

Kwaliteitstoetsingen vanuit het cliënten- perspectief in de care sector

Dr. Rally Rijkschroeff

Augustus 2005

Inhoud

1	Opzet van de strategische beleidsverkenning	5
2	Patiëntenbeleid en kwaliteitsbeleid van het ministerie van VWS	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief	10
2.3	Keuzeondersteunende informatie	15
2.4	Conclusies	26
3	Structurele implementatie kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief	29
3.1	Een open markt van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief	30
3.2	Harmonisering van financiering	32
3.3	Kosten van structurele financiering voor AWBZ-brede toetsing	34
3.4	Conclusie	35

4	Gezaghebbend kwaliteitsinstituut van cliëntenorganisaties	37
4.1	CBO en het Picker Instituut als voorbeelden	37
4.2	Het gezaghebbende kwaliteitsinstituut vanuit het cliëntenperspectief	39
4.3	Positionering van het Kwaliteitsinstituut	40
4.4	De oprichting van het Kwaliteitsinstituut	42
4.5	Organisatievorm	44
4.6	Conclusie	45
	Literatuur	47
	Bijlage 1 Lijst van respondenten	49
	Bijlage 2 Cliëntenperspectief	51
	Bijlage 3 Stand van zaken	53
	Bijlage 4 Outcome based	59
	Bijlage 6 Convenant 'kwaliteitstoetsing care'	63
	Bijlage 7 Accreditering: de Raad voor Accreditatie (www.rva.nl)	69
	Bijlage 8 Accrediteringsproces van Raad voor Accreditatie	71
	Bijlage 9 Organisatiestructuur business unit	73

1 Opzet van de strategische beleids- verkenning

In de verpleeg- en verzorgingshuizen, de revalidatie-instellingen, de instellingen voor gehandicapten en de GGZ-instellingen, hebben cliëntenorganisaties zich sinds 1992 ontwikkeld tot toetsers van de kwaliteit van zorg in brede zin (zowel verblijfsaspecten als bejegening en behandeling). De betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij de kwaliteit van zorg heeft in elke sector een eigen ontwikkeling doorgemaakt. Daarin hebben de landelijke ondersteuningsorganisaties van cliëntenraden een belangrijke rol gespeeld. De landelijke cliëntenorganisaties in de care sector (FvO, LFB, LOC, LSR en LPR ¹) hebben in de loop der jaren diverse kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld. Cliëntenraden laten - in samenwerking met de directies en door een onafhankelijke organisatie - kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief uitvoeren.

In de care sector houden een vijftal organisaties zich bezig met de kwaliteit van zorg vanuit patiënten/cliëntenperspectief. Het betreft Cliënt & Kwaliteit (verpleging en verzorging), Perspectief (mensen met een verstandelijke handicap), LSR (gehandicaptensector en revalidatiesector), Landelijke Federatie Belangenverenigingen (mensen met een verstandelijke handicap) en Kwadraad (GGZ).

¹ FvO: Federatie van Ouderverenigingen; LFB: LFB Landelijke Federatie Belangenvereniging Onderling Sterk; LOC: Landelijke Organisatie Cliëntenraden; LSR: Landelijk Steunpunt Cliëntenraden; LPR: belangenorganisatie cliënten GGZ.

Buiten de care sector zijn er ook kwaliteitsinstrumenten vanuit het cliëntenperspectief ontwikkeld, zoals door de NPCF (2/3 gesprekken) en de Vereniging Kind & Ziekenhuis.

<i>Care Sector</i>	<i>Cliëntenorganisatie</i>	<i>Kwaliteitsinstituut</i>
Verpleging & verzorging	LOC	Cliënt en kwaliteit
Verstandelijk gehandicapten	FvO	Perspectief
Verstandelijk gehandicapten	LFB	Zeg het ons!
Gehandcaptensector breed	LSR	LSR
Revalidatie	LSR	LSR
GGZ	LPR	Kwadraad

Met ingang van januari 2004 heeft VWS de financiering van Perspectief en LSR aan het Fonds PGO overgedragen. Per januari 2005 geldt dit ook voor de financiering van Cliënt en Kwaliteit en het instrument 'Zeg het ons!'. Het Ministerie van VWS heeft de intentie om voor 2006 met het kwaliteitsinstrument van Kwadraad hetzelfde te doen. Deze overdrachten staan in het teken van de opdracht van VWS aan het Fonds PGO om de samenwerking tussen alle kwaliteitstoetsingsorganisaties te stimuleren en de subsidiëring te harmoniseren.

De Stichting Fonds PGO is in 2003 opgericht als rechtsopvolger van het Patiëntenfonds. Het heeft drie kerntaken, namelijk subsidieverstrekking aan patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties, innovatie door gerichte investeringen, en evaluatie en monitoring. Kern van de missie van het Fonds PGO is het realiseren van een adequate financiering van organisaties die zich richten op de versterking van de positie en de invloed van patiënten, gehandicapten en ouderen, opdat deze organisaties hun functies goed kunnen uitvoeren.

Het Fonds PGO staat al jaren adequate en structurele financiering van kwaliteitstoetsing vanuit het cliënten/patiëntenperspectief voor. Daarnaast heeft het Fonds de afgelopen jaren initiatieven genomen om de samenwerking tussen kwaliteitstoetsingsorganisaties te bevorderen. Het Fonds PGO heeft behoefte aan een middellange termijnvisie op de strategie en positionering van kwaliteitstoetsing vanuit het cliëntenperspectief. Het Fonds PGO heeft in dit kader aan het Verwey-Jonker Instituut opdracht gegeven tot het uitvoeren van een strategische beleidsverkenning

om te onderzoeken langs welke wegen de infrastructuur van kwaliteitstoetsingen door cliëntenorganisaties in de care sectoren versterkt kan worden.

De strategische beleidsverkenning heeft als reikwijdte de care sector. Ook de staatssecretaris benadrukt in haar beleidsbrief van 28 januari 2005 (TK 28 439, nr. 8) het specifieke karakter van de care: 'Vanwege het eigen karakter van de care is op een aantal punten een specifieke invulling gegeven van het programma' (het VWS-brede kwaliteitsbeleid).

De strategische beleidsverkenning dient te resulteren in drie voorstellen:

1. Een voorstel voor een samenwerkingsstructuur tussen cliëntenorganisaties die hen in staat stelt om in het kader van hun belangenbehartiging de resultaten van kwaliteits-toetsingen te koppelen aan het genereren van keuzeondersteunende informatie en beleidsinformatie.
2. Een voorstel voor harmonisering van de financiering voor kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief op een zodanige manier dat recht gedaan wordt aan de omvang van de verschillende care sectoren en de principes van functie financiering.
3. Een voorstel voor de ontwikkeling van een gezaghebbend kwaliteitsinstituut van, voor en door cliëntenorganisaties: Een onderzoek naar de mogelijkheden om vanuit de bestaande kwaliteitsinstituten één gezaghebbend instituut van, voor en door cliëntenorganisaties in te richten, waarbij de bestaande (sectorale) infrastructuur van kwaliteitstoetsingen zoveel mogelijk behouden blijft: Welke randvoorwaarden moeten hiervoor vervuld worden? Welke organisatievorm dient het gezaghebbende instituut te krijgen? Wat is de missie en wat zijn de hiermee samenhangende kerntaken?

