWBZ" alle zorgkantoren te faciliteren om, op een uniforme en doelmatige wijze, kwalitatief goede zorg in te kopen vanuit een vraaggestuurd perspectief.

### **2.b. De rol van het CVZ**

#### ***De verantwoordelijkheid van het CVZ***

Het CVZ formuleert een "Kwaliteitskader inkoop AWBZ" vanuit zijn wettelijke taak om een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ te bevorderen.

#### ***Handreiking***

Het CVZ ziet dit kwaliteitskader als een handreiking. Dit betekent dat een zorgkantoor altijd, vanuit zijn visie op de zorginkoop en de kwaliteit van zorg, kan kiezen voor een ander kwaliteitskader en/of andere (kwaliteits)afspraken.

#### ***Betrokkenheid zorgkantoor***

Het kader is dus niet bedoeld als een bindend voorschrift. De zorgkantoren zijn uiteindelijk zelf, jegens en ten behoeve van de uitvoeringsorganen, verantwoordelijk voor een goed inkoopbeleid, dat moet leiden tot goede kwaliteit van de geleverde zorg.

Dit is een belangrijke reden waarom de betrokkenheid en commitment van de zorgkantoren bij de ontwikkeling van dit Kwaliteitskader AWBZ cruciaal is.

Het CVZ verwacht dat dit kader een uniforme uitvoering ondersteunt en toch voldoende ruimte biedt voor een eigen invulling door de zorgkantoren.

### **2.c. Werkwijze**

In juni 2004 heeft het CVZ een werkgroep "AWBZ en kwaliteit" opgericht. Aan deze werkgroep participeerde zorgmanagers, zorginkopers, adviserend geneeskundigen en beleidsmedewerkers van 6 zorgkantoren, ZN en het CVZ.

Deze werkgroep is drie keer bijeen geweest. Tijdens de eerste bijeenkomst wisselden de deelnemers informatie uit over het eigen kwaliteitsbeleid bij de zorginkoop. Bij de twee volgende bijeenkomsten is het eerste concept discussienotitie besproken en bijgesteld. Dit heeft geleid tot een conceptnotitie "Kwaliteitskader zorginkoop AWBZ".

Deze conceptnotitie is voorgelegd aan de deelnemers van de CVZ conferentie "Kwaliteitskader zorginkoop AWBZ" op 14 september 2004. De conferentie was bedoeld om:

- Zorgkantoren op de hoogte te brengen van dit kwaliteitskader met de kwaliteitsafspraken;
- Zorgkantoren te informeren over de cliëntenraadpleging en een praktijkvoorbeeld te geven;
- Commitment te vragen over de inhoud van de notitie aan de deelnemers van de conferentie.

De opkomst was goed. Aanwezig waren alle zorgkantoren, ZN, VWS, Stichting Cliënt & Kwaliteit, Landelijke Organisatie Cliëntenraden, en stichting HKZ.

Het CVZ constateert dat de doelstelling van de conferentie gehaald is. Tijdens de conferentie committeren de deelnemers zich aan de kwaliteitsafspraken. Zie voor het verslag van de conferentie bijlage 2. De opmerkingen van de conferentie maken deel uit van dit rapport.

### 3. Taken en verantwoordelijkheden

Dit hoofdstuk belicht de wettelijke taken en verantwoordelijkheden van het zorgkantoor, de aanbieders, de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij de kwaliteit van zorg. Hierbij komt ook de rolverdeling tussen de IGZ en het zorgkantoor aan de orde.

#### **3.a. Het zorgkantoor**

De verantwoordelijkheid van een zorgkantoor is in de wet als volgt omschreven: "Zorgkantoren hebben op grond van de mandaat- en volmachtverlening door uitvoeringsorganen tot taak en zien dat ook als hun primaire verantwoordelijkheid om het recht van de cliënt op zorg te waarborgen. Het zorgkantoor zorgt ervoor dat de cliënt *tijdig* de noodzakelijke zorg ontvangt, waarop de indicatie recht geeft; het zorgkantoor koopt daartoe *voldoende* zorg in die naar *aard* tegemoet komt aan de vraag en van voldoende *kwaliteit* en *doelmatig* is (artikel 6, 42 eerste lid en 43 AWBZ) "<sup>2</sup>.

Ook de kwaliteitsbrief van VWS aan de Tweede Kamer dd. 4 december 2002 beschrijft dat "de zorgkantoren "kwalitatief verantwoorde, veilige en eigentijdse zorg [dienen] in te kopen en er op toe te zien dat de patiënt of cliënt daadwerkelijk krijgt wat de verzekeraar heeft ingekocht ".

Daarnaast stelt het CVZ in de uitvoeringstoets Modernisering AWBZ deel 1 "dat de zorgkantoren gehouden zijn kwalitatief goede zorg te contracteren, waarbij recht gedaan wordt aan de zorg voor specifieke doelgroepen. Om zijn taken te kunnen uitoefenen zal het zorgkantoor hierover afspraken moeten maken in de individuele overeenkomst en verwijst hiervoor naar artikel 42, vierde lid AWBZ."<sup>2</sup>

### **3.b. Zorgaanbieders**

De eerstverantwoordelijken voor de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg zijn de zorgaanbieders zelf (Kwaliteitsbrief VWS 4 december 2004).

De Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) gaat er ook vanuit dat het veld zelf zorgt voor het leveren van *verantwoorde zorg*.

Onder verantwoorde zorg wordt in deze wet (artikel 2)

verstaan: "zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt".

De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zodanig van personeel en materiaal, en draagt zorg voor een verantwoordelijkheidsverdeling, dat het een en ander leidt tot een verantwoorde zorg (artikel 3). Het uitvoeren van artikel 3 omvat onder andere de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg (artikel 4)<sup>4</sup>.

### **3.c. Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ)**

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen wordt het toezicht op naleving van de wet neergelegd bij de IGZ. De missie van de IGZ is "het - op basis van de onderscheiden wetten - toezien op de volksgezondheid, en wel op zorgsystemen en de geleverde zorg zowel op collectief als individueel niveau, en daarover aan overheden en betrokkenen rapporteren en adviseren, teneinde de volksgezondheid van de burger te bevorderen en te beschermen ([www.igz.nl](http://www.igz.nl))".

Er wordt toezicht gehouden op de naleving van de normen in de kwaliteitswet en andere wetten op het terrein van de gezondheidszorg zoals de WZV, de Wet Bopz, de Opiumwet, de Wet op de Geneesmiddelen etc.

