



Zorginkoopgids AWBZ 2013

April 2012

Inhoudsopgave

INLEIDING	3
1 UITGANGSPUNTEN ZORGINKOOP AWBZ 2013	4
2 PRAKTISCHE HANDREIKING ZORGINKOOP AWBZ 2013	9
2.1 Kader zorginkoop AWBZ 2013	9
2.2 Cijfers	14
2.3 Kwaliteit en transparantie	23
2.4 Productspecificaties intramurale zorg	41
BIJLAGE DESKUNDIGHEIDSTABELLEN	51 - 54



INLEIDING

Voor u ligt de Zorginkoopgids AWBZ 2013. Deze gids biedt inkopers een handreiking bij de inkoop van AWBZ-zorg in 2013 en geeft informatie over het maken van afspraken over kwaliteit, prijs en volume van de te contracteren zorg. Deze gids is samengesteld door de werkgroep Zorginkoop van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en is getoetst door veldpartijen. Om het systeem te laten werken is een eenheid van taal nodig voor zorgverzekeraars, aanbieders en cliënten. Dat is één van de doelen die ZN met een inkoopgids hoopt te bereiken. Het betreft de inkoop van de naturazorg bij zorginstellingen. Voor de inkoop van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) in 2013 geldt een apart traject, met afzonderlijke eisen en voorwaarden. Hiervoor zal zodra gereed een afzonderlijk gezamenlijk inkoopdocument worden gepubliceerd.

In de voorliggende gids is, in aansluiting op de Zorginkoopgids 2012, een parallel gezocht met de inkoop cure, door vanuit gezamenlijke definities van goede zorg te gaan in- en verkopen. Op gebied van evidence based en practice based werken loopt de care wat achter. Voor de inkoopgids AWBZ 2013 is om die reden gekozen voor uitgangspunten voor goede zorg, die zijn gekoppeld aan enkele doelgroepen.

De Zorginkoopgids AWBZ is een landelijke handreiking waarin de zorgverzekeraars hun gezamenlijke richting en ambitie neerleggen. Het inkoopproces van de zorgverzekeraars voldoet aan de beginselen van transparantie, objectiviteit en non-discriminatie. Op basis van deze handreiking wordt het regionale inkoopbeleid geformuleerd, dat met partners in de regio (zorgaanbieders, cliënten/verzekerden) wordt afgestemd.

Met andere woorden: de Zorginkoopgids geeft richting, maar is geen voorschrift. Aan deze landelijke inkoopgids kunnen dan ook geen rechten worden ontleend; voor de zorginkoop 2013 zijn de regionaal opgestelde inkoopdocumenten leidend. De voorbeelden en suggesties in deze gids zijn vooral bedoeld ter inspiratie voor de regionale inkoop.

Voor de Zorginkoopgids AWBZ 2013 is ervan uitgegaan dat de AWBZ in 2013 wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden. De zorgkantoren bestaan niet meer en de verzekeraars verzorgen voor hun eigen verzekerden de uitvoering van de AWBZ. De zorginkoop vindt plaats in representatie, vooropgesteld dat de Tweede en Eerste Kamer hun goedkeuring aan het wetsvoorstel geven.



DEEL 1 UITGANGSPUNTEN ZORGINKOOP AWBZ 2013

In 2013 wordt de AWBZ uitgevoerd door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden, de zorginkoop wordt echter nog gezamenlijk opgepakt. De twee grootste verzekeraars in een (zorgkantoor)regio verzorgen de zorginkoop, met per instelling mogelijk een derde representant.

Doel van de zorginkoop is goede zorg inkopen, die aansluit bij de behoeften van de cliënt en die een goede prijs/kwaliteitverhouding heeft. Maar wat is goede zorg? In visiedocumenten van beleidsorganen, cliënten- en beroepsverenigingen keren vaak dezelfde thema's terug voor de ontwikkeling van goede zorg. Opvallend is dat in deze documenten vaak dezelfde thema's terugkomen bijvoorbeeld:

1. Eigen regie en vraaggericht werken
2. Integrale benadering
3. Zelf- en samenredzaamheid
4. Preventie
5. Zorg in de eigen omgeving
6. Beter resultaat per bestede euro
7. Innovatie die de zorg voor de cliënt verbetert

Zorgverzekeraars Nederland neemt deze uitgangspunten voor goede zorg over in de Zorginkooggids AWBZ 2013. Kwaliteit van zorg is integraal opgenomen in alle uitgangspunten. In deel 2 wordt het onderwerp kwaliteit echter ook afzonderlijk belicht. Zorgverzekeraars werken in 2013 nog met regionale budgetten. De inkoopdoelstellingen kennen daarom een regionale vertaling. Zorgverzekeraars kunnen hierbij de uitgangspunten voor goede zorg identiek overnemen of kiezen voor accentverschillen door één of enkele uitgangspunten te hanteren en zelf regionale speerpunten toe te voegen.

De uitgangspunten reiken veelal verder dan alleen de AWBZ-zorg, en hebben bijvoorbeeld ook betrekking op Wmo en Zvw. Zorgverzekeraars hebben bij uitvoering van de AWBZ beperkte mogelijkheden om op al deze domeinen te sturen.

In de verschillende fases van de inkoopcyclus is betrokkenheid van de cliëntenraden, cliëntvertegenwoordigers en verzekerden gewenst. Zorgverzekeraars geven deze participatie vorm.

1. EIGEN REGIE EN VRAAGGERICHT WERKEN

In de AWBZ bestaan vijf aanspraken op zorg: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf. De cliënt heeft via de onafhankelijke indicatiestelling een verzekerd recht op deze vormen van zorg¹. Voor alle zorgvormen geldt dat deze zo georganiseerd moeten zijn dat de zorgvraag van de cliënt het uitgangspunt is en niet de budgetten, wetten en regelingen. De cliënt moet zelf aan het roer staan en mede bepalen hoe aan zijn zorgbehoefte tegemoet kan worden gekomen. Goede zorg ontstaat in de relatie tussen de cliënt en de zorgverlener.

Ook de overheid draagt bij aan het versterken van de positie van de cliënt in relatie tot de zorgaanbieder met de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)². Daarnaast verankert de overheid de dialoog die tussen cliënt en zorgverlener plaats hoort te vinden in de Beginselenwet zorginstellingen.

Voor de cliënt is het belangrijk om zelf voor een zorginstelling of zorgverlener te kiezen. Keuze-ondersteunende informatie is hierbij essentieel: heldere informatie over de kwaliteit van het zorg- en dienstenaanbod, informatie over wachttijden en prijzen en keuzemogelijkheden van aanvullende dienstverlening.

Keuzevrijheid zit ook in de leveringsvorm. Bij een verblijfsindicatie heeft de cliënt de keuze tussen verblijf in een instelling, verblijfszorg via het volledig pakket thuis, zorg thuis of een pgb. Voor cliënten zonder verblijfsindicatie is er naast de naturazorg bij intensieve zorg de mogelijkheid voor de vergoedingsregeling persoonlijke zorg (vpz).

De huidige bekostiging van de zorg is veelal gebaseerd op volume, zoals het aantal uren zorg. Deze systematiek prikkelt instellingen om veel zorguren te leveren. Gewenst is een model voor resultaatfinanciering waar deze koppeling wordt losgelaten. In de intramurale zorg zijn stappen gezet naar meer vraagsturing, met de invoering van zorgzwaartebekostiging en een traject naar integrale tarieven. In de extramurale zorg werken aanbieders vooral op basis van het uurtarief. Ook hier moet de vraag van de cliënt het uitgangspunt zijn.

Zorginkoop kan eigen regie en vraaggericht werken van de cliënt bijvoorbeeld versterken door:

- De cliënt centraal te stellen door inzicht te krijgen in de discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod. Bijvoorbeeld door structureel input van cliëntenorganisaties (algemeen
- en categoriaal) te organiseren en de ledenraad hier actief bij te betrekken.
- Diversiteit in aanbod van zorg in te kopen en vrije keuze uit dit aanbod te stimuleren.
- Instellingen die met ervaringsdeskundigen werken te belonen.
- Beschikbaarheid van keuze-informatie te stimuleren.
- Te sturen op specifieke uitkomstmaten.
- Voorwaarden te stellen aan processen: elke aanbieder maakt schriftelijk afspraken met de cliënt over de te leveren zorg in het zorg(leef)plan, aanbieders werken verbetergericht.

2. INTEGRALE BENADERING

Zorg is gericht op kwaliteit van leven en is verweven met een breder dienstverleningsconcept waarin – aansluitend op de behoeften van de cliënt – wonen, werk, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning en mobiliteit volledig betrokken zijn. Vooral voor chronisch zieken en mensen met een meervoudige hulpvraag is het lastig om deze integrale benadering te hanteren, vanwege verschillende regelingen en instanties waarmee zij te maken hebben en onjuiste prikkels in het huidige stelsel.

¹ Extramurale begeleiding is voor nieuwe cliënten in 2013 geen onderdeel meer van de AWBZ, maar wordt naar verwachting op 1 januari 2013 overgeheveld naar de Wmo.

² De Wcz is op dit moment nog onderwerp van parlementaire behandeling

Zorgverzekeraars stimuleren een integrale aanpak door de zorginkoop zo in te richten dat de beschikbare zorg zoveel mogelijk in zijn geheel wordt aangeboden, over de schotten van de AWBZ, Zvw en Wmo heen. Hierdoor ontstaat samenhang in zorg, neemt de kwaliteit voor verzekerden toe en worden transactiekosten geminimaliseerd. In dit kader zoeken zorgverzekeraars actief samenwerking met gemeenten, en hebben de VNG en ZN in het voorjaar van 2011 een toolkit uitgebracht waarmee de integrale benadering wordt gestimuleerd, onder de titel 'Samenwerken aan zorg en ondersteuning'. Voor de invulling van de lokale samenwerking worden zorgaanbieders en cliëntenorganisaties of –vertegenwoordiging betrokken.

Zorginkoop kan een integrale benadering versterken door bijvoorbeeld:

- afstemming met alle partijen in de zorgketen te bewerkstellingen: ZN heeft hiervoor een ondersteunende toolkit ontwikkeld;
- Zorg, indien mogelijk, in 'ketenvorm' in te kopen; vooral voor specifieke doelgroepen zoals chronisch zieken en mensen met een meervoudige zorgvraag;
- Te sturen op ketenkwaliteit middels beschikbare ketenindicatoren.

3. ZELF- EN SAMENREDZAAMHEID

Mensen zijn meer dan hun zorgvraag. Wanneer - tijdelijk of langdurig - ondersteuning nodig is, moet die gericht zijn op blijvende participatie en zelfredzaamheid. Zelfredzaamheid bevordert je niet alleen door je te richten op de (verantwoordelijkheid van de) cliënt, maar ook door aandacht te hebben voor zijn sociale omgeving. Hierin kunnen gemeenten een belangrijke rol spelen, omdat binnen de Wmo 'ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers' een belangrijk prestatieveld is. Maar ook zorginkopers hebben vanuit de AWBZ een belangrijke taak. In de huidige situatie, binnen de bestaande productiegedreven bekostigingssystematiek, moet ruimte gecreëerd worden om te werken aan deze stimulering van de eigen redzaamheid.

Zorginkoop kan zelf- en samenredzaamheid bijvoorbeeld versterken door:

- te zorgen dat het juiste type zorg wordt geleverd. Sturen op de verhouding geïndiceerde zorg versus geleverde zorg, in combinatie met cliënttevredenheid;
- actief in gesprek te gaan met de gemeente over de rol die de gemeente kan spelen bij het creëren van een woon- en leefomgeving waarin burgers zo lang mogelijk zelfredzaam blijven;
- mantelzorgprojecten te ondersteunen;
- zorgaanbieders te stimuleren hun cliënten te motiveren om zelf dingen te blijven doen, vanuit het principe 'teveel zorg is erger dan te weinig zorg'; dit door instellingen die werken volgens de principes van herstelgerichte zorg te belonen.

4. PREVENTIE

Uitgangspunt moet blijven dat mensen in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid en voor het omgaan met verminderde gezondheid. In voorgaande jaren is steeds duidelijker geworden dat gezondheid voor een belangrijk deel wordt bepaald door gedrag- en leefstijlfactoren, naast omgevings- en andere factoren.

Kwaliteit van leven wordt bevorderd door gezond gedrag, preventie en zelfzorg te stimuleren waar mogelijk en verantwoord. Vroegtijdige signalering en ondersteuning kunnen voorkomen dat mensen onnodig in gezondheid achteruit gaan en sneller zwaardere zorg nodig hebben. Preventie betekent niet alleen voorkomen dat mensen ziek worden, maar ook het versterken van zelfredzaamheid, verminderen van de ziektelast en proberen 'erger' te voorkomen.

Zelf- en samenredzaamheid zijn belangrijke factoren die bijdragen aan preventie. Daarnaast kan zorginkoop preventie bijvoorbeeld versterken door:

- inzicht te hebben in het zorggebruik van belangrijke doelgroepen en de preventiemogelijkheden daarvan;
- in de zorginkoop aandacht te hebben voor de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerden;
- actief deel te nemen aan samenwerking met aanbieders, gemeentes en werkgevers, zodat de belangrijkste preventiemogelijkheden worden ingezet en onnodig gebruik van duurdere, op genezing en verzorging gerichte voorzieningen wordt voorkomen;
- te sturen op indicatoren die een toename van zorg kunnen voorkomen, zoals de zorginhoudelijke indicatoren decubitus en valpreventie.

4. ZORG IN DE EIGEN OMGEVING

Curatieve en op preventie gerichte zorg groeien meer naar elkaar toe, waarbij de zorg zich steeds meer ontwikkelt naar 'zorg dichtbij huis'. Daarnaast zien we een verschuiving: mensen leven langer met een chronische ziekte, en willen ook bij een langdurige zorgbehoefte zo veel mogelijk meedoen aan de samenleving.

Het scheiden van wonen en zorg is opgenomen in het regeerakkoord. De lage zorgzwaartepakketten zullen steeds meer van een intramurale setting overgaan naar zorg in de eigen omgeving. De grenzen tussen cure en care vervagen en de samenwerking met en verantwoordelijkheid van gemeenten en woningbouwcoöperaties worden steeds urgenter respectievelijk groter. Ook mantelzorgers en vrijwilligers spelen bij zorg in de eigen omgeving een belangrijke rol.

Onder chronisch zieke mensen en ouderen is behoefte aan wijkgerichte zorg thuis, die voorziet in "continuïteit van zorgverlening", die is gericht op zelfredzaamheid en activeren van mensen, en die tegelijk koerst op samenhang met lokale voorzieningen voor welzijn. Kwetsbare ouderen hebben behoefte aan integrale zorg, continuïteit in zorg en persoon, laagdrempelige toegang en tijd voor een gesprek om de gehele zorgvraag in beeld te brengen.

Er is nog het een en ander te doen om de professionele ruimte voor de verpleging thuis in een beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige te verankeren. Zorgverzekeraars kunnen hierop onder meer sturen in de zorginkoop, door bijvoorbeeld te zorgen voor voldoende vakbekwame professionals in het team wijkverpleging, omslag van individualistisch werken naar teamwerken, stimuleren van integraal werkende wijkteams en gebruik maken van het informeel en formeel netwerk in de wijk.

Zelf- en samenredzaamheid en preventie zijn belangrijke factoren die bijdragen aan zorg in de eigen omgeving. Daarnaast kan zorginkoop de zorg in de eigen omgeving versterken door bijvoorbeeld:

- steeds inzichtelijk te hebben waar cliënten hun zorg willen ontvangen, door periodieke afstemming met cliëntenorganisaties;
- meer extramurale zorgproducten in te kopen (bijvoorbeeld meer VPT en minder ZZP's);
- op wijk- en buurtniveau zorg in te kopen, zoals inkoop van integrale zorg voor chronisch zieken in de eigen omgeving;
- het stimuleren van vrijwilligers en mantelzorgers om bij te dragen aan de zorg voor hun naasten.

6. BETER RESULTAAT PER BESTEDE EURO

Zorgverzekeraars spannen zich in om doelmatige zorg in te kopen. Dit doen zij onder druk van externe ontwikkelingen als een toenemende zorgvraag van chronisch zieke, langer levende cliënten, budgettaire druk en schaarste van personeel. Vanuit dit perspectief is doelmatigheid meer dan tariefonderhandelingen. Er wordt tevens gekeken naar bereikte resultaten voor de klant, in termen van medische uitkomsten en kwaliteit van leven.

Goede zorg betekent ook: voldoende zorg. Zorgverzekeraars maken een grondige kwantitatieve marktanalyse voor hun eigen regio. Uitgaande van de benodigde capaciteit zetten zij de beschikbare financiële middelen zo optimaal mogelijk in om een zo groot mogelijke waarde voor de cliënt te behalen.

Zorginkopers kunnen beter resultaat per bestede euro versterken door bijvoorbeeld:

- in te kopen op prijs-kwaliteit verhouding door aanbieders met een slechtere prijs-kwaliteitverhouding in volume te straffen en goede resultaten te belonen;
- investering in procesverbetering te stimuleren;
- het beperken van overhead; benchmarkgegevens laten zien dat hier grote verschillen te zien zijn.

7. INNOVATIE DIE ZORG VOOR DE CLIËNT VERBETERT

Alle bovenstaande uitgangspunten van goede zorg vragen om innovatie. Door innovatie kan onder meer voorgesorteerd worden op arbeidsmarktproblematiek en bezuinigingen. Ook biedt innovatie ruimte voor ontwikkeling van nieuwe, slimme en betere zorg.

Investeren in nieuwe ontwikkelingen doen zorginstellingen in principe zelf, en indien succesvol verdient dit zichzelf later terug. Zorgverzekeraars kunnen hen hierin stimuleren en faciliteren en witte vlekken oppakken.

Zorginkopers kunnen innovatie bijvoorbeeld versterken door:

- gerichte innovaties op bepaalde thema's / probleemgebieden met extra middelen te belonen;
- de koppeling van prijs/kwaliteit expliciet te maken en een goede verhouding te belonen middels een bonus;
- inspirerende voorbeelden breder beschikbaar te maken;

TOT SLOT VAN DEEL 1

In dit deel zijn de uitgangspunten voor de zorginkoop AWBZ 2013 vastgelegd. Er is een ambitie neergelegd, die wordt vertaald in de zorginkoop. De vertaling naar de cliënt gebeurt door de zorgverzekeraars zelf in hun regionale inkoopbeleid. Deel 2 van deze inkoopgids geeft praktische handreikingen voor het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars voor 2013.

Het totaal van de Zorginkoopgids wordt door de zorgverzekeraars gebruikt bij het vaststellen van het regionale inkoopbeleid. De zorgverzekeraars zijn daarbij gehouden aan de door de overheid beschikbare contracteerruimte voor inkoop van AWBZ-zorg. Deze is begrensd.



DEEL 2 PRAKTISCHE HANDREIKING ZORGINKOOP AWBZ 2013

2.1 KADER ZORGINKOOP AWBZ 2013

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het kader voor de zorginkoop AWBZ 2013 gegeven. Dit kader beschrijft de gezamenlijke processtappen die door zorgverzekeraars worden doorlopen bij de zorginkoop 2013. Het geeft weer op basis van welke eisen en voorwaarden zorgverzekeraars contracten met zorginstellingen sluiten, en welke inkoopcriteria zij daarbij (kunnen) hanteren. De informatie die in dit hoofdstuk is opgenomen, dient als kader voor de zorgverzekeraars bij het opstellen van de regionale inkoopdocumenten.

Het kader zorginkoop AWBZ in deze gids is in vergelijking tot voorgaande jaren beperkt. Dit is het gevolg van de ontwikkeling van een tweetal documenten. Het betreft het Convenant representatie AWBZ. Dit is een set van onderlinge afspraken tussen alle zorgverzekeraars over wie de zorginkoop 2013 per regio uitvoert (representanten) namens alle verzekeraars en wat daarvoor van representerende verzekeraars wordt verwacht (gedragsregels, informatie-uitwisseling). Daarnaast is er de Wmg-overeenkomst, een standaard overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en zorginstelling die alle zorgverzekeraars zullen hanteren. Deze overeenkomst zal regio- en instelling specifiek worden aangevuld door de representerende zorgverzekeraars. Afspraken over bijvoorbeeld declaraties zijn opgenomen in het declaratieprotocol en worden bij de inkoopdocumenten gevoegd.

Het ministerie van VWS is het experiment regelarme instellingen gestart. Hieraan doen 28 instellingen mee. De impact van de verschillende experimenten op het inkoopproces wordt nog in kaart gebracht. Eventuele consequenties zijn in deze zorginkoopgids niet meegenomen.

Zelfstandigen zonder personeel

Dit hoofdstuk is gericht op de zorginkoop bij zorginstellingen. Ten tijde van schrijven van deze zorginkoopgids wordt overleg gevoerd met VWS en veldpartijen over het contracteren van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) in 2013. De contractering van zzp'ers vormt een apart traject - met afzonderlijke eisen en voorwaarden - en maakt geen onderdeel uit van het hier beschreven inkoopproces 2013. Voor de inkoop van zzp'ers wordt zodra gereed een afzonderlijk gezamenlijk inkoopdocument gepubliceerd.

Gezamenlijke processtappen en tijdlijn

Zorgverzekeraars hanteren voor de zorginkoop een aantal gelijke processtappen en tijdlijnen die in onderstaande tabel worden weergegeven. Voor afspraken in het kader van representatie verwijzen wij naar het Convenant representatie AWBZ.

Tabel 2.1. Gezamenlijke processtappen in zorginkoopproces

	Processtap	Tijdpad in 2012
1	Bekendmaken inkoopbeleid	uiterlijk 1 juni
2	Informatie verstrekken over contractering en inkoop	juni
3	Ontvangen offertes van zorginstellingen	uiterlijk 1 augustus
4	Overleg en onderhandeling	augustus – oktober
5	Indienen budgetformulieren bij NZa	uiterlijk 31 oktober

Tevens moeten VWS en NZa een aantal acties uitvoeren en randvoorwaarden invullen, die samenhangen met het zorginkoopproces, en noodzakelijk zijn voor het laten slagen hiervan. Zorgverzekeraars dienen tijdig te beschikken over de informatie die in onderstaande tabel wordt genoemd.