De strategische beleidsverkenning is medio januari 2005 gestart met een uitgebreide studie van relevante documenten en beleidsstukken. Vervolgens is er een interviewronde gehouden met inhoudelijke sleutelfiguren, vertegenwoordigers van relevante cliëntenorganisaties in de care sector (LPR, LOC, LSR en FvO) en de NPCF en vertegenwoordigers van de kwaliteitstoetsingsinstituten vanuit het cliëntenperspectief. Ook zijn interviews

met een aantal relevante stakeholders (ZonMw, VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Consumentenbond) gehouden.

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de respondenten in het onderzoek.

De strategische beleidsverkenning is afgerond met een viertal bijeenkomsten met vertegenwoordigers van landelijke cliëntenorganisaties in de care sector en vertegenwoordigers van de kwaliteitstoetsingsinstituten die voortgekomen zijn uit de landelijke cliëntenorganisaties in de care sector.

De strategische beleidsverkenning heeft onder grote tijdsdruk plaatsgevonden. Alle betrokkenen hebben kans gezien om in hun drukke agenda's tijd vrij te maken voor een interview of deelname aan de expertmeeting. Vooral de constructieve opstelling en het gezamenlijk optrekken van enerzijds de landelijke cliëntenorganisaties en anderzijds de kwaliteitstoetsingsinstituten is een belangrijke voorwaarde geweest voor het welslagen van deze onderneming.

2 Patiëntenbeleid en kwaliteitsbeleid van het Ministerie van VWS

2.1 Inleiding

Kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief kennen verschillende wettelijke kaders, waarvan de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen voor de care sector het meest relevant zijn.

Artikel 2 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen stelt dat het cliëntenperspectief deel uit maakt van de wettelijk verplichting tot het aanbieden van verantwoorde zorg door de zorgaanbieders: 'De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt'.

In de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen is de betrokkenheid van cliëntenraden bij de kwaliteit van zorg in 1996 opgenomen als een onderdeel van het verzwaaard adviesrecht (artikel 4) ten aanzien van 'de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan cliënten te verlenen zorg'.

2.2 Kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief

Kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief als onderdeel van het kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid van het Ministerie van VWS wordt uiteengezet in een serie beleidsbrieven van de minister en later de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer (TK 28439 nr. 1 t/m nr. 8)

De eerste beleidsbrief (10 juni 2002) bevat een standpunt van de minister naar aanleiding van de evaluatie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (2001). Daarin wordt een aparte paragraaf gewijd aan het patiëntenperspectief en de betrokkenheid van patiënten/cliënten bij het kwaliteitsbeleid: 'Uit het evaluatierapport blijkt, dat de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid nog moeizaam verloopt. Patiënten- en cliëntenorganisaties benadrukken ook, dat pas als zij vanaf het begin betrokken zijn bij het kwaliteitsbeleid, het begrip verantwoorde zorg geoperationaliseerd wordt. Die betrokkenheid van patiënten/consumenten komt slechts in beperkte mate voor. De Kwaliteitswet was bedoeld als een instrument dat de veldpartijen gebruiken voor een goede ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. De conclusie over de te geringe inbreng vanuit patiënten/cliënten stemt daarom tot nadenken, zeker gezien tegen de achtergrond dat in een vraaggestuurd stelsel, zoals dat thans in ontwikkeling is, de betrokkenheid van patiënten uitgangspunt is. Ik moet daarom vaststellen dat de instellingen en de overige spelers in het veld hun inspanningen ten aanzien van dit punt dienen te vergroten. Ik beraad mij daarom op mogelijke randvoorwaarden die door de overheid kunnen worden vervuld. Vooral de positie van de patiënt/cliënt is een aandachtspunt. In de nota 'Met zorg kiezen' wordt aangegeven hoe de versterking van de positie van patiënten/cliënten op individueel en collectief niveau kan worden bereikt. Een verdere ontwikkeling van kwaliteitstoetsen vanuit patiëntenperspectief en de daarop volgende verbetertrajecten draagt daaraan bij. De patiëntenbeweging heeft inmiddels zelf een aantal instrumenten ontwikkeld, maar deze worden op nog te zeer beperkte schaal structureel in de zorg toegepast. In bovengenoemde Nota is aangekondigd dat het structureel gebruik van deze instrumenten wordt ondersteund. (...) In een

aantal sectoren echter – en dat mag zeker niet onvermeld blijven – blijkt de inbreng van het patiëntenperspectief bij de systematische toetsing van kwaliteit goed op gang te komen, aldus de evaluatie. Het gaat om de sectoren verpleging en verzorging, om geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en thuiszorg, met andere woorden: vooral de care sectoren. In een aantal gevallen vervult de cliëntenraad, ondersteund door de landelijke brancheorganisatie, daarbij een belangrijke rol. Maar de toetsende rol van aan patiënten/consumentenorganisaties gelieerde instituten als Cliënt & Kwaliteit (thuiszorg, verpleging en verzorging) en Perspectief (gehandicaptenzorg) is voor de instellingen nog te vrijblijvend van karakter. Dit zou op ruimere schaal en meer professioneel aangepakt moeten worden. Een positieve factor is dat zorginstellingen in deze sectoren veel waarde hechten aan de oordelen van de cliëntenraad bij de toetsing van de kwaliteit van zorg en het doorvoeren van verbeteringen in de organisatie van de zorg. De curatieve sector loopt op dit punt (ver) achter’.

Verantwoordelijkheid van partijen

In de beleidsbrief van 4 december 2002 (TK 28439) besteedt de minister van VWS expliciet aandacht aan de verantwoordelijkheid van de partijen in het kwaliteitsbeleid:

‘De overheid mag van partijen in de zorg eisen dat zij hun wettelijk vastgelegde verantwoordelijkheden waarmaken en dat zij gebruik maken van de mogelijkheden die zij nu al hebben’.(...)
‘Bij de kwaliteit en veiligheid van de zorg liggen de verantwoordelijkheden als volgt:

- *Zorgaanbieders* zijn, als producenten van zorg, op basis van de Kwaliteitswet en de wet BIG, de eerste en belangrijkste verantwoordelijken voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgproducten. Deze producten dienen eigentijds te zijn, kwalitatief goed, veilig, doelmatig en kosteneffectief en vooral ook aan te sluiten bij de zorgvraag van de patiënt.
- *Zorgverzekeraars*, als inkopers van zorg, dienen op basis van de verzekeringswetgeving kwalitatief verantwoorde, veilige en eigentijdse zorg in te kopen en er op toe te zien dat de cliënt of patiënt daadwerkelijk krijgt wat de verzekeraar heeft ingekocht. Kortom dat de aanspraak ook gerealiseerd wordt.
- De ervaringen en wensen van *patiënten* zijn cruciaal om te bepalen wat goede zorg is. De waarborg voor deze inbreng ligt vast in diverse patiëntenwetten, zoals de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, de Wet klachtrecht cliën-

ten zorgsector of de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. Niet op alle fronten wordt hetgeen in deze wetten vastligt ook thans gerealiseerd. Ook hier zullen wij een actiever en zonodig repressief beleid voeren.