#### *Rolverdeling zorgkantoor en IGZ*

Zorgkantoren hebben dus taken op het gebied van het contracteren van kwalitatief goede zorg en bewaking van de levering ervan. De afspraken worden vastgelegd in een overeenkomst.

De IGZ is verantwoordelijk voor het toezicht op naleven van de normen in de kwaliteitswet.

Anders gezegd hebben zorgkantoren een rol bij de vormgeving aan de kwaliteit van de zorg als verzekeringprestatie, die zij namens de verzekerden inkopen.

Kortom: De IGZ en de zorgkantoren hebben eigen taken en eigen verantwoordelijkheden bij de kwaliteit van zorg. Zij gebruiken hierbij verschillende instrumenten om deze taken uit te voeren. De IGZ maakt gebruik van indicatoren bij het gefaseerd toezicht. Een voorbeeld hiervan is het IGZ rapport, "Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet", waarbij als toetssteen de alarmbellen uit het onderzoek "Zorgen in de zomer" zijn gebruikt. Zorgkantoren hebben bijvoorbeeld een klachtenregistratie van verzekerden.

Door gebruik te maken van de uitkomsten van elkaars instrumenten kunnen zij elkaar goed aanvullen bij de uitoefening van hun taken.

Een zorgkantoor kan bijvoorbeeld in het contract met de aanbieder een paragraaf opnemen waarin staat vermeld dat de aanbieder de uitkomsten van algemeen en thematisch toezicht ter inzage krijgt van de zorgaanbieder.

CVZ, ZN en de IGZ hebben daarnaast met elkaar afgesproken dat er periodiek een regionaal overleg plaatsvindt tussen het zorgkantoor en de IGZ. Dit overleg lijkt nog geen structureel karakter te hebben.

## 4. Wat is kwaliteit?

Voordat het kwaliteitskader wordt beschreven is het goed om het begrip kwaliteit te definiëren. Kwaliteit kent vele invalshoeken en perspectieven. Wat verstaat het CVZ onder kwaliteit van zorg?

### 4.a. Kwaliteit

Schellekens en van Everdingen definieert de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van vraaggestuurde zorg als volgt: "*het steeds beter voldoen aan de noden en wensen van de patiënt / cliënt*"<sup>5</sup>. Het CVZ sluit zich hierbij aan. Vanuit het perspectief van de sociale ziektekostenverzekering past hierbij echter wel de kanttekening dat het over de verzekerde zorg gaat, binnen het gegeven budgettaire kader van een zorgkantoor.

Voor de uitwerking van het begrip kwaliteit sluit het CVZ aan bij de Committee on the Quality of Health Care, die zes kwaliteitsdimensies van vraaggestuurde zorg onderscheidt. Het kwaliteitskader hanteert deze onderstaande kwaliteitsdimensies<sup>6</sup>.

#### 1 *Veiligheid*

Onder veiligheid verstaan we het vermijden van schade bij interventies die de intentie hebben een patiënt te helpen. Veiligheid is een systeemkenmerk en geen toevalligheid;

#### 2 *Effectiviteit*

Effectieve zorg is evidence based, 'state of the art onder - en overgebruik van zorg wordt vermeden';

#### 3 *Patiëntgerichtheid*

Met patiëntgerichtheid bedoelen we dat de zorg individuele voorkeuren, noden en waarden van de patiënt respecteert en dat hiernaar wordt gehandeld;

#### 4 *Tijdigheid* en op elkaar afgestemd

Onder tijdigheid verstaan we het voorkomen van onnodige (soms schadelijke) wachttijden; de verschillende vormen van zorg zijn op elkaar afgestemd en de continuïteit is gewaarborgd;

5 *Efficiency*

Efficiënte zorg is zorg die verspilling vermijdt, inclusief verspilling van middelen, voorraden, ideeën en energie;

6 *Toegankelijkheid (gelijkheid)*

Onder toegankelijkheid verstaan we dat de toegang tot de zorg niet belemmerd wordt door persoonlijke karakteristieken, zoals geslacht, etniciteit, geografisch locatie en sociaal-economische status.

## 5. Kwaliteitskader bij de zorginkoop AWBZ

Het kwaliteitskader AWBZ formuleert het inkoopproces gericht op de kwaliteit van zorg. Hierbij is als uitgangspunt de planning-control cyclus gekozen, met de stappen van het inkoopproces zoals beschreven in 2004, het CVZ rapport "*Kwaliteitskader zorginkoop ZFW*". Deze stappen zijn:

- Oriënteren (wat)
- Selecteren (wie)
- Contracteren (hoe)
- Monitoren
- Evalueren.

De kwaliteit van zorg is, naast de prijs en volume een bouwsteen van het contracteerbeleid. Zoals eerder in de leeswijzer (hoofdstuk 1) is beschreven, belicht dit kwaliteitskader alleen de kwaliteit van zorg.

Een zorgkantoor kan namelijk met een goed inkoopbeleid kwalitatief goede zorg contracteren en stimuleren dat zorgaanbieders aan kwaliteit van zorg werken.

### **5.a. Uitwerking van het Kwaliteitskader AWBZ**

Deze paragraaf beschrijft de processtappen van een inkoopbeleid, met een focus op de kwaliteit van zorg<sup>8</sup>.

#### *5.a.1. Oriënteren*

In het convenant inzake "Taken en beheerskosten zorgkantoren" is afgesproken dat het zorgkantoor een contracteerbeleid opstelt, dat is afgeleid van de beleidsvisie. Een onderdeel van deze beleidsvisie is de kwaliteit van zorg. De eerste stap voor een kwaliteitskader is daarom:

*1 Een algemene visie op het kwaliteitsbeleid van de zorginkoop. Deze algemene visie betreft zowel het proces van de zorginkoop als het resultaat in termen van de ingekochte - en geleverde zorg.*

Om zorg in te kunnen kopen die rekening houdt met de vraag heeft een zorgkantoor een goed beeld nodig van de zorgbehoefte en de wensen van de cliënt.

In het convenant is overeengekomen dat het zorgkantoor inzicht verwerft in de aard, omvang en spreiding van de zorgvraag in de regio.

De tweede stap bij het inkoopbeleid is daarom:

*2 Kennis en ordening van de zorgbehoefte in de regio<sup>9</sup>.*

De volgende stap is het formuleren van:

*3 Een visie per zorgcategorie voor de zorginkoop<sup>10</sup>.*

Deze deelvisie gaat uit van de zorgbehoefte en de algemene visie op het kwaliteitsbeleid van de zorginkoop.