Tabel 2.2. Afhankelijkheden in zorginkoopproces

	Benodigde informatie (verantwoordelijke partij)	Deadline in 2012
1	Wet- en regelgeving AWBZ (VWS)	1 mei 2012
2	Kaderbrief (VWS)	31 mei 2012
3	Beleidsregels AWBZ (NZa)	1 juli 2012
4	Regionale contracteerruimte (VWS/NZa)	15 augustus

VWS en NZa zijn verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de benodigde informatie. Zorgverzekeraars hebben hierop niet direct invloed. Aangezien er een voorbehoud is ten aanzien van de politieke besluitvorming, nemen zorgverzekeraars enkele beperkingen op in hun inkoopbeleid, zoals:

- Bij de start van de inkoopprocedure gaat de zorgverzekeraar ervan uit dat de totale omvang van de naar jaarbasis geëxtrapoleerde initiële afspraken de contracteerruimte niet overschrijdt. Omdat de beschikbare contracteerruimte op dat moment nog niet bekend is, behoudt de zorgverzekeraar zich het uitdrukkelijke recht voor de afspraken in de loop van de inkoopprocedure alsnog aan te passen indien de omvang van de contracteerruimte daartoe aanleiding geeft.
- De zorgverzekeraar is te allen tijde gerechtigd (de planning van) de inkoopprocedure aan te passen en/of de inkoopprocedure te stoppen dan wel de opdracht(en) niet te gunnen, bijvoorbeeld als er:
 - onvoldoende financiële middelen beschikbaar zijn c.q. komen;
 - door wijziging van regelgeving of overheidsbeleid de inhoud van de inkoopprocedure moet worden aangepast.
- Voor situaties die tijdens de publicatie van dit document niet bekend of voorzien waren, is de zorgverzekeraar gerechtigd de benodigde besluiten te nemen en/of maatregelen te treffen.
- Als de zorgverzekeraar besluit de inkoopprocedure te wijzigen en/of te stoppen is zij op geen enkele wijze gehouden tot (schade)vergoeding jegens zorginstellingen.

Selectie- en inkoopcriteria

Zorgverzekeraars hanteren voor de zorginkoop 2013 gezamenlijke selectiecriteria. Het betreft geschiktheidseisen die betrekking hebben op de bedrijfsvoering en algemene voorwaarden, gericht op de te leveren zorg. Zorgverzekeraars hanteren daarnaast specifieke selectiecriteria, afhankelijk van de regionale situatie; zorginstellingen dienen hieraan te voldoen. Daarnaast hanteren zorgverzekeraars elk afzonderlijk, inkoopcriteria die bepalend zijn voor de afspraken over welke prestaties en tegen welk tarief.

Zorgverzekeraars achten het van belang dat het inkoopproces voldoet aan de beginselen van transparantie, objectiviteit en non-discriminatie.

De zorgverzekeraar kan een contract onder voorwaarden aangaan. Dit betekent dat instellingen binnen een, met de zorgverzekeraar overeengekomen, reële tijdsperiode aan de geschiktheidseisen en algemene voorwaarden dienen te voldoen.

Het is in 2013, net als in 2012, niet meer noodzakelijk dat de zorginstelling statutair gevestigd is in de regio om in aanmerking te komen voor een productieafsprake in die regio. Een aantal regio's zal hieraan de eis verbinden dat de zorginstelling dan ook in de regio rechtstreeks contracteert met de representanten in de betreffende regio, per regio verantwoordt en declareert/financiert. Voor bovenregionale zorginstellingen met historische budgetten is een aanvullende voorwaarde dat er overeenstemming is over budgetoverheveling met de representerende verzekeraars in de andere regio.

Selectiecriteria 2013 - geschiktheidseisen

Zorgverzekeraars hanteren voor de zorginkoop van 2013 de volgende gezamenlijke geschiktheidseisen voor zorginstellingen, waaraan de zorginstelling per 1 augustus 2012 en gedurende de termijn van de overeenkomst dient te voldoen, tenzij anders vermeld.

Eisen van bekwaamheid

- De zorginstelling is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorginstelling beschikt over een formeel vereiste toelating voor de levering van AWBZ-zorg en voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist.
- De zorginstelling verklaart te voldoen en zich te houden aan de wettelijke eisen: AWBZ, Wmg, KWZ, WKCZ, Wet BIG, WGBO (indien van toepassing), WBP, WMCZ, Mededingingswet, Wet Cliëntenrechten Zorg³, de Beginselenwet.
- De zorginstelling voldoet aan de Regeling jaarverslaglegging.
- De zorginstelling voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.
- De zorginstelling heeft aantoonbaar de zorgbrede governance code ingevoerd.
- De zorginstelling werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders voor de relevante AWBZ-sector(en) geïntegreerd. De zorginstelling verantwoordt zich hierover in het Jaardocument Maatschappelijke.
- De zorginstelling beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens aan de zorgverzekeraar binnen de door de zorgverzekeraar aangegeven termijn, waaronder:
 - maandelijks productie-realisatiecijfers;
 - relevante berichten in AZR (zorgtoewijzing, melding aanvang zorg, mutaties, melding einde zorg), conform standaarden die door het CVZ zijn vastgesteld;
 - declaraties volgens afspraken vastgelegd in het declaratieprotocol Uniform declaratieprotocol AWBZ.
- De zorginstelling beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens aan het CAK, waaronder:
 - gegevens voor de oplegging van de eigen bijdrage, binnen vier weken na afloop van een maand/periode;
- De zorginstelling beschikt over een vastgelegd privacybeleid.
- De zorginstelling beschikt over een vastgelegde klachtenregeling.

³ De WCZ vervangt een aantal wetten. Zodra de WCZ in werking treedt, geldt dat instellingen daaraan moeten voldoen.

Eisen van financieel-economische aard

- De zorginstelling is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis), of heeft deze per 1 januari 2013 afgesloten.

Uitsluitingsgronden

De zorginstelling wordt uitgesloten van deelneming als:

- er jegens deze zorginstelling 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;
- 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 EU;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- 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 de zorgverzekeraar aannemelijk kan maken;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan t.a.v. 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 t.a.v. de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich ernstig schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de offerte (kunnen) worden verlangd, of de voor de offerte relevante inlichtingen niet heeft verstrekt.

Selectiecriteria 2013 - Algemene voorwaarden

Zorgverzekeraars hanteren voor de zorginkoop van 2013 gezamenlijke algemene voorwaarden voor zorginstellingen, waaraan de zorginstelling per 1 augustus 2012 en gedurende de termijn van de overeenkomst dient te voldoen. Deze algemene voorwaarden zijn opgenomen in de Wmg-overeenkomst. Het betreft onder meer voorwaarden ten aanzien van tijdige zorg, kwaliteit van zorg en informatieverstrekking. De zorginstelling moet bij indiening van de offerte instemmen met de concept Wmg-overeenkomst en voldoen aan de daarin genoemde voorwaarden.

Bewijslast

Om te toetsen of zorginstellingen aan de geschiktheidseisen en algemene voorwaarden zoals opgenomen in de Wmg-overeenkomst voldoen, kunnen zorgverzekeraars aan de zorginstellingen om bewijslast vragen.

Een mogelijkheid is dat de zorgverzekeraar een rechtsgeldig ondertekende verklaring van de instelling vraagt waarin wordt aangegeven dat de instelling voldoet aan alle gestelde eisen en voorwaarden. Op deze wijze hoeven zorginstellingen niet ieder jaar opnieuw informatie aan te leveren, blijven de administratieve lasten beperkt en kan de bevoegde bestuurder, middels één document, verklaren aan de eisen en voorwaarden te voldoen.

Een dergelijke verklaring volstaat dan samen met de informatie uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, tenzij wijzigingen zijn opgetreden. Zorgverzekeraars behouden het recht daarnaast aanvullend bewijs te vragen.

Inkoopcriteria 2013

De inkoopcriteria die zorgverzekeraars hanteren zijn gebaseerd op de volgende onderwerpen:

- Kwaliteit van zorg
- Klantgerichtheid
- Beschikbaarheid en toegankelijkheid
- Prijs en doelmatigheid
- Doelgroepen en ketens
- Managementinformatie en administratieve organisatie

Zorgverzekeraars nemen ieder afzonderlijk inkoopcriteria op in hun inkoopbeleid waarbij bovenstaande gezamenlijke indeling wordt gehanteerd. De criteria sluiten aan bij de inkoopdoelstellingen per regio. De representanten zorgen per regio voor een eigen invulling en waardering van de inkoopcriteria.

Administratieve lasten

Administratieve lasten gepaard gaande met de inkoopprocedure moeten zo laag mogelijk worden gehouden voor zowel zorgaanbieders, als zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars spannen zich in om de administratieve lasten gepaard gaande met (verschillen in) inkoopcriteria te beperken, gegeven hun rol als inkoper in de regio. Daarnaast is een bestendige lijn ten aanzien van de te hanteren inkoopcriteria van belang.

Contractuele relatie

Ten aanzien van de contractuele relatie tussen zorginstelling en zorgverzekeraars verwijzen wij naar de Wmg-overeenkomst zorgverzekeraars – zorginstelling AWBZ 2013. De Wmg-overeenkomst wordt gesloten door de representerende zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars, en is van toepassing op alle contacten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders waar het gaat om de uitvoering van de AWBZ.

In het algemene deel van de Wmg-overeenkomst zijn afspraken opgenomen die in alle regio's gelden. Deze afspraken hebben onder meer betrekking op het leveren, declareren en financieren van zorg. Daarnaast bevat de overeenkomst afspraken over de informatievoorziening, het overleg en de uitwisseling van gegevens tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars, waarbij het uitgangspunt is om de administratieve lasten voor de partijen zoveel mogelijk te beperken. Naast het algemene deel wordt in het regiospecifieke deel vastgelegd welke afspraken aanvullend gelden voor de betreffende regio. In het zorgaanbieder gebonden deel worden de afspraken vastgelegd die specifiek gelden in de relatie tussen zorgverzekeraars en de betreffende zorginstelling.

2.2 VOLUME- EN KOSTENONTWIKKELING

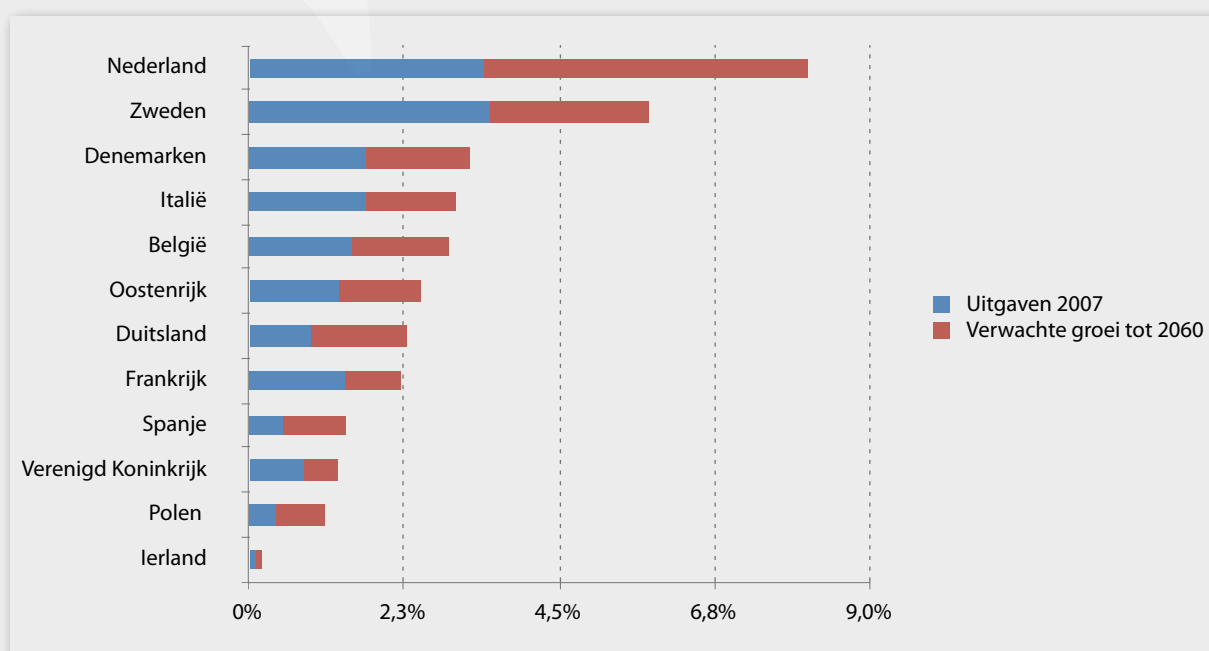
Onderstaande figuren geven een beeld van de volume- en kostenontwikkeling binnen de AWBZ. Het internationale 'Ageing Report' voorspelt een relatief hoge groei van de publieke uitgaven aan langdurige zorg in Nederland, tot 2060. Het CVZ geeft ons inzicht in de kosten die in de afgelopen jaren binnen de AWBZ zijn gemaakt, en het CIZ toont het aantal cliënten met een AWBZ-indicatie van 1 januari 2010 tot en met 1 juli 2011.

Enkele observaties:

- Nederland is koploper als het gaat om de hoogte van de verwachte publieke uitgaven aan langdurige zorg tot 2060.
- Van de drie te onderscheiden AWBZ-sectoren, zijn de kosten van verpleging en verzorging in de afgelopen 4 jaren het snelst toegenomen.
- De kosten van de geestelijke gezondheidszorg zijn vanaf 2008 nagenoeg gelijk gebleven (voor het AWBZ-deel).
- De kosten van verpleging en verzorging extramuraal laten aan het einde van 2010 een opvallende stijging zien.
- Het aantal lichte pakketten ZZP VV1 en VV2 laat een duidelijke afname zien.
- Ook in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg is een afname van het aantal lichte zorgzwaartepakketten waarneembaar.

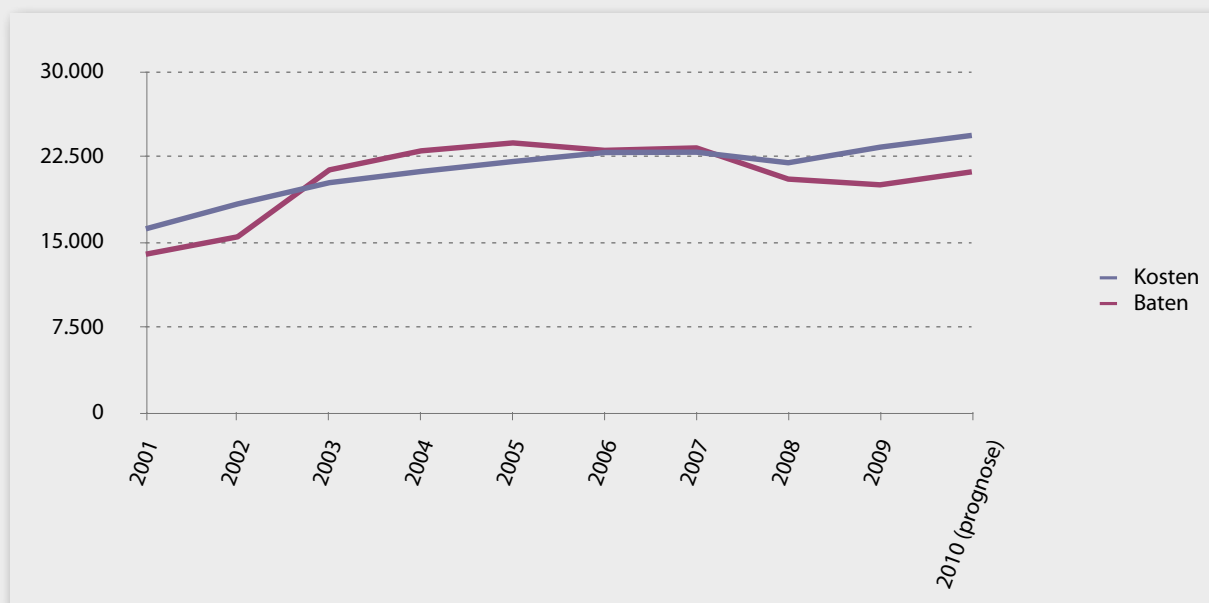
Uitgaven langdurige zorg als %BNP

bron: 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-(2060))



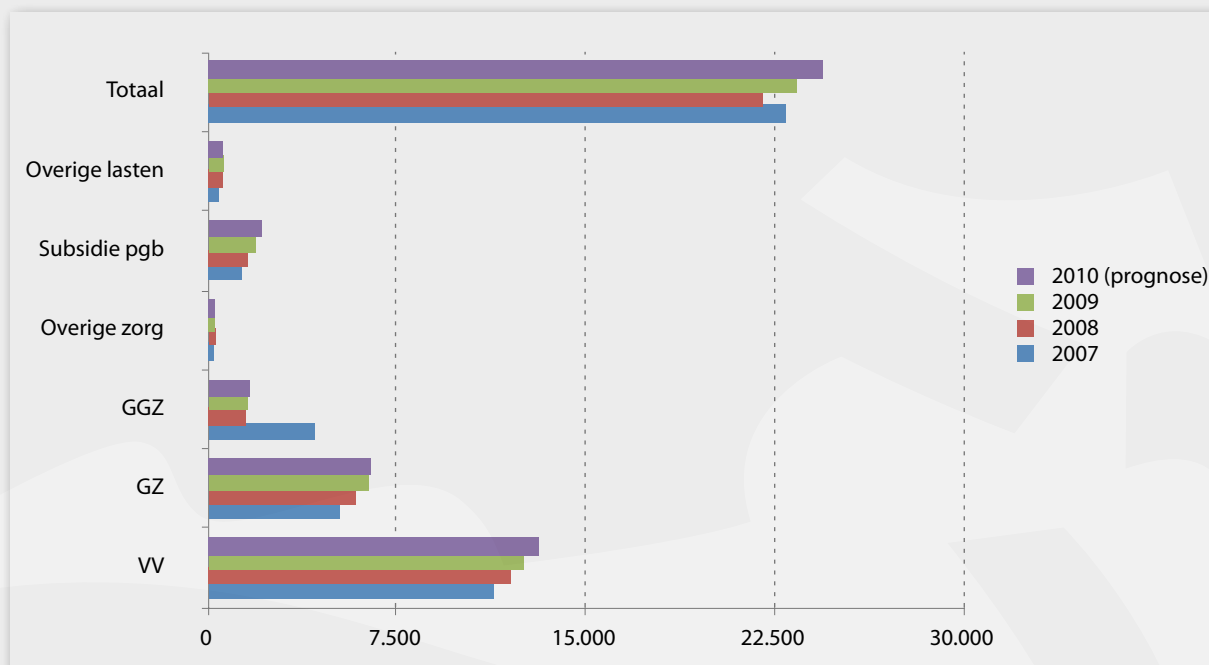
Kostenontwikkeling AWBZ totaal (x 1 mln. Euro)

(bron: CVZ)



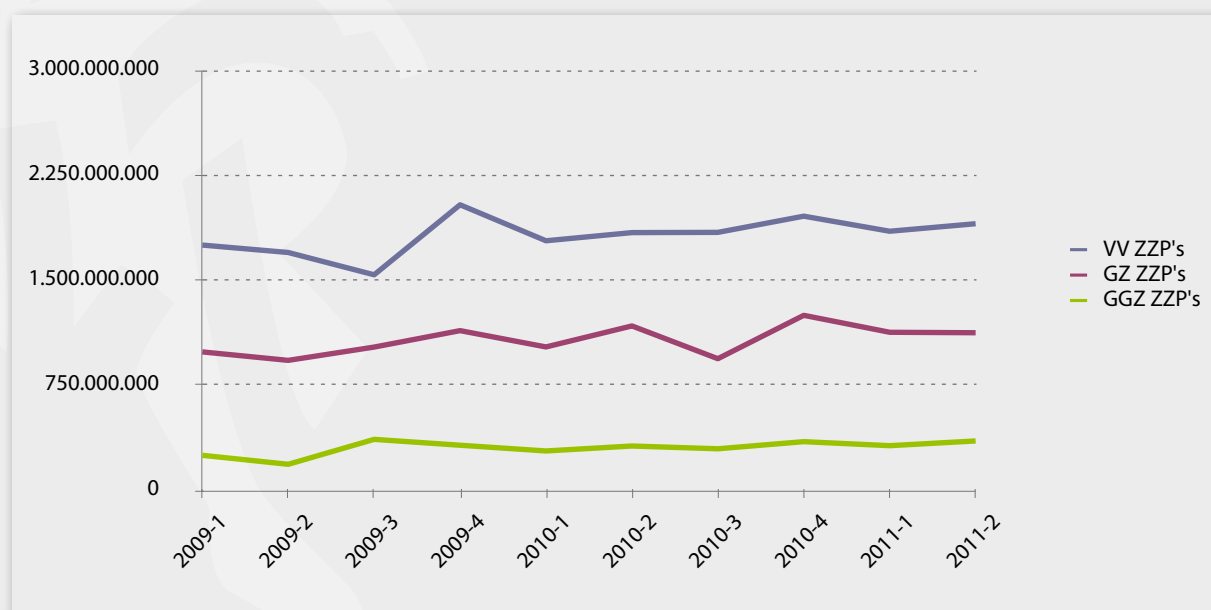
Totale kosten AWBZ uitgesplitst naar sectoren (x 1 mln. Euro)

(bron CVZ)



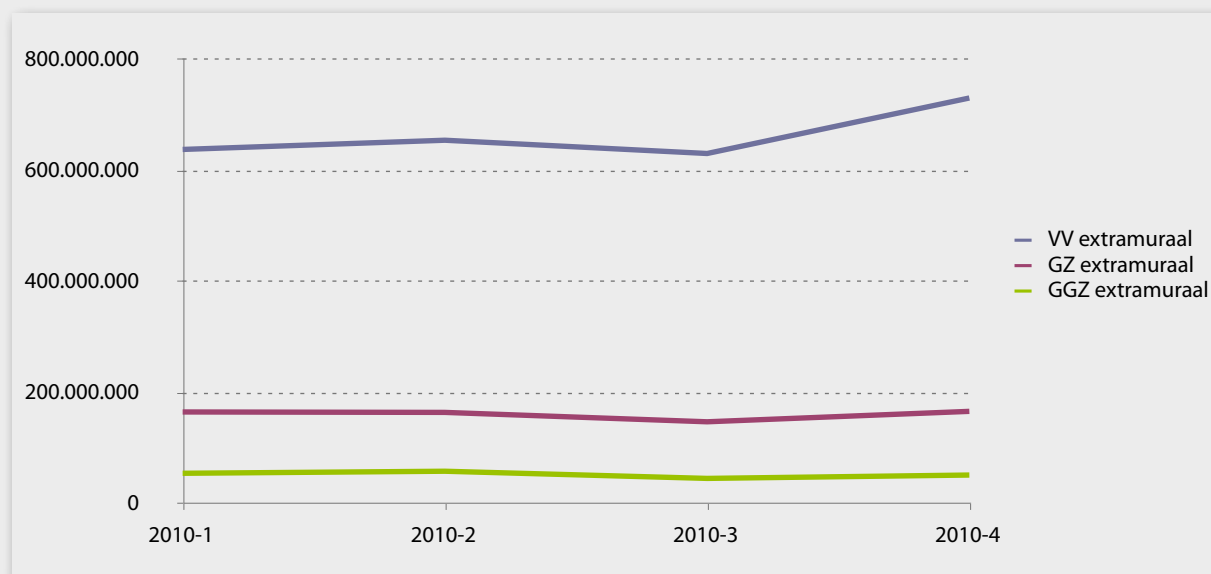
Kosten zorgzwaartepakketten per kwartaal