- *Fabrikanten* zijn zelf verantwoordelijk voor de veiligheid en kwaliteit van hun producten, en in toenemende mate ook voor het toezien op de kwaliteit ervan. Dit ligt vast in een groot aantal productwetten.
- De *overheid* is verantwoordelijk voor het systeem en de daarvoor benodigde wet- en regelgeving. Van de overheid mag verwacht worden dat ze initiatieven neemt om de ondersteuning van kwaliteitsverbetering in de zorg in overleg met veld, uitvoeringsorganen volksgezondheid (ZBO's) en ontwikkel- en onderzoeksinstituten met elkaar in overeenstemming te brengen. Dat is nodig voor een gerichte inzet van de aanzienlijke hoeveelheid beschikbare menskracht en middelen, met als doel verbetering van de zorg in de dagelijkse praktijk'.

Verankering van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief in het patiëntenbeleid

De minister en de staatssecretaris van VWS verankeren in de Nota Kiezen met Zorg en in de daaropvolgende beleidsbrieven (TK 2807 nr. 3 t/m 26) de kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief. Ze noemen daarbij de noodzaak van toerusting van zorggebruikers.

'Het doel van ons beleid is dan ook gericht op het toerusten en/of ondersteunen van zorggebruikers, zodat zij hun vragen en behoeften zo kunnen formuleren dat zorgaanbieders en -verzekeraars (nog) meer rekening houden met hun vragen en behoeften.'

'Toerusting van zorggebruikers kan op verschillende manieren plaats vinden. Wij onderscheiden vijf toerustingsniveaus:

1. Een adequate rechtspositie van zorggebruikers.
2. Actuele, toegankelijke en betrouwbare informatie op basis waarvan zorggebruikers zicht krijgen op de kwaliteit van de dienstverlening in de zorg en bij zorgverzekeraars.
3. Onafhankelijke, betrouwbare en laagdrempelige vormen van advies en begeleiding. Zorggebruikers moeten zich – indien nodig – kunnen laten adviseren of begeleiden bij het formuleren van hun vragen en hun keuze voor een bepaald zorgproduct of een zorgverzekering.

4. Individuele en collectieve inkoopmacht. Zorggebruikers moeten de mogelijkheid hebben om al dan niet via de directe tussenkomst van een verzekeraar, zelf zorgproducten in te kopen of zorgarrangementen samen te stellen op basis van een vooraf bepaald budget.
5. De aanwezigheid van collectieve onderhandelingsmacht die representatief is voor de zorggebruikers en transparant handelt. Indien aanbieders en verzekeraars in de gezondheidszorg onvoldoende rekening houden met de vragen en behoeften van zorggebruikers, is er de mogelijkheid ontevredenheid kenbaar te maken of hierover te onderhandelen. Mensen kunnen dit ook delegeren aan organisaties die collectief hun belangen vertegenwoordigen' (TK 2807, nr. 2).

De Nota Kiezen met Zorg benadrukt het belang van een structurele implementatie van kwaliteitsinstrumenten van patiënten/consumentenzijde: 'De patiënten/consumentenbeweging heeft in het verleden een groot aantal kwaliteitscriteria opgesteld, zodat zorgaanbieders rekening kunnen houden met de vragen en behoeften van zorggebruikers. Ook hebben zij instrumenten ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg te beoordelen en te signaleren op welke gebieden mogelijkheden liggen voor verbetering van het aanbod. (...). Uit de resultaten van kwaliteitsmetingen met deze instrumenten blijkt duidelijk dat gebruikers ten aanzien van de kwaliteit van de zorg andere accenten leggen dan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Behalve aan het resultaat van de zorg kennen zij veel betekenis toe aan een respectvolle bejegening. Willen (potentiële) gebruikers van zorg een verantwoorde keuze kunnen maken uit het zorgaanbod, dan zijn voor hen vooral de resultaten van metingen met deze instrumenten van belang. Helaas wordt slechts een zeer beperkt aantal van deze instrumenten structureel in de zorg toegepast. Daarom zullen wij het structureel gebruik van kwaliteitsinstrumenten vanuit patiënten/consumentenzijde (...) ondersteunen' (p.13).

Kwaliteitstoetsingen vanuit het perspectief van de landelijke cliëntenorganisaties

De landelijke cliëntenorganisaties in de care sector maken zich sterk voor verhoging van de kwaliteit van zorg voor mensen met een handicap en voor instrumenten die zowel vraagsturing bevorderen als de positie van de cliënt versterken. Toetsing van de kwaliteit van diverse vormen van zorg, gezien door de ogen

van de cliënt, is voor de landelijke cliëntenorganisaties één van de instrumenten om:

extern en onafhankelijk van de betreffende instellingen de kwaliteit van de zorg en dienstverlening te evalueren;

- invloed uit te oefenen op de kwaliteit van de zorg en dienstverlening;
- te werken aan versterking van de positie van de gebruiker.

Deze kwaliteitstoetsingen vanuit cliëntenperspectief kent een aantal uitgangspunten (zie ook bijlage 2):

- Bij het cliëntenperspectief staat de mens centraal en het leven van mensen centraal. Het leven van mensen is breder dan zorg en omvat alle levensterreinen.
- Kwaliteitstoetsingen moeten zich daarom niet alleen richten op verbeteringen in het huidige systeem (het zorgparadigma), maar dienen het zorgsysteem te benaderen vanuit het burgerschapsparadigma.
- Kwaliteit vanuit cliëntenperspectief dient extern en onafhankelijk van de betreffende instellingen de kwaliteit van de zorg en dienstverlening te evalueren.
- Het cliëntenperspectief betekent dat de evaluaties van, voor en door cliënten (en hun ouders/familieleden) zelf worden ontwikkeld en uitgevoerd.
- Cliënten(raden) dienen een stevige positie te hebben in het traject rond kwaliteitsverbeteringen binnen zorginstellingen. Zij dienen de regie te hebben en moeten zorginstellingen concreet kunnen aanspreken op de uitkomsten van de kwaliteitsevaluaties en de ingezette vervolgtrajecten.