#### *5.a.2. Selecteren (Wie)*

Kunnen zorgaanbieders de kwaliteit van zorg leveren die past bij de (toekomstige) zorgbehoefte van haar regio? Om deze vraag te kunnen beantwoorden hebben zorgkantoren inzicht nodig in de kwaliteit van zorg die een aanbieder kan verlenen.

De vierde stap van het kwaliteitskader AWBZ is:

*4 Kennis en ordening van het zorgaanbod van de regio en onderzoek hoe de mogelijkheden van zorgaanbieders passen bij de zorgvraag.*

#### *5.a.3. Contracteren*

Een overeenkomst legt de (kwaliteits)afspraken vast tussen een zorgaanbieder en een zorgkantoor. Een zorgkantoor spreekt onder andere af welke kwaliteit van zorg een aanbieder levert, die aansluit bij de zorgvraag en wensen van de cliënt. Het vijfde en zesde element van het kwaliteitskader zijn:

*5 Afspraken over de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld met de kwaliteitsdimensies van zorg: veilige, effectieve, patiëntgerichte, tijdige, efficiënte en toegankelijke zorg.*

*6 Afspraken over zorginnovatie- en verbeterprojecten.*

Een nadere invulling van deze kwaliteitsafspraken komt in hoofdstuk 6 aan de orde.

Bij zorg die op basis van openbare aanbesteding moet worden gecontracteerd (zie de circulaire van het CVZ van 7 januari 2004, nr. 04/03), moeten kwaliteitseisen deel uitmaken van de

aanbestedingsprocedure.

#### *5.a.4. Monitoren*

Heeft een zorgkantoor een overeenkomst gesloten met een zorgaanbieder, dan is het ook de taak van een zorgkantoor om de (kwaliteits)afspraken te monitoren.

Het zorgkantoor volgt de uitkomsten (resultaten) van de gemaakte afspraken tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder over de kwaliteit van de geleverde zorg.

*7 Evaluatie van de behaalde resultaten op basis van de gemaakte afspraken over de kwaliteit van zorg.*

#### *5.a.5. Evalueren*

Zijn de kwaliteitsafspraken nagekomen? In deze stap vindt de analyse van de door de zorgaanbieder aangeleverde rapportages plaats.

De laatste stap van het kwaliteitskader is dus:

*8 Analyse van de aangeleverde gegevens én deze resultaten hiervan terugkoppelen naar de zorgaanbieders.*

## 6. Concrete kwaliteitsafspraken

Dit hoofdstuk beschrijft de kwaliteitsafspraken die een zorgkantoor kan maken met de zorgaanbieder. De kwaliteitsafspraken zijn een onderdeel van de contracteerfase. (5.a.3)

**Commitment** Tijdens de conferentie "kwaliteitskader zorginkoop AWBZ" van 14 september 2004 committeerden de zorgkantoren zich aan deze specifieke kwaliteitsafspraken. Dit betekent dat de zorgkantoren zich inspannen om deze afspraken met de zorgaanbieders te bespreken en in het eigen inkoopbeleid in te passen.

**Handreiking** De kwaliteitsafspraken zijn bedoeld als een handreiking. Een zorgkantoor kan altijd, vanuit zijn visie op de zorginkoop en de kwaliteit van zorg, kiezen voor een ander kwaliteitskader en/of andere (kwaliteits)afspraken.

### *6.a.1. Paradigma goed - beter*

De manier waarop zorgverzekeraars afspraken maken met zorgaanbieders kunnen verschillen. Zorgverzekeraars kunnen kwaliteit benaderen vanuit het paradigma goed-slecht of vanuit het paradigma goed-beter.<sup>11</sup> Bij het paradigma goed- slecht gaat het erom of er voldaan is aan een norm. Dit verdeelt zorgaanbieders vaak in twee groepen, zij die er wel aan voldoen en zij die niet aan de norm voldoen. Deze benadering kan snel als bedreigend ervaren worden en er gaat weinig verbeterimpuls vanuit. Vanuit het paradigma goed-beter bespreekt een zorgkantoor de aantoonbare kwaliteitsverbetering van een zorgaanbieder. Dit draagt bij aan een constante verbetering van de kwaliteit van zorg.

### *6.a.2. Termijnen*

Daarbij kan een zorgverzekeraar ook een termijn koppelen aan een kwaliteitsafspraken. Wanneer kunnen nieuwe of bestaande zorgaanbieder aan de kwaliteitsafspraken voldoen? Het zorgkantoor kan vanuit zijn eigen visie een reële tijdsfasering afspreken met de zorgaanbieder. Bijvoorbeeld dat een instelling binnen drie jaar een gecertificeerd kwaliteitssysteem heeft. Denk hierbij ook aan het goed – beter paradigma.

### **6.b. Specifieke kwaliteitsafspraken**

Deze paragraaf beschrijft drie kwaliteitsafspraken, waar zorgkantoren zich aan committeren bij het contracteerbeleid. Een overeenkomst tussen een zorgaanbieder en een zorgkantoor kan deze kwaliteitsafspraken vastleggen.

#### *6.b.1. Een kwaliteitssysteem*

De eerste specifieke kwaliteitsafspraken van een zorgkantoor met een zorgaanbieder is:

A *De instelling heeft een werkend kwaliteitssysteem;*

De Kwaliteitswet Zorginstellingen beschrijft dat de zorgaanbieder de zorgverlening zodanig vormgeeft, dat het leidt tot verantwoorde zorg. De systematische bewaking hiervan, en de beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg komt tot uiting in de aanwezigheid, de uitvoering en borging van een kwaliteitssysteem.

*Wanneer is een kwaliteitssysteem een werkend kwaliteitssysteem?*

Een kwaliteitssysteem functioneert als de "Deming-cyclus (PDCA)" geheel doorlopen is.

De Deming- cyclus kent 4 fasen:

- PLAN fase  
Een instelling beschrijft welke doelstellingen zij voor een komende periode wil bereiken. De plannen zijn zodanig beschreven, dat een objectieve resultaatgerichte evaluatie mogelijk is.
- DO fase  
Deze tweede fase voert de plannen uit volgens vooraf

**PDCA cyclus**

vastgestelde activiteiten.

- CHECK fase  
Bij de volgende stap meet de instelling de resultaten.
- Act fase  
In de vierde fase vindt de evaluatie plaats of de doelstelling wel of niet gehaald is en kunnen zonodig de activiteiten of doelstellingen bijgesteld worden. Hierna kan de instelling opnieuw de planfase ingaan.

