

Zorginkoop AWBZ 2011

Gezamenlijke leidraad voor de zorgkantoren

Inhoud

Voorwoord

1. Gezamenlijke processtappen en data 2011
2. Geschiktheidseisen en algemene voorwaarden
3. Sturen op kwaliteit
4. Inkoop van zorg voor bijzondere groepen
5. Handreikingen voor inkoop intramurale AWBZ
6. Handreikingen rondom thema's

Bijlagen

- Voorbeeld bestuursverklaring
- Productspecificaties ZZP

Zorgverzekeraars Nederland
April 2010

Voorwoord

Voor u ligt het document zorginkoop AWBZ 2011. Het is een leidraad voor de zorgkantoren voor hun inkoop- en contractering van de AWBZ-zorg in 2011.

In de leidraad is de *'gezamenlijke richting en ambitie'* van de zorgkantoren neergelegd. Binnen het kader van de leidraad komt elk zorgkantoor tot *regionaal maatwerk*. Dit maatwerk krijgt gestalte in een *inkoopplan* dat is afgestemd met de partners in de regio.

Kort gezegd: de landelijke leidraad geeft richting maar is geen "voorschrift". De operationele uitwerking ligt bij de afzonderlijke zorgkantoren die een zorginkoopplan maken voor de regio waarin ze werkzaam zijn.

Zorgkantoren hebben voor de zorginkoop 2011 een lastige opdracht. Aan de ene kant is er de taak om kwalitatief goede en doelmatige zorg in te kopen, aan de andere kant heeft het zorgkantoor beperkte speel- en contracteerruimte. Binnen deze kaders doet het zorgkantoor zijn best om goede zorg in te kopen voor de cliënten in de AWBZ.

Het inkoopproces van de zorgkantoren voldoet aan eisen van transparantie, objectiviteit en non-discriminatie. Kern ervan is dat alle zorgaanbieders gelijke kansen hebben; dat hun voorstellen op tevoren duidelijke wijze worden beoordeeld; en dat die beoordeling 'fair' is in het licht van de gestelde criteria.

Voor 2011 verstevigen de zorgkantoren de inkoop op kwaliteit van zorg. Specifiek aandacht is er voor de zorginkoop voor bijzondere groepen. Daarnaast geven actuele thema's aanleiding tot aanpassing van het inkoopbeleid. De intramurale zorg is geïntegreerd in de leidraad opgenomen.

Deze leidraad voor de zorgkantoren is gebaseerd op de spelregels 2011 zoals deze begin april 2010 bekend zijn. Mogelijk treden nog wijzigingen op in de spelregels die van invloed zijn op de zorginkoop door zorgkantoren. De leidraad is om die reden een voorwaardelijk document.

In opeenvolgende hoofdstukken komen aan de orde:

1. Gezamenlijke processtappen en data 2011
2. Geschiktheidseisen en algemene voorwaarden
3. Sturen op kwaliteit
4. Inkoop van zorg voor bijzondere groepen
5. Handreikingen voor inkoop intramurale AWBZ
6. Handreikingen rondom thema's

1. Gezamenlijke processtappen en data 2011

Alle zorgkantoren hanteren bij de inkoop dezelfde processtappen en data. De zorgkantoren hanteren voor de zorginkoop 2011 het volgende tijdpad:

Tijdpad 2011

uiterlijk 2 juni 2010	bekendmaking van het inkoopbeleid
juni	informatie verstrekken
30 juli	einddatum indiening offertes
augustus t/m oktober	ruimte voor overleg en onderhandeling
uiterlijk 31 oktober 2010	indiening budgetformulieren bij NZa

Een voor het veld belangrijke wijziging ten opzichte van het tijdpad 2010 is dat zorgaanbieders anderhalve week extra krijgen voor indiening van de offerte bij het zorgkantoor.

Een reeks van samenhangende acties en randvoorwaarden moet worden ingevuld om dit tijdpad te halen. Het betreft onder meer:

- inzicht in het speelveld en de spelregels AWBZ uiterlijk 1 mei 2010;
- publicatie van de kaderbrief van VWS uiterlijk 31 mei 2010;
- publicatie van de beleidsregels van de NZa uiterlijk 15 juli 2010;
- bekendmaking van de regionale contracteerruimte uiterlijk 15 augustus 2010.

De benodigde acties liggen voor een groot deel bij VWS en NZa. ZN heeft VWS en de NZa per brief gevraagd of zij zich committeren aan de acties en voorwaarden. In hun reactie is dit commitment er, maar maken VWS en NZa wel voorbehouden ten aanzien van de politieke besluitvorming en afhankelijkheden van andere partijen.

Zorgkantoren zullen gezien deze voorbehouden van VWS en NZa, een aantal voorbehouden opnemen in hun inkoopbeleid. Deze kunnen als volgt luiden:

- Het zorgkantoor gaat er tijdens het starten van de inkoopprocedure vanuit dat de totale omvang van de afspraken niet boven de contracteerruimte uitkomt. Omdat de beschikbare contracteerruimte nog niet bekend is ten tijde van het starten van de onderhavige inkoopprocedure, behoudt het zorgkantoor zich het uitdrukkelijke recht voor de afspraken in de loop van de inkoopprocedure alsnog aan te passen indien de bedoelde informatie daartoe aanleiding geeft.
- Het zorgkantoor 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 indien:
 - onvoldoende financiële middelen beschikbaar zijn c.q. komen;
 - door wijziging van regelgeving of overheidsbeleid de inhoud van de inkoopprocedure dient te worden aangepast.
- Voor situaties die tijdens de publicatie van dit document niet bekend/voorzien waren, is het zorgkantoor gerechtigd de benodigde besluiten te nemen en/of maatregelen te treffen.
- Indien het zorgkantoor besluit de inkoopprocedure te wijzigen en/of te stoppen is zij op geen enkele wijze gehouden tot (schade)vergoeding jegens inschrijvers.

2. Geschiktheidseisen en Algemene Voorwaarden

Zorgkantoren hanteren voor de zorginkoop 2011 gezamenlijke geschiktheidseisen en algemene voorwaarden.

Een aantal eisen en voorwaarden is ten opzichte van 2010 beperkt aangepast zodat de formulering (en daarmee de toets op de eisen) duidelijker is. Het betreft:

- Toelating: de data van het beschikken over een formeel vereiste toelating voor de levering van AWBZ zorg en het indienen van de offerte is gelijk getrokken.
- Regeling jaarverslaglegging: er is onderscheid aangebracht in het voldoen aan de Regeling jaarverslaglegging en het voldoen aan de Regeling AO/IC. Dit zijn nu twee aparte geschiktheidseisen.
- Gedegen administratie: de twee geschiktheidseisen over de bedrijfsadministratie zijn samengevoegd.
- Bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid: de eis tot verzekering is gespecificeerd.

Het is in 2011 niet meer noodzakelijk dat de instelling statutair gevestigd is in de regio van het zorgkantoor om in aanmerking te komen voor de gunning in die regio. Een aantal zorgkantoren zal hieraan de eis verbinden dat de instelling dan ook in de regio rechtstreeks contracteert, verantwoordt en declareert/financiert. Voor bovenregionale zorgaanbieders met historische budgetten is een aanvullende voorwaarde dat er overeenstemming is over budgetoverheveling met het andere zorgkantoor.

De zorgkantoren toetsen bij de zorginkoop de zorgaanbieders op de geformuleerde geschiktheidseisen en algemene voorwaarden. Om ook gedurende het jaar aandacht te houden voor het voldoen aan de eisen en voorwaarden, nemen zorgkantoren in de overeenkomst op dat de zorgaanbieder gedurende de duur van de overeenkomst moet blijven voldoen aan de geschiktheidseisen en algemene voorwaarden.

De geschiktheidseis ten aanzien van kwaliteit is in 2011 aangepast gegeven de gemaakte bestuurlijke afspraken rondom het gebruik van de sectorale kwaliteitskaders.

Geschiktheidseis ten aanzien van kwaliteit

Zorgkantoren vinden het uitermate belangrijk dat aanbieders systematisch werken aan het verbeteren van kwaliteit. Het kunnen genereren van alleen de zorginhoudelijke indicatoren en de cliëntwaardering biedt daartoe onvoldoende garantie. Het systematisch werken aan kwaliteitsverbeteringen moet in de organisatie zijn geborgd. Wat niet wegneemt dat het zorgkantoren vrij staat inspanningen van zorgaanbieders die aantoonbaar in staat zijn gebleken landelijke wél van kracht zijnde kwaliteitskaders te integreren in een werkend kwaliteitssysteem, daarvoor te honoreren.

De geschiktheidseis ten aanzien van kwaliteit luidt daarom in 2011 als volgt:

- o De instelling 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 care-sector(en) geïntegreerd. De instelling verantwoordt zich hierover in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Voor nieuwe toetreders kan een contract onder voorwaarden worden aangegaan (binnen een reële tijdsperiode moet een instelling kunnen voldoen). Ook kleine aanbieders moeten zich verantwoorden

over de kwaliteit. De onafhankelijke meetbureaus vragen echter bepaalde omvang. Optie is om een alternatieve toetsing van indicatoren en meting van cliënttevredenheid te vragen.

Geschiktheidseisen

Als de zorgaanbieder voldoet aan de geschiktheidseisen kan deze in aanmerking komen voor gunning van AWBZ-productie. Zorgkantoren hanteren in 2011 de volgende gezamenlijke geschiktheidseisen:

Kader: geschiktheidseisen 2011 (ook voor intramurale instellingen)

Eisen van bekwaamheid

- De instelling is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De instelling beschikt per 30 juli 2010 over een formeel vereiste toelating voor de levering van AWBZ-zorg.
- De instelling verklaart te voldoen en zich te houden aan de wettelijke eisen: AWBZ, Wmg, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet BIG, WGBO (indien van toepassing), WBP, Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, Mededingingswet.
- De instelling voldoet aan de Regeling jaarverslaglegging.
- De instelling voldoet aan de Regeling AO/IC.
- De instelling 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 care-sector(en) geïntegreerd. De instelling verantwoordt zich hierover in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.
- De instelling beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens aan het zorgkantoor en het CAK binnen de door het zorgkantoor aangegeven termijn, waaronder:
 - gegevens voor de oplegging van de eigen bijdrage binnen 4 weken na afloop van een maand/periode kunnen worden aangeleverd bij het CAK;
 - productie realisatiecijfers maandelijks (tenzij anders afgesproken) worden aangeleverd aan het zorgkantoor;
 - de relevante berichten in AZR kunnen worden uitgewisseld (“zorgtoewijzing”, “melding aanvang zorg”, “mutaties”, “melding einde zorg”) conform standaarden die door het CVZ zijn vastgesteld.
- De instelling beschikt over een vastgelegd privacybeleid.
- De instelling beschikt over een vastgelegde klachtenregeling.

Financieel-economisch

- De instelling is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis) of verklaart deze per 1 januari 2011 af te sluiten.

Uitsluitingsgronden

- De inschrijver of gegadigde wordt uitgesloten van deelneming als er jegens deze aanbieder bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling is uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 177a, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht van deelneming.
- De inschrijver of gegadigde wordt uitgesloten van deelneming als:
 - die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere

vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de 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 beroepsgedragsregels;
- die in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout heeft begaan, vastgesteld op een grond die het zorgkantoor aannemelijk kan maken;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan 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 worden verlangd en/of relevant zijn.