Kortom, de landelijke cliëntenorganisaties vinden het belangrijk dat kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief plaatsvinden, dat het overal gebeurt, en dat de regie bij cliënten ligt: 'Primair is het doel van de kwaliteitstoetsingen het bijdragen aan kwaliteitsverbeteringen binnen zorginstellingen. Daarnaast leveren kwaliteitstoetsingen beleidsinformatie op die cliëntenorganisaties kunnen gebruiken in de (collectieve) belangenbehartiging. Deze twee functies zijn voor ons als cliëntenorganisaties én voor cliënten die gebruik maken van voorzieningen zeer van belang'.

Het LSR voert een jaar na afloop van het kwaliteitsonderzoek een evaluatieonderzoek uit, waarbij wordt nagegaan wat er met de onderzoeksresultaten is gebeurd. Hieruit blijkt dat zorginstellingen (in overleg met de cliëntenraden) met meer dan 90% van de verbeterpunten iets hebben gedaan. Daarnaast is gebleken dat het onderzoeksrapport voor cliëntenraden een bruikbaar instrument is om invulling te geven aan het ongevraagde advies in het kader van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen.

2.3 Keuzeondersteunende informatie

Stand van zaken

De beleidsbrief van de staatssecretaris van 8 juni 2004 (TK 27807, nr. 22) biedt een overzicht van de stand van zaken met keuzeondersteunende informatie (zie bijlage 3).

De nieuwe zorgverzekeringswet treedt volgens planning op 1 januari 2006 in werking. Dit zal in de praktijk alleen werken als verzekerden echt gaan kiezen. Ervaringen in het buitenland laten zien dat marktwerking op gang komt als vergelijkende informatie over zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor zorggebruikers beschikbaar komt. Daarom is voor zorggebruikers toegankelijke vergelijkende informatie over zorgverzekeraars en zorgaanbieders volgens de staatssecretaris onmisbaar. Daar komt bij dat zorggebruikers er recht op hebben om van tevoren te weten wat ze zullen krijgen als ze ergens voor moeten betalen. De informatievoorziening aan de zorgconsument zal dus zoveel mogelijk moeten worden versterkt. Hierbij gaat het om zowel de cure als de care.

Bij de keuze voor een zorgaanbieder moeten zorggebruikers inzicht hebben in service, bereikbaarheid en bejegening, wachttijden en prijs. Zo mogelijk hebben zij ook informatie over de kwaliteit van de geboden zorg en over de tevredenheid van zorggebruikers over de ontvangen zorg.

Samen met de betrokken partijen – verzekeraars, aanbieders, patiënten-/consumentenorganisaties, kennisinstituten, toezichthouders – wil het Ministerie van VWS tot afspraken komen om de noodzakelijke informatie voor zorggebruikers op korte termijn,

maar ook structureel, beschikbaar te krijgen: 'Hierbij is geen sprake van vrijblijvendheid. In een uiterst geval zullen wij onwillige partijen via regelgeving dwingen om hieraan mee te werken'. Het Ministerie van VWS laat weten verheugd te zijn dat een aantal partijen al hun verantwoordelijkheid nemen: College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ), Consumentenbond en Nederlandse Patiënten-/Consumenten Federatie (NPCF) hebben inmiddels een convenant afgesloten waarin ze afspreken samen te werken om te komen tot keuze-informatie voor zorggebruikers.

In de beleidsbrief worden de volgende concrete mijlpalen van informatie voor zorggebruikers genoemd:

- Eind 2005 is er vergelijkende informatie beschikbaar over ziekenhuizen, verpleging en verzorging / thuiszorg en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) / verslavingszorg. Het gaat dan – voor zover mogelijk – om informatie over service, bereikbaarheid, bejegening, patiënttevredenheid en patiëntenoordelen, wachtlijsten, ligduur, veiligheid, kwaliteit van de aangeboden zorg, effectiviteit van de geboden behandeling en prijzen.
- Eind 2005 is een portalorganisatie operationeel die vragen van zorggebruikers over de zorg beantwoordt via een internet website. In 2006 wordt de dienstverlening uitgebreid met beantwoording van vragen via een telefoonlijn. Ook kunnen bestaande fysieke loketten bij hun dienstverlening aan burgers gebruik maken van de portal website. Burgers kunnen dan op één adres met betrouwbare informatie terecht met hun vragen.
- Om in een situatie van gereguleerde marktwerking een goed tegenwicht te kunnen bieden aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders, is het van belang dat er krachtige organisaties zijn die de belangen van zorggebruikers vertegenwoordigen. Samen met het Fonds voor Patiënten-, Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden (Fonds PGO) werken wij in 2004 een nieuw beleid uit voor de subsidiëring van organisaties van zorggebruikers. Dit nieuwe subsidiebeleid moet, meer dan in de huidige situatie, gericht zijn op voor zorggebruikers noodzakelijke functies en prestaties. Het is ons doel dat de beperkte beschikbare middelen zoveel mogelijk resultaten gaan opleveren voor zorggebruikers.

Landelijk Actieprogramma Kwaliteit voor de care

In de beleidsbrief van 28 juni 2004 (TK 28439, nr. 5) wordt het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit voor de care uiteengezet. In het kader van dit programma worden drie actielijnen voor de ouderen- en gehandicaptenzorg ingezet om tot een verbetering van de kwaliteit te komen (Brief Staatssecretaris VWS, 28 juni 2004): “Als eerste moet de transparantie van de zorg verbeteren, zodat cliënten gerichte keuzes kunnen maken en de verschillende partijen hun taak ten aanzien van de kwaliteit goed kunnen uitvoeren. (...) Een tweede stap is het maken van afspraken met de inspectie over het formuleren van kwaliteitsindicatoren die toezicht binnen de care sectoren verder vorm geven. (...) De derde lijn bestaat uit het inventariseren en invoeren van goede voorbeelden van innovaties in de care, zodat kwalitatief goede zorg meer en meer gemeengoed wordt’ (p.2).

In de beleidsbrief over het Actieprogramma Kwaliteit van 28 januari 2005 (TK 28 439, nr. 8) benadrukt de staatssecretaris van VWS het belang van keuzeondersteunende informatie: ‘Om de cliënt de mogelijkheid te geven een keuze te maken voor kwalitatief goede zorg dienen de resultaten van de zorg inzichtelijk te zijn. Instellingen moeten aan cliënten, maar ook aan zorgkantoren en andere belanghebbenden laten zien hoe zij presteren. Initiatieven van branche organisaties en de Inspectie, bijvoorbeeld op het terrein van indicatorenontwikkeling, leiden tot het vergroten van de transparantie. Belangrijk daarbij is dat de verschillende initiatieven goed op elkaar aansluiten zodat vergelijkingen goed mogelijk zijn.’