(bron CVZ)



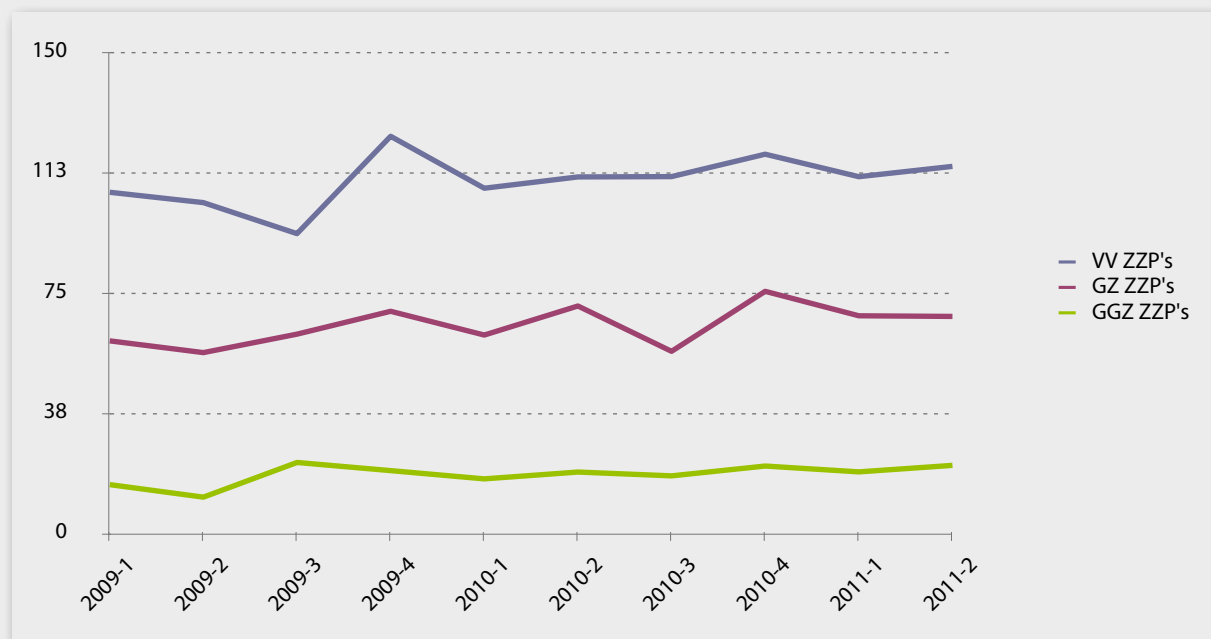
Kosten per kwartaal extramuraal 2010

(bron CVZ)



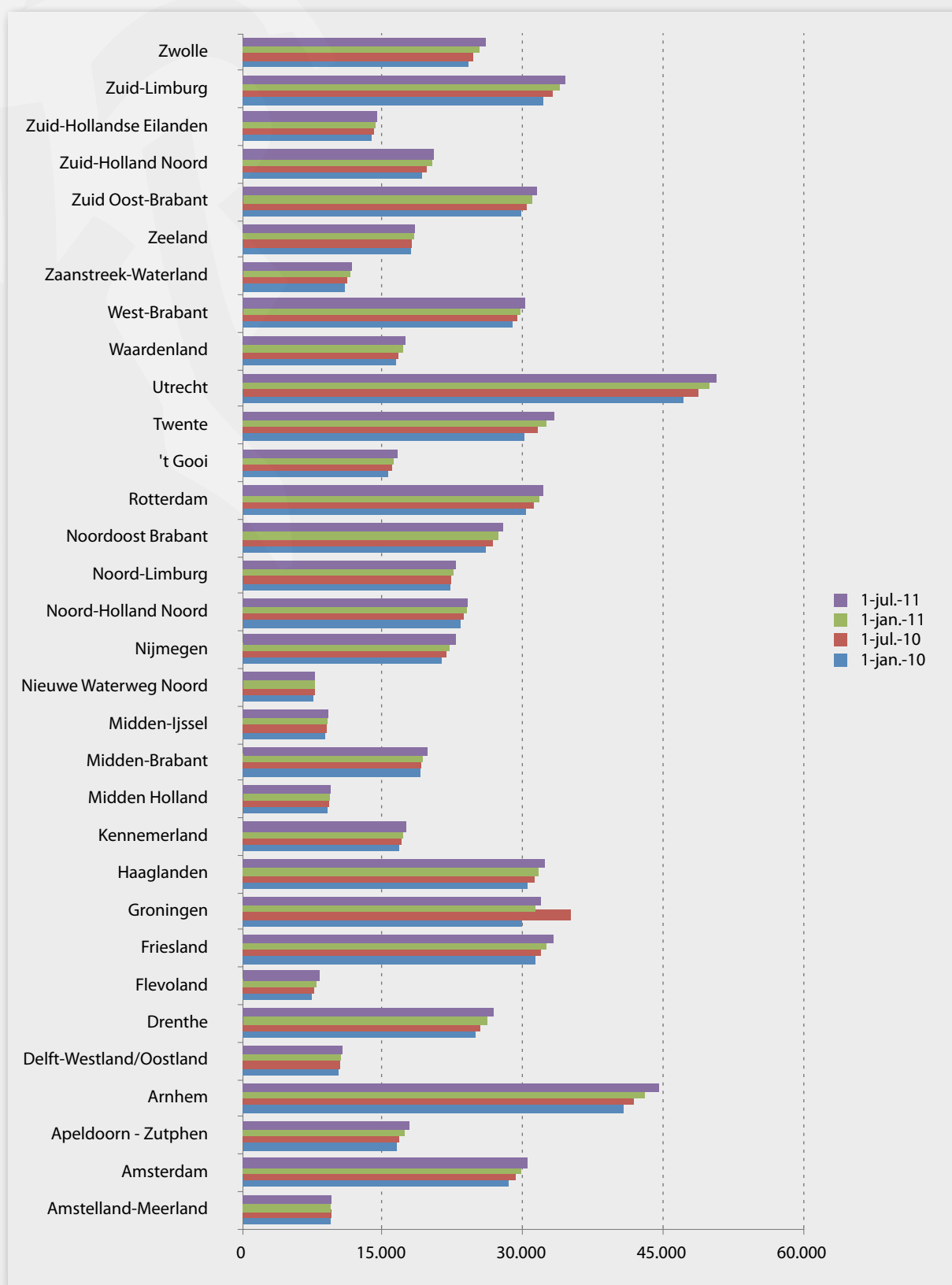
Kosten per kwartaal per verzekerde (in Euro's)

(bron CVZ)



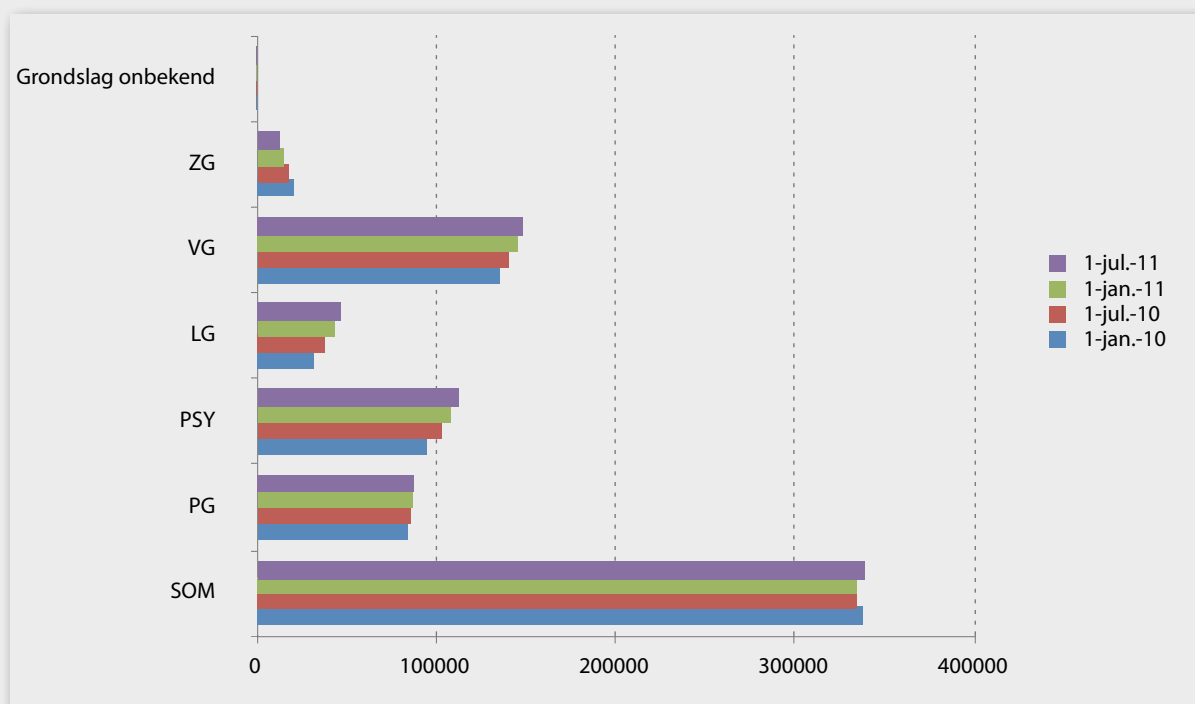
Aantal cliënten met een geldige indicatie voor AWBZ-zorg

(bron CIZ)



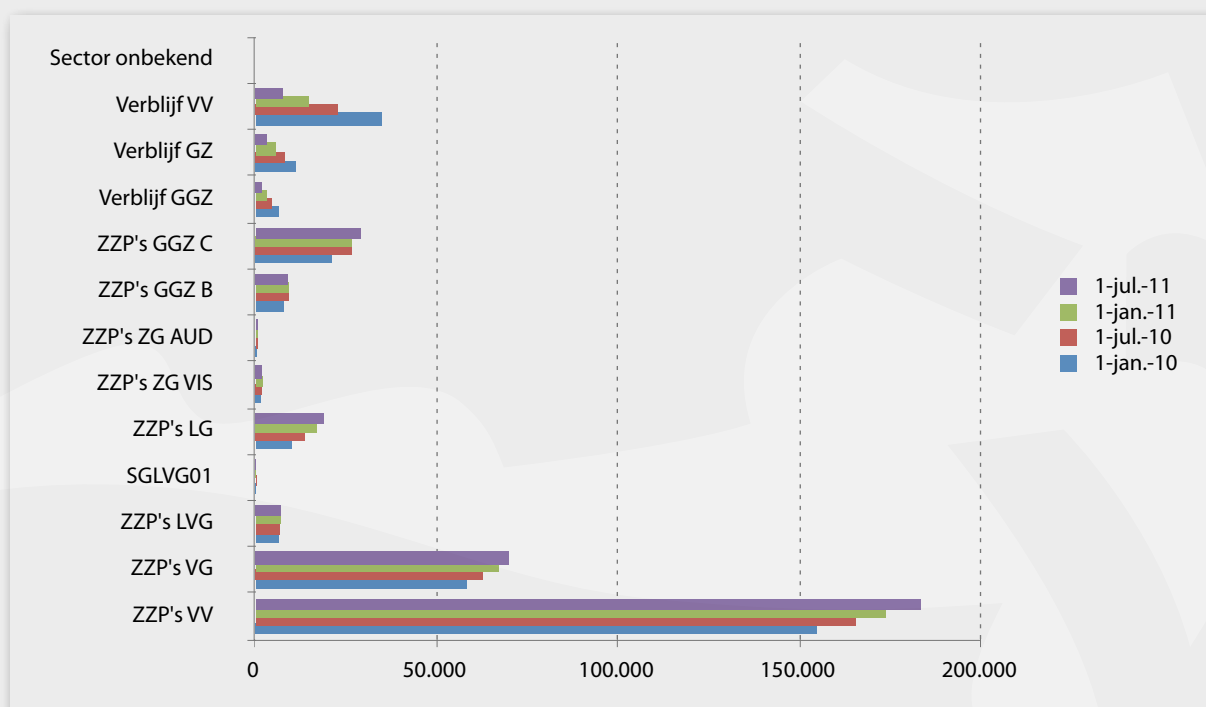
Aantal cliënten met een geldige indicatie voor AWBZ-zorg

(bron CIZ)



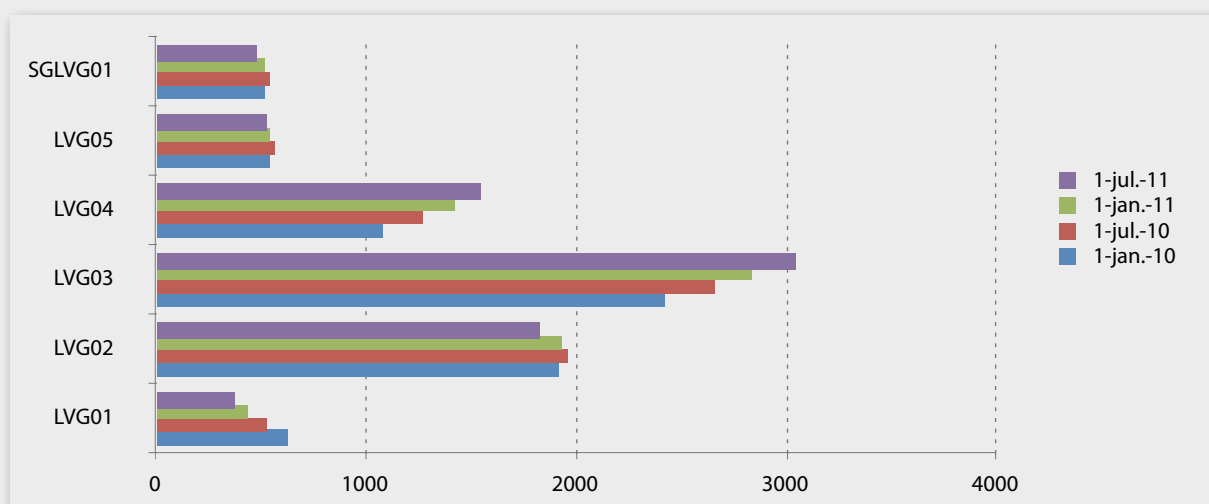
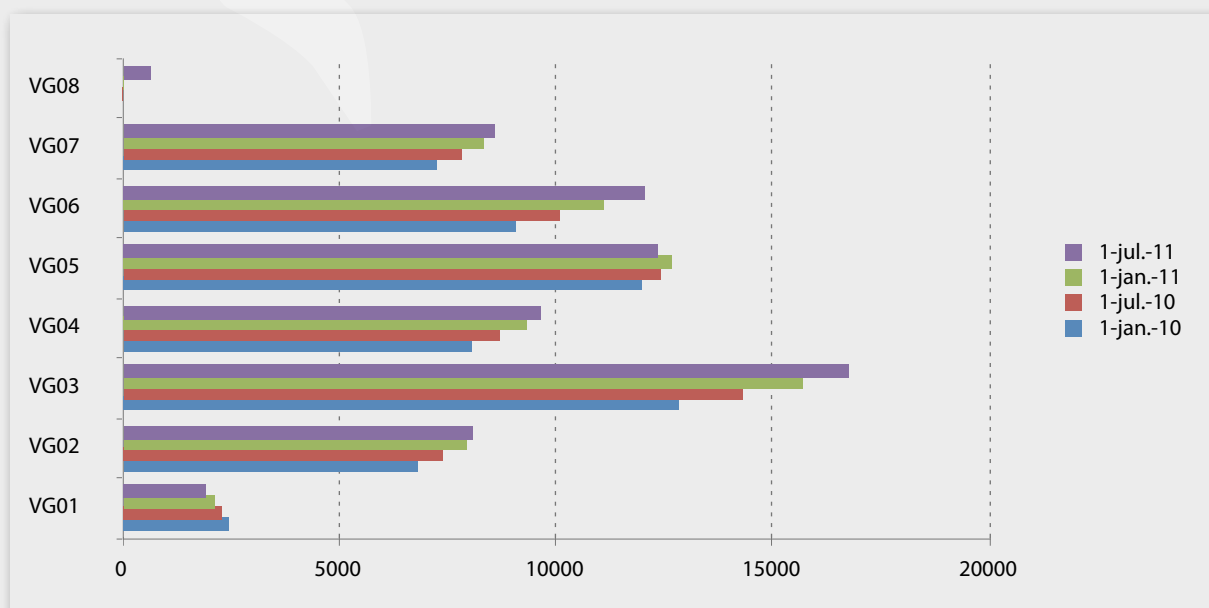
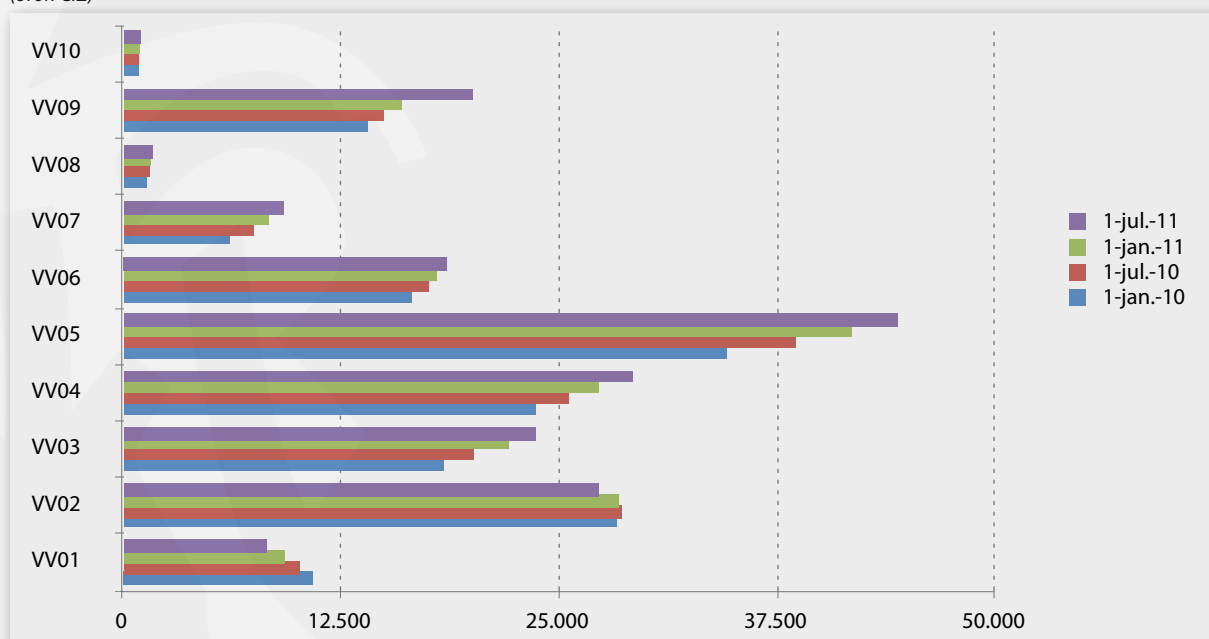
Aantal cliënten met een geldige indicatie voor AWBZ-zorg

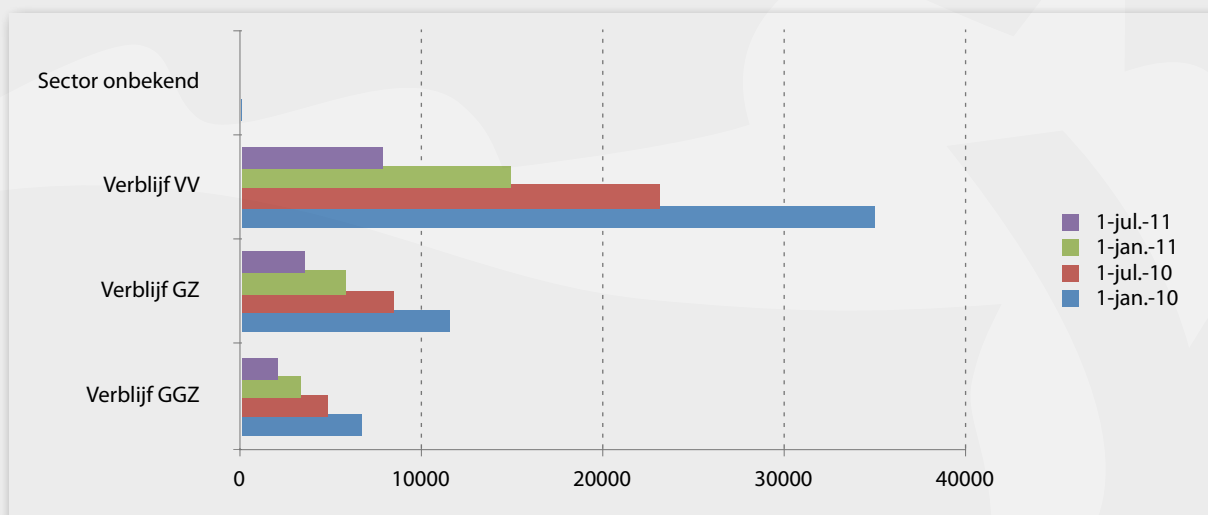
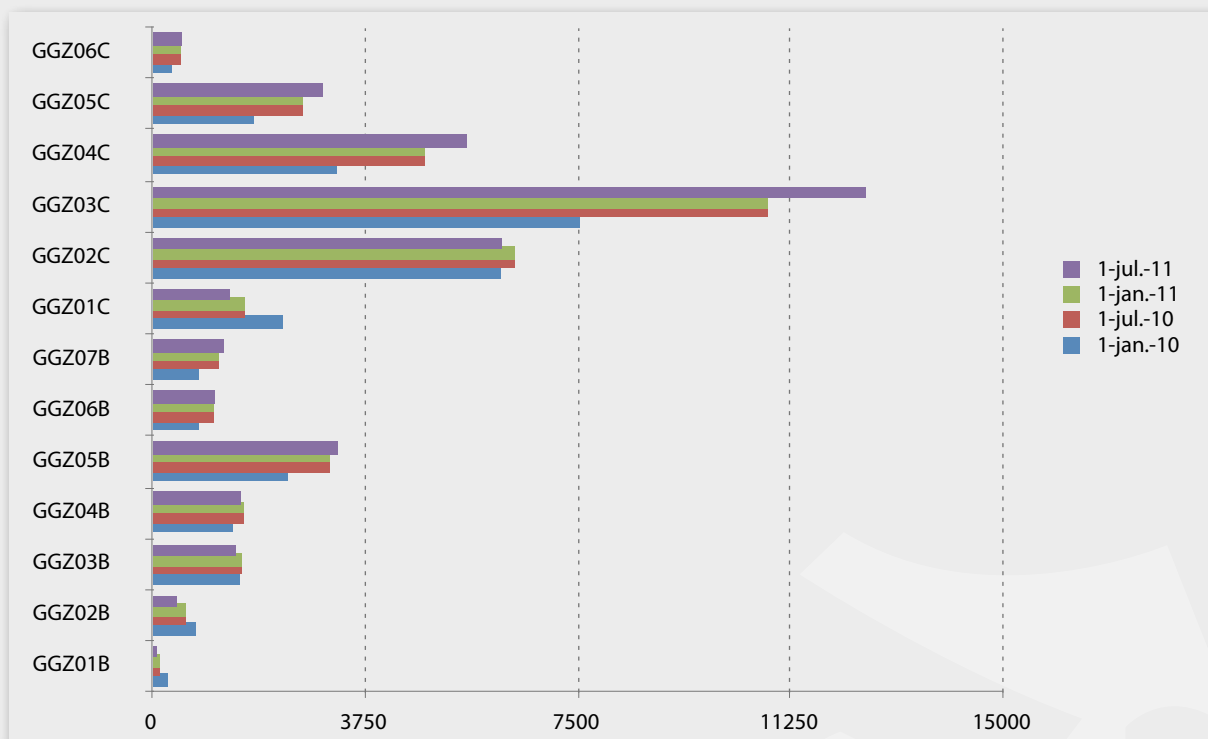
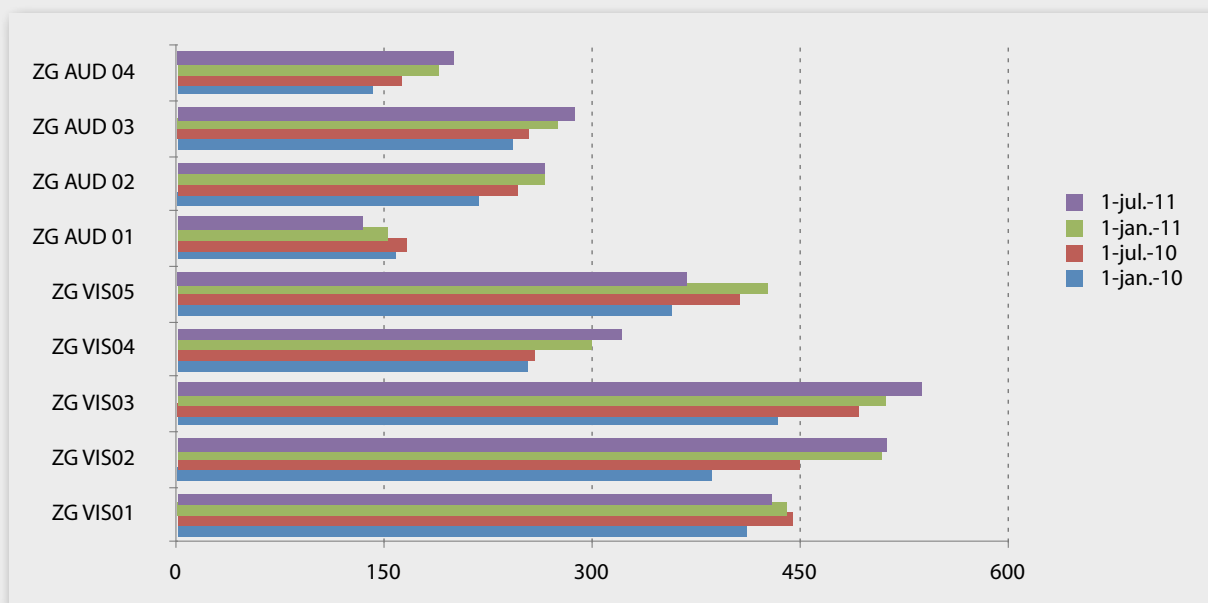
(bron CIZ)