De essentie van een werkend kwaliteitssysteem is het doorlopen van alle fasen (cyclisch).

Een werkend kwaliteitssysteem garandeert dus dat de processen van een instelling zodanig zijn ingericht dat er continu aandacht voor verbetering is.

Concreet kan een zorgkantoor afspraken maken over:

- Inzage van een beleidsplan en/of projectplan;
- Inzage van het evaluatierapport;
- De voorgenomen verbeteracties.

### ***Certificatie***

### ***Accreditatie***

Een zorgaanbieder kan in bezit zijn van een gecertificeerd kwaliteitssysteem (HKZ-ISO of ISO) of een NIAZ-accreditaat (ziekenhuizen). Bij certificatie zijn normontwikkeling en toetsing gescheiden en is sprake van onafhankelijke toetsing, Bij NIAZ-accreditatie vindt normontwikkeling en toetsing plaats door het NIAZ en is toetsing een vorm van peer review. De instelling kan ook een keurmerk hebben dat is ontwikkeld door een onafhankelijke organisatie, vaak in opdracht van een branche / koepelorganisatie (MIK-V, Zorgmerk, etc.). Certificatie of NIAZ-accreditatie staat voor een basis kwaliteitsniveau. Vanaf die basis kan men met behulp van managementinstrumenten (bijv. INK, Six Sigma, Balanced Score Card e.d.) werken aan verdere kwaliteitsverbetering. De verschillende systemen en instrumenten leggen verschillende accenten maar vullen elkaar over het algemeen goed aan. Bij certificatie is het vereist om een geïmplementeerd kwaliteitssysteem te hebben en steeds de volledige PDCA cyclus te doorlopen. (Half)jaarlijks toetst de certificeerder of de instelling nog aan de eisen voldoet. Eén van die voorwaarden is een omschreven wijze van cliëntenraadpleging.

HKZ-ISO en ISO-certificatie vindt plaats onder toezicht van de Raad voor Accreditatie (landelijke en internationale erkenning)<sup>12</sup>.

**Branche keurmerk** Daarnaast bestaan er ook 'keurmerken' van brancheorganisaties. (bijv. LVT keurmerk) Hiermee geeft een instelling aan dat het kwaliteitssysteem is ingericht zoals in de branche gebruikelijk is. Deze 'keurmerken' van brancheorganisaties zijn meestal een wat afgeslankte vorm van certificering of een voorfase op weg naar certificering en kan gezien worden als een 'bodemkwaliteit'.

#### *6.b.2. Cliëntenraadpleging*

De tweede kwaliteitsafspraken die een zorgkantoor maakt met de zorgaanbieder is:

*Een (onafhankelijke) organisatie houdt een valide cliëntenraadpleging en het zorgkantoor ontvangt de resultaten van deze cliëntenbeoordelingen. Afhankelijk van de resultaten worden geplande verbeterdoelstellingen geformuleerd;*

Een cliëntenraadpleging brengt de ervaringen en meningen in beeld van cliënten en bewoners die van de zorg gebruik maken.

Belangrijk is dat een zorgkantoor niet alleen afsprekt dat de zorgaanbieder een valide cliëntenraadpleging uitvoert, maar ook dat het zorgkantoor de resultaten van dit onderzoek ontvangt.

*Hoe kan een zorgkantoor de resultaten van een cliëntenraadpleging beoordelen?*

**Cliënt & Kwaliteit** De stichting Cliënt & Kwaliteit is een voorbeeld van een onafhankelijke organisatie die cliëntenraadplegingen uitvoert. Deze stichting ontwikkelde een valide cliëntenraadpleging voor onder andere verzorgingshuizen, verpleeghuizen, psychogeriatrische cliënten, terminale zorg en semi- en extramurale zorg. Het onderzoek van Cliënt & Kwaliteit brengt in kaart wat de

huidige situatie in de instelling is, wat mogelijke oorzaken zijn van minder positieve ervaringen van bewoners en welke verbeterpunten en suggesties bewoners aangeven. (Stichting Cliënt en kwaliteit, Alles naar wens, onderzoeksuitkomsten, 2003).

Deze cliëntenbeoordelingen van de Stichting Cliënt & Kwaliteit kunnen, zowel voor binnen - als tussen de regio's, vergeleken worden met elkaar. Als deze gegevens beschikbaar zijn voor het zorgkantoor en de kiezende zorggebruiker, is dit een belangrijke meerwaarde.

Als de aanbieder geen gebruik maakt van een onafhankelijke organisatie, kan het document: "*Verantwoorde zorg. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen vanuit cliëntperspectief*" van de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) uitkomst bieden.

Dit document beschrijft wat cliënten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen onder verantwoorde zorg verstaan:

"Verantwoorde zorg is datgene wat in het zorgplan is overeengekomen tussen zorgaanbieder en cliënt, waarbij :

1. De wensen van cliënten het uitgangspunt zijn;
2. Het dagelijks leven van de cliënt en de dagelijkse leefpatronen het uitgangspunt zijn bij het opstellen van een zorgplan".

Ook geeft deze handreiking enkele tips en adviezen voor cliëntenraden die documenten over "verantwoorde zorg" ter beoordeling voorgelegd krijgen.

Deze tips en adviezen kan een zorgkantoor goed gebruiken bij het evalueren van de cliëntenbeoordelingen. Deze afgeleide tips en adviezen zijn:

- Formuleer als zorgkantoor eerst zelf uw normen en waarden over verantwoorde zorg, waarbij de wensen van de cliënt voorop staan;
- Controleer hoe het onderwerp verantwoorde zorg aan de orde geweest is in de cliëntenraadpleging. Vraag na bij de directie wat de huidige stand van zaken is en hoe de directie de cliëntenraad (of/en het zorgkantoor) er bij wil betrekken;
- U kunt de cliëntenraadpleging vergelijken met het

document van het LOC "verantwoorde zorg", registreer de verschillen en praat hierover met de cliëntenraad en de zorgaanbieder;

- Beoordeel de zorgaanbieder op resultaten ( en hierbij staan de ervaringen van cliënten centraal), niet alleen op het functioneren van het kwaliteitssysteem;
- Hoe vaak is de zorgaanbieder van plan een cliëntenraadpleging af te nemen? Bijvoorbeeld de cliëntenraadpleging van Stichting Cliënt en kwaliteit kent een validiteitstuur van drie jaar;

### *6.b.3. Verbeterprojecten*

De derde concrete kwaliteitsafpraak is:

*Zorgkantoren maken concrete resultaatgerichte kwaliteitsafspraken over minimaal twee verbeterprojecten of zorginnovatieprojecten.*

Zorgkantoren en zorgaanbieders maken afspraken over verbeteringen van de zorg op specifieke onderwerpen. Zij zoeken samen met de zorgaanbieder naar geschikte onderwerpen voor kwaliteitsverbetering. Input voor de onderhandelingen kunnen zijn:

- De verbeteracties van de cliëntenbeoordelingen;
- Signalen uit het kwaliteitsjaarverslag
- Signalen uit de klachtenregistratie;
- Het kwaliteitsbeleid van het zorgkantoor etc.