In deze beleidsbrief formuleert de staatssecretaris twee actiepunten:

- Het ZonMw programma ‘Kiezen in zorg’ maakt op dit moment, in samenspraak met partijen in het veld, een raamwerk voor informatie die nodig is om cliënten in de ouderen- en gehandicaptenzorg beter te kunnen laten kiezen uit zorg.
Actiepunt: Ik ga de komende maanden met partijen in het veld afspraken maken over de invulling van dit raamwerk met actuele gegevens, zodat eind 2005 de eerste gegevens beschikbaar komen via de RIVM website www.kiesbeter.nl

- Het oordeel van cliënten over kwaliteit is een belangrijk onderdeel van de keuzeondersteunende informatie; hieruit komt belangrijke informatie om het zorgaanbod te verbeteren.

Actiepunt: Ik heb voor 2005 en 2006 via het Fonds PGO geld beschikbaar gesteld voor toetsingen, onder voorwaarde dat de resultaten gebruikt kunnen worden voor betere keuze-informatie voor cliënten.

Zorginnovatie AWBZ en kwaliteit: de rol van de zorgkantoren

In dezelfde beleidsbrief (TK 28 439, nr. 8) wijst de staatssecretaris van VWS op afspraken met Zorgverzekeraars Nederland over een actievere rol van zorgkantoren bij kwaliteitsverbetering (TK 26631, nr. 121). Op dit moment is de aandacht van de zorgkantoren gericht op condities voor een goede kwaliteit van zorg. De zorgkantoren maken met zorgaanbieders contractuele afspraken over routes naar certificering, de periodieke *cliëntmonitoring* en de thematische verbetertrajecten. Zorgverzekeraars Nederland wil een stap verder gaan, voortbouwend op de ervaringen met het DBC-traject in de curatieve zorg. Daar zijn voor verschillende zorgproducten niet alleen de definities en kostprijzen benoemd, er zijn ook kwaliteitsindicatoren ontwikkeld.

De organisatie van Zorgverzekeraars wil verder de volgende afspraken met de staatssecretaris maken:

- Er komt een project waarin het Ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland met *directe betrokkenheid van de cliëntenorganisaties* en vakmensen van het aanbod, kwaliteitsindicatoren voor de zorginkoop gaan uitwerken.
- De intramurale zorg krijgt voorrang.
- Per zorgpakket moet op één A4'tje een overzicht staan van de kwaliteitseisen die we vanuit het cliëntenperspectief mogen stellen.
- Die eisen zijn gebaseerd op 'best practices' die we nu kennen.
- Het Ministerie van VWS spreekt met zorgaanbieders af dat inspectierapporten, cliëntmonitor en klachtenregistraties ter beschikking komen van het zorgkantoor.
- Het project wordt in de periode april 2005 - december 2005 uitgevoerd met subsidie van het Ministerie van VWS.

Toegevoegde waarde van keuzeondersteunende informatie vanuit cliëntenperspectief

Zorginstellingen hebben in de afgelopen periode veel geïnvesteerd in consumenteninformatie. Zij hebben er belang bij om nieuwe cliënten aan hun instelling te (ver)binden. Er wordt door hen gewerkt aan een overzicht van het zorgaanbod vanuit het perspectief van de zorgaanbieders: feitelijkheden om vergelijkingen tussen instellingen mogelijk te maken (*benchmarking*).

Keuzeondersteunende informatie vanuit het cliëntenperspectief heeft als toegevoegde waarde dat het aan de feitelijkheden van de benchmarks van de zorginstellingen een normstelling vanuit het cliëntenperspectief toevoegt. Aan welke normen dient consumenteninformatie vanuit het cliëntenperspectief te voldoen? Welke informatie ontbreekt vanuit het cliëntenperspectief? Welke benchmarks dienen alsnog toegevoegd te worden? Wat zijn vanuit het cliëntenperspectief minimale en optimale uitkomsten van de benchmarks?

De normstelling vanuit het cliëntenperspectief aan de consumenteninformatie kan afgeleid worden van de criteria en normen die de landelijke kwaliteitsorganisaties ontwikkeld hebben bij hun kwaliteitstoetsingen: keuzeondersteunende informatie als afgeleid product van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief.

Keuzeondersteunende informatie als afgeleid product van kwaliteitstoetsingen

De kwaliteitstoetsingen van de cliëntenorganisaties staan primair in het teken van kwaliteitsverbetering vanuit het cliëntenperspectief. De kwaliteitstoetsingen zijn daarom meer gericht op het in kaart brengen van aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering dan op het maken van keuzen tussen instellingen. Zo legt 'Onderling Sterk' van de LFB 'de nadruk op implementatie en verandertrajecten. Het mondiger maken van gebruikers (empowerment) en zelfbeschikking spelen daarbij een belangrijke rol.

De landelijke cliëntenorganisaties zijn van oordeel dat in het kwaliteitsbeleid thans een (te) groot accent gelegd wordt op consumenteninformatie en keuzeondersteunende informatie. In relatie tot kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief is dit

volgens hen een te verengde opvatting. Immers, juist in de care sector maken cliënten langdurig gebruik van zorg en speelt keuzeondersteunende informatie een beperktere rol dan bijvoorbeeld in de curatieve sector.

De landelijke cliëntenorganisaties zijn wel van oordeel dat informatie uit kwaliteitstoetsingen een rol kan vervullen bij het informeren van patiënten over keuzeondersteunende informatie vanuit het cliëntenperspectief. Weliswaar na bewerking en selectie: 'Kwaliteitstoetsingen zouden dus voor een deel ook keuzeondersteunende informatie op kunnen leveren, maar dit is een afgeleide van de primaire functie 'toetsingen gericht op kwaliteitsverbeteringen'; 'Er moet dan wel een convergentieslag gemaakt worden, bijvoorbeeld via een ZonMw-project'.

Een gezamenlijk optrekken van cliëntenorganisaties wordt hierbij wenselijk geacht. Wel onder voorwaarde dat rekening gehouden wordt met verschillen tussen de sectoren: 'Sectoren zijn verschillend, maar er zijn wel overeenkomsten: Je kunt van elkaar leren; Elke sector is iets minder uniek dan zij zelf wel eens denkt te zijn'.

Perspectief stelt zich hierbij op het standpunt dat keuzeondersteunende informatie outcome based moet zijn (zie bijlage 4). Ook 'Zeg het ons!' benadrukt het belang van uitkomsten: 'Specifiek voor 'Zeg het ons!' is het verband tussen uitkomsten en feitelijke initiatieven van zorggebruikers belangrijk. Dat betekent ook niet alleen zoeken naar verbeteringen in het huidige systeem maar ook initiatieven voor verandering, bijvoorbeeld meer vermaatschappelijking, empowerment en andere mogelijke nieuwe zaken die voor zorggebruikers belangrijk zijn'.

Verder achten de landelijke cliëntenorganisaties en de kwaliteitstoetsingsorganisaties het van belang dat bij het verzamelen, beheren en ontsluiten van deze informatie het cliëntenperspectief leidend is. 'Zo zal een duidelijke afbakening (moeten) plaatsvinden tussen het soort informatie in het kader van benchmarking en informatie vanuit het cliëntenperspectief. Benchmarking is zorgbeoordeling georiënteerd en daarin is minder ruimte voor inbreng of het articuleren van de behoeften van de cliënt'.