Aantal cliënten met een geldige indicatie voor AWBZ-zorg

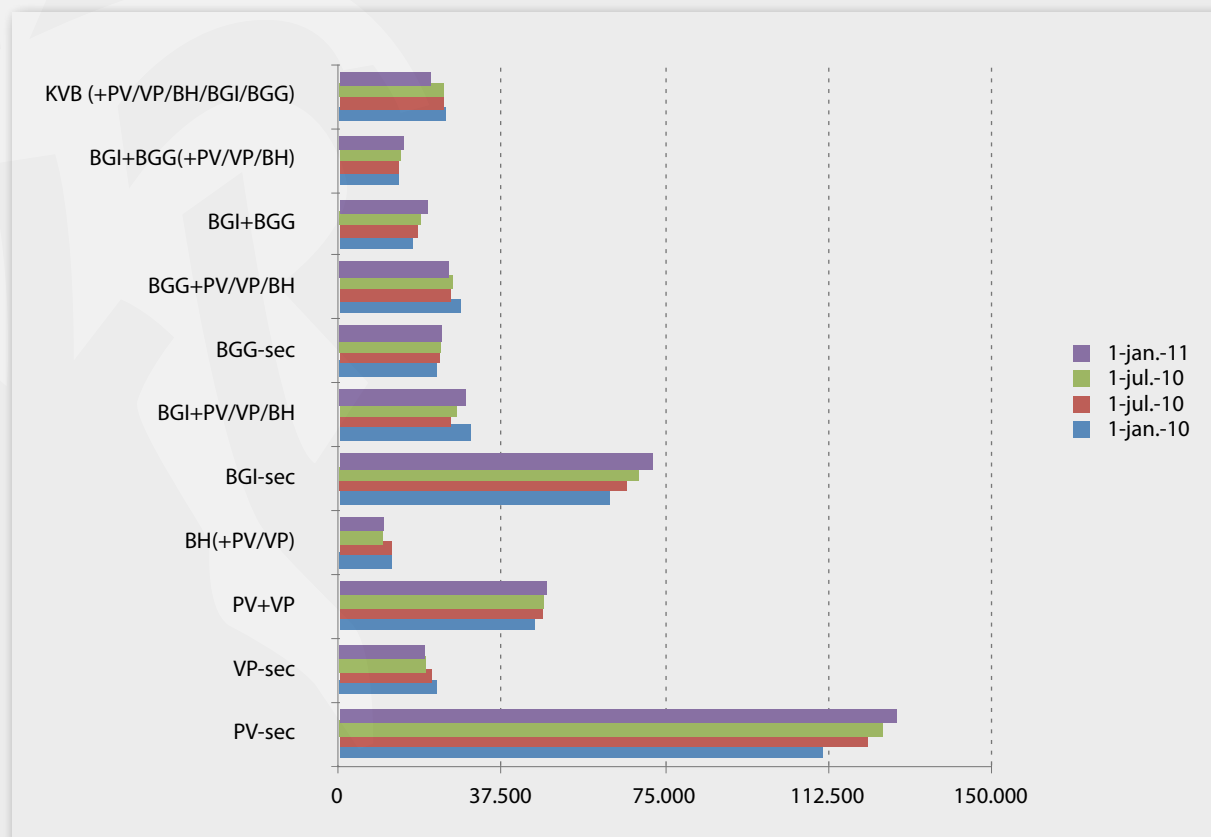
(bron CIZ)





Aantal cliënten met een geldige indicatie voor AWBZ-zorg

(bron CIZ)



2.3 KWALITEIT EN TRANSPARANTIE

Inleiding

Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om voor hun verzekerden te zorgen voor een kwalitatieve en betaalbare gezondheidszorg. In 2010 heeft het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland besloten om een visie op te stellen die duidelijk maakt hoe zorgverzekeraars willen bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. In juli 2011 heeft ZN het visiedocument 'Visie op kwaliteit, samenwerken voor de verzekerde' uitgebracht.⁴ In dit visiedocument stellen zorgverzekeraars vast dat zij zonder gemeenschappelijke uitgangspunten noodzakelijke kwaliteitsverbeteringen in de zorg niet kunnen realiseren en daarom bijvoorbeeld eenheid van taal willen realiseren. Dit maakt het makkelijker om de juiste kwaliteitsinformatie te verzamelen en verzekerden goed te informeren over kwaliteitsverschillen in de zorg.

Zorgverzekeraars gaan samenwerken in het bepalen van relevante kwaliteitsindicatoren, het verzamelen van kwaliteitsgegevens en het verwerken/normeren van deze kwaliteitsgegevens. Vervolgens kunnen zorgverzekeraars naar hun eigen inzichten de kwaliteitsinformatie gebruiken in de zorginkoop.

Het gezamenlijk kwaliteitsbeleid van zorgverzekeraars berust op de drie pijlers:

1. Medisch inhoudelijke kwaliteit: Zorg moet voldoen aan de professionele standaard, is veilig en effectief, en wordt integraal geleverd. Zorgverzekeraars leggen de focus op uitkomsten van zorg en kwaliteit van leven.
2. Klantgerichtheid: De zorg is toegesneden op de wensen van de klant. De klant krijg alle aandacht en informatie, ervaart geen gedoe en kan makkelijk terecht.
3. Doelmatigheid: De prijs-kwaliteitverhouding van de zorg, gegeven de beperkte beschikbaarheid van middelen.

De visie van zorgverzekeraars op kwaliteit van zorg is zorgbreed van toepassing en geldt dus zowel voor de cure als de care. Binnen de AWBZ zal de focus met name liggen op het aspect 'kwaliteit van leven'.

2.3.1 Sectorale kwaliteitskaders

Voor elke caresector is de afgelopen jaren een eigen kwaliteitskader ontwikkeld. Het berust op zowel zelfrapportage door de instelling (tevens input voor het gefaseerd toezicht door de IGZ), als cliëntwaarderingsonderzoek op basis van een landelijk gevalideerd instrument.

De sectorale kwaliteitskaders bevinden zich in een verschillend stadium van (door)ontwikkeling. In de volgende paragrafen wordt hier nader op ingegaan. Het kwaliteitskader Verpleging Verzorging & Thuiszorg (VVT) is de afgelopen maanden veelvuldig onderwerp van gesprek geweest, met als resultaat dat de stuurgroep per 1 januari is opgeheven en partijen achter de schermen met elkaar in gesprek zijn over de toekomst. De gehandicaptenzorg heeft onder de regie van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) een vernieuwd kwaliteitskader ontwikkeld dat recht doet aan de eigen sector. Voor de langdurende zorg in de ggz is veel geïnvesteerd in het verbeteren en borgen van de kwaliteit van zorg. Bijvoorbeeld in de implementatie van Routine Outcome Measurement en daarnaast in het bijzonder voor het meetdomein Kwaliteit van Leven, Dwang en Drang en Herstel en Burgerschap. Desondanks zijn voor de ggz over 2011 geen betrouwbare kwaliteitsgegevens beschikbaar voor de care. Verder zijn er instrumenten beschikbaar gekomen voor het meten van cliëntervaring. Toepassing daarvan was in 2011 niet verplicht.

Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (VVT)

Binnen de VV&T onderscheiden we twee soorten kwaliteitsindicatoren: cliëntgebonden indicatoren (CQ) en zorginhoud-

⁴ ZN (2011) Visie op kwaliteit; Samenwerken voor de verzekerde

lijke indicatoren (ZI). De cliëntgebonden indicatoren worden gemeten en aangeleverd via geaccrediteerde meetbureaus. Deze indicatoren worden op cliëntniveau verzameld. De zorginhoudelijke indicatoren kunnen gemeten en aangeleverd worden op diverse manieren, zowel op cliëntniveau als op organisatieniveau, of concernniveau.

Bij de ontwikkeling van de indicatoren zijn alle partijen uit het veld betrokken⁵. Dit geldt voor zowel de CQ- als de ZI-indicatoren. In totaal zijn voor de verpleeg- en verzorgingshuizen 38 indicatoren beschikbaar, en voor de thuiszorg 20 indicatoren.

Medio 2011 heeft het kwaliteitskader en de verwerking en aanlevering van data de nodige kritiek gekregen. Deze kritiek had met name betrekking op het meetjaar 2010 van de zorginhoudelijke indicatoren. De betrouwbaarheid van sommige indicatoren is nog niet voldoende en in 2010 waren er fouten gemaakt in de verwerking van de zorginhoudelijke indicatoren. Gevolg is dat het draagvlak vanuit het veld voor het huidige kwaliteitskader onder druk staat. Voor de zorginkoop van 2012 hadden de IGZ en de zorgverzekeraars daarom besloten om gehoor te geven aan de oproep van de aanbieders. De zorginhoudelijke indicatoren zijn niet gebruikt bij de zorginkoop 2012 en bij het toezicht is gefocust op de CQ. Voor de interpretatie van de CQ gegevens hebben ZN, Actiz en BTN in 2011 een handreiking opgesteld 'handle with care'.⁶ Deze handreiking 'Handle with care' heeft tot doel om een zorgvuldig gebruik van de indicatoren van het kwaliteitskader Verpleging Verzorging en Zorg Thuis (VVT) te bevorderen. Het kan door alle professionele gebruikers van de resultaten van de het kwaliteitskader worden benut.

In 2011 zijn er tevens door Zichtbare Zorg signaalvlaggen ontwikkeld. Deze geven inzicht in de kwaliteit van de indicatoren. Zichtbare Zorg heeft vlaggen ontwikkeld voor de inhoudsvaliditeit van een indicator, de registratie betrouwbaarheid van een indicator, de vergelijkbaarheid van een indicator en het statistisch betrouwbaar onderscheiden. Al deze aspecten geven in zijn totaliteit inzicht in de zeggingskracht van een indicator. De vlaggen zijn ingedeeld in een groene vlag (zeggingskracht is goed), een oranje vlag (zeggingskracht is 'matig') of in een rode vlag (zeggingskracht is slecht). De stuurgroep bepaalt welke vlaggen er bij de indicatoren openbaar worden⁷.

Voor de zorginkoop 2013 wordt er gebruikt gemaakt van de meetgegevens over het jaar 2011. Het gaat dan om dezelfde set kwaliteitsindicatoren als in meetjaar 2010. Zizo heeft aangegeven dat de aanleverproblemen en de fouten in de berekening inmiddels zijn opgelost.

Zorginkopers kunnen het VV&T Kwaliteitskader gebruiken bij het inkopen van zorg door:

- de cliëntervaringen te gebruiken als belangrijke graadmeter;
- eisen te stellen aan minimale cliënttevredenheid;
- de basiskwaliteit van instellingen af te meten aan de hand van de zorginhoudelijke indicatoren en deze te gebruiken als startpunt van discussie over de geleverde kwaliteit;
- eisen te stellen aan resultaten op zorginhoudelijke indicatoren;
- de spiegelrapportage die aanbieders in bezit hebben op te vragen en te gebruiken als onderwerp van gesprek;
- te vragen naar verbeterplannen en hierover afspraken te maken voor een aantal indicatoren.

Na een periode van ruim vier jaar komt er in 2012 een einde aan het Programma Zichtbare Zorg. Zichtbare Zorg, in 2007 door het ministerie van VWS opgericht als tijdelijk programma, gaat per 1 januari 2013 op in het kwaliteitsinstituut. Deze

⁵ Stuurgroepartijen: LOC, ZN, Actiz, BTN, V&VN, Verenso, VWS, Sting, IGZ en NVVA

⁶ Actiz, BTN & ZN (2011) "Handle With Care" Een handreiking voor het gebruik van de resultaten van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg

⁷ Zie 'leeswijzer signaalvlaggen' Zichtbare Zorg, Den Haag mei 2011. (www.zichtbarezorg.nl), en 'Zichtbare zorg indicator standaard, versie 1.0' http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/Programma%20Zichtbare%20Zorg/Indicatorstandaard%201.0_DEF.pdf

ontwikkeling leidt tot een aantal concrete veranderingen in 2012 zorgbreed. Onder andere betekent dit dat alle sectoren zelf verantwoordelijk zijn voor het inzichtelijk maken van kwaliteit. Deze ontwikkeling en het verminderende draagvlak ten aanzien van het huidige kader heeft ertoe geleid dat de stuurgroep VVT kritisch heeft gekeken hoe transparantie in de VVT sector in de toekomst vorm te geven. Sinds 18 oktober 2011 is de stuurgroep VVT opgeheven en is een eerste stap gemaakt naar een nieuwe vorm van samenwerking. Deze nieuwe vorm, waarbij er gekeken wordt naar de uitvraag 2012 en verder, wordt momenteel verder uitgewerkt.

Gehandicaptenzorg

Het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (2007), dat een gezamenlijke visie op kwaliteit van zorg en ondersteuning in de gehandicaptenzorg beschrijft, wordt door de Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (ZN, IGZ, VWS, cliëntenorganisaties, beroepsorganisaties) nog altijd breed gedragen. Dit document beschrijft de visie op de Gehandicaptenzorg vanuit de uitgangspunten: eigen regie en kwaliteit van leven. De Stuurgroep wil een verbetering van de kwaliteit van zorg en ondersteuning realiseren door een vernieuwde werkwijze binnen het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg te hanteren. Daarom is door de Stuurgroep besloten om voor de gehandicaptenzorg een verbeterslag in te zetten waardoor de aspecten uit het visiedocument beter tot hun recht komen. In 2012 worden er eerste stappen gezet om deze verbeterslag door te voeren.

Het doel van de vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is, om tot een zinvolle en bij de sector passende wijze van gegevensverzameling te komen. Dit moet organisaties leer- en verbeterinformatie opleveren, zicht geven op de kwaliteit van zorg en ondersteuning in de sector, en op de ervaring van cliënten hiermee. Alle betrokken partijen zijn het eens over de volgende centrale uitgangspunten:

1. Individuele cliënt en het zorg- en ondersteuningsplan;
2. verantwoorden in het verlengde van verbeteren;
3. eenvoud.

Het vaststellen van kwaliteit gebeurt in de vernieuwde werkwijze langs drie wegen. Daarom de keuze voor drie pijlers als het fundament van deze werkwijze:

- Pijler 1: kerngegevens kwaliteit op organisatieniveau.
- Pijler 2: kerngegevens kwaliteit op cliëntniveau (2A) en cliëntervaringsgegevens (2B).
- Pijler 3: gegevens over de relatie tussen cliënt en professional.

Pijler 1: kerngegevens kwaliteit op organisatieniveau

Binnen pijler 1 worden kwaliteitsgegevens op organisatieniveau verzameld. De binnen pijler 1 ontwikkelde vragenlijst is van toepassing op alle instellingen/cliënten, ongeacht doelgroep of zorgvorm. Dit levert kwaliteitsinformatie op voor verbetering en verantwoording. Meting van pijler 1 over verslagjaar 2011 vindt plaats van 1 januari 2012 tot 15 februari 2012. Met ingang van verslagjaar 2011 maakt pijler 1 dan ook onderdeel uit van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Zorginstellingen, ook in de gehandicaptensector, moeten elk jaar verantwoording afleggen over de manier waarop zij het geld uit de AWBZ en Zorgverzekeringswet besteden. Die verantwoording leggen zij af in de jaarverantwoording zorginstellingen, informatie over kwaliteitgegevens maakt hiervan onderdeel uit.

De eerste pijler richt zich voornamelijk op kwaliteitsinformatie van de meer zorgvoorwaardelijke thema's uit het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, te weten zorgafspraken en ondersteuningsplan, kwaliteit van medewerkers en organisatie, cliëntveiligheid en belangen. Hierbij wordt veelal de plan-do-check-act-cyclus als leidraad gebruikt.

Pijler 1 wordt gemeten met een webenquête, die eenvoudig is in te vullen en te interpreteren. Het uitgangspunt hierbij is 'high trust, high penalty'. Beoordeling door externe partijen zoals zorgverzekeraars of de IGZ is niet direct gebaseerd op een afwijkende score. Wel beoordelen externe partijen de resultaten op het niet naar waarheid invullen of het niet in gang zetten van verbeteracties naar aanleiding van een afwijkende score. De scores worden getypeerd als rood, oranje of groen. Op deze manier wordt in één oogopslag over de jaren heen inzichtelijk of zaken waarop een organisatie aanvankelijk minder goed scoorde (rood), al dan niet zijn verbeterd (oranje, groen). Een aantal onderdelen uit pijler 1 zouden instellingen wettelijk gezien reeds op orde moeten hebben.

Pijler 2A: kerngegevens kwaliteit op cliëntniveau

Binnen pijler 2A worden kwaliteitsgegevens op cliëntniveau verzameld. De binnen pijler 2A ontwikkelde vragenlijst is van toepassing op alle cliënten met een ZZP of een extramurale indicatie behandeling groep, ongeacht doelgroep. Pijler 2A levert kwaliteitsinformatie op voor verbetering en, op geaggregeerd niveau, voor verantwoording. Meting van pijler 2A vindt plaats van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2012, gekoppeld aan de jaarlijkse zorg- en ondersteuningsplanbespreking. Pijler 2A maakt samen met pijler 1 onderdeel uit van het JMV met ingang van verslagjaar 2011.

Net als pijler 1 richt ook pijler 2A zich voornamelijk op kwaliteitsinformatie van de meer zorgvoorwaardelijke thema's uit het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, te weten cliëntveiligheid en zorgafspraken en ondersteuningsplan. Binnen deze pijler wordt onderscheid gemaakt tussen drie vaste thema's voor jaarlijkse uitvraag (veiligheid, vrijheidsbeperking, medicatieveiligheid) en jaarlijks een thema dat de Stuurgroep vaststelt. Daarbij kiest de Stuurgroep uit de thema's lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en gedrag. In 2012 staat lichamelijke gezondheid centraal (diabetes, epilepsie, borstkanker, visus, gehoor).

De pijlers 1 en 2A en de bijbehorende webenquêtes vervangen met ingang van verslagjaar 2011 de voormalige zorginhoudelijke indicatoren en de portal van Zichtbare Zorg.

Pijler 2B: cliëntervaringsgegevens

In pijler 2B staat het meten van cliëntervaring centraal. Voor het meten van cliëntervaring voor verbeterinformatie wordt gewerkt met een waaier van cliëntervaringsinstrumenten, met per doelgroep de keuze uit een aantal instrumenten. Aan deze waaier worden 1 tot maximaal 5 'ultieme vragen' gekoppeld voor het genereren van verantwoordings- en vergelijkingsinformatie. Deze vragen zijn voor alle cliënten gelijk. De VGN ontwikkelt deze vragen samen met ZN en cliëntenorganisaties. Pijler 2B zoomt met name in op domeinen van kwaliteit van bestaan uit het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. De waaier van instrumenten komt naar verwachting in het tweede helft van 2012 beschikbaar. Het scoren van de 'ultieme vragen' wordt net als pijler 2A gekoppeld aan de jaarlijkse zorg- en ondersteuningsbespreking en kan naar verwachting in de tweede helft van 2012 starten.

Pijler 3: gegevens over de relatie cliënt-professional

In de relatie tussen cliënt en professional komt de essentie van kwaliteit van zorg en ondersteuning tot uiting. De hieruit verzamelde kwalitatieve en intersubjectieve gegevens bieden zowel de instelling als de professional verbeterinformatie. Ook voor het meten van pijler 3 denkt de Stuurgroep aan een waaier van instrumenten. Sommige instrumenten meten zowel elementen van cliëntervaring (pijler 2B) als van de interactie tussen cliënt en professional (pijler 3). Het is aan een organisatie de keuze te maken tussen één geïntegreerd instrument of twee afzonderlijke instrumenten. Pijler 3 is naar verwachting eind 2012 gereed.

Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV)

In het Jaardocument Maatschappelijke verantwoording (JMV) over verslagjaar 2011 werd nog uitgegaan van het 'oude' Kwaliteitskader met zorginhoudelijke indicatoren en de CE-/CQ-index. Inmiddels is het JMV met ingang van verslagjaar 2011 aangepast aan de vernieuwde werkwijze. Dit betekent dat in het JMV 2011 de resultaten van pijler 1 over 2011 komen en de resultaten van pijler 2A voor die cliënten die in het eerste kwartaal van 2012 hun jaarlijkse zorg- en ondersteuningsplanbespreking hebben. In het JMV 2012 staan de resultaten van pijler 1 over 2012 en de resultaten van pijler 2A voor alle cliënten met een ZZP of een extramurale indicatie behandeling groep.

De ervaring leert dat het vrijgeven van data via het JMV voor zorgverzekeraars te laat is om deze data te kunnen gebruiken voor de zorginkoop. ZN is met de VGN in overleg om de data op tijd voor de zorginkoop aan verzekeraars beschikbaar te stellen. Dit betekent per 1 juni 2012.

Vergelijkbaarheid kwaliteitsinformatie

Voor verzekeraars is het van belang dat zij kwaliteitsinformatie, ook cliëntgegevens, kunnen vergelijken. De waaier van instrumenten geeft hier het komende jaar nog geen antwoord op. VGN en ZN zijn gesprek hoe deze vergelijkbaarheid in de toekomst te kunnen vormgeven. Momenteel wordt er onderzoek gedaan naar het kunnen toepassen van de Net Promotor Score met een aantal generieke vragen binnen de gehandicaptensector. Zo vormgegeven dat deze vragen kunnen worden uitgevraagd bij alle doelgroepen. De resultaten van het onderzoek worden medio juni verwacht.

Gebruik voor zorginkoop

Zorginkopers kunnen het GHZ kwaliteitskader gebruiken bij het inkopen van zorg. Het is van belang dat men zich realiseert dat de gehandicaptenzorg een andere weg is ingeslagen ten opzichte van de tot nu toe bekende kwaliteitskaders.

Het belangrijkste doel van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg is verantwoorden in het verlengde van verbeteren. Dit betekent dat het kwaliteitskader informatie oplevert waarmee de organisatie zich kan verantwoorden en dat de uitkomsten informatie opleveren over hoe de kwaliteit van zorg die wordt geleverd kan worden verbeterd. Verantwoordings- en verbeterinformatie is dus de belangrijkste informatie die wordt geleverd door het kwaliteitskader.

In Pijler 1 gaat het om verantwoordings- en verbeterinformatie op organisatieniveau en in Pijler 2 om verantwoordings- en verbeterinformatie op cliëntniveau.

Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg maakt gebruik van de plan-do-check-actcyclus. Op basis van de nulmeting in 2011 (pijler 1) en 2012 (pijler 2) worden door organisaties verbetervoorstellen gedaan. De effecten van deze verbetervoorstellen zouden het jaar daarop in de metingen zichtbaar moeten zijn. Daarnaast bevat pijler 1 een aantal elementen die een organisatie wettelijk gezien reeds op orde moet hebben. Dit kan betekenen dat in sommige situaties een aanbieder een contract onder voorwaarden krijgt van de zorgverzekeraar.

Voor de zorginkoop kan de verzekeraar onder andere:

- eisen stellen aan de verbeteracties die moeten worden uitgevoerd op basis van rode en oranje scores uit 2011; Verzekeraars kunnen eisen dat de scores in 2012 geen rode scores meer bevatten of dat elke rode of oranje score één trapje omhoog is gegaan;
- eisen stellen dat elke organisatie voor 1 januari 2013 in samenspraak met de cliëntenraad een keuze heeft gemaakt voor het gebruik van een instrument uit de waaier die hoort bij Pijler 2B;
- de spiegelrapportage die een instelling zelf in bezit heeft met meer achterliggende informatie opvragen en gebruiken om in gesprek te gaan en hierover afspraken te maken;
- de eerste resultaten van pijler 2A op vragen en hierover in gesprek te gaan;
- eisen stellen aan de implementatieplannen van Pijler 2B.

Het is nog goed om op te merken dat binnen pijler 2 de kwaliteitsgegevens op cliëntniveau worden verzameld. De ontwikkelde vragenlijsten zijn van toepassing op alle cliënten met een ZZP of een extramurale indicatie behandeling groep.

Tabel 2.3 Overzicht pijlers gehandicaptenzorg

Pijlers	Thema's Visiedocument	Instrument	Tijdpad
Pijler 1: kerngegevens kwaliteit op organisatieniveau	■ Zorgafspraken en ondersteunings-plan ■ Cliëntveiligheid ■ Belangen ■ Kwaliteit van medewerkers en organisatie	Vragenlijst op organisatie-niveau, voor alle instellingen gelijk	Meting: 1 januari 2012 – 15 februari 2012
Pijler 2A: kerngegevens kwaliteit op cliëntniveau	■ Zorgafspraken en ondersteunings-plan	Vragenlijst op cliëntniveau, voor alle cliënten met een ZZP of extramurale indicatie Behandeling Groep gelijk	Meting: 1 januari 2012 – 31 december 2012 ²
Pijler 2B: cliëntervaringsgegevens	■ Kwaliteit van bestaan	Waaier van instrumenten (verbetering) met daaraan gekoppeld 1 tot maximaal 5 'ultieme vragen' (verantwoording en vergelijking)	Meting: vanaf 2 ^{de} helft 2012 (waaier)/vanaf 3 ^{de} helft 2012 (1-5 'ultieme vragen')
Pijler 3: gegevens over de relatie cliënt-professional	■ Kwaliteit van bestaan	Waaier van instrumenten	Meting: vanaf 01 januari 2013

GGZ

Voor de GGZ zijn over 2011 geen betrouwbare kwaliteitsgegevens beschikbaar voor de care. Wel is er in de langdurende zorg energie gestoken in de implementatie van Routine Outcome Measurement, in het bijzonder het meetdomein Kwaliteit van Leven, Dwang en Drang, en Herstel en Burgerschap. Ook zijn er instrumenten beschikbaar gekomen voor het meten van cliëntervaring. Toepassing daarvan was in 2011 niet verplicht. Er vindt vervolgoverleg plaats. Zie ook onderstaande factsheet over de GGZ.

Maatschappelijke opvang

De cliënten van de maatschappelijke opvang hebben te maken met meervoudige problematiek. Dat betekent dat meerdere grondslagen van toepassing kunnen zijn: psychiatrie, verstandelijke beperking en somatische beperkingen. In veel gevallen is sprake van double of triple diagnose. Het inkopen van AWBZ prestaties voor deze doelgroep aan de hand van het kwaliteitskader GGZ levert de zorgkantoren een beperkt beeld op. De CQ Index Opvang en de daarin vervatte ZI-indicatoren geven bruikbare informatie voor de zorginkoop.

In 2012 ontwikkelt de Federatie Opvang een landelijk kwaliteitskader voor de multidisciplinaire zorg aan deze doelgroep. Dat kwaliteitskader zal worden afgestemd met gemeenten en zorgverzekeraars.

Tabel 2.4 Overzicht prestatie-indicatoren uit de basisset voor de maatschappelijke opvang

Indicatornummer	Omschrijving
1.1	Oordeel van de cliënt over resultaat van hulp
1.2	Drop out
1.3	Doelrealisatie
2.2	Veiligheid
3.1	Informed consent
3.2	Keuzevrijheid
3.3	Ervaren verloop van het begeleidingsproces
3.4	Evaluatie van de begeleiding
3.5	Continuïteit van zorg: goede samenwerking
3.6	Woon en leefomstandigheden: oordeel van de cliënt
3.7	Adequate bejegening door de hulpverleners
3.8	Adequate informatieverstrekking door de hulpverlener

De CQ indexen voor de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang

In 2009 is de sector begonnen met de ontwikkeling van CQ-indexen voor de vrouwenopvang (VO) en maatschappelijke opvang (MO). Deze CQ indexen (intramuraal en ambulant) zijn in juni 2011 geaccrediteerd door het Centrum Klantervaring Zorg en gepubliceerd.⁸

De prestatie-indicatoren voor de opvang

De basisset met prestatie-indicatoren voor de opvangsector is in 2011 ontwikkeld en vastgesteld. Het merendeel van de indicatoren wordt berekend met behulp van de vragen uit de CQ indexen. Instellingen die uiterlijk begin 2012 de CQ indexen hebben afgenomen en hun administraties daarop hebben ingericht kunnen de prestatie-indicatoren over het verslagjaar 2012 berekenen. Voor de inkoop 2013 kunnen de prestatie-indicatoren nog niet worden gebruikt. Het feit dat ze over het verslagjaar 2012 zullen worden berekend kan uiteraard wel meetellen voor de zorginkoop.

2.3.2 Factsheets

Aan de hand van factsheets wordt een aantal vanuit verzekeraarsperspectief belangrijke onderwerpen, thema's of ontwikkelingen in het zorgveld beschreven. Het betreft de maatschappelijke opvang, GGZ, het kwaliteitsregister verpleegkundigen en verzorgenden, e-Health, Dementie, Zorg Dichtbij en Zorgprisma AWBZ.

Factsheet Maatschappelijke opvang

In deze factsheet wordt, aan de hand van de uitgangspunten voor goede zorginkoop uit deel 1, beschreven wat belangrijk is bij de inkoop van maatschappelijke opvang.

Eigen regie, vraaggericht werken, en zelf- en samenredzaamheid

Eigen regie en zelfredzaamheid zijn bij maatschappelijke opvang bij uitstek problematisch. Toch zijn er hier aanknopingspunten voor verbetering. Er ontstaan in het veld steeds meer initiatieven voor versterking van de zelf- en samenredzaamheid en eigen regie. In de MO en VO is de gebruikelijke doelstelling: 'hulp zo kort als mogelijk, maar zo lang als nodig'. In

⁸ Zie: <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/vragenlijsten/opvang.html>

de Plannen van Aanpak Stedelijke Kompassen staat preventie van instroom en bevorderen van uitstroom centraal. Een aantal instellingen gebruikt zogenaamde Eigen Kracht conferenties en Sociale Netwerkconferenties om het steunsysteem rondom een cliënt weer op te bouwen. Een activerende houding en meer aandacht voor kansen die aansluiten bij het profiel van de cliënt kunnen eigen regie en zelfredzaamheid stimuleren. Voor de zorgverlener vergt dit echter een andere leeromgeving en competenties die meer kans- en activeringsgericht zijn. Door de dunne scheidslijn tussen AWBZ en Wmo is samenwerking met gemeenten cruciaal.

Zorginkopers kunnen eigen regie, vraaggericht werken, en zelf- en samenredzaamheid stimuleren door bijvoorbeeld:

- scholing van hulpverleners te stimuleren om zo een probleemgerichte aanpak te veranderen in een kansgerichte aanpak;
- actief samen te werken met de gemeente en andere hulpverleners;

Preventie

Er is onvoldoende aandacht voor preventie en vroegtijdige signalering van dakloosheid en huiselijk geweld, voornamelijk bij inwoners en andere partijen dan de traditionele partners. Deze groepen kunnen een belangrijke rol spelen bij het herkennen en melden van daklozen.

Zorginkopers kunnen preventie stimuleren door bijvoorbeeld met gemeenten afspraken te maken over

- met preventie van instroom: inzet van interventies om huisuitzetting of vlucht uit huis te voorkomen;
- met het (blijvend) inzetten van begeleiding zetten om instroom in intramurale voorzieningen te voorkomen in het kader van de decentralisatie van AWBZ begeleiding;
- Met gemeenten afspraken maken over mogelijkheden rond een collectieve zorgpolis voor minima, gericht op een zo goed mogelijke toegankelijkheid van de zorg en zo min mogelijk premieachterstanden.

Integrale benadering

Een integrale benadering is bij maatschappelijke opvang van belang omdat het merendeel van dak- en thuislozen wat onderdak zoekt bij een instelling kampt met meerdere problemen. Hetzelfde geldt voor de cliënten in de vrouwenopvang. Veel verschillende partijen zijn betrokken bij maatschappelijke opvang. De gemeenten spelen een belangrijke rol, in het bijzonder omdat er grote regionale verschillen zijn op het gebied van maatschappelijke opvang. Dit is vooral te zien in de verschillen tussen de grotere steden en de kleinere gemeenten.

Naast de zorgverzekeraar en gemeenten spelen ook zorgaanbieders, woningcorporaties, GGZ en verslavingszorg, Nederlandse vereniging voor volkskrediet en het centraal justitieel incasso bureau (CJIB), penitentiaire inrichtingen en cliëntenorganisaties een rol.

De samenwerking tussen zorgkantoren en gemeenten is de laatste jaren sterk verschillend geweest per regio. Voorbeelden van samenwerking tussen zorgverzekeraar, gemeenten in de grote steden en centrum gemeenten zijn: inkoopoverleggen, samenwerking bij de inkoop van zorgproducten, tekenen van een intentieverklaring tot verregaande afstemming, optreden als één inkoopteam, en meerjarige samenwerkingsovereenkomsten. Ondanks deze verschillen wordt de samenwerking bij maatschappelijke opvang genoemd als een van de voornaamste goede voorbeelden van een effectieve samenwerking op het grensvlak tussen Wmo en AWBZ.

Het Plan van Aanpak MO G4 beschrijft een persoonsgerichte aanpak waarbij voor elke cliënt een individueel trajectplan wordt opgesteld, dit is onderdeel van de integrale aanpak. Echter, in de praktijk is er buiten de G4 gemeenten nog niet altijd gezamenlijke trajectplanning en –coördinatie. Hierdoor zijn meerdere casemanagers of vergelijkbare functies betrokken bij één cliënt en lijkt iedere instelling nog zijn eigen trajectplan te hebben.

Zorginkopers kunnen de integrale benadering van zorg stimuleren door bijvoorbeeld:

- samenwerking te stimuleren door bijvoorbeeld convenanten te sluiten met gemeenten en ketenpartners;
- gemeenten en ketenpartners te stimuleren de afspraken uit de Plannen van Aanpak/Stedelijke Kompassen te implementeren;

- afstemming te zoeken met gemeenten en gezamenlijk beleid te formuleren;
- transitieverantwoordelijkheid te nemen bij overgang van de functie 'begeleiding' naar de Wmo- zorg in de eigen omgeving.

In het kader van voorkomen van huisuitzetting (of uithuisplaatsing van kinderen), dan wel in verband met het verlenen van nazorg na uitstroom uit de crisisopvang, wordt in veel gevallen preventief zorg aan huis geboden. Wanneer er reeds een situatie is waarin opvang nodig is, wordt dit, indien mogelijk, in de eigen gemeente geboden.

Zorginkopers kunnen instellingen stimuleren om hun beschikbare middelen efficiënter te gaan gebruiken door bijvoorbeeld:

- op wijk- en buurtniveau zorg in te kopen;
- het stimuleren van vrijwilligers en mantelzorgers om bij te dragen aan de zorg voor hun naasten.

Beter resultaat per bestede euro

Als gevolg van wachtlijsten en procedures loopt de toeleiding naar de GGZ/verslavingszorg traag. Ook is de capaciteit van kleinschalige woonvoorzieningen en ambulante woonbegeleiding vaak ontoereikend. Dit samen zorgt voor een slechte door- en uitstroom in de maatschappelijke opvang en belemmert tegelijkertijd de instroom van nieuwe cliënten.

Zorginkopers kunnen instellingen stimuleren om hun beschikbare middelen efficiënter te gaan gebruiken door bijvoorbeeld:

- afspraken te maken met woningcorporaties over de doorstroomcapaciteit;
- bestrijden van wachtlijsten te stimuleren.

Innovatie die de zorg voor de cliënt verbetert

De maatschappelijke opvang is in ontwikkeling. De MO en VO instellingen werken mee aan de uitvoering van het ZonMw Kennisprogramma Maatschappelijke Opvang. Dit loopt tot en met 2013. In de Academische Werkplaatsen voor MO en VO wordt gewerkt aan de ontwikkeling van evidence based interventies voor cliënten met meervoudige problematiek die te maken hebben met dakloosheid of huiselijk geweld. Ook ontwikkelen zij binnen het ZonMw jeugdzorg programma een interventie voor dakloze jongeren⁹. Daarnaast investeren zorgaanbieders zelf in het ontwikkelen van interventies die gericht zijn op het versterken van de zelfredzaamheid van cliënten. In de G4 werken gemeenten en zorgaanbieders sinds 2011 samen in de Academische Werkplaats OGGZ om de interventies bij OGGZ doelgroepen te versterken.¹⁰ Zorginkopers kunnen innovatie bijvoorbeeld aanmoedigen door:

- onderzoek naar signalerings- en preventie-instrumenten te stimuleren onder voorwaarden van bijvoorbeeld een meerjarencontract of langdurig samenwerkingsverband;
- deelname aan trajecten voor methodieontwikkeling en implementatie onder voorwaarden te stimuleren;
- experimenten in het kader van doelmatigheid (e-begeleiding; afbouw ZZP's ten gunste van extramurale begeleiding) onder voorwaarden te stimuleren.

Factsheet landelijke thema's AWBZ GGZ 2013

In deze factsheet wordt, aan de hand van een aantal landelijke thema's binnen de AWBZ GGZ sector beschreven wat onder andere belangrijk is bij de inkoop van langdurige zorg in de GGZ.

Herstelondersteuning

Cliënten willen maar één ding: een zo goed mogelijk leven. Het liefst zonder blijvende psychische of andere klachten. Of, als het niet anders kan, een alleszins bevredigend bestaan met de aandoening. Het behoud en/of terugwinnen van de eigen regie over het eigen leven, de ontwikkeling van nieuwe betekenissen en doelen vormen samen de kern van herstel.

⁹ Zie <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma/details/kennisprogramma-maatschappelijke-opvang/resultaten/>

¹⁰ Zie www.user-g4.nl

Herstelondersteunende zorg faciliteert het individuele herstelproces van de cliënt. Zorg die zich niet uitsluitend richt op het terugdringen van symptomen en klachten, maar zorg die de cliënt de ruimte en het perspectief biedt om zijn eigen leven in te richten, volgens zijn eigen wensen, passend bij wie hij is en wil zijn.

Zorginkopers kunnen herstelondersteuning stimuleren door:

- te vragen naar de aanwezigheid van een vastgesteld visie- en beleidsplan m.b.t. herstelondersteunende zorg;
- navraag te doen bij de zorgaanbieder, de cliëntenraad, de familieraad, RCO's (Regionale CliëntenOrganisaties) en familie-/cliëntenorganisaties.

Familieperspectief

De positie en rol van familie en/of naastbetrokken is voor de kwaliteit van de zorg van belang. Familie en naastbetrokkenen vormen het primaire sociale netwerk, beschikken over ervaringskennis, helpen met behoeften als onderdak, voeding en financiële hulp, geven emotionele ondersteuning, reageren op crisissen en nemen soms de rol op zich van casemanager. Als hulpverleners deze functies erkennen, kunnen ze familie en naastbetrokkenen ondersteunen in de taken die herstelbevorderend zijn voor het familielid in zorg.

Zorginkopers kunnen het betrekken van het familieperspectief bij de zorg door aanbieders stimuleren door te vragen:

- Vragen naar de aanwezigheid van een vastgesteld familiebeleid, opgenomen in de kwaliteitscyclus van de aanbieder;
- Vragen of de aanbieder gebruik maakt van een familiewaarderingsonderzoek als onderdeel van de kwaliteitscyclus en wat de resultaten op dit onderzoek zijn;
- Vragen of de aanbieder voorziet in aanbod met betrekking tot informatie en ondersteuning voor familie: informatie-avonden, cursussen (b.v. psycho-educatie);
- Vragen of de zorgaanbieder een familieraad heeft, die onderdeel is van de planning- en controlcyclus;
- Vragen of er is een familievertrouwenspersoon (FVP) is aangesteld;
- Vragen of De zorgaanbieder samenwerkt met familieorganisaties (regionaal of landelijk);

Inzet ervaringsdeskundigheid

Ervaringskennis is, naast wetenschappelijke en professionele kennis, de derde belangrijke kennisbron voor de zorg. Ervaringskennis (zowel vanuit het cliënten-, als het familieperspectief) wordt o.a. ontsloten en benut door de inzet van ervaringsdeskundigen in de zorg.

Zorginkopers kunnen de inzet van ervaringsdeskundigen bij de zorg door aanbieders stimuleren door:

te vragen naar de aanwezigheid van een vastgesteld visie- en beleidsplan rond de inzet van ervaringsdeskundigheid o.a. in relatie tot herstelondersteunende zorg.

Crisiskaart©

Een crisis is een ingrijpende gebeurtenis. Adequaat handelen kan veel bijkomende schade voorkomen. Vaak beschikt de cliënt over ervaringskennis waarmee hij, vooruitlopend op mogelijke crises in de toekomst, aan kan geven op welke wijze door zijn omgeving het beste met hem kan worden omgegaan in het geval van een crisis. Om deze ervaringskennis optimaal te kunnen benutten is de Crisiskaart© ontwikkeld. Het maken van de Crisiskaart© stimuleert cliënt en betrokkenen tot nadenken over wat te doen in een crisissituatie; dit heeft een emanciperend en preventief effect. De Crisiskaart© en het signaleringsplan van de aanbieder kunnen een elkaar versterkend synergetisch geheel vormen. In voorkomende gevallen vormt de Crisiskaart© de basis voor het signaleringsplan. Bij overdracht van zorg en transitie garandeert de Crisiskaart© continuïteit.

Zorginkopers kunnen bij de zorginkoop vragen of:

- de zorgaanbieder cliënten informeert over de Crisiskaart© (eventueel in samenwerking met Het Landelijke Crisiskaart Informatie en Ondersteunings Punt (LCIO); www.crisiskaartggz.nl)
- de zorgaanbieder de mogelijkheden faciliteert voor cliënten om een Crisiskaart© op te stellen door afspraken te maken met cliëntenbelangenorganisaties.

Dwang en drang

In de afgelopen jaren is het gebruik van dwang in GGZ-instellingen afgenomen doordat er op basis van goede praktijkvoorbeelden anders wordt gewerkt. Voorbeelden hiervan zijn onder meer het signaleringsplan en de zogenaamde comfortrooms (open ruimte waarbij de patiënt tot rust kan komen). Het gericht streven naar terugdringen van dwang vraagt om veranderingen in zowel de cultuur van de organisatie, de structuur en de werkwijze. Elke organisatie moet aandacht besteden aan het aanbieden van effectieve alternatieven voor separatie aan de cliënt.