Algemene voorwaarden

Naast de geschiktheideisen, die betrekking hebben op de zorgaanbieder, hanteert het zorgkantoor *algemene voorwaarden*, gericht op de dienstverlening. Die voorwaarden zijn een onderdeel van de overeenkomst. Het gaat voornamelijk om:

- service naar cliënten (de zorgaanbieder legt snel na de indicatie contact met de persoon)
- leveringsvoorwaarden (zoals deelname aan regelingen voor crisiszorg, of oproepbare zorg)
- kwaliteitsvoorwaarden (bijvoorbeeld werken aan geprioriteerde verbetertrajecten)
- afspraken over de informatieverstrekking die nodig is voor de uitvoering van de AWBZ.

In 2011 geldt voor de intramurale zorg naar verwachting nog een contracteerplicht. Deze betreffende aanbieders zullen echter, via de overeenkomst, moeten voldoen aan dezelfde basiseisen die bij de extramurale zorg van toepassing zijn.

Kader: algemene voorwaarden 2011 (ook voor intramurale instellingen)

Algemeen

- De instelling heeft aantoonbaar de zorgbrede 'governance code' ingevoerd.

Tijdige zorg

- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de levering van AWBZ-zorg voor de zorg waarop de overeenkomst betrekking heeft.
- De zorgaanbieder bevordert dat de verzekerde zo snel mogelijk vanaf de indicatie de zorg kan ontvangen, in afstemming met de cliënt.
- De zorgaanbieder realiseert zorg ter overbrugging in geval de gevraagde en geïndiceerde zorg niet direct dan wel niet binnen een redelijke termijn geleverd kan worden.

Kwaliteit van zorg

- De zorgaanbieder verbindt zich jegens het zorgkantoor om kwalitatief verantwoorde zorg te leveren aan verzekerden; cliëntgericht, doeltreffend, en naar redelijkheid afgestemd op de behoefte van de cliënt.

- De zorgaanbieder hanteert een vaste zorgplansystematiek, waarbij met iedere cliënt een minimaal jaarlijks bij te stellen zorgplan wordt afgesproken.
- De zorgaanbieder werkt met het – per sector – geldende landelijke kwaliteitskader, waarin cliëntgebonden en zorginhoudelijke indicatoren door de aanbieder zelf (zelfrapportage) en klantwaarderingsonderzoek gemeten wordt.

Informatieverstrekking

- De aanbieder verstrekt inlichtingen aan het zorgkantoor ten behoeve van de uitvoering van de wettelijke taken van het zorgkantoor zoals vastgelegd in de AWBZ en de nadere regelgeving.
- De aanbieder geeft het zorgkantoor de vereiste informatie op grond van de “Regeling jaarverslaglegging zorginstellingen” en de “Regeling AO/IC”.
- Daarnaast verstrekt de zorgaanbieder de relevante gegevens over de aandachtsvelden die in het jaarrapport zijn vastgelegd.
- De instelling meldt tevens eventuele vormen van onderaanneming. Onverminderd geldt dat bij alle onderaanneming de hoofdaannemer verantwoordelijk en aansprakelijk is voor de dienstverlening door de onderaannemer.

Bestuursverklaring

Om de informatie-uitvraag bij de toets op de geschiktheidseisen en algemene voorwaarden te beperken, werken de zorgkantoren met een bestuursverklaring. Daarmee hoeft niet iedere zorgaanbieder ieder jaar opnieuw informatie aan te leveren, maar kan de bestuurder verklaren aan de eisen en voorwaarden te voldoen. In dat geval volstaat de bestuursverklaring en de informatie uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

In de praktijk zullen zorgkantoren een aantal toetsingsmogelijkheden hanteren:

- Nieuwe aanbieders moeten het KvK-uittreksel en toelating WTZi meesturen met de offerte.
- De zorgkantoren kunnen een toelichting aan de bestuursverklaring toevoegen, waarbij de eisen worden gespecificeerd voor nieuwe aanbieders.
- Bestaande aanbieders, waar signalen over bekend zijn of op basis van een steekproef, worden door het zorgkantoor op een aantal items gecontroleerd en waar nodig uitgesloten van de zorginkoopprocedure vanwege het niet voldoen aan de geschiktheidseisen.
- Het zorgkantoor controleert of de bestuurder die in het KvK staat ingeschreven ook daadwerkelijk de bestuursverklaring heeft ondertekend.
- Met betrekking tot de handhaving van de governance code gaat het zorgkantoor het gesprek aan met de zorginstelling.

3. Sturen op kwaliteit

Kwaliteit in de zorginkoop 2011

Op drie punten komt kwaliteit in de inkoop van de zorgkantoren terug:

1. Geschiktheidseisen
2. Minimale (algemene) voorwaarden
3. Gunningscriteria

De aanscherping op kwaliteit is voor de inkoop 2011 vooral in de gunningscriteria geland. In de gunningscriteria worden de verschillen gezocht ten behoeve van de rangorde of prijsopslag.

Sectorale kwaliteitskaders

In recente jaren is voor elke *care*-sector een eigen kwaliteitskader ontwikkeld. Het berust op zowel zelfrapportage door de instelling (tevens input voor het gefaseerd toezicht door de IGZ), als klantwaarderingsonderzoek op basis van een landelijk gevalideerd instrument. Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg (KVZ) vormt de basis voor de vereiste kwaliteit. Met dit Kwaliteitskader – dat met draagvlak is ontstaan van de cliënten, professionals, zorgaanbieders, inspectie en het ministerie – wordt de kwaliteit van zorg gemeten op basis van zorginhoudelijke criteria en tevens vanuit het perspectief van de cliënt. Kwaliteit wordt periodiek gemeten in termen van output en outcome en tevens in kaart gebracht. Intern benut de aanbieder de uitkomsten van de metingen voor een interne verbetercyclus. De aanbieder stelt de prioriteiten en verbeterpunten in nauwe dialoog met de cliëntenraad en de zorgverlener vast.

Het zorgkantoor kan de noodzakelijke informatie over kwaliteit grotendeels ontleen aan het maatschappelijk jaarverslag van de instelling. Terughoudendheid met aanvullende afspraken over informatieverstrekking is op zijn plaats. Extra informatievragen worden zo beperkt mogelijk ingezet, waarbij duidelijk moet zijn waarom deze vraag meerwaarde biedt boven de informatie in het jaarverslag of de informatie via de kwaliteitskaders. Het is van belang dat de focus gericht blijft op prestatie-indicatoren waarbij er één Kwaliteitskader is dat voor interne en externe sturing – dus ook voor de inkoop door de zorgverzekeraar – kan worden gebruikt waarmee de aanbieder zich kan onderscheiden en de zorgverzekeraar er op kan rekenen dat zijn verzekerde verantwoorde zorg ontvangt. De resultaten van verantwoorde zorg zijn daarnaast transparant en openbaar via www.kiesbeter.nl. Deze presentatie van resultaten is ook bedoeld als verantwoording richting IGZ en zorgkantoren, maar is tevens bedoeld als informatie voor de cliënten om hun keuze op te baseren. Zorgkantoren vinden het belangrijk dat deze informatie beschikbaar is voor hun eigen cliënten en willen de resultaten die transparant en openbaar zijn via kiesbeter op hun eigen website beschikbaar stellen. Dit zullen zorgkantoren contractueel vastleggen.

Zorginkoop kijkt vooruit, normen verantwoorde zorg kijken terug

De zorgkantoren ervaren als nadeel dat de normen verantwoorde zorg terugkijken. Voor de zorginkoop 2011 maken zorgkantoren gebruik van de gegevens uit het verslagjaar 2009. En de cliëntwaarderinggegevens kunnen in de VVT zelfs nog een jaar ouder zijn. Dit, terwijl de zorgkantoren juist pro-actief met kwaliteit aan de slag willen. Ook hier willen de zorgkantoren een verdiepingsslag in maken. Niet alleen meer gaan kijken naar wat er gerealiseerd is, maar ook gaan kijken naar de toekomst. Zorgkantoren zullen steeds meer gaan sturen op de output resultaten en de verdieping zoeken in bijvoorbeeld specifieke doelgroepen. Zorgkantoren willen de aanbieders proactief belonen waarbij rekening gehouden wordt dat aanbieders tijd nodig hebben om te kunnen verbeteren.

De primaire verantwoordelijkheid voor kwaliteit ligt bij de zorginstelling. Het zorgkantoor kan langs twee wegen een complementaire rol hebben.

1) *Sturen op proces:*

- Toetsen of de instelling het geldende kwaliteitskader hanteert.
- Erop toezien dat de instelling op basis van bevindingen tot verbetertrajecten komt (afgestemd op samenspraak van de instelling met cliëntvertegenwoordigers).
- Afspraken maken over de voortgang van die trajecten, w.o. beknopte rapportages ten behoeve van periodiek overleg met het zorgkantoor.

2) *Sturen op uitkomst:*

- Toepassen van het principe dat 'goede kwaliteit' beloond moet worden.

Om kwaliteit serieus in de inkoop te betrekken kunnen zorgkantoren met de regionale cliëntenorganisaties of cliëntenvertegenwoordiging per sector een aantal indicatoren uitkiezen als speerpunt.

De normen verantwoorde zorg zijn met name in de VVT in een zodanig stadium dat zorgkantoren voor de inkoop 2011 hier al wel een vervolgstap in maken. Het vooral op het proces blijven sturen geldt met name voor de GZ en GGZ sector, omdat het tempo hier lager ligt. Vanwege het verschil in tempo tussen de sectoren, betekent dit dat er meer differentiatie tussen de VVT en GZ/GGZ zal ontstaan.

Sector VVT en kwaliteit

Over de zorginhoudelijke indicatoren moet jaarlijks, op basis van een zelfevaluatie, worden gerapporteerd. De CQ-meting wordt in de VVT eens per twee jaar gehouden. In 2008 is dit kader door alle instellingen toegepast op basis van de tien inhoudelijke thema's en de erbij behorende indicatoren. De actualiteit van de gegevens levert nagenoeg geen onderscheid op en biedt weinig mogelijkheden om gebruik te maken van onderscheidende kenmerken tussen aanbieders.

Tot nu toe hebben de zorgkantoren in de inkoop steeds gevraagd naar verbeterplannen naar aanleiding van de cliëntwaarderingsonderzoeken die moesten worden afgestemd met de cliëntenraad. Dit brengt cliëntenraden soms in een lastige positie; ze zijn van mening dat ze daarmee (deels) verantwoordelijk worden voor de productieafspraken.

Deze lijn van verbeterplannen naar aanleiding van de cliëntenraadpleging wordt doorgetrokken richting de inkoop 2011, maar meer is mogelijk en wenselijk. De zorginhoudelijke indicatoren geven soms veel betere aanknopingspunten voor verbetering, maar komen tot stand door zelfevaluatie door de instelling. De scores op de normen verantwoorde zorg worden gepresenteerd aan de hand van sterren. Van belang is te realiseren dat het hier gaat om relatieve scores. Er wordt voor de cliëntwaarderingsonderzoeken een totaaloordeel gegeven, wat uitgevraagd c.q. beoordeeld kan worden. Voor de zorginhoudelijke indicatoren geldt het sterrenstelsel (presentatie op www.kiesbeter.nl). Veel zorgkantoren hebben hier de afgelopen jaren dus meer procedureel op gestuurd. De zorgaanbieder kreeg punten als hij zijn uitkomsten van de normen verantwoorde zorg had ingevuld op de kwaliteitskaart van Kiesbeter.

Voor de inkoop 2011 zullen zorgkantoren voor de sector V&V dus een vervolgstap maken. Op basis van de kwaliteitskaarten (sterren) op kiesbeter.nl kunnen zorgkantoren de zorginhoudelijke indicatoren gebruiken voor een scorelijstje:

- instelling scoort overwegend (80% van de indicatoren) boven gemiddeld (**** en *****)
- instelling scoort overwegend (80% van de indicatoren) gemiddeld (***)
- instelling scoort overwegend (80% van de indicatoren) onder het gemiddelde (* en **)

Om echt te kunnen sturen op kwaliteitsverbetering en aanbieders meer aan te zetten tot verbeteren kunnen de sterren gekoppeld worden aan de verbeterplannen. De verbeterplannen worden dan meer verbonden met de uitkomsten van de normen verantwoorde zorg. Aanbieders die op zorginhoudelijke indicatoren een ster of twee sterren scoren worden verplicht hier voor verbeterplannen aan te leveren. Ook de aanbieders die drie sterren of meer scoren zijn niet klaar en moeten blijven verbeteren.