Er is op dit moment geen database beschikbaar met informatie uit de kwaliteitstoetsingen vanuit het cliënten/patiëntenperspectief.

Om de eenvoudige reden dat het 'niet wordt meegenomen in de financiering van de kwaliteitstoetsingen; de kwaliteitstoetsing levert alleen informatie op over de kwaliteit van de betrokken instelling'.

Het kwaliteitsinstrument van Kwadraad laat zien dat keuzeondersteunende informatie als een afgeleid product naadloos ingepast kan worden in kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief.

De focus van het instrument 'Cliëntenvisitatie in de GGZ' is of instellingen voldoen aan door cliënten vastgestelde en geselecteerde kwaliteitscriteria. Het fundament voor het vergelijken van de resultaten wordt gevormd door twee onderdelen van de toetsingsprocedure:

1. de onderbouwde scorelijsten van een interne toetsing;
2. de onderbouwde scorelijsten van een onafhankelijke externe toetsing.

Bij het instrument 'Cliëntenvisitatie' maakt een cliëntenraad in de voorbereidende fase keuzes over de inhoud van de kwaliteitstoetsing. Ze kiest bepaalde onderwerpen en besluit of een of meer afdelingen van de instelling in de toetsing worden betrokken. Daarmee bepaalt een cliëntenraad de concrete invulling van de kwaliteitstoetsing. En met het vaststellen van een vraag- en doelstelling geeft de cliëntenraad de grenzen van de toetsing aan. Vervolgens gaat de cliëntenraad een aantal geselecteerde kwaliteitscriteria intern toetsen - met ondersteuning van een medewerker van het Kwaliteitsinstituut. De raad gaat na hoe het staat met de kwaliteit van de geboden zorg en de begeleiding in de instelling. Dit gebeurt aan de hand van scorelijsten. Het gaat om criteria die aansluiten bij de verschillende fasen in de behandeling en begeleiding zoals die in de praktijk worden geboden. Deze fasen zijn de toegang tot de zorg, de uitvoering van de zorg en de afsluiting en uitkomsten van de behandeling.

Deze criteria zijn ontwikkeld voor de volgende sectoren in de geestelijke gezondheidszorg:

- Psychiatrische instellingen
- Verslavingszorg
- Beschermd wonen
- Dagactiviteitencentra en arbeidsprojecten
- Migrante cliënten

De scorelijsten worden door Kwadraad geanalyseerd. De analyse toont aan op welke punten en op welke afdelingen de instelling niet voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen. Daarna kan gekozen worden op welke afdeling of specifieke doelgroep de nadere interne kwaliteitstoetsing zich richt. Kwadraad gaat daarbij na waarom de kwaliteit van de zorg op sommige punten onder maat is. De toetsing levert met andere woorden een onderbouwing van de scores van de cliëntenraad. De nadere toetsing gebeurt meestal door een documentenanalyse en een aantal gesprekken met medewerkers van de instelling over de gesignaleerde knelpunten. Kwadraad maakt over de interne toetsing een verslag, waarin de belangrijkste knelpunten en de onderbouwde beoordeling vanuit het interne cliëntenperspectief is opgenomen.

De externe toetsing vanuit het cliëntenperspectief gebeurt door de cliëntenvisitatiecommissie. Deze commissie bestaat uit opgeleide ervaringsdeskundigen die tijdens visitatiedagen hun toetsing uitvoeren. Na een gedegen voorbereiding gaat de cliëntenvisitatiecommissie na hoe de geselecteerde knelpunten door cliënten worden ervaren. De visitatiecommissie spreekt ook met vertegenwoordigers van de instelling, zoals met afdelingshoofden en managers. Na deze toetsing doet de visitatiecommissie aanbevelingen over de verbeteringen die kunnen worden gerealiseerd.

Net als de leden van de cliëntenraad gebruiken de leden van de visitatiecommissie scorelijsten voor hun bevindingen. De verschillen in de bevindingen zijn onderwerp van gesprek tijdens de nabespreking. Hier komt de commissie na een afweging van verschillende argumenten tot een onderbouwd eindoordeel. Daarna volgt de formulering van de aanbevelingen.

In het eindrapport komen de onderbouwde beoordelingen op basis van de interne en de externe toetsing samen. Het eindrapport komt tot stand aan de hand van het tussentijdse interne rapport en de bijeenkomsten waarin de visitatiecommissie tot een

oordeel en aanbevelingen komt. Daarna is de tijd rijp voor de presentatie van de resultaten en het verbetertraject.

Tegelijkertijd kunnen de kwaliteitsoordelen vanuit cliëntenperspectief van verschillende instellingen - maar over eenzelfde onderdeel van de geboden zorg en begeleiding - naast elkaar gelegd worden. Daarmee is dit eindrapport ook een bron voor keuzeondersteunende informatie.

Kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief leiden tot kwaliteitsverbeteringen. Dat is per instelling én per sector van belang omdat de kwaliteit in algemene zin te wensen overlaat. De kwaliteitstoetsingen kunnen bovendien de basis vormen voor benchmarking (van belang voor zorginkopers). Ten derde kunnen de toetsingen als grondstof dienen voor keuzeondersteunende informatie (van belang voor de keuzevrijheid van de zorggebruiker). Een gezamenlijke regie en aanpak van de cliëntenorganisaties maakt het mogelijk dat er een vruchtbare wisselwerking ontstaat tussen deze drie doelstellingen.

Voorhoedeprojecten ZonMw in de care sector

Het ZonMw programma 'Kiezen in de zorg' maakt op dit moment, in samenspraak met tal van partijen een informatie raamwerk. Het maakt duidelijk welke informatie nodig is om cliënten in de ouderen- en gehandicaptenzorg en de GGZ beter te kunnen laten kiezen uit zorg:

- voorhoedeproject verpleging, verzorging en thuiszorg;
- voorhoedeproject keuzeondersteunende informatie GGZ;
- voorhoedeproject keuzeondersteunende informatie gehandicaptenzorg.

Zo is het kwaliteitstoetsingsinstituut Cliënt & Kwaliteit (met de hulp van een ZonMw-project) bezig een database op te bouwen voor de ontwikkeling van keuzeondersteunende informatie: 'Deze database kan, na de nodige bewerkingen, zowel kwaliteitsinformatie als keuzeondersteunende informatie leveren'.