Zorginkopers kunnen bij de zorginkoop vragen of:

- Of een aanbieder beschikt over een Instellingsbreed beleid en gedeelde visie met betrekking tot het terugdringen van dwang;
- Of er bij de instelling sprake is van structurele borging, initiatieven of projecten gericht op dwangreductie;
- Of er sprake is van structureel dataverzameling via Argus van dwang en terugkoppeling naar afdeling, management, directie en bestuur, externe stakeholders en wat de cijfers zijn;
- Of er sprake is van systematische evaluatie van dwangtoepassingen binnen de instelling met cliënten en hulpverleners;
- Of input vanuit cliënten- of familieperspectief met betrekking tot het werken aan voorkomen van dwang wordt verzameld.

Samenwerking met cliënten-/familie-initiatieven

Over het behoud en/of terugwinnen van de eigen regie over het eigen leven, de ontwikkeling van nieuwe betekenissen en doelen, het participeren in het sociale en maatschappelijke rolverkeer is veel specifieke ervaringskennis aanwezig bij cliënten- en familieorganisaties of bij cliënten- en familieinitiatieven. Deze kennis en deskundigheid is van essentieel belang voor cliënten en sluit veelal aan op de reguliere professionele expertise. Het kan gaan om de volgende vormen van dienstverlening:

- Organiseren van lotgenotencontact en zelfhulp
- Herstelwerkgroepen
- Training, coaching, opleiding ervaringsdeskundigen
- Training, coaching hulpverleners m.b.t. het cliënten-, familie- en/of het herstelperspectief
- Informatievoorziening voor cliënten m.b.t. zorg en aanpalende domeinen
- Cliëntondersteuning en familieondersteuning
- Crisiskaartconsulent
- Verzamelen cliënt- en familie-ervaringen, audits, kwaliteitstoetsingen vanuit cliëntenperspectief en familieperspectief
- Kwaliteitsverbeteringsactiviteiten

Zorginkopers kunnen de samenwerking met cliënten en familie initiatieven stimuleren door:

- te vragen naar de samenwerkingsafspraken die een zorgaanbieder heeft met cliënten- en familie-organisaties, cliënten- en familie-initiatieven.

Factsheet Kwaliteitsregister verpleegkundigen en verzorgenden

Verzekeraars vinden dat bij de levering van zorg voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig moet zijn. Voor de intramurale zorg heeft ZN met de andere partijen in het *convenant investering langdurige zorg*¹¹ afspraken gemaakt over investeringen in voldoende en goed gekwalificeerd personeel. De middelen maken onderdeel uit van de jaarlijkse inkoopssystematiek. Zorgverzekeraars maken met zorginstellingen afspraken, zodat de doelstellingen van het convenant worden gerealiseerd.

Verzekeraars hechten daarnaast belang aan een goede deskundigheidsborging van personeel, waaronder verpleegkundigen en verzorgenden. Verpleegkundigen en verzorgenden dienen op de hoogte te zijn van de laatste ontwikkelingen binnen hun eigen vak om kwalitatief goede en veilige zorg te leveren.

De V&VN heeft sinds 2008 een kwaliteitsregister voor verpleegkundigen en verzorgenden ingesteld. Hierin wordt vastgelegd wat een verpleegkundige of verzorgende doet aan deskundigheidsbevordering en wordt het mogelijk gemaakt dat verpleegkundigen en verzorgenden op aantoonbare en transparante wijze hun deskundigheid op peil houden. Door het kwaliteitsregister zijn landelijke normen vastgesteld voor het onderhouden van de deskundigheid van de individuele beroepsbeoefenaar in de verpleging/verzorging. Het register wordt door diverse partijen erkent zoals de IGZ.

Kenmerken Kwaliteitsregister V&V¹²

Het Kwaliteitsregister V&V heeft de volgende kenmerken:

- Het Kwaliteitsregister V&V kent twee basisregisters: één voor verpleegkundigen en één voor verzorgenden. Deze basisregisters sluiten aan op de eisen van de beroepsnorm deskundigheid verpleegkundigen c.q. verzorgenden.
- Van alle geregistreerde verpleegkundigen en verzorgenden is getoetst of zij staan ingeschreven in het BIG-register c.q. in het bezit zijn van het vereiste diploma.
- Iedere geregistreerde administreert individueel in een online-portfolio welke deskundigheidsbevorderende activiteiten er zijn gedaan.
- Het portfolio is ingedeeld op basis van zorgvragergebonden, organisatiegebonden en professiegebonden activiteiten.
- Het portfolio maakt tevens onderscheid in deskundigheidsbevordering die respectievelijk geaccrediteerd, bewijsbaar of vrij is.
- Het Kwaliteitsregister V&V bevat 44 specifieke deskundigheidsgebieden van ambulanceverpleegkundigen, psychisch verpleegkundigen tot geriatrisch verzorgenden. Deze deskundigheidsgebieden sluiten aan op de eisen die door de beroepsgroep worden gesteld aan de deskundigheid op specifieke terreinen van de beroepsuitoefening.
- Het Kwaliteitsregister V&V hanteert een herregistratieperiode van vijf jaar. Dit betekent dat een verpleegkundige of verzorgende na vijf jaar moet hebben voldaan aan de eisen van de beroepsnorm deskundigheid, alvorens zij een nieuwe registratieperiode van vijf jaar kan beginnen.
- Een geregistreerde verpleegkundige of verzorgende kan de leidinggevende toestemming geven het portfolio in te zien.
- Het portfolio is onafhankelijk van de werkomgeving. Ook bij verandering van werkgever kan de verpleegkundige het portfolio continueren.
- Het Kwaliteitsregister V&V is een transparant systeem dat publiekelijk kan worden geraadpleegd. De volgende informatie is openbaar:
 - Naam van de geregistreerde
 - Aard van het basisregister (verpleegkundigen of verzorgenden)
 - Datum van (her)registratie in het basisregister

¹¹ Convenant Investerings Langdurige Zorg 2011-2015

¹² Bron: Landelijke Beroepsnorm Deskundigheidsbevordering verpleegkundigen & verzorgenden – versie november 2011

- Registratie in een deskundigheidsgebied
- Datum van (her)registratie in het deskundigheidsgebied
- Registratie als voorschrijvend verpleegkundige
- Datum van (her)registratie als voorschrijvend verpleegkundige
- Eerdere (her)registraties op deze onderdelen
- Iedere burger kan het Kwaliteitsregister V&V raadplegen om te zien of een beroepsbeoefenaar haar voorschrijfdeskundigheid volgens de normen van de beroepsgroep onderhoudt.
- Het Kwaliteitsregister V&V bevat een catalogus met ruim 6.000 geaccrediteerde vormen van deskundigheidsbevordering. Accreditatie wordt verleend door een onafhankelijke accreditatiecommissie.
- Jaarlijks wordt de kwaliteit van de scholing in de catalogus steekproefsgewijs gecontroleerd.
- Het Kwaliteitsregister V&V kan gekoppeld worden aan externe systemen voor registratie van deskundigheid. Dit voorkomt dat veel tijd verloren gaat aan dubbele administratie.

Zorginkopers steunen de ontwikkeling van het kwaliteitsregister en kunnen gebruik van het kwaliteitsregister stimuleren door in de zorginkoop bijvoorbeeld:

- afspraken te maken over deelname;
- deelname te belonen;
- deelname aan het kwaliteitsregister verplicht te stellen.

Factsheet e-Health

Het te verwachten tekort op de arbeidsmarkt en de toenemende technologische ontwikkelingen vragen om innovatie en ICT in de zorg. Dit moet leiden tot kwalitatieve en doelmatige zorg en meerwaarde voor de cliënt. e-Health en e-Care kan een bijdrage leveren om de gezondheidszorg in de toekomst toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar te houden. E-care kan tevens toepassingen bieden voor nadere invulling van zelfregie en zelfredzaamheid. Dit stimuleert de participatie van de cliënt in het eigen zorgproces, waarbij kwaliteitswinst te behalen is.

Definities

E-health wat houdt dit in? Er zijn diverse definities te vinden.

Het CVZ hanteert de definitie van e-health van de RVZ uit 2002: *'het gebruik van nieuwe informatie – en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.'*

De WHO zegt: *'e-Health is the combined use of electronic communication and information technology in the health sector.'*

Deze definities zijn breed geformuleerd.

Daarnaast zijn er diverse termen ontstaan die het gebruik van internettechnologie in de zorg proberen te beschrijven, zoals digitale hulpverlening, telemedicine, digihulp, e-Health, e-Care, e-hulpverlening, zorg op afstand etc.

In deze factsheet is e-Health met name beperkt tot zorg op afstand.

NZA heeft zorg op afstand omschreven als: *'Cliëntcontact gericht op het op afstand leveren van geïndiceerde AWBZ zorg met behulp van moderne communicatiemiddelen.'*

Op de vraag wanneer e-health verzekerde zorg is, concludeert CVZ¹³ dat e-health toepassingen meestal andere aanbiedingsvormen zijn van al bestaande zorg. De beoordeling of het bij specifieke e-health interventies inderdaad alleen om een andere aanbiedingsvorm gaat, ligt bij de zorgverzekeraar, aldus CVZ.

¹³ Notitie CVZ 'Wanneer is E-health verzekerde zorg?' d.d. 29 november 2011, volgnummer 2011123541

Zorg op afstand

In de afgelopen jaren is geëxperimenteerd met Screen-to-screenzorg, ook zorg op afstand genoemd. Per 1 januari 2012 is deze innovatieve zorg opgenomen in de reguliere bekostiging. Daarvoor is de NZa beleidsregel extramurale zorg op een aantal onderdelen aangepast. In de eerste plaats is de definitie van cliëntcontacttijd verruimd, waardoor naast face-to-face contact ook vormen van beeldschermcontact als cliëntcontacttijd worden aangemerkt. In de prestatiebeschrijvingen van PV-basis, VP-basis en BG-basis is de mogelijkheid opgenomen voor het verkrijgen van een vergoeding van het aanbieden van zorg op afstand. Per aangesloten cliënt die via beeldschermcommunicatie geïndiceerde AWBZ-zorg op afstand geleverd krijgt, kan hiervoor vier uur per maand tegen het afgesproken basistarief van de dominante geïndiceerde functie (H104, H126 of H300) worden gedeclareerd.

Het programma Zorg op afstand maakte tot 2010 deel uit van het Transitieprogramma Langdurige Zorg. Vanaf eind 2010 heeft ActiZ Zorg op afstand opgenomen in haar reguliere takenpakket onder de noemer 'Zorg en technologie', waaronder ook andere technologische toepassingen als domotica, robotica en het elektronisch cliënten dossier vallen. ActiZ werkt daarbij samen met de brancheorganisatie van woningcorporaties Aedes. De content van de toenmalige website www.zorgopafstand.net is in januari 2011 geactualiseerd en gemigreerd naar www.kcwz.nl.

Kosten en financiële baten van videocommunicatie in de zorg thuis

Op basis van een in 2011 uitgevoerde literatuurstudie¹⁴ naar kosten en financiële baten van videocommunicatie in de zorg thuis concludeert Nivel dat er (nog) geen evidentie is die aantoont dat invoeren van videocommunicatie in de zorg thuis een kosteneffectieve interventie is. Wel is videocommunicatie in de thuiszorg in Nederland in opkomst. En videocommunicatie leidt tot meer zelfstandigheid van cliënten en geeft een verhoogd gevoel van veiligheid.

Maar onbekend is hoe de kosten van videocommunicatie zich verhouden tot de financiële baten.

In 2010 bieden rond de 30 Nederlandse (thuis)zorgorganisaties videocommunicatie aan ruim duizend cliënten. beslissingen te kunnen nemen over het al dan niet invoeren van deze interventie, aldus de onderzoekers van Nivel.

Factsheet Dementie

Dementie is niet één ziekte, maar een verzameling van verschijnselen zoals geheugenverlies, moeite met aangeleerde vaardigheden en verandering van gedrag. De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie, zo'n 40-60% van alle dementiepatiënten heeft de ziekte van Alzheimer. De helft van het aantal dementiepatiënten maakt ook daadwerkelijk gebruik van zorg. Maar bij veel mensen met klachten die verband houden met dementie ontbreekt (nog) een diagnose zodat er geen adequate hulpverlening is. Dementie staat in de top drie van ziekten die voor de cliënt het meeste verlies van kwaliteit van leven veroorzaken.

Op dit moment zijn er 243.000 mensen bij wie de diagnose dementie is gesteld. Het aantal mensen met dementie zal als gevolg van de vergrijzing in de toekomst explosief stijgen naar meer dan een half miljoen in 2040. In 2050 bereikt het aantal mensen met dementie een piek van ruim 565.000. Per regio zijn aanzienlijke verschillen te zien tussen de aantallen (gediagnostiseerde) dementerenden. Dit is te vinden op www.alzheimer-nederland.nl/gemeenten.

De zorgkosten voor mensen met dementie zijn de op-een-na hoogste in Nederland en bedragen in 2011 3,9 miljard. Dat is 4,9 procent van de totale gezondheidszorgkosten. Door de sterke toename van mensen met dementie in de nabije toekomst zullen de zorgkosten voor dementie naar verwachting in 2028 de 6 miljard passeren; dementie is dan de duurste ziekte.

¹⁴ 'Kosten en financiële baten van videocommunicatie in de zorg thuis' van Patriek Mistiaen e.a. Onderzoek van Nivel i.o.v. ActiZ. Vindplaats www.kcwz.nl. Eveneens verschenen in tijdschrift Verpleegkunde, 26e jaargang, nr. 2, mei 2011, pagina 19-28.

Zorgstandaard

Alzheimer Nederland heeft de taak op zich genomen om een zorgstandaard voor dementie te ontwikkelen. Dementie is hiermee de eerste doelgroep met een aandeel in de care waarvoor een zorgstandaard wordt ontworpen. Dit is uitdagend, omdat de zorgstandaard de domeinen van zowel de Wmo, als de Zvw en AWBZ moet omvatten. In 2010 is begonnen met de zorgstandaard. In 2013 wordt de Zorgstandaard dementie verwacht. De dementieketens ervaren dit als een logische stap na de Leidraad Ketenzorg Dementie. 2013 is een jaar waarin de laatste ketens zullen worden opgericht en waarin de bestaande 77 dementieketens aan de slag kunnen met kwaliteitsverbetering en borging van de integrale zorg op basis van de zorgstandaard en de dementiemonitor mantelzorg.

Dementiemonitor Mantelzorg

Alzheimer Nederland organiseert voor de derde keer in samenwerking met het onderzoeksbureau Nivel een Dementiemonitor Mantelzorg. Het doel van deze Monitor is inzicht te verkrijgen op landelijk niveau in de belangrijkste behoeftes en problemen van de mantelzorgers. Ook wordt bekeken in hoeverre de ondersteuning die zij ontvangen hierop aansluit. De plaatselijke afdelingen ontvangen de (anonieme) gegevens van hun werkgebied (de Ketens). Deze gegevens worden gebruikt om voor te leggen aan de zorgaanbieders, de gemeenten en het Zorgkantoor in het werkgebied om daarmee te bevorderen dat de voorzieningen beter worden afgestemd op de wensen van de mantelzorger. De peiling is eind 2011 uitgevoerd en de respons is 2,5 maal zo hoog als de vorige peilingen. De landelijke resultaten komen in mei 2012 beschikbaar. achtenveertig dementieketens krijgen begin maart 2012 een ketenrapportage die verbeterpunten bevat vanuit het perspectief van de mantelzorger bij dementie.

Netwerkindicatoren

Naast de normen verantwoorde zorg voor de VV&T, wordt kwaliteit van dementie - totdat de zorgstandaard medio 2013 gereed is - inzichtelijk gemaakt met behulp van ketenindicatoren. Hiertoe ontwikkelde CBO in opdracht van Alzheimer Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, diverse veldpartijen en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport eind 2008 de Netwerkindicatoren Ketenzorg Dementie. Er zijn tien indicatoren, verdeeld naar vijf themagebieden. De standaardset is te vinden in de Leidraad Ketenzorg Dementie en maken onderdeel uit van de zorgstandaard dementie en worden doorontwikkeld.

Handvatten zorginkoop

Voor de inkoop van dementiezorg zijn de normen verantwoorde zorg niet specifiek genoeg. Zorgverzekeraars kunnen om die reden ervoor kiezen om gebruik te maken van de ketenindicatoren, maar ook deze zullen niet per definitie voldoende informatie opleveren voor de inkoop. Voor de ketenindicatoren geldt dat in de huidige set de focus ligt op structuurindicatoren. Met name regio's die aan het begin van een netwerkontwikkeling staan, hebben baat bij indicatoren die inzicht geven in de mate van ontwikkeling van het netwerk. Bij meer volwassenheid van de netwerken zal een ontwikkeling in de set naar meer uitkomstmaten logisch zijn. In de huidige set zijn geen indicatoren opgenomen met uitkomsten op cliëntniveau.

In afwachting van de zorgstandaard dementie kan de Leidraad Ketenzorg Dementie bij de inkoop van dementiezorg behulpzaam zijn. De leidraad geeft zorgaanbieders, zorginkopers en cliëntorganisaties (concrete) handvatten over hoe te komen tot samenhangende zorg die aansluit bij de behoeften en wensen van mensen met dementie en hun naasten. In zeventien stappen, verdeeld over drie fasen (signalering, diagnose en levering van zorg), wordt beschreven wat 'goede dementiezorg' is. Goede dementiezorg reikt verder dan de AWBZ. Afstemming met de Zvw en de Wmo is noodzakelijk om tot een sluitende keten te komen.

Eigen regie en zelfredzaamheid

Informatievoorziening voor dementiecliënten en hun naasten is een voorwaarde voor zelf- en samenredzaamheid. Daarnaast is samenwerking met mantelzorgers een belangrijke factor voor goede dementiezorg. Er is te weinig aandacht voor de specifieke situatie van mensen met dementie en hun mantelzorgers in de pleidooien voor zelfredzaamheid. Mensen met dementie gaan per definitie achteruit qua mogelijkheden om zelf regie te voeren en om zelfredzaam te zijn. Aandachtspunt is dat mensen met dementie ver gaan in het compenseren en zelfs verbergen van deze achteruitgang. Ze vragen laat, te laat om hulp aan hun familie, burens en hulpverleners.

Zorginkoop

Zorginkopers kunnen eigen regie en vraaggericht werken bij dementie bijvoorbeeld stimuleren door:

- de cliënt centraal te stellen door inzicht te krijgen in de discrepantie tussen zorgvraag en –aanbod, bijvoorbeeld door structureel input van cliëntenorganisaties (algemeen
- en categoriaal) te organiseren en de ledenraad hier actief bij te betrekken;
- deelname aan de dementiemonitor mantelzorg van Alzheimer Nederland te stimuleren.;
- aanvullende zorgpakketten specifiek voor dementie cliënten samen te stellen, met een divers aanbod van diensten;
- afspraken te maken met de eerstelijns over signalering en vroegdiagnostiek;
- afspraken met de extramurale en de intramurale zorgaanbieders, zoals ook de GGZ, te maken over de wijze van betrekken van de mantelzorger;
- stimuleren dat aanbieders samen met de cliënt een zorg(leef)plan maken over grenzen van de drie domeinen heen;

Zorginkopers kunnen zelfredzaamheid en samenredzaamheid bijvoorbeeld stimuleren door:

- actief samenwerking te zoeken met spelers aan het begin van de keten, zoals de gemeente en de huisarts, om mensen met een vermoeden op dementie en hun mantelzorgers van adequate informatie te voorzien, waardoor zij langer zelfredzaam kunnen blijven;
- te investeren in de ontwikkeling van een stabiel hulpnetwerk rondom de cliënt, bijvoorbeeld door inzet van hulpmiddelen (sociale netwerkondersteuning software) of begeleiding (bijvoorbeeld casemanager).

Preventie

Vroege signalering is zeer belangrijk bij dementie. Het welbevinden van de cliënt en zijn naasten wordt bij (startende) dementie sterk aangetast. Vanaf het 'niet pluis gevoel', is het belangrijk dat de juiste informatie wordt verstrekt en een diagnose wordt gesteld. In de vroege stadia van dementie blijken vroege herkenning, activering en ondersteuning van het 'thuissysteem' een significante impact te hebben op zowel de ervaren kwaliteit van leven als ook de zorgconsumptie. Daarbij gaat het onder andere om het voorkomen van acute opnames en het uitstellen van het moment van opname in een verpleeghuis. Ziekenhuizen kunnen bovendien ook aan preventie doen. Het optreden van een delirium tijdens ziekenhuisopnames kan een trigger zijn voor ontwikkeling of verergering van dementie. De gemeente en GGZ hebben ook hun aandeel in preventie. Preventie van overbelasting van mantelzorgers, tot slot, mag niet worden onderschat; 78 procent van de mantelzorgers is overbelast of loopt een groot risico op overbelasting en depressie.

Een groot deel van preventie bij mensen met dementie valt onder 'zelf- en samenredzaamheid'. Naast de daarbij genoemde mogelijkheden kan preventie bijvoorbeeld ook gestimuleerd worden door:

- het inkopen van respijtzorg en crisisopvang om mantelzorgers te ontlasten;
- bij de inkoop van huisartsenzorg verplicht stellen dat er wordt samengewerkt met dementieketen die casemanagement en het belang van tijdige diagnostiek benadrukken;
- actief samenwerking te zoeken met gemeente, GGZ en de huisarts, om mensen met een vermoeden op dementie van informatie te voorzien en activiteiten te starten die verergering tegengaan (bijvoorbeeld activering). Bij de inkoop van huisartsenzorg kunnen bijvoorbeeld verplicht preventieactiviteiten voor dementiecliënten worden geëist;

- concrete samenwerkingsafspraken te maken over de handelswijze bij het optreden van een delirium tussen de tweedelijns en de care-instelling en bij het contracteren van ziekenhuizen delirium preventie te stimuleren;
- afspraken te maken met verschillende spelers in zowel de Wmo, Zvw als AWBZ setting over waar de kosten gemaakt worden (bijvoorbeeld investeringen voor preventie) en hoe de baten verdeeld worden.

Zorg in de eigen omgeving

Het merendeel (70 procent) van de mensen met dementie woont thuis, hier speelt de zorg zich dan ook voornamelijk af. Zestig procent van de cliënten is afhankelijk van 24-uurs zorg, dat wil zeggen geplande én op afroep beschikbare extramurale zorg gedurende het etmaal en constant toezicht, dat vaak wordt ingevuld door de mantelzorger. Mensen waarbij de diagnose dementie is gesteld wonen gemiddeld nog zes jaar thuis. Door een toename van zelf- en samenredzaamheid en preventie zou dit nog kunnen toenemen. Zorg in die eigen omgeving is dus vanzelfsprekend van belang. De spelers die dicht in de buurt van de cliënt zijn, kunnen er gezamenlijk voor zorgen dat dit zo goed mogelijk georganiseerd is. Te denken valt dan aan de huisarts, de eerstelijns centra, mantelzorgers, huishoudelijke hulp, verzorging en dagactiviteiten. Belangrijk is dat op buurtniveau de juiste zorg aanwezig is en er overzicht is over de geboden zorg en ondersteuning. Wanneer mensen met dementie niet meer thuis kunnen wonen is het, gezien het belang van de mantelzorger, goed om aanbod kleinschalig en dicht bij huis vorm te geven. De doelstelling van het Programma Ketenzorg Dementie is dat in 2011 in heel Nederland een duurzaam en gestructureerd aanbod van samenhangende dementiezorg beschikbaar is. In het programma wordt daartoe in een groot aantal regio's de implementatie van de keten begeleid. Het verschilt van regio tot regio welke partijen betrokken zijn bij deze experimenten. Alzheimer Nederland is vaak betrokken door de Alzheimer cafés waar mensen met dementie, maar ook familie en hulpverleners een aantal keer per jaar terecht kunnen voor informatie en advies en ervaringen kunnen uitwisselen.