Ook andersoortig gebruik van de zorginhoudelijke indicatoren in relatie tot kwaliteit is mogelijk.

Sectoren GZ, GGZ en kwaliteit

Procedureel criterium m.b.v. kwaliteitskaart

In de GZ en de GGZ is een verdiepingsslag nog niet mogelijk, aangezien we nog volop met ontwikkeling van de kaders bezig zijn. In de inkoop zal voor beide sectoren voornamelijk gekeken worden naar een aantal thema's. Vooral het aspect van 'beleving' speelt een belangrijke rol. Gekeken kan worden naar kwaliteit van personeel, tekort aan aanbieders, samenwerking keten en de financiële situatie.

Een procedureel gunningscriterium is voor de GZ en GGZ wel mogelijk, en luidt hetzelfde als voor de VVT. Bijvoorbeeld: "De instelling werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit aan de hand van de sectorale kwaliteitskaders. De instelling publiceert de gegevens van het sectorale kwaliteitskader via de eigen kwaliteitskaart op www.kiesbeter.nl. Het verschil met de VVT is dan dat er met de scores als zodanig niets gedaan wordt, alleen het feit dat de aanbieder gegevens publiceert (dus transparant is), wordt beloond.

Aanleverdata jaardocument en 'Kiesbeter' matchen niet met tijdspad offerteprocedure

Om tegemoet te komen aan het tijdsprobleem wat ontstaat (feitelijke presentatie in DigiMV en Kiesbeter is voor de GZ en de GGZ 1 september 2010) wordt er een stappenplan afgesproken welke stappen aanbieders wel en welke stappen aanbieders niet gaan zetten in 2010. Een aanbieder kan dan een projectplan of in geval van CQ-meting een contract/offerte overhandigen. Onderscheid wordt dan gemaakt tussen aanbieders die het kwaliteitskader wel hanteren en aanbieders die dit (nog) niet doen. Zorgkantoren kunnen hier ook nog denken aan een financiële prikkel in de vorm van dat als een aanbieder voor 1 juli 2011 geen resultaten heeft aangereikt, op 1 november een tariefaanpassing toegepast wordt. Door 1 juli 2011 te kiezen, heeft een aanbieder dus nog een jaar de tijd om iets te laten zien.

GZ

Clïëntwaarderingsonderzoek gehandicaptenzorg

Voor het inkoopjaar 2011 zijn er een aantal aandachtspunten te benoemen die te maken hebben met de actualiteit van het cliëntwaarderingsonderzoek. De meeste GZ instellingen hebben in 2006 (in verband met de benchmark GZ) voor de laatste keer een cliëntwaarderingsonderzoek gehouden. En in het tijdschema van het kwaliteitskader GZ hebben de zorgaanbieders heel 2010 de tijd om een nieuw cliëntwaarderingsonderzoek te houden. Een deel van de GZ-instellingen zal daarom niet kunnen voldoen aan dit criterium. Koplopers worden echter beloond.

In de VVT en GGZ wordt twee jaarlijks een cliëntwaarderingsonderzoek gehouden. De GZ-sector hanteert het standpunt om – in lijn met de benchmark – dit eens per drie jaar te doen. VGN is van mening dat een grootschalige meting eens per drie jaar voldoende is. Administratieve lasten worden beperkt evenals financiële consequenties. Dit hoeft geen afbreuk te doen aan kwaliteit van zorg en ondersteuning, want er vinden continu kwaliteitstoetsen, zoals evaluatie van zorg- en ondersteuningsplan plaats. Zorgkantoren hebben geen moeite met de uitzonderingspositie voor de GZ sector ten aanzien van de driejarige cyclus met betrekking tot het cliëntwaarderingsonderzoek.

Door middel van bijvoorbeeld materiële controles is er de mogelijkheid om tussenevaluaties te houden. Het toetsen van onderdelen bij deelgebieden is een gerichtere aanpak om ook te kunnen inzoomen op specifieke indicatoren in plaats van elk jaar de complete set.

Ook in de eerste uitdraagperiode (2010, 2011, 2012) willen de zorgkantoren sturen op de gegevens over cliëntervaringen. Zowel voor de VG, LG en ZG zijn de volgende scenario's voor de uitrol van de CE een optie.

Deze scenario's kunnen afzonderlijk of in combinatie worden uitgevoerd:

- schriftelijke vragenlijsten cliënten LVG gebruiken zoals ontwikkeld
- ouder/vertegenwoordiger-vragenlijsten gebruiken zoals ontwikkeld
- ouder/vertegenwoordiger-vragenlijsten in plaats van interviews voor cliënten VG.

GGZ

In de GGZ is afgesproken om vanaf 2010 alleen nog te werken met de CQ voor de GGZ. Tot die tijd zijn ook andere cliëntervaringsinstrumenten goed (als ze maar onafhankelijk gemeten worden). Voor de zorginkoop 2011 zal men voor de GGZ hier nog mee te maken hebben. In het verleden hebben zorgkantoren nogal eens last gehad van aanleveringsproblemen met de resultaten. De systemen van Zichtbare Zorg en Kiesbeter zijn nog niet op elkaar ingericht hierdoor kan verwacht worden dat er in 2010 wellicht weer sprake kan zijn van aanleveringsproblemen. Zorgkantoren besteden hier in hun inkoop aandacht aan.

De GGZ heeft een eigen set prestatie-indicatoren ontwikkeld, die van toepassing is op zowel de genezingsgerichte zorg als de AWBZ-zorg.

Het is de bedoeling een klantwaarderingsonderzoek op te zetten dat aansluit op de methode die in de gehele AWBZ wordt ontwikkeld.

Alle zorginstellingen zullen hun rapportages over kwaliteit opnemen in het jaarverslag. Het verplichte format voor dat verslag is gebaseerd op de thema's en indicatoren uit landelijke kwaliteitskaders.

Sector Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en kwaliteit

Prestatie-indicatoren voor de opvangsector moeten nog ontwikkeld worden. In de jaardocumenten 2009 en 2010 staat de volgende tekst over de prestatie-indicatoren voor de opvangsector.

"Over de wijze van verantwoording van instellingen voor de Maatschappelijke Opvang en de Vrouwenopvang die begeleiding leveren, vindt nog overleg plaats. Maatschappelijke opvang en Vrouwenopvang geven in ieder geval een beschrijving van de wijze waarop de kwaliteit van zorg wordt gewaarborgd en de daarbij horende werkprocessen worden uitgevoerd. De zorginstellingen geven daarbij aan:

- of en zo ja, hoe zorginstellingen patiënten/cliënten of consumenten bij hun kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
- hoe en hoe vaak binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling door patiënten/cliënten plaatsvond en wat het resultaat daarvan was."

Zorgkantoren besteden hier in hun inkoop aandacht aan.

4. Inkoop van zorg voor bijzondere groepen

Zorgkantoren hebben in de zorginkoop 2011 specifiek aandacht voor bijzonderde groepen. Het betreft de LVG-jeugdigen, ketenzorg dementie en voor groepen/onderwerpen waarbij wordt samengewerkt met gemeenten.

Inkoop van zorg voor LVG-jeugdigen

Jeugd-LVG is benoemd als speerpunt bij de zorginkoop 2010/2011. Veel jeugdige licht verstandelijk gehandicapten staan problematisch lang, dat wil zeggen langer dan 13 weken, op een wachtlijst voor zorg. In 2008 en 2009 heeft minister Rouvoet extra wachtlijstmiddelen beschikbaar gesteld voor de aanpak van wachtlijsten in de jeugd-LVG. Het gaat om totaal € 13 miljoen, verdeeld in twee tranches van € 6,5 miljoen. Bij de verdeling van de tweede tranche in 2009 (over de zorgkantoren) is expliciet bepaald dat deze middelen niet alleen bestemd zijn voor de orthopedagogische centra, maar voor alle zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg die een bijdrage leveren aan deze wachtlijstaanpak.

Anno 2010 is er nog steeds sprake van een wachtlijst in de zorg voor LVG-jeugd in de AWBZ. Als vervolg op het rapport 'Van cijfers naar mensen', *De hardnekkige wachtlijst in de zorg voor LVG-jeugd in de AWBZ*, wordt onder regie van de zorgkantoren de wachtlijst geactualiseerd, met als peildatum 1 februari 2010. De insteek daarbij is dat zicht geboden wordt op individuele vragen van unieke personen, waarbij aanbieders in de zorg voor mensen met een beperking (VG en LVG) en zorgkantoren gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen om individuele cliënten te begeleiden naar een passend aanbod.

De vier kerndoelen daarbij zijn:

1. ontwikkelen alternatief zorgaanbod;
2. terugdringen instroom orthopedagogische behandelcentra;
3. verkorten behandelduur (effectiviteit en kwaliteit);
4. bevorderen doorstroom naar 'vervolg zorg', bijvoorbeeld VG-instellingen.

Uitgaande van consistent beleid dienen (ook) de inkoopspecificaties 2011 zo geformuleerd te worden dat ze:

- aansluiten op de vraag;
- stuurmogelijkheden bieden op kwaliteit en effectiviteit;
- praktische en pedagogische ondersteuning thuis mogelijk maken;
- voorzien in vervolgzorg na behandeling;
- stimuleren om 'ketens' te vormen.

Met VWS is de mogelijkheid besproken om een gedeelte van het budget 2011 te oormerken voor jeugd-LVG. Gedacht wordt aan een voorzetting van de afspraken/innovatie die in gang konden worden gezet met de tweede tranche van de Rouvoet middelen (€ 6,5 mln).

Verder gaat VWS kijken of aanpassingen in omschrijvingen LVG-ZZP's (niet meer alleen gericht op orthopedagogische behandelcentra) in de rede liggen, zodat zorgkantoren mogelijkheden krijgen om alternatief aanbod te ontwikkelen naast de traditionele behandelenzorg. ZN heeft VWS voorgesteld dit op te nemen in de onderhoudsagenda voor invoering per 2012, of eerder indien mogelijk.

Inkoop ketenzorg dementie

In Nederland zijn op dit moment 270.000 mensen met dementie. Van deze groep woont 70% thuis en wordt verzorgd door familie en naasten. Overbelasting van de mantelzorger is vaak een belangrijke

reden om tot opname in een verzorgings- of verpleeghuis over te gaan. Het aantal mensen met dementie zal explosief stijgen naar een half miljoen in 2050¹.

De zorgkantoren brengen in het kader van Programma Ketenzorg Dementie al een aantal jaren via de zorginkoop de ketenzorg voor mensen met dementie vooruit. De doelstelling van het programma ketenzorg dementie is om in 2011 het hele land voorzien te hebben van een aanbod ketenzorg dementie. Alle zorgkantoren hebben de ketenzorg dementie verwerkt in hun inkoopbeleid. De zorgkantoren hebben in hun werkgebied verschillende ketens voor dementiezorg ingekocht. Er zijn nog maar een beperkt aantal gebieden waar nog geen keten is ingekocht, meestal omdat er nog onvoldoende draagvlak is tussen ketenpartners.

Er is veel beweging. Er wordt gewerkt aan een zorgstandaard dementie en in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg is een onderzoek gestart naar de effecten van casemanagement bij mensen met dementie en hun naaste in 13 netwerken.