Het CVZ richtsnoer "Onderhandelen over de kwaliteit van zorg" beschrijft hoe partijen kwaliteitsafspraken kunnen maken<sup>13</sup>. De overeengekomen afspraken staan bijvoorbeeld vermeld in een kwaliteits(stimulerings)paragraaf van een overeenkomst<sup>14</sup>. (hoofdstuk 7 bevat een uitwerking).

### ***Prestatie-indicatoren***

Kwaliteitsafspraken zijn concreter en resultaatgerichter als hier prestatie-indicatoren of criteria aan gekoppeld zijn. Een voorbeeld van getoetste criteria staat in het IGZ rapport "Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet"<sup>15</sup>. Dit rapport bevat een overzicht van alarmbellen (minimum criteria) uit het onderzoek "Zorgen in de zomer".

Een zorgkantoor kan deze prestatie-indicatoren gebruiken bij de zorginkoop, óf bespreken tijdens het regionale overleg met de IGZ. Deze prestatie-indicatoren hebben betrekking op:

- De personeelsbezetting;
- De dagelijkse zorg;
- De activiteiten en therapieën;
- De beschikbaarheid medische zorg;
- De randvoorwaarden voor basiszorg.

#### *6.b.4. Tot slot*

Zorgkantoren kunnen de afspraken zodanig evalueren dat:

- Het zorgkantoor op de hoogte is welk (gecertificeerd) kwaliteitssysteem een instelling heeft en welke projecten een instelling heeft gepland om de zorg te verbeteren;
- De verbeterpunten die voortvloeien uit de cliëntenraadpleging bekend zijn en als input dienen voor de nieuwe kwaliteitsafspraken met de instelling;
- Zo nodig kwaliteitsafspraken met verbeteracties koppelen aan de inhoud van het inspectierapport en het kwaliteitsjaarverslag.

## 7. Instrumenten

Dit hoofdstuk bespreekt de instrumenten die een zorgkantoor tot zijn beschikking heeft bij het inkoopproces.

### ***7.a. Instrumenten bij de inkoop***

Het inkoopproces bestaat uit verschillende stappen. Deze stappen zijn eerder genoemd in hoofdstuk 4:

1. Oriënteren
2. Selecteren
3. Contracteren
4. Monitoren
5. Evalueren

Per stap komen bestaande instrumenten aan de orde die de zorgverzekeraar ondersteunt bij de zorginkoop.

#### ***7.a.1. Instrumenten voor de oriëntatie fase***

Een zorgkantoor koopt in op basis van de eisen die verzekeren binnen de wettelijke kaders van de aanspraken van de zorg stelt. "Het zorgkantoor dient daarvoor niet alleen inzicht te hebben in de kwantitatieve ontwikkelingen van de zorgvraag, maar ook de kwalitatieve eisen die verzekeren aan de zorg stellen"<sup>16</sup>.

#### ***Indicatiestelling***

De indicatiestelling van het RIO brengt de zorgbehoefte in beeld. Deze gegevens kunnen als uitgangspunt worden gekozen voor het inkoopbeleid. Ieder zorgkantoor bezit deze gegevens.

#### ***Cliëntenpanels***

Maar beschrijft de RIO indicatiestelling de zorgvraag van de cliënt ook in kwalitatieve termen? Een zorgkantoor kan hiervoor een behoefteonderzoek uitzetten onder zijn cliënten, dat deze vraag beantwoordt. Enkele zorgkantoren maken al gebruik van cliëntenpanels.

#### ***Behoeftonderzoek***

Uit het haalbaarheidsonderzoek van de IVA Tilburg blijkt dat bij het modelleren van het verband tussen zorgbehoefte en zorgproducten hierbij ook (op indirecte wijze) rekening kan houden met de kwaliteit van zorg. Het IVA ontwikkelt in

opdracht van het CVZ een model dat de kwantitatieve en kwalitatieve zorgbehoefte in beeld kan brengen voor een zorgkantoor.

#### **AZR**

De AZR (AWBZ brede Zorg Registratie) kan zorgkantoren zowel ondersteunen bij de oriëntatie als de selectie- en de monitor/evaluatiefasen van het inkoopproces. Met de AZR wisselen indicatieorgaan, zorgkantoor en aanbieder elektronisch berichten uit bij indicatie, zorgtoewijzing en zorglevering. Vanaf 1 oktober 2004 is fase 3 operationeel; dat wil zeggen dat het berichtenverkeer op basis van AWBZ brede standaardberichten plaatsvindt.

De wachtlijstmeting met peildatum 1 januari 2005 zal naar verwachting grotendeels met behulp van de AZR plaatsvinden.

#### *7.a.2. Instrumenten voor de selecteerfase*

Er bestaan enkele instrumenten die de mogelijkheden van nieuwe en bestaande zorgaanbieders onderzoeken.

Een zorgkantoor kan bijvoorbeeld selectiecriteria opstellen voor zorgaanbieders met zonodig een tijdsfasering.

Voorbeelden hiervan zijn:

#### **Selectiecriteria**

- Een werkend kwaliteitssysteem;
- Kwaliteitssysteem gecertificeerd;
- Bezit de instelling een zorgplanprotocol / sjabloon;
- Beschikt de zorgaanbieder over een informatiepakket voor potentiële klanten;
- Hanteren van een kwaliteitstoetsing systeem door cliënten;
- Werken volgens protocollen (bijvoorbeeld voorkomen van decubitus);
- BIG registratie van de desbetreffende zorgverleners;
- Bereidheid tot samenwerken met andere aanbieders in de regio (ketenzorg en waarborgen continuïteit).

Een zorgkantoor onderzoekt of de zorgaanbieders aan de selectiecriteria (kunnen) voldoen.

Deze vooraf geformuleerde criteria dragen bij aan de inzichtelijkheid en eenduidigheid van de zorginkoop. Ook de

ZN handreiking "Inkoop en contractering door zorgkantoren" wijst op het belang van concrete selectiecriteria bij de zorginkoop.