Zorginkopers kunnen de inrichting van zorg in eigen omgeving bijvoorbeeld stimuleren door:

- op wijk- en buurtniveau zorg in te kopen, zoals dagactiviteiten en casemanagers;
- inhoudelijke afspraken te maken met eerstelijns centra over een behandel- en ondersteuningsplan van cliënten en de begeleiding van mantelzorgers;
- zorg voor intramurale dementie cliënten kleinschalig in de eigen omgeving in te kopen.

Integrale benadering

Cliënten met chronische aandoeningen zoals dementie behoeven de zorg van meerdere disciplines, waarbij onder- of overbehandeling voorkomen dient te worden. De communicatie tussen alle spelers en coördinatie van zorg- en ondersteunende taken dient zodanig geregeld te zijn, dat de kwaliteit ervan hoog is en de transactiekosten laag. Ketenzorg dementie is de afgelopen jaren vooral opgepakt vanuit de AWBZ. Er is echter nog maar beperkt sprake van echte inkoop van ketenzorg die de financieringsdomeinen Wmo, Zvw en AWBZ omvat en zo een doelmatig en op de cliënt afgestemd aanbod in de volledige keten die de cliënt doorloopt mogelijk maakt. de concurrentie in de AWBZ en Wmo. Op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg, bewaakt de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) de concurrentie in de zorgsector. van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. grond te krijgen. Dit door in de inkoopplannen inhoudelijke eisen op te nemen waaraan geïnteresseerde aanbieders moeten voldoen. Die eisen kunnen liggen op het vlak van kwaliteit, maar ook op aspecten als samenwerking.

Zorginkopers kunnen de integrale benadering van zorg bijvoorbeeld stimuleren door:

- inhoudelijke afspraken verplicht te stellen tussen de zorgaanbieders in de keten over bijvoorbeeld verwijzingen, informatieoverdracht en verantwoordelijkheden bij vroege diagnose stelling van dementie en de financiering daarvan. Hierbij dient de gemeente ook actief betrokken te worden;

- transitieverantwoordelijkheid te nemen bij overgang van de functie 'begeleiding' naar de Wmo-
- Zorg in ketenvorm in te kopen;
- duidelijkheid te vragen over de wijze waarop regie wordt vormgegeven (bijvoorbeeld: bij complexe gevallen door inzet van een casemanager);
- te sturen op ketenkwaliteit middels de netwerkindicatoren ketenzorg dementie, door minimale eisen te stellen aan de structuur en het proces van het dementienetwerk.

Factsheet Zorg Dichtbij

Zorg Dichtbij

Het aantal mensen met een chronische aandoening en het aantal hulp- en zorgbehoevende ouderen neemt sterk toe. Dit plaatst de zorg, zowel de care als de cure, voor uitdagingen. Het vormgeven van zorg en ondersteuning in de buurt moet daarom mede bijdragen aan het toekomstbestendig maken van ons zorgstelsel. Vanuit VWS wordt daarbij ingezet op preventie, decentralisatie van zorg, versterking van de nuldelijn en de eerste lijn, samenwerking tussen zorg- en hulpvormen en (eerstelijns) GGZ.

Doelgroep Zorg Dichtbij

Zorg Dichtbij, als strategisch thema benoemt door de zorgverzekeraars, gaat over de, kwetsbaarder wordende, oudere zorgvrager die verandert, en daarmee de zorgvraag die verandert. De zorgvrager van nu en in de toekomst:

- wil zo lang mogelijk thuis kunnen wonen;
- wil de zorg ervaren als een samenhangend geheel;
- wil zoveel mogelijk zelf de regie in handen houden.

Er is onderscheid te maken tussen de nog vitale oudere waarbij eigen regie en keuze vrijheid centraal staat en die waarbij de kwetsbaarheid toeneemt en de behoefte aan zekerheid centraal staat.

Samenwerking met Gemeenten

Integrale zorg gaat echter verder dan alleen de Zvw en de AWBZ, ook de ondersteuningsvragen die vanuit de Wpg of de Wmo zouden moeten worden opgepakt, maken hier onderdeel van uit. Een goede sociale infrastructuur, bijvoorbeeld in de vorm van goede mantelzorgondersteuning of dagbesteding, zijn cruciaal om het kwetsbare evenwicht in stand te houden. Samenwerking komt dan ook al op veel terreinen tot stand. De komende jaren zal dit, mede gestimuleerd door overheidsbeleid, alleen maar worden versterkt.

Factsheet Zorgprisma AWBZ van Vektis

In samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft Vektis sinds 2008 een speciale, besloten website gecreëerd, www.zorgprisma.nl. Via deze website wordt spiegelinformatie aan zorgverzekeraars teruggekoppeld over allerlei onderwerpen, bijvoorbeeld over zorginkoop of inkoopindicatoren.

Al enkele jaren wordt er informatie over onder andere de ziekenhuizen en GGZ teruggekoppeld. Begin 2012 is in samenwerking met de zorgverzekeraars een inventarisatie van de informatiebehoefte van de AWBZ gemaakt en zal het product voor de AWBZ worden vormgegeven.

2.4 PRODUCTSPECIFICATIES INTRAMURALE ZORG

Inleiding

Zorgverzekeraars hanteren gezamenlijk productspecificaties voor zorgzwaartepakketten (ZZP's) ten behoeve van de zorginkoop 2013. Deze productspecificaties vormen een aanvulling op bestaande kwaliteitseisen en beschrijven per ZZP waaraan de zorginstelling of geleverde zorg aanvullend dient te voldoen, opdat kwaliteit van zorg wordt geborgd. Zorgverzekeraars achten het van groot belang dat de specificaties worden herkend door de sector. Bij het formuleren van de specificaties is daarom rekening gehouden met de geleverde input van brancheorganisaties van zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Dit hoofdstuk beschrijft de definitieve set van productspecificaties voor de zorginkoop 2013.

De productspecificaties ZZP zijn een aanvulling op bestaande kwaliteitseisen vastgelegd in kwaliteitskaders: het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VVT, Kwaliteitskader GZ en de prestatie-indicatoren GGZ. Deze kwaliteitskaders gaan uit van het instellingsniveau en zijn niet altijd specifiek genoeg voor het maken van afspraken over de te leveren zorg conform ZZP's. Daarom hebben zorgverzekeraars voor bepaalde ZZP's productspecificaties opgesteld, waarmee heldere afspraken over kwaliteit van zorg kunnen worden gemaakt. Zo hechten zorgverzekeraars bijvoorbeeld grote waarde aan de deskundigheid van personeel, het nemen van verantwoordelijkheid en het werken volgens procesbeschrijvingen en protocollen.

In de volgende paragraaf worden allereerst enkele algemene en sectoroverstijgende uitgangspunten genoemd, waarna de productspecificaties voor toeslagen en de productspecificaties per sector nader worden toegelicht.

In de bijlage bij dit document zijn deskundigheidstabellen per sector opgenomen. De deskundigheidstabellen geven een aanzet voor de benodigde deskundigheid bij het leveren van zorgzwaartepakketten in de intramurale setting. Ook bij extramuralisering is aandacht voor voldoende deskundigheid. Deze tabellen dienen daarbij als handreiking om het gesprek aan te gaan tussen zorgverzekeraar en instelling.

Algemeen

Onderstaande alinea's beschrijven het algemene kader voor het formuleren van productspecificaties, benadrukken het belang van de wens van de cliënt en lichten toe hoe zorgverzekeraars omgaan met de toelating behandeling en beschrijven de eisen die worden gesteld aan een Volledig Pakket Thuis.

Kader

Zowel zorgverzekeraars als zorginstellingen zijn verplicht om aan de landelijke wet- en regelgeving te voldoen, onder meer:

- prestatiebeschrijvingen ZZP zoals vastgelegd in beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- afbakening van aanspraken door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ);
- kwaliteitsnormen van de IGZ, inclusief bouwkundige eisen;
- wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

Rekening houdend met de huidige wet- en regelgeving, zijn de productspecificaties ZZP 2013 geformuleerd. Deze worden door alle zorgverzekeraars gehanteerd en als bijlage bij de inkoopdocumenten 2013 gevoegd. De specificaties zijn behulpzaam bij het contact tussen zorgverzekeraar en zorginstelling over de kwaliteit van de in te kopen en te leveren ZZP's.

Om recht te doen aan regionale omstandigheden kunnen de representerende zorgverzekeraars in het inkoopbeleid een nadere invulling geven aan de productspecificaties ZZP.

Cliëntkeuze

De zorgverzekeraar informeert de cliënt optimaal over keuzemogelijkheden in het zorgaanbod en ondersteunt de cliënt indien gewenst bij het vinden van een passend aanbod. Zodra een cliënt zich met een ZZP-indicatie bij een voorkeursinstelling meldt, beoordeelt de zorginstelling zelf aan de hand van de gemaakte inkoopafspraken en bestaande wet- en regelgeving of de instelling de geïndiceerde zorg kan leveren. Het kan voorkomen dat een cliënt met een bepaalde ZZP-indicatie bewust voor een zorginstelling (locatie) kiest die de geïndiceerde zorg conform de toets op de productspecificaties niet kan leveren. In dat geval dient de cliënt hiervan op de hoogte te worden gebracht. De zorginstelling bespreekt met de cliënt welke alternatieve zorg wel kan worden geleverd. Indien de cliënt bij de keuze blijft, wordt in een wederzijds ondertekend zorgleefplan vastgelegd welke zorg aan de cliënt zal worden geleverd conform een zorginstellingseigen ZZP die zo veel mogelijk overeenkomt met de indicatie.

Om het cliëntenperspectief te benadrukken volgen zorgverzekeraars het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg en stellen zij een aantal algemene voorwaarden aan instellingen met wie zij een ZZP-afpraak maken:

- Het zorgleefplan wordt met de cliënt opgesteld. Bij het vaststellen van een zorgarrangement is de wens van de cliënt uitgangspunt.
- Het zorgleefplan wordt minimaal één keer per jaar met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger besproken. Bijstellingen en veranderingen in het zorgleefplan worden schriftelijk vastgelegd.
- De zorg wordt conform het gemaakte arrangement geboden.

Volledig pakket thuis

Een volledig pakket thuis (VPT) betreft het leveren van verblijfszorg en overige geïndiceerde zorg aan een cliënt met een ZZP-indicatie bij de cliënt thuis. Voor alle sectoren (GGZ, GZ en V&V) geldt dat de te leveren zorg bestaat uit het geïndiceerde ZZP met de bijbehorende leveringsvoorwaarden en productspecificaties die worden gehanteerd door de zorgverzekeraar¹⁵.

Eisen die in ieder geval aan (het leveren van) een VPT worden gesteld, zijn:

- De zorg kan alleen geleverd worden door zorginstellingen met een toelating voor de functie verblijf¹⁶
- 24 Uur per dag is zorg op afspraak en afroep beschikbaar.
- Nachtzorg wordt geleverd via alarmering en indien nodig op afspraak.

Toelating voor behandeling

Voor het verlenen van zorg dient een zorginstelling te beschikken over een toelating (art. 5 WTZi)¹⁷. In de toelating wordt onderscheid gemaakt tussen:

- verblijf met behandeling;
- verblijf zonder behandeling.

De toelating vermeldt het aantal verblijfsplaatsen met en zonder behandeling. Productieafspraken voor een ZZP tegen de prijs met behandeling kunnen alleen worden gemaakt voor het aantal verblijfsplaatsen met behandeling waarvoor de

¹⁵ Ook specifieke behandeling, als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, behoort, indien geïndiceerd, tot de aanspraak en is dan onderdeel van het volledig pakket thuis. De cliënt heeft geen aanspraak op de basis medische zorg, geneesmiddelen en hulpmiddelen, als bedoeld in artikel 15 BZA, ten laste van de AWBZ omdat er geen sprake is van verblijf en behandeling in de zorginstelling. De cliënt dient hiervoor een beroep te doen op Zorgverzekeringswet en/of de Wet maatschappelijke ondersteuning.

¹⁶ Dit kunnen ook zijn extramurale instellingen met een toelating voor verblijf zonder bedden. Een en ander is ook afhankelijk van het mogelijk vervallen van het toelatingenregime bij in werking treding van de WCZ.

¹⁷ De Wet cliëntenrechten zorg (WCZ) vervangt mogelijk de WTZi. De consequenties voor toelatingen zijn op dit moment nog niet bekend, en kunnen tot aanpassing van de productspecificaties leiden.

zorginstelling is toegelaten. Dit geldt voor alle sectoren (GGZ, GZ en V&V). Onder behandeling wordt verstaan: de te verlenen zorg zoals omschreven in artikel 8 (gericht op aandoening) van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ (BZa). Wanneer een zorginstelling is toegelaten voor verblijf in combinatie met behandeling, de cliënt een ZZP-indicatie inclusief behandeling heeft en verblijf met behandeling ontvangt, dan is ook artikel 15 van het BZa (algemeen medische zorg) van toepassing. Afhankelijk van veranderende wet- en regelgeving over toelating zorginstellingen, wijzigen eisen die zorgverzekeraars stellen aan het leveren van behandeling.

Toeslagen

Deze paragraaf beschrijft de productspecificaties voor vier toeslagen, waarvoor zorgverzekeraars aanvullende leveringsvoorwaarden essentieel achten.

Toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ)

Deze toeslag kan alleen gecontracteerd worden door zorginstellingen die algemeen erkend zijn als voorziening voor gespecialiseerde epilepsiezorg. Dit betreft zorginstellingen (Sein en Kempenhaege) genoemd in het rapport 'Gespecialiseerde epilepsiezorg in de ZZP systematiek' van HHM.

Indien wet- en regelgeving over toelating zorginstellingen verandert en de toelating voor verblijf en behandeling komt te vervallen, gaan zorgverzekeraars op dat moment uit van de voorheen toegelaten zorginstellingen.

Toeslag observatie

Om te komen tot een doelmatige inzet van middelen, zijn aanvullende voorwaarden voor de inkoop van observatie(toeslagen) noodzakelijk. Zorgverzekeraars kunnen zorginstellingen aanwijzen die voor deze vergoeding in aanmerking komen. Zorgverzekeraars vinden het hierbij van belang dat:

- observatieplekken een regionaal erkende functie hebben;
- observatiezorg geclusterd wordt geleverd, zodat deskundigheid/expertise wordt bevorderd en verder ontwikkeld;
- observatie met een minimum van 4 plaatsen wordt afgesproken.

Toeslag (non-)invasieve beademing

Voor deze toeslag hanteren zorgverzekeraars de volgende productspecificaties: deze gespecialiseerde zorg wordt geclusterd geleverd;

- bij het contracteren van deze zorg gaan zorgverzekeraars uit van de richtlijnen en werkafspraken die door het Centrum voor thuisbeademing worden gehanteerd;
- het personeel dient bekwaam te zijn en snel (binnen 2 minuten) beschikbaar bij apparatuur alarm.

Toeslag Huntington

Alleen erkende zorginstellingen komen voor deze vergoeding in aanmerking.

Sector Verpleging & Verzorging

Deze paragraaf heeft betrekking op de volgende ZZP's in de sector verpleging en verzorging (V&V):

Tabel 2.5 Zorgzwaartepakketten sector V&V

ZZP nr.	Titel
1 VV	Beschut wonen met enige begeleiding
2 VV	Beschut wonen met begeleiding en verzorging
3 VV	Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging
4 VV	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
5 VV	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg
6 VV	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging
7 VV	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding
8 VV	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging
9b VV	Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging
10 VV	Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg

Productspecificaties V&V algemeen

- Voor alle pakketten ZZP 1 VV tot en met 10 VV geldt:
 - Het is aan zorginstellingen om te zorgen dat voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig is. De samenstelling van de personele inzet kan verschillen voor verschillende doelgroepen, ook als deze dezelfde ZZP-indicatie hebben. Het schema in de bijlage geeft een beeld van deskundigheden die gezien de inhoud van de ZZP's aanwezig moeten zijn/betrokken zijn bij de zorglevering. Daarnaast dient de zorginstelling te voorzien in een optimaal welzijn van de cliënt.
 - De deskundigheid van personeel is toegespitst op de zorgzwaarte, individuele gezondheidsrisico's en specifieke situaties van de in het ZZP beschreven doelgroepen.
 - De zorginstelling is in staat een dagprogramma aan te bieden passend bij de wens van de cliënt, zo nodig middels een samenwerking met een andere zorginstelling. Er is daarbij voldoende ruimte voor invulling door de professional en de cliënt. Het dagprogramma is vastgelegd in het individueel zorgleefplan.

Productspecificaties per ZZP VV

- Voor ZZP 3 t/m 8 VV gelden aanvullend de volgende productspecificaties:
 - Er is minimaal twee keer per jaar een multidisciplinair overleg op cliëtniveau. Dit in aanwezigheid van alle betrokken disciplines. Bij instabiele of veranderende gezondheidstoestand dient de frequentie van het multidisciplinaire overleg verhoogd te worden. Afspraken worden vastgelegd in het zorgleefplan.
- Voor ZZP 9b VV (herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging) geldt:
 - Het betreft herstelgerichte zorg voor de (veelal) oudere patiënt. De geriatrische cliënt wordt gekenmerkt door 'frailty' (verhoogde somatische, psychische en sociale kwetsbaarheid en regieverlies over het eigen le-ven) en veelal co-morbiditeit. Naast somatische en/of psychogeriatrische co-morbiditeit is meer en meer sprake van psychiatrische en sociaalpsychologische problematiek (waaronder verslavingsproblematiek).
 - De zorg behelst niet psychogeriatrische reactivering (behandeling, begeleiding en ondersteuning gericht op geestelijke beperkingen van ouderen).

- De specialist ouderengeneeskunde is als onderdeel van het multidisciplinaire team verantwoordelijk voor triage en het evalueren van het zorgplan.
 - De deskundigheid van personeel is toegespitst op de zorgzwaarte, individuele gezondheidsrisico's en specifieke situaties van de in het ZZP beschreven doelgroepen.
 - Gezien het medisch-specialistische karakter van dit ZZP-pakket kan deze zorg alleen worden geleverd op specialistische units of instellingen.
- Voor ZZP 10 VV gelden de volgende productspecificaties:
- Er is sprake van een setting met eenpersoonskamer.
 - De zorg is geprotocolleerd volgens de landelijk erkende standaard.
 - De zorginstelling is aangesloten bij een palliatief netwerk.
 - De zorginstelling maakt zichtbaar dat zij ook de naasten van de cliënt begeleiding biedt.
 - De zorginstelling maakt zichtbaar dat de cliënt de gewenste geestelijke/spirituele zorg wordt aangeboden.

Sector Gehandicaptenzorg

Deze paragraaf heeft betrekking op de volgende ZZP's in de sector gehandicaptenzorg (GZ):

Tabel 2.6 Zorgzwaartepakketten sector GZ

ZZP nr.	Titel
Verstandelijk gehandicaptenzorg	
1 VG	Wonen met enige begeleiding
2 VG	Wonen met begeleiding
3 VG	Wonen met begeleiding en verzorging
4 VG	Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
5 VG	Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
6 VG	Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering
7 VG	(besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering betreft doelgroep SGLVG-SGEVG met CEP score 3/4
8 VG	Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging
Licht verstandelijk gehandicaptenzorg	
1 LVG	Wonen met enige behandeling en begeleiding
2 LVG	Wonen met behandeling en begeleiding
3 LVG	Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep
4 LVG	Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding
5 LVG	Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding
Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicaptenzorg	
1 SGLVG	Behandeling in een SGLVG behandelcentrum
Lichamelijk gehandicaptenzorg	
1 LG	Wonen met enige begeleiding en enige verzorging
2 LG	Wonen met begeleiding en enige verzorging
3 LG	Wonen met enige begeleiding en verzorging

4 LG	Wonen met begeleiding en verzorging
5 LG	Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
6 LG	Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
7 LG	Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging
Zintuigelijk gehandicaptenzorg: auditief en communicatief	
1 ZG-aud	Wonen met begeleiding en enige verzorging
2 ZG-aud	Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
3 ZG-aud	Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
4 ZG-aud	Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging
Zintuigelijk gehandicaptenzorg: visueel	
1 ZG-vis	Wonen met enige begeleiding en enige verzorging
2 ZG-vis	Wonen met begeleiding en enige verzorging
3 ZG-vis	Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
4 ZG-vis	Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
5 ZG-vis	Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging

Productspecificaties GZ algemeen

- Voor alle ZZP's VG, LVG, SGLVG, LG en ZG hanteren zorgverzekeraars de volgende productspecificaties:
 - Het is aan zorginstellingen om te zorgen dat goed en voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig (zie bijlage). De samenstelling kan verschillen voor verschillende doelgroepen, ook als deze dezelfde ZZP-indicatie hebben. Het schema geeft een beeld van de deskundigheden die gezien de inhoud van de ZZP's logischerwijze zijn betrokken bij de zorglevering.

Productspecificaties per ZZP GZ

Verstandelijk Gehandicaptenzorg

- Voor ZZP 1 VG, 2 VG en 3 VG gelden de volgende productspecificaties:
 - Woonondersteuner is aanwezig.
- Voor ZZP 4 VG geldt:
 - Woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid, in pand aanwezig als er cliënten aanwezig zijn.
 - Indien cliënt verpleegkundige zorg nodig heeft, is deze deskundigheid beschikbaar.
- Voor ZZP 5 VG geldt:
 - Behandelaar is eindverantwoordelijk of betrokken bij het zorgleefplan: AVG arts en gedragskundige/psycholoog(psychiatrisch) 7 x 24 uur bereikbaar.
 - Woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid, in pand aanwezig als er cliënten aanwezig zijn.
 - Er is verpleegkundige hulp en advies beschikbaar, deze moet bevoegd en in staat zijn specifiek verpleegkundige handelingen uit te voeren.
- Voor ZZP 6 VG geldt:
 - Behandelaar is eindverantwoordelijk voor zorgleefplan: AVG arts en gedragskundige/psycholoog(psychiatrisch) 7 x 24 uur bereikbaar.
 - Er wordt 7 x 24 uur ondersteuning geboden door gekwalificeerd personeel.
- Voor ZZP 7 VG geldt:
 - Behandelaar is verantwoordelijk voor zorgleefplan: AVG arts en gedragskundige/psycholoog(psychiatrisch) 7 x 24 uur bereikbaar.