Inkoop van AWBZ-gefinancierde zorg, ketenzorg dementie omvat meer

De ketenzorg dementie is de afgelopen jaren vooral opgepakt vanuit de AWBZ. Er is nog maar beperkt sprake van echte inkoop van ketenzorg dementie, waarbij het gaat over een op de klant afgestemd aanbod in de volledige keten die de klant doorloopt en die de financieringsdomeinen Wmo, Zvw en AWBZ omvat. Hoewel dit addendum specifiek gaat over de inkoop van AWBZ-zorg, is dat wel de richting. De zorgkantoren zullen dit in 2011 als belangrijke opdracht oppakken. Zorgkantoren zullen actief contact zoeken met de gemeenten en de zorgverzekeraars, anderzijds zullen ze via de AWBZ zorginkoop de (regionale) netwerken prikkelen om de keten breed vorm te geven. We zien al succesvolle voorbeelden waarin het inkoopbeleid dementiezorg wordt afgestemd met vooral het inkoopbeleid GGZ. Het betrekken van de huisartsen (1^e lijn) is erg moeilijk, ook vanwege het ontbreken van een specifieke betaaltitel. Uiteraard hebben de huisartsen een rol in de directe zorgverlening, maar actief participeren in de keten wordt niet tot de directe patiëntenzorg gerekend.

Een tweede aandachtspunt is de afstemming met de Wmo (gemeenten). Ook hier zijn goede voorbeelden, waarbij het welzijnsaanbod voorziet in een aanbod aan informatie en mantelzorgondersteuning en/of lotgenotencontact. Ook worden afspraken gemaakt dat kosten voor casemanagement in de eerste fase van dementie gedeeld worden door gemeente en zorgkantoor, en zijn er afspraken over respijtzorg (versterken mantelzorg). Vanuit de Wmo zijn de gemeenten in ieder geval verantwoordelijk voor de ondersteuning van mantelzorgers (zie ook de 'Basisfuncties Lokale ondersteuning vrijwilligerswerk en mantelzorg', met betrekking tot werkveld 4 van de Wmo).



¹ Uit: 'Cijfers en feiten van dementie' van www.alzheimer nederland.nl

Figuur 1: Betrokken partijen bij het inkoopproces ketenzorg dementie

Casemanagement als cruciale voorwaarde

Binnen de inkoop AWBZ gaat het debat met de regionale netwerken voor dementiezorg vooral over de bekostiging van casemanagement. Alle zorgkantoren hebben hun oplossingen gekozen. Er zijn minimale verschillen. De meeste zorgkantoren financieren het casemanagement met een opslag op de reguliere producten. Anderen reserveren middelen uit de groeirimte en zetten die weg in een apart kavel. Daarnaast maken alle zorgkantoren gebruik van de innovatiemiddelen en de extra middelen voor ketenzorg dementie². De uitgangspunten zijn nagenoeg gelijk, namelijk de inzet van een HBO-er met een caseload van ten minste 50 cliënten per FTE. De casemanager geeft begeleiding aan zowel de dementerende als zijn naaste omgeving. De casemanager richt zich niet alleen op de verschijnselen van de ziekte, maar ook op de gevolgen ervan op het dagelijkse leven van de cliënt en zijn naasten. Naast het bieden van actieve steun, organiseert de casemanager de benodigde zorg met de verschillende betrokken zorgverleners. De casemanager helpt, maar zorgt dat de cliënt en mantelzorger zelf de regie blijven houden. De casemanager is een belangrijke schakel in de keten en vormt het aanspreekpunt voor cliënten en mantelzorgers. Kortom: de dementerende en de mantelzorger moeten zich ontlast en gesteund voelen door de inzet van een casemanager, waardoor de mantelzorger het zorgen langer vol kan houden.

Zoals gezegd vindt de bekostiging van casemanagement bij dementie op verschillende manieren plaats en is geen sprake van een structurele bekostiging. De extra innovatiemiddelen en middelen voor ketenzorg dementie worden vooral besteed aan casemanagement, waardoor er geen middelen voor andere innovaties op gebied van ketenzorg dementie beschikbaar zijn. Het ontbreken van een structurele oplossing wordt breed gevoeld als een tekortkoming, terwijl de functie casemanagement zichzelf inmiddels wel bewezen heeft.

Zorgkantoren kiezen voor 2011 een pragmatische insteek en zetten de ingezette lijn van 2010 door. Daarmee wordt gekozen voor rust in de regio's. De netwerken dementie kunnen doorontwikkelen. De zorgkantoren hebben het casemanagement kunnen uitbreiden, maar vinden dit nog onvoldoende omdat nog maar een beperkt deel van mensen met dementie kan beschikken over een casemanager. Met VWS, NZa en ActiZ wordt verkend of binnen de huidige contracteerruimte substitutie kan plaatsvinden. VWS moet hiertoe aan de NZa opdracht geven voor een prestatie casemanagement (onderdeel van de functie verpleging) zodat de NZa een betaaltitel kan regelen, het CIZ moet hiervoor kunnen indiceren.

Inspanningen tot meer transparantie inzake ketenzorg dementie en casemanagement

De zorgkantoren hebben al een aantal jaar de inkoop van zorg voor mensen met dementie als speerpunt in hun inkoopbeleid opgenomen. Voor 2010-2011 zien de zorgkantoren naast het verbreden van de afspraken met Wmo en Zvw nog twee uitdagingen voor zich, namelijk:

1. Inzicht in de effecten van de extra inkoopinspanningen voor de ketenzorg dementie in de regio;
2. Toewerken naar een meer structurele oplossing voor de bekostiging van op de klant afgestemde ketenzorg dementie.

² Deze innovatiemiddelen zijn bedoeld voor de bekostiging van zorg die niet via reguliere prestaties bekostigd kan worden. Na drie jaar kunnen partijen (zowel aanbieders als zorgkantoren) de NZa verzoeken om een nieuwe prestatie in de prestatielijst van de NZa op te nemen.

Ad 1: Effecten extra inkoopinspanningen ketenzorg dementie

De zorgkantoren willen nu ook wat meer zicht krijgen op de effecten van hun inspanningen. De mensen met dementie en hun familie zullen dit ook moeten merken. Zorgkantoren kunnen daarvoor onder andere de netwerkindicatoren dementie gebruiken om te zien of de extra inspanningen ook resultaten hebben gehad voor de ketenzorg dementie. Ook al betreft het met name proces- en structuurindicatoren en slechts beperkt resultaatindicatoren, ook deze kunnen al wel een indicatie geven aan de geboekte resultaten in de regio's.

Ad 2: Structurele bekostiging dementie

De financiering van de ketenzorg dementie is een grote lappendeken. Voor de bekostiging van dementie zijn er verschillende oplossingen gezocht, waarbij alle oplossingen gebruik maken van de extra middelen uit de NZa beleidsregels Ketenzorg Dementie en Innovatie Nieuwe Zorgprestaties. Beide beleidsregels hebben een looptijd tot en met 31 december 2011. Daarnaast wordt er nog veel gebruik gemaakt van andere subsidiepotjes waar bijv. de projectkosten mee gedekt worden.

De gekozen oplossing voor bekostiging van dementiezorg is vooralsnog niet structureel, en behoeft daarom extra aandacht. Voor de langere termijn werken we toe naar integrale bekostiging. Dit vereist goede samenwerking tussen de inkoop in het kader van de AWBZ en die van Zvw. Voor de korte termijn gaat het om structurele bekostiging van casemanagement. Op dit moment wordt ook gewerkt aan een zorgstandaard voor dementie. Dit is een belangrijke voorwaarde om het casemanagement structureel te kunnen bekostigen. Zorgkantoren kunnen zelf niet tot structurele bekostiging besluiten, maar kunnen wel helpen de knelpunten inzichtelijk te maken. De zorgkantoren zullen daartoe in 2010 met een uitloop naar 2011 meer inzicht willen in de opbouw van de kosten:

- directe cliëntgebonden kosten;
- indirecte cliëntgebonden kosten (MDO, coördinatie, registratie zorgleefplan, reistijd);
- overige kosten (netwerkactiviteiten en PR).

Deze opdracht kan niet beperkt blijven tot de AWBZ alleen, maar moet de kosten van de hele keten in beeld brengen. Het gaat bij ketenzorg dementie om de integrale aanpak en daarmee dus ook over integrale bekostiging (over drie domeinen heen).

Samenwerking met gemeenten

Zorgkantoren besteden in de inkoopdocumenten 2011 aandacht aan de wijze waarop met gemeenten wordt samengewerkt om zo de gezamenlijke verantwoordelijkheid op het gebied van zorg en welzijn vorm te geven. Regionaal worden prioriteiten bepaald. Specifieke aandacht is er voor:

- Maatschappelijke Opvang/Vrouwenopvang

Op dit terrein is er sprake van afstemming over de inrichting van de zorg en inkoop van diensten (Stedelijk Kompassen in overleg met centrumgemeenten). Optioneel vindt gezamenlijke inkoop plaats.

- Beleidsregel Zorginfrastructuur

Wanneer er (in het kader van de beleidsregel Zorginfrastructuur) zorginfrastructuur gerealiseerd wordt voor functies op het grensvlak van zorg en welzijn vindt er afstemming plaats met gemeenten over de projecten.

- Overzicht zorgaanbod in de regio

Aan gemeenten in de regio wordt ten behoeve van hun taak op het vlak van informatie (lokaal loket) een overzicht geboden van het aanbod dat in de regio beschikbaar is voor het verlenen van zorg waarop op grond van de AWBZ aanspraak bestaat, waaronder actuele informatie over de wachttijden.

- Ketenzorg dementie

In de pilots Ketenzorg Dementie vindt er (bij voorkeur op regionaal niveau) met de gemeenten afstemming plaats over de samenhang van ketenonderdelen die vanuit de Wmo bekostigd worden en de onderdelen die vanuit AWBZ/Zvw worden bekostigd. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de informatieverstrekking aan en ondersteuning voor mantelzorgers.

5. Handreikingen voor inkoop intramurale AWBZ

In 2010 werd de intramurale AWBZ-zorg voor het eerst bekostigd in zorgzwaartepakketten (ZZP's). In 2011 is het herallocatietraject dat in 2009 is gestart afgerond, uitgezonderd de instellingen in de maatwerkregeling. De indicatiestelling werkt al vanaf medio 2007 met ZZP's.

In 2010 hebben zorgkantoren gezamenlijke uitgangspunten geformuleerd voor de zorginkoop intramurale AWBZ-zorg. De uitgangspunten zijn voor de zorginkoop 2011 marginaal aangepast. Zorgkantoren geven in 2011 meer aandacht aan het informeren van cliënten over de ingekochte ZZP's, zowel door zorgkantoren zelf als door zorgaanbieders). Daarnaast wordt de term instellingsvreemd nu uniform gehanteerd.

Wat betreft de productspecificaties ZZP is een sessie georganiseerd waarbij ook de branches van zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en de IGZ/Zichtbare Zorg zijn uitgenodigd om hun input te leveren. Dit om het draagvlak voor de productspecificaties te vergroten. Door verschillende organisaties is hier gebruik van gemaakt.

Zorgkantoren hechten er belang aan om te toetsen dat de geleverde zorg aansluit bij het geïndiceerde/gedeclareerde ZZP. Zorgkantoren borgen via de inkoopafspraken dat de zorginstelling voldoet aan basiskwaliteitseisen om het betreffende ZZP te kunnen leveren. Deze afspraken kunnen ook betrekking hebben op de aanwezigheid van specifieke deskundigheid of voldoende formatie om aan cliënten zorg te kunnen leveren.