### *7.a.3. Instrumenten bij het contracteren*

Welke instrumenten kunnen de onderhandelingen ondersteunen om tot een overeenkomst te komen waar concrete kwaliteitsafspraken in voorkomen?

#### **Onderhandelen**

Het eerste instrument zijn *de onderhandelingen* zelf. Het CVZ richtsnoer "Onderhandelen over de kwaliteit van zorg" beschrijft enkele tips, adviezen en instrumenten. Enkele van deze tips zijn:

#### **Gemeenschappelijke taal**

- ❑ Belangrijk bij de onderhandelingen is dat u en uw onderhandelingspartner een gemeenschappelijke taal spreken<sup>6</sup>. Het begrip kwaliteit van zorg kent vele invalshoeken en perspectieven. Een indeling naar bijvoorbeeld de zes dimensies van kwaliteit: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, toegankelijkheid en efficiency maakt het begrip kwaliteit al concreter en draagt bij aan een gemeenschappelijke taal.

#### **Prioriteren**

- ❑ Probeer tijdens de onderhandelingen gezamenlijke speerpunten te benoemen. Denk bijvoorbeeld aan een aandoening zoals decubitus, een specifiek zorgproject of veiligheid van de zorg.

#### **Matrix**

- ❑ Een matrix kan helpen om de onderhandelingen en de afspraken toe te spitsen op enkele dimensies van kwaliteit of het centraal stellen van een zorgvorm. Hieraan kunnen prestatie-indicatoren gekoppeld worden (zie bijlage 1 voorbeelden matrix) De prestatie-indicatoren zijn onder andere afkomstig van het IGZ rapport "*Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet*".

#### **Vertrouwen**

- ❑ Tijdens de onderhandelingen is de relatie tussen een instelling en een zorgkantoor belangrijk. Er moet een zekere mate van vertrouwen bestaan zodat:
  - een instelling valide en betrouwbare gegevens wil leveren

- aan het zorgkantoor;
- een zorgkantoor de aangeleverde gegevens vertrouwt op zijn validiteit en betrouwbaarheid.

Een voorbeeld: een instelling registreert niet altijd (bijvoorbeeld het aantal valincidenten, prevalentie decubitus, of aantal klachten van cliënten) zodat de gegevens minder valide en betrouwbaar zijn. Een reden voor een instelling kan zijn dat er onzekerheid bestaat wat er precies met deze gegevens gebeurt. De instelling kent het inkoopbeleid van het zorgkantoor niet. Een instelling vraagt zich bijvoorbeeld af óf het zorgkantoor beloningen voor goede zorg geeft, of sancties voor mindere zorg. En welke normen hanteert een zorgkantoor eigenlijk? Waarom wil een zorgkantoor deze gegevens weten? Het is belangrijk dat een zorgkantoor goed communiceert met de zorgaanbieder over zijn inkoopbeleid en plannen voor de toekomst en wat een zorgkantoor precies gaat doen met de uitkomsten.

Daarnaast kan het zorgkantoor, om perverse effecten te voorkomen, bijvoorbeeld de eerste jaren het accent leggen op het belonen van de verbeteringen in de zorg. In een later stadium kan het zorgkantoor dan alleen de betere zorg belonen<sup>17</sup>.

### ***Overeenkomst***

De *overeenkomst* is het condensatiepunt van de onderhandelingen over de kwaliteit van zorg. ZN heeft samen met zorgkantoren een modelovereenkomst opgesteld, die ook de kwaliteitsafspraken van hoofdstuk 6 vermeld. Het doel van deze modelovereenkomst is dat zorgkantoren een inzichtelijk en uniform inkoopbeleid krijgen.

Een onderdeel van zo'n overeenkomst is de kwaliteitsparagraaf. In deze paragraaf kunnen specifieke afspraken staan over de kwaliteit van zorg. Daarnaast bestaat er een "kwaliteitsstimuleringsparagraaf"<sup>18</sup>. In deze paragraaf worden kwaliteitsafspraken zodanig vastgesteld dat deze afspraken de verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg stimuleren.

Het richtsnoer *Onderhandelen over de kwaliteit van zorg* geeft

een voorbeeld van zo'n kwaliteitsstimuleringsparagraaf, die er als volgt uit kan zien:

Kwaliteitsstimuleringsparagraaf <sup>19</sup>

***Kwaliteits-  
Stimulerings-  
Paragraaf***

1. Het zorgkantoor verplicht zich jegens verzekerden tot de levering van tijdige zorg volgens de voorwaarden als omschreven in de verzekeringspolis en voorzover deze valt binnen het wettelijk vastgestelde alsmede het daarenboven met de verzekerde overeengekomen verstrekkingenpakket.
2. Het zorgkantoor neemt het jaarlijks het initiatief tot bevraging van verzekerden of hun zaakwaarnemers naar de aard en omvang van de gewenste zorg alsmede naar de ondervonden tijdigheid en toegankelijkheid daarvan.
3. De hierbij passende zorg wordt verleend door of vanwege de instelling/aanbieder
4. De zorginstelling/aanbieder draagt zorg voor de continuïteit van de dienstverlening binnen het overeengekomen volume, de overeengekomen periode en de overeengekomen capaciteit (volume per tijdseenheid), en neemt daarbij de criteria van continuïteit en urgentie in acht als omschreven in bijlage x
5. De zorginstelling/aanbieder heeft (onderhoudt/hanteert) een programma/systeem dat dient voor continue verbetering van zorg vanuit het patientenperspectief in samenwerking met het zorgkantoor en legt daarover verantwoording af.
6. Voor de instandhouding van bovengenoemd programma wordt een bedrag overeengekomen waarvan de betaalbaarstelling samenhangt met het leveren resp. bereiken van tevoren vastgelegde inspanningen resp. resultaten.
7. De overeen ge/te komen inspanningen resp. prestaties als bovenvermeld, de onderwerpen voor zorgverbetering alsmede de daarbij gestelde prioriteiten, doelen en criteria worden opgesteld in samenspraak met het zorgkantoor en een representatieve vertegenwoordiging van de kring der verzekerden, en als bijlage toegevoegd aan deze overeenkomst uiterlijk binnen X maanden na

ondertekening dezes.

8. De zorginstelling/aanbieder neemt het initiatief tot bevraging van de cliënten of hun zaakwaarnemers naar de ervaringen / tevredenheid omtrent de dienstverlening.
9. Bij de verlening van de zorg neemt de zorginstelling/aanbieder in acht al hetgeen in de beroepsgroep als gebruikelijk en doelmatig wordt ondervonden, en hetgeen volgens de wet- en regelgeving daarop van toepassing is.