- Permanent toezicht en mogelijkheid tot direct ingrijpen.
- Er is een adequaat alarmeringsstelsel en direct back-up van collega's aanwezig.
- Individuele risico's zoals agressie en veiligheidsaspecten worden vastgelegd in het zorgleefplan.
- Periodieke scholing met betrekking tot agressieregulering, gedragsproblemen etc.
- Middelen en maatregelen BOPZ moeten kunnen worden toegepast!
- Voor ZZP 8 VG geldt:
 - Woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid.
 - Bij deze cliënten is regelmatig sprake van specifiek verpleegkundig handelen in verband met diverse aandoeningen. Er dient daarom verpleegkundige hulp/inzet en advies beschikbaar te zijn dat bevoegd en bekwaam is ten aanzien van het uitvoeren van verpleegkundige handelingen.

Licht Verstandelijk Gehandicaptenzorg

- ZZP 1, 2 en 3 LVG kunnen worden geleverd door zowel LVG-behandelcentra als VG-instellingen. ZZP 4 en 5 LVG zijn voorbehouden aan LVG behandelcentra.
- Er moet op ontwikkeling/behandeling gerichte zorg- of ondersteuningsplan aanwezig zijn, waarbij de behandelaar eindverantwoordelijk is.
- Voor ZZP 1 LVG en 2 LVG geldt:
 - Behandelaar is eindverantwoordelijk voor het zorgleefplan: behandelaars bij zorgverlening betrokken: (AVG) arts en gedragsdeskundige/psycholoog beschikbaar voor advies.
- Voor ZZP 3 LVG geldt:
 - Ondersteuner 24 uur per dag direct aanwezig.
 - Behandelaar is eindverantwoordelijk voor het zorgleefplan: behandelaars bij zorgverlening betrokken: (AVG) arts en gedragsdeskundige/psycholoog beschikbaar voor advies.
 - Dag en nacht heersen een adequate vorm van toezicht en permanente alertheid op eventuele onveilige situaties.
 - Er wordt 7x 24 uur ondersteuning geboden door gekwalificeerd personeel.
- Voor ZZP 4 LVG geldt:
 - De behandelaar met GGZ deskundigheid is als onderdeel van het multidisciplinaire team verantwoordelijk voor het opstellen en evalueren van het zorgleefplan. Behandelaar bij zorgverlening betrokken: (AVG) arts en gedragsdeskundige/psycholoog beschikbaar voor advies.
 - Dag en nacht heersen een adequate vorm van toezicht en permanente alertheid op eventuele onveilige situaties.
 - Er is een adequaat alarmeringsstelsel en direct back-up van collega's aanwezig.
 - Er is sprake van terreingebonden voorziening, een drie-milieus voorziening (onderwijs/werk, vrije tijd, wonen).
 - Indien school niet geleverd kan worden dient de instelling zelf de dagbesteding te regelen.
 - Middelen en maatregelen BOPZ moeten kunnen worden toegepast.
- Voor ZZP 5 LVG geldt:
 - De behandelaar met GGZ deskundigheid is als onderdeel van het multidisciplinaire team verantwoordelijk voor het opstellen en evalueren van het zorgleefplan: AVG arts en gedragsdeskundige/psycholoog (psychiatrisch) 7 x 24 uur bereikbaar.
 - Permanent toezicht en mogelijkheid tot direct ingrijpen.
 - Er is een adequaat alarmeringsstelsel en direct back-up van collega's aanwezig.
 - Individuele risico's zoals agressie en veiligheidsaspecten worden vastgelegd in het zorgleefplan.
 - Periodieke scholing met betrekking tot agressieregulering, gedragsproblemen etc.
 - Middelen en maatregelen BOPZ moeten kunnen worden toegepast.
 - Er is sprake van terreingebonden voorziening, een drie-milieus voorziening (onderwijs/werk, vrije tijd, wonen).
 - Het gaat om gesloten verblijf. De kamers dienen afgesloten te kunnen worden.

Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicaptenzorg

- Voor ZP 1 SGLVG geldt:
 - ZP 1 SGLVG is voorbehouden aan de SGLVG behandelcentra.
 - De behandelaar met GGZ deskundigheid is als onderdeel van het multidisciplinaire team verantwoordelijk voor het opstellen en evalueren van het zorgleefplan: AVG arts en gedragskundige/psycholoog(psychiatrisch) 7 x 24 uur bereikbaar.
 - Permanent toezicht en mogelijkheid tot direct ingrijpen.
 - Er is een adequaat alarmeringssysteem en direct back-up van collega's aanwezig.
 - Individuele risico's zoals agressie en veiligheidsaspecten worden vastgelegd in het zorgleefplan.
 - Periodieke scholing met betrekking tot agressieregulering, gedragsproblemen etc.
 - Middelen en maatregelen BOPZ moeten kunnen worden toegepast.
 - Er is sprake van (terrein)gebonden voorziening, een drie-milieus voorziening (onderwijs/werk, vrije tijd, wonen).
 - Het gaat om gesloten verblijf. De kamers dienen afgesloten te kunnen worden.

Lichamelijk Gehandicaptenzorg

- Voor ZP 1 en 2 LG geldt:
 - 's Nachts is er een oproepbare wacht.
 - Woonondersteuner niveau 2 is aanwezig.
 - Er is een verpleegkundige op afroep beschikbaar.
- Voor ZP 3 LG geldt:
 - 's Nachts is er een wakende of slapende wacht.
 - Woonondersteuner niveau 3 is aanwezig.
 - Behandelaar bij zorgverlening betrokken: arts, psychiater/gedragskundige/psycholoog 7 x 24 uur bereikbaar, reageert binnen 10 minuten.
 - Er is een verpleegkundige op afroep beschikbaar.
- Voor ZP 4 LG geldt:
 - 's Nachts is er een wakende of slapende wacht.
 - Woonondersteuner is niveau 3 is aanwezig.
 - Behandelaar bij zorgverlening betrokken: arts, psychiater/gedragskundige/psycholoog 7 x 24 uur bereikbaar, reageert binnen 10 minuten.
 - Er is verpleegkundige hulp en advies beschikbaar.
- Voor ZP 5, 6 en 7 LG geldt:
 - 's Nachts is er een wakende of slapende wacht.
 - Woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid.
 - Behandelaar bij zorgverlening betrokken: arts, psychiater/gedragskundige/psycholoog 7 x 24 uur bereikbaar, reageert binnen 10 minuten.
 - Er is een verpleegkundige aanwezig.

Zintuigelijk Gehandicaptenzorg: auditief, communicatief en visueel

- Voor alle ZP's ZG, zowel auditief en communicatief als visueel, gelden de volgende productspecificaties:
 - De ZG is een kleine maar diverse doelgroep waarbij specifieke deskundigheid, zoals bijvoorbeeld het beheersen van communicatiemethoden (gebarentaal, braille) wordt gevraagd. Deze specifieke deskundigheid dient binnen de instelling aanwezig te zijn om te kunnen ontwikkelen en de continuïteit en behoud van de zorg die nodig is te kunnen garanderen.
 - Om dit te kunnen bewerkstellen dient er een bepaald volume aanwezig te zijn.
 - De diversiteit is deels ingegeven omdat er veelal sprake is van een combinatie van beperkingen, wat er voor zorgt

dat de problematiek complex is. Medewerkers moeten geschoold zijn in de specifieke ondersteuning die ontstaat door de combinatie van beperkingen.

- Er moet een infrastructuur met een multidisciplinair en interdisciplinair karakter aanwezig zijn.
 - Leefomgeving moet zijn aangepast op de zintuiglijke beperking. Voorbeelden: akoestische aspecten, verlichting en inrichting van de ruimten, gebouw gebonden hulpmiddelen.
 - Er is een duidelijk onderscheid tussen de zorg voor ZG jeugd, gericht op het op gang komen van communicatie en leren omgaan met de (complexe) beperking en de zorg voor ZG volwassenen, waarbij de zorg meer is gericht op omgang met de complexe problematiek.
- Voor ZZP 1 ZG-aud geldt:
- 's Nachts is er een oproepbare wacht.
 - Woonondersteuner niveau 2 is aanwezig. Deze woonondersteuner is speciaal geschoold op gebied van communicatie met cliënten.
- Voor ZZP 2 t/m 4 ZG-aud geldt:
- 's Nachts is er een wakende of slapende wacht.
 - Woonondersteuner niveau 3 is voortdurend in de nabijheid. Deze woonondersteuner is speciaal geschoold op gebied van communicatie met cliënten.
 - Behandelaar bij zorgverlening betrokken: arts, psychiater/gedragskundige/psycholoog 7 x 24 uur bereikbaar, reageert binnen 10 minuten.
- Voor ZZP 1 en 2 ZG-vis geldt:
- 's Nachts is er een oproepbare wacht.
 - Woonondersteuner niveau 2 is aanwezig. Deze woonondersteuner is speciaal geschoold op gebied van communicatie met cliënten.
 - Er is een verpleegkundige op afroep beschikbaar.
- Voor ZZP 3 t/m 5 ZG-vis geldt:
- 's Nachts is er een wakende of slapende wacht.
 - Woonondersteuner niveau 3 is voortdurend in de nabijheid. Deze woonondersteuner is speciaal geschoold op gebied van communicatie met cliënten.
 - Behandelaar bij zorgverlening betrokken: arts, psychiater/gedragskundige/psycholoog 7 x 24 uur bereikbaar, reageert binnen 10 minuten.
 - Voor wat betreft de deskundigheid en voorzieningen GZ kan worden aangesloten bij het schema voor de LG (zie onderstaande tabel voor verwijzingen). Voor wat betreft de samenwerkingsovereenkomst of ketenzorgafpraak geldt dat deze indien nodig wordt gemaakt met de oogarts (ZG-vis) of audioloog (ZG-aud).

Tabel 2.7 Verwijzingen voor benodigd deskundigheidsniveau

ZZP ZG	ZZP LG
1 ZG-aud	2 LG
2 ZG-aud	6 LG
3 ZG-aud	6 LG
4 ZG-aud	6 LG
1 ZG-vis	1 LG
2 ZG-vis	2 LG
3 ZG-vis	6 LG
4 ZG-vis	6 LG
5 ZG-vis	7 LG

Sector Geestelijke gezondheidszorg

Deze paragraaf heeft betrekking op de volgende ZZP's in de sector geestelijke gezondheidszorg (GGZ):

Tabel 2.8 Zorgzwaartepakketten sector GGZ

ZZP nr.	Titel
Voortgezet verblijf met behandeling	
1B GGZ	Voortgezet verblijf met begeleiding
2B GGZ	Voortgezet verblijf met structuur en uitgebreide begeleiding
3B GGZ	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding
4B GGZ	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging
5B GGZ	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering
6B GGZ	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging
7B GGZ	Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding
Verblijf met ondersteuning	
1C GGZ	Beschermd wonen met begeleiding
2C GGZ	Gestructureerd beschermd wonen met uitgebreide begeleiding
3C GGZ	Beschermd wonen met intensieve begeleiding
4C GGZ	Gestructureerd beschermd wonen met intensieve begeleiding en verzorging
5C GGZ	Beschermd wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering
6C GGZ	Beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging

Productspecificaties GGZ algemeen

- Voor alle ZZP's 1 t/m 7 GGZ-B hanteren zorgverzekeraars de volgende productspecificaties:
 - De verantwoordelijkheid voor de medische zorg berust bij de aan de instelling verbonden psychiater.
 - Er is minimaal twee keer per jaar een gestructureerd multidisciplinair overleg op cliëntniveau.
- Voor alle ZZP's 1 t/m 7 GGZ-B en 1 GGZ-C tot en met 6 GGZ-C geldt:
 - Opleidingsniveau van zorgpersoneel is conform complexiteit, zie de bijlage. De zorgverzekeraar gaat er van uit dat het bij de ZZP vermelde deskundigheidsniveau wordt ingezet, of dat de zorginstelling beargumenteerd en onderbouwd hiervan afwijkt.
 - Elke cliënt met een indicatie voor dagbesteding heeft recht op een aanbod van werk, scholing of dagbesteding. De zorginstelling is in staat een dagprogramma aan te bieden passend bij de wens van de cliënt, zo nodig middels een samenwerking met een andere zorginstelling. Er is daarbij voldoende ruimte voor invulling door de professional en de cliënt. Het dagprogramma is vastgelegd in het individueel zorgleefplan.
 - Er vindt multidisciplinaire afstemming plaats tussen onder meer psychiater, huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde. Indien de cliënt niet onder behandeling is van een medisch specialist, stemmen de professionals die de cliënt begeleiden af met de betreffende huisarts.

Bijlagen

Productspecificaties ZZP V&V: verblijf zonder behandeling									
ZZP VV	Hoofdbehandelaar ^	Minimaal aanwezig deskundigheidsniveau mbt zorgverlening *				Alarmopvolging overdag/nacht	Bereikbaarheid behandelaar	Samenwerkings-overeenkomst	Ondersteuning aan behandelaar ***
		niveau 1 zorghulp	niveau2 helpende	niveau3 verzorgende	niveau4/5 verpleegk	**			
1	(huis)arts	aanwezig	aanwezig	aanwezig		A, N	O= oproepbaar 7 x 24 uur < 10 minuten reactie < 30 minuten ter plaatse (kwaliteitskader)		(para)medici; farmacie
2	(huis)arts		aanwezig	aanwezig	op afroep	A, N			(para)medici; farmacie
3	(huis)arts			aanwezig	op afroep	A, D, N		spec. oudereng	(para)medici; farmacie
4	(huis)arts			aanwezig	op afroep	A, D, N		spec. oudereng	(para)medici; farmacie
5	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A, D, N		spec. oudereng	(para)medici; farmacie; geriater
6	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A, D, N		spec. oudereng	(para)medici; farmacie
7	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A, D, N		spec. oudereng	(para)medici; farmacie; geriater/psychiater
8	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A, D, N		spec. oudereng	(para)medici; farmacie
9b	in instelling voor verblijf zonder behandeling niet mogelijk								
10	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A, D, N		spec. oudereng	(para)medici; farmacie; palliatief netwerk

Productspecificaties ZZP V&V: verblijf met behandeling									
ZZP VV	Hoofdbehandelaar ^	Minimaal aanwezig deskundigheidsniveau mbt zorgverlening				Alarmopvolging overdag/nacht	Bereikbaarheid behandelaar	Samenwerkings-overeenkomst	Ondersteuning aan behandelaar
		niveau 1 zorghulp	niveau2 helpende	niveau3 verzorgende	niveau4/5 verpleegk	**			
3	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N	O= oproepbaar 7 x 24 uur < 10 minuten reactie < 30 minuten ter plaatse (kwaliteitskader)		(para)medici; farmacie
4	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie
5	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie; geriater
6	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie
7	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie; geriater/psychiater
8	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie
9b	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie; revalidatiearts
10	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie; palliatief netwerk
* Op afroep: De organisatorische eenheid kan aantonen dat voor de functie verblijf gecombineerd met verpleging en/of behandeling 7 x 24 uur een BIG geregeïstreeerde verpleegkundige bereikbaar is die binnen 10 minuten ter plaatse kan zijn. Aanwezig betekent lieflijk aanwezig in huis. 's Nachts is minimaal niveau 3 aanwezig.						** A= alarmopvolging < 5 min. reactie; D= toezicht overdag; N= toezicht nacht *** De mogelijkheid om de specialist ouderengeneeskunde te raadplegen maakt onderdeel uit van alle ZZP pakketten.			
^ De verpleegkundig specialist is een nieuwe beroepsbeoefenaar die sinds 1 januari 2012 zelfstandige bevoegdheid heeft tot het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen (b.v. het voorschrijven van medicatie en het verrichten van puncties) . De verpleegkundig specialist is bevoegd voor het stellen van medische diagnoses en het maken van een behandelplan, en kan optreden als hoofdbehandelaar.									

Productspecificaties ZZP VG: verblijf zonder behandeling					
ZZP VG	MBO	HBO denk- werkniveau	Setting	ADN	Verantwoordelijk behandelaar**
1	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
2	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
3	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
4	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
5		aanwezig *	open	D, N	AVG/ gedragsdeskundige
6		aanwezig	open	A, D, N	AVG/ gedragsdeskundige
7		aanwezig	be- gesloten	A+, D, N	AVG/ BOPZ arts
8		aanwezig *	open	D, N	AVG/ gedragsdeskundige
Productspecificaties ZZP VG: verblijf met behandeling					
ZZP VG	MBO	HBO denk- werkniveau	Setting	ADN	Verantwoordelijk behandelaar**
1	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
2	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
3	aanwezig	aanwezig	open	D, N	huisarts/ AVG
4	aanwezig	aanwezig	open	D, N	huisarts/ AVG
5		aanwezig *	open	D, N	AVG/ gedragsdeskundige
6		aanwezig	open	A, D, N	AVG/ gedragsdeskundige
7		aanwezig	be- gesloten	A+, D, N	AVG/ BOPZ arts
8		aanwezig *	open	D, N	AVG/ gedragsdeskundige
Productspecificaties ZZP LVG					
ZZP JLVG	MBO	HBO denk- werkniveau	Setting	ADN	Verantwoordelijk behandelaar**
1	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
2	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
3		aanwezig	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
4		aanwezig	besloten	A+, D, N	gedragsdeskundige/ BOPZ arts
5		aanwezig	be- gesloten	A+, D, N	gedragsdeskundige/ BOPZ arts
Productspecificaties ZZP SGLVG					
ZZP SGLVG	MBO	HBO denk- werkniveau	Setting	ADN	Verantwoordelijk behandelaar**
1	op achtergrond	aanwezig	be- gesloten	A+, D, N	psychiater/ AVG
* Er is verpleegkundige hulp en advies beschikbaar, deze moet bevoegd en in staat zijn specifiek verpleegkundige handelingen uit te voeren. ** De verantwoordelijk behandelaar is oproepbaar: < 10 min. reactie < 30 min. ter plaatse (kwaliteitskader)				A = alarmering systeem A+ = reactie < 5 min. D = toezicht overdag N = toezicht nacht	

Productspecificaties ZZP LG: verblijf met en zonder behandeling											
ZZP LG	Hoofd-behandelaar	Minimaal aanwezig deskundigheidsniveau mbt zorgverlening					Alarmopvolging overdag/nacht	Bereikbaarheid behandelaar	Samenwerkings-overeenkomst	Ondersteuning aan behandelaar	Setting
		niveau 1 zorghulp	niveau 2 helpende	niveau 3 verzorgende SPW	niveau 4 verpleegk SPH	niveau 5 verpleegk					
1	(huis)arts		aanwezig *	aanwezig	op afroep **		A, N	O = oproepbaar 7 x 24 uur, < 5 min. reactie, < 10 min. ter plaatse		(para)medici; farmacie	open
2	(huis)arts		aanwezig	aanwezig	op afroep	op afroep	A, N			(para)medici; farmacie	open
3	(huis)arts			aanwezig	op afroep	op afroep	A, D, N			(para)medici; farmacie	open
4	(huis)arts; psychiater; gedragskundige; psycholoog			aanwezig	op afroep	op afroep	A, D, N		rev. arts/ spec. oudereng en AVG	(para)medici; farmacie	open
5	(huis)arts; psychiater; gedragskundige; psycholoog			aanwezig	aanwezig	aanwezig	A, D, N		rev. arts/ spec. oudereng en AVG	(para)medici; farmacie	open
6	(huis)arts; psychiater; gedragskundige; psycholoog			aanwezig	aanwezig	aanwezig	A, D, N		rev. arts/ spec. oudereng en AVG	(para)medici; farmacie	open
7	(huis)arts; psychiater; gedragskundige; psycholoog			aanwezig	aanwezig	aanwezig	A, D, N		rev. arts/ spec. oudereng en AVG	(para)medici; farmacie	open
* Aanwezig: betreffende medewerker is fysiek aanwezig in de locatie							A = alarmering systeem				
** Op afroep: De organisatorische eenheid kan aantonen dat een BIG geregistreerde verpleegkundige 7 x 24 uur bereikbaar is en binnen 10 minuten ter plaatse kan zijn.							D = toezicht overdag				
							N = toezicht nacht				

Productspecificaties ZZP GGZ: voortgezet verblijf met behandeling								
ZZP GGZ-B	Setting	Bouw	Opleidingsniveaus			Toezicht nacht	Verantwoordelijk behandelaar ^	Mede behandelaar **
			3	4	5			
B1	open		b	a/o	a/o	o (slaap)	psychiater (a/o)	Cono
B2	open		a	a/o	a/o	n (beschikb)	psychiater (a/o)	Cono
B3	open		a	a/o	a/o	n (beschikb)	psychiater (a/o)	Cono
B4	open/ besloten		a	a/o	a/o	n (wakker)	psychiater (a/o)	Cono
B5	open/ besloten		a	a	a/o	n (wakker)	psychiater (a/o)	Cono
B6	open/ besloten	aangepast aan handicap *	a	a	a	n (wakker)	psychiater (a/o)	Cono
B7	gesloten	beveiligd, separeer	a	a	a	n (wakker)	psychiater (a/o)	Cono
Productspecificaties ZZP GGZ: verblijf met ondersteuning								
ZZP GGZ-C	Setting	Bouw	Opleidingsniveaus			Toezicht nacht	Verantwoordelijk behandelaar ^	Mede behandelaar
			3	4	5			
C1	open		a/o	a/o	a/o	o (slaap)	huisarts Zvw	Zvw
C2	open		a	a/o	a/o	n (beschikb)	huisarts Zvw	Zvw
C3	open		a	a	a/o	n (beschikb)	huisarts Zvw	Zvw
C4	open/ besloten		a	a	a	n (wakker)	huisarts Zvw	Zvw
C5	open/ besloten		a	a	a	n (wakker)	huisarts Zvw	Zvw
C6	open	aangepast aan handicap *	a	a	a	n (wakker)	huisarts Zvw	Zvw
* lichamelijke of verstandelijke handicap of lichamelijke ziekte ** CONO betreft de volgende GGZ-beroepen: GGZ-Agogen, Gezondheidszorgpsychologen (inclusief klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog), Psychiaters, Psychotherapeuten, GZ-vaktherapeuten en Verpleegkundigen GGZ. a/o = afspraak/oproepbaar a = aanwezig b = bereikbaar ^ De verpleegkundig specialist is een nieuwe beroepsbeoefenaar die sinds 1 januari 2012 zelfstandige bevoegdheid heeft tot het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen (b.v. het voorschrijven van medicatie en het verrichten van puncties) . De verpleegkundig specialist is bevoegd voor het stellen van medische diagnoses en het maken van een behandelplan, en kan optreden als hoofdbehandelaar.								

Zorgverzekeraars Nederland

Postbus 520

3700 AM Zeist

T 030-6988911

E info@zn.nl

W www.zn.nl

Zeist, april 2012