Uitgangspunt is dat de zorgaanbieder op basis van het geïndiceerde ZZP in overleg met de cliënt de concrete invulling van het ZZP vertaalt in een gezamenlijk overeengekomen zorgplan. Het zorgplan dient daarbij recht te doen aan het ZZP volgens het indicatiebesluit. Het zorgplan is de basis voor zorglevering door de zorginstelling.

Zorgkantoren zijn naast hun zorginkoopfunctie ook gehouden om (steekproefsgewijze) materiële controles uit te voeren op de gedeclareerde ZZP's en de geleverde zorg. Rechtmatigheids- en doelmatigheidsaspecten spelen daarbij een rol. Uitgangspunt is dat de zorgaanbieder wordt bekostigd conform de daadwerkelijk geleverde zorg. In dit kader moet een duidelijke relatie gelegd kunnen worden tussen de gedeclareerde ZZP, de feitelijk geleverde zorg, de afgesproken zorg conform het zorgplan en de door het CIZ geïndiceerde ZZP. Ten onrechte wordt er soms gesuggereerd dat zorgkantoren daarbij een sluitende minutenregistratie zouden eisen. Dat is niet het geval.

Productspecificaties ZZP

Uitgangspunt van de productspecificaties ZZP is aansluiting op de bestaande kwaliteitseisen vastgelegd in de kwaliteitskaders: het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VVT, Kwaliteitskader GZ en de prestatie-indicatoren GGZ. Deze bestaande eisen zijn vertaald naar een handreiking voor het inkoopgesprek tussen zorgkantoor en zorginstelling.

Omdat kwaliteitskaders op instellingsniveau zijn, zijn deze niet altijd specifiek genoeg voor afspraken over ZZP's. Bij het ontwikkelen van de productspecificaties is gekeken of bepaalde ZZP's

productspecificaties vergen, omdat de kwaliteitskaders onvoldoende kwaliteitsborgen bieden voor dat ZZP.

Kern van de productspecificaties is dat de specificatie iets zegt over de kwaliteit, iets toevoegt aan bestaande kwaliteitseisen, specifiek is en herkend door de sector. De productspecificaties leiden niet tot extra informatie-uitvraag in de zin van het aanleveren van periodieke gegevens over decibitus, cliënttevredenheid, en dergelijke. Het kan wel aan de orde zijn dat een instelling moet laten zien dat er een samenwerkingsovereenkomst is met bijvoorbeeld een GGZ-aanbieder als de instelling een GGZ-pakket wil leveren en deze expertise niet zelf in huis heeft.

Status productspecificaties ZZP

De productspecificaties ZZP worden als bijlage bij de inkoopdocumenten 2011 van de zorgkantoren gevoegd. De specificaties worden gehanteerd door alle zorgkantoren.

De productspecificaties ZZP zijn een handreiking. Zij kunnen behulpzaam zijn bij het contact tussen zorgkantoor en aanbieder over de kwaliteit van de in te kopen en te leveren ZZP's in 2011. Het zorgkantoor kan, om recht te doen aan de regionale omstandigheden, in het inkoopbeleid een nadere invulling geven aan de productspecificaties ZZP.

Inkoopbeleid

Zorgkantoren hanteren een aantal gezamenlijke uitgangspunten voor de inkoop van intramurale AWBZ-zorg in 2011. Hierbinnen zullen de zorgkantoren afspraken maken, afgestemd op de regionale omstandigheden.

Kader

1. In 2011 geldt voor de intramurale zorg naar verwachting een contracteerplicht.
2. Zorgkantoren brengen een duidelijk onderscheid aan tussen het inkoopbeleid van het zorgkantoor en informatie over regelgeving van NZa en VWS die zorgkantoren aan aanbieders mee willen geven.
3. Zorgkantoren bepalen welke ZZP's zij willen inkopen, op basis van de indicaties in de regio en passend binnen de regionale contracteerruimte. Uitgangspunt is dat alle benodigde ZZP's worden ingekocht, maar niet bij elke aanbieder hoeft of mag elk ZZP worden ingekocht. Daarbij wordt gekeken in hoeverre een instelling in staat is om kwalitatief goede zorg te leveren.
4. Zorgkantoren maken met instellingen afspraken over het informeren van cliënten over de ZZP's die de aanbieder levert (bijvoorbeeld via kiesbeter.nl). Indien de instelling een cliënt opneemt met een ZZP waarvoor het niet is gecontracteerd, wordt dit vastgelegd in het zorgplan van de cliënt.
5. Zorgkantoren informeren cliënten over de ingekochte ZZP's op de website en/of een folder, of via huisartsen, gemeenten en cliëntenraden.

Uitgangspunten

1. Met inachtneming van punt 3 van het kader, kan de cliënt zijn geïndiceerde ZZP binnen een instelling naar keuze verzilveren. De instelling krijgt bekostigd conform de daadwerkelijk geleverde en ingekochte zorg. Zorgkantoren maken met instellingen afspraken over de voorwaarden waaronder de zorg geleverd wordt. De door zorgkantoren opgestelde productspecificaties ZZP dienen, naast bestaande wet- en regelgeving, als kader voor de beoordeling of een aanbieder de gewenste kwaliteit kan leveren. Als een instelling aan de gestelde voorwaarden voldoet en de zorg levert conform gestelde eisen, kan zij het tarief declareren passend bij het geïndiceerde ZZP. Een instelling die niet voldoet aan de voorwaarden voor specifieke ZZP's krijgt bekostigd conform ZZP's waarvoor de instelling wel aan de voorwaarden voldoet.

2. Zorgkantoren willen toe naar een systeem waarbij het kwalitatief kunnen leveren van het geïndiceerde ZZP bepaalt of een bepaald pakket bij een aanbieder wordt ingekocht, en niet de toelating. De kwalitatieve toets vindt plaats op basis van de vastgestelde wet- en regelgeving en de productspecificaties ZZP van zorgkantoren. Uitzondering hierop zijn de LVG- en SGLVG-behandelcentra: de NZa eist hiervoor een specifieke toelating. Voor de ZG-pakketten, GGZ B-pakketten en ZZP VV 9 en 10 zijn, gegeven de specifieke zorg aan deze doelgroepen, uitgewerkte toetsingscriteria/productspecificaties vereist. In V&V-instellingen wonen veel cliënten die een LG-indicatie hebben gekregen. Bekeken wordt of de indicatiestelling moet worden aangepast en vaker een V&V-pakket geïndiceerd kan worden voor deze cliënten. Het maken van productieafspraken voor cliënten met een LG-indicatie in een V&V-instelling op basis van V&V-pakketten ligt daarmee in de rede.
3. Als een specifiek pakket niet geleverd kan worden, maar de cliënt wel geïnformeerd voor deze instelling kiest, dan wordt een instellingseigen pakket afgesproken. In principe is het bepalen van een instellingseigen ZZP per aanbieder maatwerk, afhankelijk van de te leveren zorg.
4. Zorgkantoren zullen voor de inkoop van de zwaardere pakketten (pakketten met behandeling) op basis van bestaande wet- en regelgeving en de productspecificaties ZZP toetsen of de aanbieder in staat is de passende zorg te bieden. Een toelating voor behandeling is niet per definitie vereist om de zwaardere pakketten te kunnen declareren. De behandelcomponent kan alleen worden gedeclareerd als de instelling daarvoor toegelaten is.
5. In 2011 kan zover nu bekend een onderhandelingsruimte op de ZZP's van maximaal 2% worden ingezet. Deze bandbreedte wordt door de zorgkantoren bij voorkeur ingezet om afspraken te maken over (de verbetering van) de kwaliteit van de instelling. Bijvoorbeeld specifieke afspraken/investeringsruimte voor zorgdoeleinden (eg. dementie, ketenzorg, innovatie), sturen op het hanteren van de zorgplansystematiek en het werken met kwaliteitskaders (waaronder cliëntwaarderingsonderzoek). Daarnaast zal het gegeven de taakstelling die de overheid aan de zorgkantoren oplegt nodig zijn om de onderhandelingsruimte te gebruiken voor doelmatigheidsafspraken.

Openstaande punten landelijk overleg

In landelijk overleg is nog aan de orde de regelgeving en beleid over het logeren, dagbesteding, behandeling, eventuele toeslagen op de ZZP's, integrale tarieven en wijzigingen in de tariefberekening ZZP's. ZN brengt in het landelijk overleg namens de zorgkantoren hierover standpunten in. Landelijk beleid moet worden vertaald in het inkoopbeleid van zorgkantoren. Zorgkantoren nemen hierover een voorbehoud op in het inkoopbeleid.

6. Handreikingen rondom thema's

Ten aanzien van een aantal actuele thema's zij er handreikingen aan de zorgkantoren hoe hiermee in het inkoopbeleid om te gaan.

Sobere set van gunningscriteria

Voor de gunningscriteria zullen de zorgkantoren eenzelfde structuur hanteren, namelijk criteria die aansluiten bij de inkoopdoelstellingen van het zorgkantoor, de uitvoeringsopdracht en de veranderingsagenda van VWS. Het betreft de volgende structuur:

1. Beschikbaarheid/toegankelijkheid
2. Prijs/doelmatigheid
3. Kwaliteit van zorg

4. Managementinformatie/administratie organisatie
5. Klantgerichtheid
6. Doelgroepen en ketens.

Zorgkantoren zullen per doelstelling één of een klein aantal criteria hanteren, aansluitend bij de regionale aandachtspunten. Per zorgkantoor kan een andere weging van de criteria worden toegepast.

Gunningscriterium algemene voorwaarden VV&T vanuit cliëntenperspectief

De Consumentenbond, NPCF en LOC hebben in samenwerking met ActiZ en BTN algemene voorwaarden voor de VV&T opgesteld. Deze voorwaarden zijn vanuit cliëntenperspectief opgesteld, en betreffen voorwaarden waaronder cliënten zorg geleverd krijgen. Zowel aanbieders als consumenten pleiten voor gebruikmaking van deze voorwaarden als onderdeel van de contractering door zorgkantoren.

Zorgkantoren vinden de algemene voorwaarden een goede ontwikkeling en willen het gebruik ervan stimuleren door de algemene voorwaarden VV&T als gunningscriterium op te nemen (categorie klantgerichtheid). Zorgkantoren kunnen andere/strengere voorwaarden hanteren bij de zorginkoop.

Instellingen in financiële problemen

Zorgkantoren willen meer sturen in geval van instellingen in (dreigende) financiële problemen. Toetsing vooraf gebeurt, maar voldoet niet altijd. Zorgkantoren zullen daarom ook in de ontbindende voorwaarden van de overeenkomst bepalingen opnemen over de financiën. Zorgkantoren hebben dan indien nodig per individuele instelling de mogelijkheid om te handelen als niet aan de overeenkomst wordt voldaan. Daarmee kan ook lopende het jaar worden ingegrepen bij instellingen in financiële problemen.

Voorbeelden van bepalingen die zorgkantoren in de overeenkomst hanteren:

- De zorgaanbieder is gehouden om aan het zorgkantoor tijdig situaties te melden die risicovol zijn voor de (financiële) continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening.
- De zorgaanbieder werkt mee aan het verstrekken van inzicht in de financiële vermogenspositie (inclusief solvabiliteit, rentabiliteit, liquiditeit, RAK-positie) en bedrijfsvoering en werkt in dat kader mee aan het Early Warning System dat het zorgkantoor hanteert.
- Indien de productie van de zorgaanbieder substantieel afwijkt van hetgeen in de productieafspraken met het zorgkantoor is overeengekomen meldt de zorgaanbieder dit voorzien van reden aan het zorgkantoor.

Eisen rondom onderaanneming/bemiddelingbureaus

Zorgkantoren hanteren een uniforme algemene voorwaarde over het werken met onderaanneming: "De instelling meldt tevoren eventuele vormen van onderaanneming. Onverminderd geldt dat bij alle onderaanneming de hoofdaannemer verantwoordelijk en aansprakelijk is voor de dienstverlening door de onderaannemer."