**Helder en meetbaar** Een ander instrument zijn de kwaliteitsafspraken tussen een zorgkantoor en de zorgaanbieder.

Het heeft de voorkeur om heldere, concrete en meetbare afspraken te maken met zorgaanbieders over:

- De inhoud / organisatie van de zorg met eventuele indicatoren;
- De manier waarop en wanneer het zorgkantoor deze informatie krijgt;
- De evaluatiemethode van het zorgkantoor, bijvoorbeeld met sanctioneren - belonen of belonen als afspraak gehaald is etc.

Zorgkantoren kunnen hierdoor zowel de afspraken met de zorgaanbieder evalueren als het eigen inkoopbeleid evalueren.

#### *7.a.4. Instrumenten bij monitoren en evalueren*

Voor het monitoren en evalueren van de gemaakte afspraken heeft een zorgkantoor informatie nodig over de geleverde zorg.

#### **Materiële controle**

Een instrument hiervoor is de materiële controle. De uit te voeren controles omvatten een breed terrein, van verzekerdenadministratie tot verstrekkingenadministratie, medewerkerovereenkomsten en bedrijfsopbrengsten. "Deze controles richten zich bijvoorbeeld op de aanspraken van personen op de verzekering, of op de verstrekkingenvoorwaarden waaraan zorgaanbieders zich moeten houden. De resultaten van de controles en de noodzakelijk vervolgacties geeft een zorgkantoor informatie

over de geleverde zorg<sup>20</sup>.

### **Zorgbemiddeling**

Het tweede instrument is de zorgbemiddeling, die het zorgkantoor informeert:

- óf aan de zorgplicht voldaan is;
- welke zorgbehoefte cliënten hebben;
- of het huidige aanbod past bij de zorgvraag.

In het convenant is onder andere afgesproken dat het zorgkantoor een actief zorgbemiddelingsbeleid voert en dit ook organisatorisch vormgeeft. De gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening zijn hiermee ook in overeenstemming<sup>1</sup>. De informatie die voortvloeit uit deze bemiddelingsfunctie, kan het zorgkantoor zowel gebruiken bij het monitoren, als om de zorgbehoeften van de cliënt in beeld te krijgen.

### **Clïëntervarings-Onderzoek**

Een andere instrument is het cliëntervaringsonderzoek. Hoofdstuk 6 beschrijft een cliëntenraadpleging, uitgevoerd door een onafhankelijke organisatie. Een ander goed voorbeeld van een valide, betrouwbaar, en onderling vergelijkbaar instrument is de Consumer Assessment Health Plan Study (CAHPS) of de QUOTE vragenlijsten van het Nivel. Algemene informatie over het instrument CAHPS kunt u vinden bij [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov). De algemene vragenlijst van CAHPS is nu vertaald in het Nederlands

### **RPCP**

Daarnaast kan een zorgkantoor een regulier overleg met het regionale patiënten-consumentenplatform (RPCP) organiseren.

### **Klachtenregistratie**

Een ander instrument is de klachtenregistratie. Klachtenregistratie kan plaatsvinden bij het zorgkantoor zelf of bij de zorginstelling. Indien het zorgkantoor in de overeenkomst afspraken heeft gemaakt over de klachtenregistratie van een instelling, kan het zorgkantoor aan de instelling vragen;

- Hoeveel klachten er binnengekomen zijn;
- Welke klachten zijn behandeld;
- Aard van de klachten (ontevredenheid, zorginhoud,

bejegening etc.).

***IGZ rapport***

Een ander instrument dat zinvolle informatie kan opleveren voor het monitoren en het evalueren zijn de uitkomsten van het algemeen en thematisch toezicht van de IGZ. Een zorgkantoor kan met de zorgaanbieder afspraken maken over de inzage van deze rapporten.

***Early warning systeem***

Ook het early warning systeem kan een evaluatie instrument zijn voor onderdelen van de kwaliteit van zorg. Dit systeem heeft onder andere de volgende aspecten opgenomen van een instelling:

- Significante wijzigingen in beleid en/of strategie;
- Op tijd aanleveren van productiecijfers;
- Behalen productieafspraken;
- Winstbestemming;
- Ziekteverzuim etc.

Uit onderzoek<sup>21</sup> (bron) blijkt dat instellingen met een gezonde financiële situatie betere kwaliteit van zorg leveren aan hun patiënten/ cliënten dan instellingen waarbij de financiële situatie slecht is.

***Kwaliteitsjaar-verslag***

Het kwaliteitsjaarverslag van een instelling geeft ook informatie over bijvoorbeeld het kwaliteitssysteem van een instelling, verbeterprojecten en dergelijke.

***Benchmark***

Tot slot kan een zorgkantoor ook gebruik maken van informatie uit de benchmark en de monitors (bijvoorbeeld de benchmark thuiszorginstellingen) Deze instrumenten geven vergelijkende gegevens van verschillende instellingen. Een zorgkantoor kan met een zorgaanbieder afspraken maken over het inzien van deze resultaten. Nu zijn deze gegevens nog niet openbaar voor de burger.

***Benchmark zorgkantoren***

Ook kan de "Benchmark zorgkantoren" zich gaan richten op het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Vergelijkende informatie hierover kan een instrument zijn om het eigen inkoopbeleid te evalueren.

Om een effectief inkoopbeleid te kunnen voeren zijn ook instrumenten nodig die zorgkantoren in staat stellen om maatregelen te nemen als een zorgaanbieder zijn afspraken niet nakomt.

Een instrumenten die hiervoor in aanmerking komt is het selectief contracteren. Een zorgkantoor maakt met een zorgaanbieder bindende afspraken over de kwaliteit van zorg. Op het moment dat een zorgaanbieder zijn afspraken niet is nagekomen, kan een zorgkantoor besluiten om geen nieuw contract met de zorgaanbieder af te sluiten, behoudens de wettelijk contracteerplicht.

Een ander instrument is het "belonen voor prestaties". Een zorgkantoor maakt afspraken over de kwaliteit van zorg met een zorgaanbieder. In deze overeenkomst worden (extra) beloningen direct gekoppeld aan bereikte (van tevoren vastgelegde) inspanningen of resultaten. Een zorgkantoor betaalt naar rato van de bereikte resultaten. Dit kan betekenen dat als de zorgaanbieder de resultaten niet (volledig) heeft bereikt, de beloning niet (volledig) betaald wordt.