Ook wordt vanuit het ZonMw programma 'Kiezen in de zorg' een kwaliteitskaart ontwikkeld. Naast het oordeel van de Inspectie over kwaliteit en veiligheid wordt ook het oordeel van de bewoners van instellingen betrokken, over de organisatie van de zorg en de omgang met bewoners. Bijlage 5 laat een voorbeeld

zien van een kwaliteitskaart verpleeghuizen. Alle scores zijn verzonnen, maar de criteria die benoemd zijn op de kwaliteitskaart kloppen in principe wel. Het is de bedoeling dat de kwaliteitskaart een dynamische kaart wordt. Dat wil zeggen dat kwaliteitsgegevens kunnen worden toegevoegd als er nieuwe kwaliteitsgegevens beschikbaar komen, bijvoorbeeld uit benchmarks.

www.kiesbeter.nl houdt bij welke informatie op de site veel en weinig bekeken wordt; dit kan consequenties hebben voor de presentatie van gegevens. Eind 2005 zijn de eerste gegevens beschikbaar via de RIVM-website www.kiesbeter.nl.

Op dit moment ontbreekt er een gezamenlijke regie van de landelijke cliëntenorganisaties bij deze ZonMw Voorhoede-projecten.

Randvoorwaarden voor keuzeondersteunende informatie

Om de resultaten van kwaliteitstoetsingen aan keuzeondersteunende informatie en beleidsinformatie te koppelen dient, volgens de vertegenwoordigers van de koepels van cliëntenorganisaties in de care sector, in ieder geval voldaan te worden aan de volgende voorwaarden:

1. *Openbaarheid van dat deel van de resultaten van de kwaliteitstoetsingen, dat relevant is voor keuzeondersteunende informatie en beleidsinformatie.*

Voorwaarde is openbaarheid van de resultaten van de kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief op locatieniveau.

Het Ministerie van VWS wil tot afspraken komen om de noodzakelijke informatie voor zorggebruikers op korte termijn, maar ook structureel, beschikbaar te krijgen: 'Hierbij is geen sprake van vrijblijvendheid. In een uiterst geval zullen wij onwillige partijen via regelgeving dwingen om hieraan mee te werken'.

Naar het oordeel van Zorgverzekeraars Nederland en de landelijke cliëntenorganisaties is regelgeving door het Ministerie van VWS onvermijdelijk. Zo zijn bijvoorbeeld de resultaten van de kwaliteitstoetsingen in de sector Verpleging & Verzorging nu

nog alleen beschikbaar voor de cliëntenraad; een cliëntenraad mag slechte kwaliteit in de openbaarheid brengen als discussie met directie niet lukt.

2. *Structurele invoering van kwaliteitstoetsingen van kwaliteitstoetsingen.*

Keuzeondersteunende informatie als afgeleid product van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief veronderstelt een regelmatige cyclus van kwaliteitstoetsingen. In elke sector.

De landelijke cliëntenorganisaties stellen voor dat deze conditie geregeld wordt via de voorwaarden die de zorgkantoren stellen bij de zorginkoop (zie ook bijlage 6). Zorgverzekeraars Nederland is bereid dit te ondersteunen.

Structurele invoering veronderstelt overigens ook structurele financiering. In hoofdstuk 3 komen we hierop terug.

3. *De cliëntenorganisaties beschikken over de resultaten van de kwaliteitstoetsingen.*

De cliëntenorganisaties dienen te beschikken over de resultaten van de kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief. Naar het oordeel van het kwaliteitsinstituut Cliënt & Kwaliteit zal dit in de sector verpleging en verzorging zonder meer consequenties hebben voor de financiering van het onderzoek. Het onderzoek wordt thans voor 80% betaald door de aanbieders. De CTG-beleidsregels in de huidige vorm verplichten aanbieders niet tot het uitvoeren van kwaliteitsbeleid op een bepaalde wijze, laat staan dat zorgaanbieders of cliëntenorganisaties daar invloed op uit zouden kunnen oefenen'.

4. *Vergelijkbaarheid van informatie in elke sector via accreditatie.*

Keuzeondersteunende informatie als afgeleid product van kwaliteitstoetsingen is alleen mogelijk als ten minste een gedeelte van het kwaliteitstoetsingsinstrument gestandaardiseerd wordt uitgevoerd.

Idealiter zou er sprake zijn van één standaard kwaliteitsinstrument vanuit het cliëntenperspectief (als zodanig geaccrediteerd door het op te richten kwaliteitsinstituut van en door cliëntenorganisatie) per (sub)sector, met mogelijkheden tot vergelijkingen tussen sectoren (één module die in alle sectoren dezelfde is).

Het kwaliteitsinstituut Cliënt & Kwaliteit geeft aan dat het 'technisch niet mogelijk is een module te maken die in alle sectoren hetzelfde is. Daarvoor is het zorgaanbod te verschillend'.

De vertegenwoordigers van de koepels van cliëntenorganisaties in de care sector benadrukken dat er primair uitgegaan moet worden van een sectorale aanpak, waarbij minimaal een deel van de kwaliteitstoetsing in elke sector gestandaardiseerd wordt uitgevoerd via een geaccrediteerde procedure.

Een bijkomend argument is dat er via een sectorale aanpak ook geen kapitaalvernietiging dan wel weggooien van opgebouwde databestanden plaatsvindt. Tegelijkertijd merken zij op dat er natuurlijk wel overeenkomsten tussen de sectoren zijn: 'Je kunt van elkaar leren'; 'spiegelinformatie'.

5. *De kwaliteitstoetsingen worden uitgevoerd door een extern (van de betrokken instellingen onafhankelijk) instituut.*

In haar kaderbrief 2005 aan het Fonds PGO merkt de minister het volgende op: 'Kwaliteitstoetsing vanuit het cliëntenperspectief betekent dat het oordeel tot stand komt onafhankelijk van de onderzochte zorgaanbieder of zorgverzekeraar'. De landelijke cliëntenorganisaties en de kwaliteitstoetsingsinstituten beschouwen dit ook als een belangrijke randvoorwaarde: 'Extern (dus niet door een eigen kwaliteitsmedewerker), maar ook de financiering dient (deels) onafhankelijk te zijn, immers wie betaalt bepaalt'.

2.4 Conclusies

Kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief in de care sector kennen verschillende wettelijke kaders. Daarvan zijn de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen voor de care sector het meest relevant.

Kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief richten zich primair op de zorg en dienstverlening. Keuzeondersteunende informatie is een mogelijk afgeleid product van de kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief.

Het genereren van keuzeondersteunende informatie vanuit het cliëntenperspectief en de daaraan gekoppelde beleidsinformatie behoort tot een van de kerntaken van de landelijke cliëntenorganisaties (een van de vijf toerustingniveaus volgens de Nota Kiezen met Zorg): Actuele, toegankelijke en betrouwbare informatie op basis waarvan zorggebruikers zicht krijgen op de kwaliteit van de dienstverlening in de zorg en bij zorgverzekeraars.

Openbaarheid van informatie op locatieniveau en structurele implementatie van de kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief vormen naar het oordeel van Zorgverzekeraars Nederland en de landelijke cliëntenorganisaties twee noodzakelijke randvoorwaarden om het doel te bereiken: verbetering van de kwaliteit van de zorg en het verkrijgen van keuzeondersteunende informatie vanuit het cliëntenperspectief.