Zorgkantoren zullen in de overeenkomst aanvullende bepalingen opnemen ten aanzien van onderaanneming. In de overeenkomst wordt opgenomen dat instellingen moeten melden wie de onderaannemers zijn, ook gedurende het jaar. Het zorgkantoor moet hier goedkeuring aan geven. Het zorgkantoor kan onderaannemers die in de contractering zijn uitgesloten, weigeren. Het zorgkantoor zal instellingen vragen naar de afspraak die met onderaannemers zijn gemaakt. In de gunningscriteria zal bij een bepaalde omvang van onderaanneming een korting worden toegepast.

Declareren

Zorgkantoren nemen in de overeenkomst uniforme bepalingen op over het declareren op cliëtniveau in 2011. Hiervoor wordt het 'uniform declaratieprotocol AWBZ t.b.v. declareren via de EI standaard AWBZ vanaf 1-1-2011' opgesteld. Dit protocol wordt op brancheniveau bekrachtigd. Zorgkantoren leggen in hun overeenkomst met instellingen vast dat dit declaratieprotocol van toepassing is.

Onderdeel van de uniforme bepalingen rondom declareren is het maken van afspraken over het hanteren van AGB-codes. Zorgkantoren nemen in hun overeenkomst op welke zorgverlenende instellingen (AGB-codes) vallen onder een NZa-instellingscode. Hiertoe wordt een voorbeeld format opgesteld.

Voorbeeld

BESTUURSVERKLARING

ten behoeve van de inkoop AWBZ 2011

De bestuurder van instelling

gevestigd te

**a. verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen:
(eisen aanvinken)**

Eisen van bekwaamheid

- De instelling is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De instelling beschikt per 30 juli 2010 over een formeel vereiste toelating voor de levering van AWBZ-zorg.
- De instelling verklaart te voldoen en zich te houden aan de wettelijke eisen: AWBZ, WMG, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet BIG, WGBO (indien van toepassing), WBP, Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, Mededingingswet.
- De instelling voldoet aan de Regeling jaarverslaglegging.
- De instelling voldoet aan de Regeling AO/IC.
- De instelling 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 care-sector(en) geïntegreerd. De instelling verantwoordt zich hierover in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.
- De instelling beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens aan het zorgkantoor en het CAK binnen de door het zorgkantoor aangegeven termijn, waaronder:
 - gegevens voor de oplegging van de eigen bijdrage binnen 4 weken na afloop van een maand/periode kunnen worden aangeleverd bij het CAK;
 - productie realisatiecijfers maandelijks (tenzij anders afgesproken) worden aangeleverd aan het zorgkantoor;
 - de relevante berichten in AZR kunnen worden uitgewisseld ("zorgtoewijzing" "melding aanvang zorg" "mutaties", "melding einde zorg") conform standaarden die door het CVZ zijn vastgesteld.
- De instelling beschikt over een vastgelegd privacybeleid.
- De instelling beschikt over een vastgelegde klachtenregeling.

Financieel-economisch

- De instelling is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis) of verklaart deze per 1 januari 2011 af te sluiten.

**b. verklaart dat de volgende uitsluitingsgronden niet van toepassing zijn:
(gronden aanvinken)**

Uitsluitingsgronden

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

- De inschrijver of gegadigde wordt uitgesloten van deelneming als:
 - die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de 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 beroepsgedragsregels;
 - die in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout heeft begaan, vastgesteld op een grond die het zorgkantoor aannemelijk kan maken;
 - die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan 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 worden verlangd en/of relevant zijn.

Aldus naar waarheid ingevuld,

Naam bestuurder	
Datum	
Handtekening bestuurder	

Voorbeeld

BESTUURSVERKLARING

ten behoeve van de inkoop AWBZ 2011

De bestuurder van instelling

gevestigd te

**a. verklaart hierbij te voldoen aan de volgende algemene voorwaarden:
(voorwaarden aanvinken)**

Algemeen

- o De instelling heeft aantoonbaar de zorgbrede 'governance code' ingevoerd.

Tijdige zorg

- o De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de levering van AWBZ-zorg voor de zorg waarop de overeenkomst betrekking heeft.
- o De zorgaanbieder bevordert dat de verzekerde zo snel mogelijk vanaf de indicatie de zorg kan ontvangen, in afstemming met de cliënt.
- o De zorgaanbieder realiseert zorg ter overbrugging ingeval de gevraagde en geïndiceerde zorg niet direct dan wel niet binnen een redelijke termijn geleverd kan worden.

Kwaliteit van zorg

- o De zorgaanbieder verbindt zich jegens het zorgkantoor om kwalitatief verantwoorde zorg te leveren aan verzekerden; cliëntgericht, doeltreffend, en naar redelijkheid afgestemd op de behoefte van de cliënt.
- o De zorgaanbieder hanteert een vaste zorgplansystematiek, waarbij met iedere cliënt een minimaal jaarlijks bij te stellen zorgplan wordt afgesproken.
- o De zorgaanbieder werkt met het – per sector – geldende landelijke kwaliteitskader, waarin cliëntgebonden en zorginhoudelijke indicatoren door de aanbieder zelf (zelfrapportage) en klantwaarderingsonderzoek gemeten wordt.

Informatieverstrekking

- o De aanbieder verstrekt inlichtingen aan het zorgkantoor ten behoeve van de uitvoering van de wettelijke taken van het zorgkantoor zoals vastgelegd in de AWBZ en de nadere regelgeving.
- o De aanbieder geeft het zorgkantoor de vereiste informatie op grond van de "Regeling jaar-verslaglegging zorginstellingen" en de "Regeling AO/IC".
- o Daarnaast verstrekt de zorgaanbieder de relevante gegevens over de aandachtsvelden die in het jaarrapport zijn vastgelegd.
- o De instelling meldt tevoren eventuele vormen van onderaanneming. Onverminderd geldt dat bij alle onderaanneming de hoofdaannemer verantwoordelijk en aansprakelijk is voor de dienstverlening door de onderaannemer.

Aldus naar waarheid ingevuld,

Naam bestuurder	
Datum	
Handtekening bestuurder	

Productspecificaties ZZP 2011

Inleiding

In dit document zijn productspecificaties voor de zorgzwaartepakketten (ZZP's) opgenomen, ten behoeve van de zorginkoop 2011. In 2010 hanteerden de zorgkantoren ook gezamenlijke opgestelde productspecificaties. Voor de doorontwikkeling van de productspecificaties naar 2011 zijn in januari 2010 brancheorganisaties van aanbieders, cliëntenorganisaties en de IGZ benaderd om mee te denken met de productspecificaties. Een aantal van hen heeft hieraan gehoor gegeven en input geleverd.

Uitgangspunt van de productspecificaties ZZP is aansluiting op de bestaande kwaliteitseisen vastgelegd in de kwaliteitskaders: het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VVT, Kwaliteitskader GZ en de prestatie-indicatoren GGZ. Deze bestaande eisen zijn vertaald naar een handreiking voor het inkoopgesprek tussen zorgkantoor en zorginstelling.

Omdat kwaliteitskaders op instellingsniveau zijn, zijn deze niet altijd specifiek genoeg voor afspraken over ZZP's. Bij het ontwikkelen van de productspecificaties is gekeken of bepaalde ZZP's productspecificaties vergen, omdat de kwaliteitskaders onvoldoende kwaliteitsborgen bieden voor dat ZZP.

De partijen betrokken bij de kwaliteitskaders hechten erg aan deskundigheid van het personeel. De productspecificaties ZZP 2011 bevatten per sector een deskundigheidstabel. Ingegaan wordt op het deskundigheidsniveau en de bereikbaarheid. Deze aspecten van deskundigheid vormen een minimale basis. Dat is geen garantie voor goede kwaliteit. Daarnaast is van belang dat er juist wordt gehandeld. Daar hoort bij het nemen van verantwoordelijkheid en het werken volgens procesbeschrijvingen en protocollen. Aan laatstgenoemde aspecten van deskundigheid zal de komende tijd vorm worden gegeven door de bij de kwaliteitskaders betrokken partijen.

Kern van de productspecificaties is dat de specificatie iets zegt over de kwaliteit, iets toevoegt aan bestaande kwaliteitseisen, specifiek is en herkend door de sector. De productspecificaties leiden niet tot extra informatie-uitvraag in de zin van het aanleveren van periodieke gegevens over decibitus, cliënttevredenheid, en dergelijke. Het zorgkantoor kan wel in haar inkoop eisen dat een instelling laat zien dat er een samenwerkingsovereenkomst is met bijvoorbeeld een GGZ-aanbieder als de instelling een GGZ-pakket wil leveren en deze expertise niet zelf in huis heeft.

Kader

Zowel de zorgkantoren als de zorgaanbieders zijn verplicht om aan de landelijke wet- en regelgeving te voldoen, ondermeer:

- prestatiebeschrijvingen ZZP vastgelegd in beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- de afbakening van aanspraken door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ);
- de kwaliteitsnormen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), inclusief bouwkundige eisen;
- onvrijwillige opname is alleen toegestaan in instellingen met een BOPZ-aanmerking ('vergunning'). Afwijken van deze regel kan alleen met toestemming van de inspecteur IGZ en in overleg met het zorgkantoor.

De productspecificaties ZZP worden als bijlage bij de inkoopdocumenten 2011 van de zorgkantoren gevoegd. De specificaties worden gehanteerd door alle zorgkantoren.

De productspecificaties ZZP zijn een handreiking. Zij kunnen behulpzaam zijn bij het contact tussen zorgkantoor en aanbieder over de kwaliteit van de in te kopen en te leveren ZZP's in 2011. Het

zorgkantoor kan, om recht te doen aan de regionale omstandigheden, in het inkoopbeleid een nadere invulling geven aan de productspecificaties ZZP.

Cliëntperspectief

Indien een cliënt zich met een ZZP-indicatie meldt bij een voorkeursinstelling, is het aan de zorginstelling zelf om aan de hand van de gemaakte inkoopafspraken en bestaande wet- en regelgeving te beoordelen of de instelling hieraan kan voldoen. Cliënten worden vooraf door de instelling geïnformeerd over de mogelijkheden van de te leveren zorg bij een bepaald ZZP. Het is aan de cliënt om te kiezen of hij/zij in verband met locatievoorkeur met minder zorg dan geïndiceerd is, genoegen wil nemen. Dit wordt vastgelegd in het zorgplan. Het zorgkantoor informeert de cliënt optimaal over de keuzemogelijkheden in het zorgaanbod en ondersteunt de cliënt indien gewenst bij het vinden van een passend aanbod.

Om het cliëntenperspectief te benadrukken stellen de zorgkantoren een aantal algemene voorwaarden aan instellingen met wie zij een ZZP-afpraak maken:

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

Deze voorwaarden sluiten aan bij bestaande wet- en regelgeving.

V&V

Alle pakketten

ZZP VV 1 tot en met VV 10

- Opleidingsniveau van zorgpersoneel is conform complexiteit, zie bijlage 1
- Verantwoordelijkheid van medicus en paramedicus, zie bijlage 1

Het is aan aanbieders om te zorgen dat goed en voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig is. 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 aanwezig moeten zijn en anderen die zijn betrokken bij de zorglevering. Daarnaast moet de aanbieder ook ervoor zorgen dat welzijnsaspecten zoals bijvoorbeeld geestelijke verzorging op orde zijn.