Natuurlijk kan een zorgkantoor besluiten om voor een komende periode geen overeenkomst te sluiten met de zorgaanbieder voor de extramurale zorg, waar de contracteerplicht nu is opgeheven.

Een zorgkantoor heeft ook een wettelijke zorgplicht voor zijn verzekerden. Vooral bij schaarste van het zorgaanbod is niet contracteren met een zorgaanbieder dus geen realistisch instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

## 8. Effecten voor cliënten

Het kwaliteitskader faciliteert een eenduidige en doelmatige uitvoering van de AWBZ, en wel specifiek het kwaliteitsbeleid van de zorginkoop.

Wat merkt de cliënt van een optimaal zorginkoopbeleid van een zorgkantoor?

Ten eerste kenmerkt een goede inkoop zich met een gerichte oriëntatie op de zorgbehoefte. Het zorgkantoor vertaalt deze zorgbehoefte naar afspraken in de overeenkomst met zorgaanbieders. Hierdoor zal het zorgaanbod meer aansluiten op de behoefte van zijn cliënten, zal de cliënt tevreden zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg, en het op prijs stellen dat zij vooraf betrokken worden bij de zorginkoop.

Ten tweede draagt een optimale inkoop bij aan kwaliteitsverbeteringen van de zorg. Een zorgkantoor maakt kwaliteitsafspraken die minimaal 'state of the art' zijn en continu verbeteringen van zorg faciliteert. Uiteindelijk moet de cliënt zelf merken dat de kwaliteit van de geleverde zorg toeneemt.

Een ander effect is dat de cliëntenbeoordelingen inzicht geven in de ervaringen van cliënten. Wanneer een (toekomstige) zorggebruiker beschikt over deze resultaten, kan hij/zij met deze cliëntervaringen een afgewogen keuze maken voor een instelling. Daarnaast kan een zorgkantoor deze informatie weer gebruiken voor de zorginkoop.

## 9. Hoe nu verder?

Dit kwaliteitskader definieert een goede situatie van de zorginkoop waarbij op termijn de kwaliteit van zorg een integraal onderdeel van het zorginkoopbeleid uitmaakt.

De zorgkantoren zijn nu aan zet. Zij gaan zich inspannen om de kwaliteitsafspraken met de zorgaanbieders te bespreken en in het eigen inkoopbeleid in te passen.

De leden van de werkgroep "AWBZ en kwaliteit" (zorgkantoren en ZN) zien hierbij een blijvende rol voor de werkgroep. Deze werkgroep evalueert met elkaar de geleverde inspanningen en de behaalde resultaten, bespreekt de eventuele knelpunten en welke stappen nodig zijn.

Het CVZ volgt de invulling van het kwaliteitskader voor het komend jaar en zal zonodig de zorgkantoren ondersteunen bij het stapsgewijs implementeren van het kwaliteitskader.

Daarbij kunnen drie zaken aan de orde komen:

1. De invulling van het inkoopbeleid door zorgkantoren en het gebruik hierbij van het kwaliteitskader;
2. Noodzakelijke aanpassingen van het kwaliteitskader;
3. Behoeftebepaling voor instrument- of methodiekontwikkeling.

**College voor zorgverzekeringen**

*Voorzitter*

drs. J.S.J. Hillen

*Algemeen Directeur*

dr. P.C. Hermans

---

<sup>1</sup> Polman P, Ramakers H. Modernisering AWBZ deel 2. Facilitering contracteerbeleid zorgkantoren. Amstelveen: CVZ, 2003. Publicatienr. 2003/157.

<sup>2</sup> CVZ. Opheffen contracteerplicht AWBZ extramuraal. Diemen: CVZ, 2004. Circulaire nr. 04/43

<sup>3</sup> Landa S. Kwaliteitskader zorginkoop door ziekenfondsen. Diemen: CVZ, 2004. Publicatienr. 2004/194.

<sup>4</sup> zie [www.igz.nl](http://www.igz.nl) missie IGZ.

<sup>5</sup> Schellekens W, Everdingen J van. Definiëring van kwaliteit. Kwaliteit in de gezondheidszorg. In: Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 29-33.

<sup>6</sup> Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Boston: Institute of Medicine, 2001.

<sup>7</sup> Onder 'state of the art' zorg wordt bedoeld de zorg die je als klant minimaal mag verwachten van een zorgverlener.

<sup>8</sup> Het kwaliteitskader inkoop AWBZ volgt dezelfde opbouw en argumentatie als het kwaliteitskader inkoop ZFW.

<sup>9</sup> Een zorgkantoor kan ook hier de zorgbehoefte ordenen naar bijvoorbeeld zorgvormen (bijvoorbeeld chronische zorg), of doelgroepen (denk aan bijvoorbeeld ouderen, of diabetespatiënten).

<sup>10</sup> Met zorgcategorieën wordt bedoeld een ordening naar zorgvormen, doelgroepen, functiegerichte aanspraken of/en zorgarrangementen.

<sup>11</sup> Schellekens W, Have P ten. Onderhandelen over kwaliteit. In: Landa S. Richtsnoer "Onderhandelen over de kwaliteit van zorg". Diemen: CVZ, 2004. Publicatienr. 2004/179, bijl. 1.

<sup>12</sup> Voor meer informatie zie [www.rva.nl](http://www.rva.nl)

<sup>13</sup> Landa S. Richtsnoer "Onderhandelen over de kwaliteit van zorg". Diemen: CVZ, 2004. Publicatienr. 2004/179.

<sup>14</sup> Het CVZ richtsnoer 'Onderhandelen over de kwaliteit van zorg' geeft een voorbeeld hoe een kwaliteitsstimuleringsparagraaf eruit kan zien.

<sup>15</sup> IGZ. Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg, 2004.

<sup>16</sup> Tits M van, Lomwel G van, Nelissen J. Modelleren bepaling regionale zorgbehoefte. Haalbaarheidsonderzoek. Tilburg: IVA, 2004.

<sup>17</sup> Have P ten. Handleiding Indicatoren bij verbeterprojecten. Utrecht: CBO, 2004.

<sup>18</sup> Landa S. Richtsnoer "Onderhandelen over de kwaliteit van zorg". Diemen: CVZ, 2004. Publicatienr. 2004/179.

<sup>19</sup> Auteur is dr. Kalter, E.S.J., werkzaam bij CVZ.

<sup>20</sup> Informatie afkomstig van CVZ regeling administratie en controle AWBZ

<sup>21</sup> IGZ. De relatie tussen de financiële situatie en de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen: een quick scan. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg, 2002.