Bij het Volledig Pakket Thuis (VPT) wordt van de aanbieder verwacht dat aan de productspecificaties van het betreffende ZZP wordt voldaan.¹

Voor de volgende zorgzwaartepakketten gelden geen aanvullende productspecificaties:

ZZP VV 1 Beschut wonen met enige begeleiding

ZZP VV 2 Beschut wonen met begeleiding en verzorging

ZZP VV 3 Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging

Voor de zorgzwaartepakketten,

ZZP VV 4 Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging

ZZP VV 5 Beschermd wonen met intensieve dementiezorg

ZZP VV 6 Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging

ZZP VV 7 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding

ZZP VV 8 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging,

worden de hieronder genoemde aanvullende productspecificaties beschreven:

- Indien de instelling geen toelating heeft voor de functie behandeling, moet deze beschikken over een samenwerkingsovereenkomst met het verpleeghuis voor het leveren van behandeling.
- De deskundigheid is toegespitst op de zorgzwaarte, individuele gezondheidsrisico's en specifieke situaties van de in het ZZP beschreven doelgroepen.
- De aanbieder is in staat een dagprogramma aan te bieden passend bij de cliëntenpopulatie, zo nodig middels een samenwerking met een andere aanbieder. Er is daarbij voldoende ruimte voor invulling van de professional en de cliënt. Het dagprogramma is vastgelegd in het individueel zorgplan.

¹ 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 zorgstelling. De cliënt dient hiervoor een beroep te doen op Zorgverzekeringswet en/of de Wet maatschappelijke ondersteuning.

- Er is minimaal twee keer per jaar een gestructureerd multidisciplinair overleg op cliëntniveau. Bij instabiele of veranderende gezondheidstoestand dient de frequentie van het multidisciplinaire overleg verhoogd te worden.

Voor zorgzwaartepakket ZZP VV 9, Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging worden de hieronder genoemde aanvullende productspecificaties beschreven:

- De specialist ouderengeneeskunde of revalidatiearts is als onderdeel van het multidisciplinaire team verantwoordelijk voor het opstellen en evalueren van het zorgplan.
- De deskundigheid 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 afdelingen of instellingen

Voor de Somatische Revalidatiezorg die onderdeel uitmaakt van ZZP VV9 gelden daarnaast de volgende specificaties:

- De somatische revalidatie zorg wordt geleverd op een speciale unit die voorziet in een 'healing environment'.
- De unit of instelling die somatische revalidatiezorg biedt, dient van een dusdanige omvang te zijn dat het mogelijk is om aan de kwaliteits- en doelmatigheidscriteria te voldoen.
- Er dienen separate somatische revalidatiezorg units te zijn voor:
 - CVA
 - Electieve Orthopedie en Trauma
- Somatische revalidatiezorg behelst niet herstelzorg en psychogeriatrische reactivering.
- Van somatische revalidatiezorg geleverd binnen deze gespecialiseerde units worden uitgesloten cliënten waarbij nog twijfel is over voldoende instrueerbaarheid, motivatie en/ of belastbaarheid.
- Van somatische revalidatiezorg geleverd binnen deze gespecialiseerde units worden uitgesloten cliënten met:
 - Actuele verslavingsproblematiek
 - Psychiatrische problematiek
 - Onvoldoende motivatie
 - Onvoldoende belastbaarheid
 - Dementie in een vergevorderd stadium
 - Ernstige co-morbiditeit (bijv. kanker in preterminale fase)
 - Ernstige onbeïnvloedbare stemmings- of gedragsstoornissen (in het kader van cognitieve of psychiatrische aandoeningen)
 - Voortschrijdende comorbiditeit ten gevolge waarvan de algemene conditie snel verslechtert.

Voor zorgzwaartepakket ZZP VV 10, Beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg, worden de hieronder genoemde aanvullende productspecificaties beschreven:

- De zorg wordt geleverd op een speciale unit met de exclusieve bestemming palliatief terminale zorg.
- Er is sprake van een setting met één - persoonskamers.
- De zorg is geprotocolleerd volgens de landelijk erkende standaard.

- De zorgverlener is aangesloten bij een palliatief netwerk.
- De zorgaanbieder maakt zichtbaar dat zij ook de naasten van de cliënt begeleiding biedt.
- De zorgaanbieder maakt zichtbaar dat de cliënt de gewenste geestelijke/spirituele zorg wordt aangeboden.

GZ

Alle pakketten

ZZP VG, LVG, SGLVG en LG

- Opleidingsniveau van zorgpersoneel is conform complexiteit, zie bijlage 2
- Verantwoordelijkheid van medicus en paramedicus, zie bijlage 2

Het is aan aanbieders om te zorgen dat goed en voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig is. 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.

Bij het Volledig Pakket Thuis (VPT) wordt van de aanbieder verwacht dat aan de productspecificaties van het betreffende ZZP wordt voldaan.

VG

ZZP 1 VG Wonen met enige begeleiding

ZZP 2 VG Wonen met begeleiding

ZZP 3 VG Wonen met begeleiding en verzorging

- Woonondersteuner voortdurend in de nabijheid.
- De instelling die geen toelating heeft voor de functie behandeling, moet beschikken over een bedrijfsplan waarin de volgende onderwerpen vastgelegd zijn:
 - de samenwerkingsovereenkomst met een behandelaar
 - de AVG-arts en gedragsdeskundige/psycholoog is waar nodig zichtbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van het zorgplan.

ZZP 4 VG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging

- Woonondersteuner voortdurend in de nabijheid, in pand aanwezig als er cliënten aanwezig zijn.
- De instelling die geen toelating heeft voor de functie behandeling, moet beschikken over een bedrijfsplan waarin de volgende onderwerpen vastgelegd zijn:
 - de samenwerkingsovereenkomst met een behandelaar
 - de AVG-arts en gedragsdeskundige/psycholoog is waar nodig zichtbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van het zorgplan.
- Indien cliënt verpleegkundige zorg nodig heeft, is deze deskundigheid beschikbaar.

ZZP 5 VG Wonen met begeleiding en zeer intensieve verzorging

- Woonondersteuner voortdurend in de nabijheid, in pand aanwezig als er cliënten aanwezig zijn.
- De instelling die geen toelating heeft voor de functie behandeling, moet beschikken over een bedrijfsplan waarin de volgende onderwerpen vastgelegd zijn:

- de samenwerkingsovereenkomst met een behandelaar
- de AVG-arts en gedragsdeskundige/psycholoog is waar nodig zichtbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van het zorgplan.
- Er is verpleegkundige hulp en advies beschikbaar, deze moet bevoegd en in staat zijn specifiek verpleegkundige handelingen uit te voeren.

ZZP 6 VG Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering

- Indien de instelling die geen toelating heeft voor de functie behandeling, moet deze beschikken over een bedrijfsplan waarin de volgende onderwerpen vastgelegd zijn:
 - de samenwerkingsovereenkomst met een behandelaar
 - de AVG-arts en gedragsdeskundige/psycholoog is waar nodig zichtbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van het zorgplan.
- Behandelaar is eindverantwoordelijkheid voor zorgplan: AVG arts en gedragsdeskundige/psycholoog(psychiatrisch) 7 x 24 uur bereikbaar.
- Er wordt 7 x 24 uur ondersteuning geboden door gekwalificeerd personeel.

ZZP 7 VG (besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering betreft doelgroep SGLVG-SGEVG met CEP score 3/4

- Behandelaar is eindverantwoordelijkheid voor zorgplan: AVG arts en gedragsdeskundige/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 zorgplan.
- Periodieke scholing met betrekking tot agressieregulering, gedragsproblemen etc.
- Middelen en maatregelen BOPZ moeten kunnen worden toegepast!

LVG

LVG-pakketten zijn voorbehouden aan de LVG behandelcentra.

Er moet op ontwikkeling/behandeling gerichte zorg- of ondersteuningsplan aanwezig zijn, waarbij de behandelaar eindverantwoordelijk is.

VERBIJZONDERING PER ZZP

ZZP 1 LVG

- Behandelaar is eindverantwoordelijk voor het zorgplan: behandelaars bij zorgverlening betrokken: (AVG) arts en gedragsdeskundige/psycholoog beschikbaar voor advies.

ZZP 2 LVG

- Behandelaar is eindverantwoordelijk voor het zorgplan: behandelaars bij zorgverlening betrokken: (AVG) arts en gedragsdeskundige/psycholoog beschikbaar voor advies.

ZZP 3 LVG

- Ondersteuner 24 uur per dag direct aanwezig.
- Behandelaar is eindverantwoordelijk voor het zorgplan: 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.

ZZP 4 LVG

- De behandelaar met GGZ deskundigheid is als onderdeel van het multidisciplinaire team verantwoordelijk voor het opstellen en evalueren van het zorgplan. 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 alarmeringsysteem 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.

ZZP 5 LVG

- De behandelaar met GGZ deskundigheid is als onderdeel van het multidisciplinaire team verantwoordelijk voor het opstellen en evalueren van het zorgplan: AVG arts en gedragskundige/psycholoog(psychiatrisch) 7 x 24 uur bereikbaar.
- Permanent toezicht en mogelijkheid tot direct ingrijpen.
- Er is een adequaat alarmeringsysteem en direct back-up van collega's aanwezig.
- Individuele risico's zoals agressie en veiligheidsaspecten worden vastgelegd in het zorgplan.
- Periodieke scholing mbt 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.

SGLVG

ZZP 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 zorgplan: AVG arts en gedragskundige/psycholoog(psychiatrisch) 7 x 24 uur bereikbaar.
- Permanent toezicht en mogelijkheid tot direct ingrijpen.
- Er is een adequaat alarmeringsysteem en direct back-up van collega's aanwezig.
- Individuele risico's zoals agressie en veiligheidsaspecten worden vastgelegd in het zorgplan.
- 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.

LG

ZZP 1 LG Wonen met enige begeleiding en enige verzorging

ZZP 2 LG Wonen met begeleiding en enige verzorging

- 's Nachts is er een oproepbare wacht.
- Woonondersteuner is beschikbaar volgens afspraak en direct oproepbaar of voortdurend in de nabijheid.
- Er is verpleegkundige hulp en advies beschikbaar.

ZZP 3 LG Wonen met enige begeleiding en verzorging

- 's Nachts is er een wakende of slapende wacht.
- Woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid.
- Behandelaar bij zorgverlening betrokken: arts, psychiater/gedragkundige/psycholoog 7 x 24 uur bereikbaar, reageert binnen 10 minuten.
- Er is verpleegkundige hulp en advies beschikbaar.

ZZP 4 LG Wonen met begeleiding en verzorging

- 's Nachts is er een wakende of slapende wacht.
- Woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid en is in staat adequaat te handelen bij gedragproblematiek.
- Behandelaar bij zorgverlening betrokken: arts, psychiater/gedragkundige/psycholoog 7 x 24 uur bereikbaar, reageert binnen 10 minuten.
- Er is verpleegkundige hulp en advies beschikbaar.

ZZP 5 LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging

ZZP 6 LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging

ZZP 7 LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging

- 's Nachts is er een wakende of slapende wacht.
- Woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid.
- Behandelaar bij zorgverlening betrokken: arts, psychiater/gedragkundige/psycholoog 7 x 24 uur bereikbaar, reageert binnen 10 minuten.
- Er is verpleegkundige hulp en advies beschikbaar, moet in staat zijn specifiek verpleegkundige handelingen uit te voeren.

ZG

Voor alle ZZP ZG pakketten

ZZP 1 ZG wonen met begeleiding en enige verzorging

ZZP 2 ZG wonen met intensieve begeleiding en verzorging

ZZP 3 ZG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging

ZZP 4 ZG wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging

ZZP 1 ZG wonen met enige begeleiding en enige verzorging

ZZP 2 ZG wonen met begeleiding en enige verzorging

ZZP 3 ZG wonen met intensieve begeleiding en verzorging

ZZP 4 ZG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging

ZZP 5 ZG wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging

Kwaliteit van zorg/personele inzet

- De ZG is een kleine maar diverse doelgroep waarbij specifieke deskundigheid 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.

Bouwkundig

- Leefomgeving moet zijn aangepast op de zintuiglijke beperking. Voorbeelden: akoestische aspecten, verlichting en inrichting van de ruimten, gebouwgebonden hulpmiddelen

Zie voor de bouwkundige aspecten:

<http://www.bouwcollege.nl/Pdf/KPAlgemeen/ut543.pdf>

GGZ

Alle pakketten

ZZP 1 GGZ-B tot en met 7 GGZ-B

- 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.

ZZP 1 GGZ-B tot en met 7 GGZ-B en

ZZP 1 GGZ-C tot en met 6 GGZ-C

- Opleidingsniveau van zorgpersoneel is conform complexiteit, zie bijlage 3. Het zorgkantoor gaat er van uit dat het bij de ZZP vermelde deskundigheidsniveau wordt ingezet, of dat de zorgaanbieder beargumenteerd en onderbouwd hiervan afwijkt.
- Elke cliënt met een indicatie voor dagbesteding heeft recht op een aanbod van werk, scholing of dagbesteding. Als dit niet geleverd wordt door de aanbieder, dient de aanbieder er voor zorg te dragen dat dit elders plaatsvindt. In het zorgplan van de cliënt is vastgelegd waar de dagbesteding wordt afgenomen, of dat de cliënt afziet van dagbesteding.
- Er vindt multidisciplinaire afstemming plaats tussen onder meer psychiater, huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde.

Bij het Volledig Pakket Thuis (VPT) wordt van de aanbieder verwacht dat aan de productspecificaties van het betreffende ZZP wordt voldaan.

Bijlage 1, deskundigheid en voorzieningen VV

Productspecificaties ZZP V&V

verblijf zonder behandeling

ZZP VV	hoofd-behandelaar	minimaal aanwezig deskundigheidsniveau mbt zorgverlening *				alarm-opvolging	bereikbaarheid behandelaar	samenwerkings-overeenkomst VPH	ondersteuning aan behandelaar ***	financiering	
		niveau 1 zorghulp	niveau2 helpende	niveau3 verzorgende	niveau4/5 verpleegk	overdag nacht					
		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	zorgverzekeringswet (zvw)	
2	(huis)arts		aanwezig	aanwezig	op afroep	A-N		(para)medici; farmacie			
3	(huis)arts			aanwezig	op afroep	A-D-N		spec. ouderengk	(para)medici; farmacie		
4	(huis)arts			aanwezig	op afroep	A-D-N		spec. ouderengk	(para)medici; farmacie		
5	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A-D-N		spec. ouderengk	(para)medici; farmacie; geriater		
6	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A-D-N		spec. ouderengk	(para)medici; farmacie		
7	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A-D-N		spec. ouderengk	(para)medici; farmacie; geriater/psychiater		
8	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A-D-N		spec. ouderengk	(para)medici; farmacie		
9	in instelling voor VBF zonder BH niet mogelijk										
10	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A-D-N		spec. ouderengk	(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 geregeestreeerde verpleegkundige bereikbaar is die binnen 10 minuten ter plaatse kan zijn. Aanwezig betekent lijfelijk 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

Bijlage 1, deskundigheid en voorzieningen VV

Productspecificaties ZP V&V

verblijf met behandeling

ZZP VV	hoofd- behandelaar	minimaal aanwezig deskundigheidsniveau mbt zorgverlening *				alarm- opvolging	bereikbaar- heid behandelaar		ondersteuning aan behandelaar	financiering
		niveau 1 zorghulp	niveau2 helpende	niveau3 verzorgende	niveau4/5 verpleegk	overdag nacht				
		niveau 1 zorghulp	niveau2 helpende	niveau3 verzorgende	niveau4/5 verpleegk	**				
1	spec. ouderengk	aanwezig	aanwezig	aanwezig		A-N	O= oproepbaar 7 x 24 uur < 10 minuten reactie < 30 minuten ter plaatse (kwaliteitskader)		(para)medici; farmacie	AWBZ
2	spec. ouderengk		aanwezig	aanwezig	op afroep	A-N		(para)medici; farmacie		
3	spec. ouderengk			aanwezig	op afroep	A-D-N		(para)medici; farmacie		
4	spec. ouderengk			aanwezig	op afroep	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		
9	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 geregeestreeerde verpleegkundige bereikbaar is die binnen 10 minuten ter plaatse kan zijn. Aanwezig betekent lijfelijk aanwezig in huis. 's Nachts is minimaal niveau 3 aanwezig.

** A = alarmopvolging < 5 min reactie

D = toezicht overdag

N = toezicht nacht

Bijlage 2, deskundigheid en voorzieningen GZ

Productspecificaties ZZP VG

ZZP GZ	MBO	HBO denk werkniveau	Setting open/gesloten	ADN	Verantwoordelijk behandelaar	BOA
1	Aanwezig	In team beschikbaar	open	D,N	Huisarts/gedragskundige B	
2	Aanwezig	In team beschikbaar	open	D,N	Huisarts/gedragskundige B	
3	Aanwezig	In team beschikbaar	open	D,N	Huisarts/gedragskundige A	
4	Aanwezig	In team beschikbaar	open	D,N	Huisarts/gedragskundige A	
5	Aanwezig	Aanwezig	open	D,N	AVG/gedragskundige	A
6	Aanwezig	Aanwezig	open	A,D,N	AVG/gedragskundige	B,O
7	Op achtergrond	Aanwezig	be- gesloten	A+,D,N	AVG /BOPZ arts	B,O

Productspecificaties ZZP LVG

ZZP JLVG	MBO	HBO denk werkniveau	Setting open/gesloten	ADN	Verantwoordelijk behandelaar	BOA
1	Aanwezig	In team beschikbaar	open	D,N	Huisarts/gedragskundige O	
2	Aanwezig	In team beschikbaar	open	D,N	Huisarts/gedragskundige O	
3	Aanwezig	Aanwezig	open	D,N	Huisarts/gedragskundige O	
4	Aanwezig	Aanwezig	besloten	A+,D,N	Gedragsk. /BOPZ arts	O
5	Op achtergrond	Aanwezig	be- gesloten	A+,D,N,	Gedragsk. /BOPZ arts	A

Productspecificaties ZZP SGLVG

ZZP SGLVG	MBO	HBO denk werkniveau	Setting open/gesloten	ADN	Verantwoordelijk behandelaar	BOA
1	Op achtergrond	Aanwezig	be- gesloten	A+,D,N	Psychiater/AVG	B,O

Aanwezigheid overdag = groen

Aanwezigheid dag/nacht <10 min ter plaatse = blauw

24 uur per dag bereikbaar, < 10 min ter plaatse = oranje

A= alarmering systeem

A+ reactie <5 min

D=toezicht overdag

B= bereikbaar

O=oproepbaar 7X24 U, < 10 min reactie

A= aanwezig <30 MIN

Productspecificaties ZZP LG

Verblijf zonder behandeling

Individuele Hulpmiddelen: ZVW/WMO

ZZP LG	Hoofd- behandelaar	Minimaal aanwezig deskundigheidsniveau mbt zorgverlening					Alarm- opvolging	Bereikbaarheid behandelaar	Samenwerking overeenkomst of ketenzorg afpraak	Ondersteuning aan behandelaar	Finan- ciering	Bouwkundig
		niveau1 zorghulp	niveau2 helpende	niveau3 verzorgende SPW	niveau4 verpleegk SPH	niveau5 verpleegk.						
1	(Huis)arts		Aanwezig	Aanwezig	Op afroep	-	A,N	O		(Para)medici; Farmacie	ZVW	open
2	(Huis)arts		Aanwezig	Aanwezig	Op afroep	Op afroep	A,N	O		(Para)medici; Farmacie	ZVW	open
3	(Huis)arts			Aanwezig	Op afroep	Op afroep	A,D,N	O		(Para)medici; Farmacie	ZVW	open
4	(Huis)arts			Aanwezig	Op afroep	Op afroep	A,D,N	O	(Rev/Verpl.)arts	(Para)medici; Farmacie	ZVW	open
5	(Huis)arts			Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	A,D,N	O	(Rev/Verpl.)arts	(Para)medici; Farmacie	ZVW	open
6	(Huis)arts			Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	A,D,N	O	(Rev/Verpl.)arts	(Para)medici; Farmacie	ZVW	open
7	(Huis)arts			Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	A,D,N	O	(Rev/Verpl.)arts	(Para)medici; Farmacie	ZVW	open

Aanwezigheid overdag = groen

Aanwezigheid dag/nacht <10 min ter plaatse = blauw

24 uur per dag bereikbaar, < 10 min ter plaatse = oranje

A= alarmopvolging <5 min reactie

D=toezicht overdag

N=toezicht nacht

O=oproepbaar 7X24 U, < 5 min reactie

A= aanwezig <30 min ter plaatse

LG met behandeling komt erg weinig voor: dan leveringsvoorwaarden V&V met behandeling aanhouden, (paramedische, farmaceutische kosten en (individuele) hulpmiddelen: voor rekening AWBZ

Bijlage 3, deskundigheid en voorzieningen GGZ

Productspecificaties ZZP GGZ

GGZ-B		Setting	Bouw	Opleidingsniveaus			Toezicht nacht	Behandelaar	Mede behandelaar	
Voortgezet verblijf met				3	4	5				
B1	Begeleiding	open	-	a	a/o	a/o	o (slaap)	hoofdbehandelaar Cono	a/o	Cono
B2	Structuur en uitgebreide begeleiding	open	-	n	a/o	a/o	n (beschikb)	hoofdbehandelaar Cono	a/o	Cono
B3	Intensieve begeleiding	open	-	n	a/o	a/o	n (beschikb)	hoofdbehandelaar Cono	a/o	Cono
B4	Intensieve begeleiding en verzorging	open/besloten	-	n	a/o	a/o	n (wakker)	hoofdbehandelaar Cono	a/o	Cono
B5	Intensieve begeleiding en gedragsregulering	open/besloten	-	n	n	a/o	n (wakker)	hoofdbehandelaar Cono	a/o	Cono
B6	Intensieve begeleiding, intensieve verpleging en verzorging	open/besloten	-	n	n	n	n (wakker)	hoofdbehandelaar Cono	a/o	Cono
B7	Beveiligd**	gesloten	beveiligd, separeer	n	n	n	n (wakker)	hoofdbehandelaar Cono	a/o	Cono

GGZ-C		Setting	Bouw	Opleidingsniveaus			Toezicht nacht	Behandelaar	Mede behandelaar
Beschermd wonen				3	4	5			
C1	Begeleiding	open	-	a/o	a/o	a/o	o (slaap)	huisarts Zvw	Zvw
C2	Gestructureerd met uitgebreide begeleiding	open	-	n	a/o	a/o	n (beschikb)	huisarts Zvw	Zvw
C3	Intensieve begeleiding	open	-	n	n	a/o	n (beschikb)	huisarts Zvw	Zvw
C4	Gestructureerd met intensieve begeleiding en verzorging	open/besloten	-	n	n	n	n (wakker)	huisarts Zvw	Zvw
C5	Intensieve begeleiding en gedragsregulering	open/besloten	-	n	n	n	n (wakker)	huisarts Zvw	Zvw
C6	Intensieve begeleiding, intensieve verpleging en verzorging	open	aangepast aan handic*	n	n	n	n (wakker)	huisarts Zvw	Zvw

* lichamelijke of verstandelijke handicap of lichamelijke ziekte

** beveiligd voortgezet verblijf extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding

a/o = afspraak/oproepbaar

a = aanwezig

n = nabijheid