Aanbevelingen

1. Het verdient aanbeveling dat het Fonds PGO samen met Zorgverzekeraars Nederland en de landelijke cliëntenorganisaties bij het Ministerie van VWS aandringen op regelgeving door de staatssecretaris van VWS voor de openbaarheid van informatie op locatieniveau.
2. Daarnaast is het raadzaam dat het Fonds PGO stimuleert dat er een raamovereenkomst tot stand komt tussen Zorgverzekeraars Nederland en de landelijke cliëntenorganisaties in de care sector. Daardoor wordt het verplicht stellen van kwaliteitstoetsingen opgenomen als voorwaarde voor de zorginkoop door de zorgkantoren.
3. De landelijke cliëntenorganisaties dienen gezamenlijk de regie te nemen (samenwerkingstructuur) bij de ontwikkeling van keuzeondersteunende informatie vanuit het cliëntenperspectief. Dat kan bijvoorbeeld door een gezamenlijk voorstel in te dienen in het kader van de ZonMw Voorhoedeprojecten. En dat kan weer – op basis van de door hen ontwikkelde kwaliteitscriteria en normen – leiden tot twee opbrengsten:

- a. een AWBZ-brede normstelling voor keuzeondersteunende informatie vanuit het cliëntenperspectief voor elke sector;
- b. een voor elke sector te ontwikkelen AWBZ-brede module 'keuze ondersteunende informatie' als extra module bij de door cliëntenorganisaties ontwikkelde kwaliteitstoetsingen.

3 Structurele implementatie kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief

De Nota Kiezen met Zorg benadrukt het belang van een structurele implementatie van kwaliteitsinstrumenten van patiënten/consumentenzijde. Het structurele gebruik van kwaliteitsinstrumenten vanuit patiënten/consumentenzijde zal in vanuit het patiëntenbeleid ondersteund worden (2002, p.13).

Het ministerie heeft deze belofte in de afgelopen jaren waar gemaakt. Daardoor zijn de kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief vooral in de care sector goed van de grond gekomen. Vanaf 1999/2000 (afhankelijk per sector) zijn middelen voor de uitvoering van kwaliteitstoetsingen vanuit cliëntenperspectief in de care sector beschikbaar.

In 2005 is hiervoor in totaal een bedrag van € 5.450.000 beschikbaar uit premiemiddelen (CTG-beleidsregel), bijdrage instellingen en uit de rijksbegroting (via Fonds PGO):

	<i>Subsidie</i>	<i>Bijdrage instellingen</i>	<i>Premiemiddelen</i>
Cliënt en Kwaliteit	1.300.000	700.000	
Perspectief	850.000	180.000	
LSR	250.000	50.000	
LFB	60.000	36.000	
Kwadraad			1.994.000
<i>Totaal</i>	2.460.000	996.000	1.994.000

De stap naar een structurele invoering van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief kan nu gemaakt worden. Drie voorwaarden zijn hiervoor noodzakelijk: het creëren van een open, doorzichtige markt van kwaliteitstoetsingen, harmonisering van financiering en een structureel Kwaliteitsfonds voor kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief.

3.1 Een open markt van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief

Een belangrijk gegeven is dat de financiering van kwaliteitstoetsingen in de nabije toekomst niet meer instellingsgebonden, maar functiegebonden zal plaatsvinden. Volgens het Ministerie van VWS: 'Voor het uitvoeren van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief zal gelden dat in principe een ieder die deze functie uitoefent daarvoor subsidie zal kunnen aanvragen bij het Fonds PGO. Daarnaast zal gelden dat de subsidies in dit kader alleen voor een bepaalde tijd zullen worden verstrekt. Het streven is er daarbij op gericht de nieuwe financieringssystematiek in 2005 te ontwerpen en in 2006 in te voeren'.

Het Ministerie van VWS streeft via functiegebonden financiering naar een open en doorzichtige markt van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief. In dit verband is in het bijzonder de CTG/ZAio (College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o.) relevant. De zorgautoriteit houdt toezicht op de transparantie van de door aanbieders en verzekeraars verstrekte informatie over de kwaliteit van zorg, voor zover het om veiligheid en effectiviteit van zorgverlening gaat. De Zorgautoriteit kan ingrijpen als marktpartijen weigeren bepaalde informatie openbaar te maken of als ze dat op een onvoldoende begrijpelijke of vergelijkbare manier doen.

Alle landelijke cliëntenorganisaties in de care sector zijn bezig om de aan hen gelieerde kwaliteitsinstituten te ontkoppelen en te verzelfstandigen. Daarmee kan in principe voldaan worden aan de eis van het Ministerie van VWS dat de financiering van kwaliteitstoetsingen niet instellingsgebonden, maar functiegebonden moet plaatsvinden.

De landelijke cliëntenorganisaties in de care sector stellen zich in de nieuwe open en transparante markt op als inhoudelijke opdrachtgevers van de kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief. Zij willen door accreditering aangeven aan welke voorwaarden een kwaliteitstoetsing moet voldoen, wil deze in aanmerking komen voor het keurmerk van het cliëntenperspectief (zie bijlage 7). De procedure van accreditering zal openstaan voor elk toetsingsinstituut dat in aanmerking wil komen voor het uitoefenen van de functie van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief: 'Er moet keuzevrijheid zijn bij het inschakelen van instrumenten voor kwaliteitstoetsing, wat betekent dat meerdere aanbieders dienen te blijven bestaan', aldus de FvO.

In de accreditering zal naar het oordeel van de landelijke cliëntenorganisaties rekening gehouden moeten worden met Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen. Daarin is de inbreng van cliëntenraden vastgelegd: 'Cliënten(raden) dienen een stevige positie te hebben in het traject rond kwaliteitsverbeteringen binnen zorginstellingen. Zij dienen de regie te hebben en moeten zorginstellingen concreet kunnen aanspreken op de uitkomsten van de kwaliteitsevaluaties en de ingezette vervolgtrajecten'.

De door de landelijke cliëntenorganisaties voorgestane accrediteringsprocedure heeft overigens als belangrijk voordeel dat er op deze manier vergelijkbaarheid van informatie uit de kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief gegarandeerd wordt (voor benchmarking en keuzeondersteunende informatie).

De voormalig aan de cliëntenorganisaties gelieerde kwaliteitstoetsingsinstituten krijgen binnen de nieuwe infrastructuur de rol van potentiële opdrachtnemers. Zij zullen hun opdrachten in concurrentie met andere kwaliteitstoetsingsinstituten moeten zien te verwerven.

Ter wille van de continuïteit van de bestaande infrastructuur van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief ligt het in de rede om na 2006 een (beperkte) subsidieregeling te ontwerpen. Die kan dienen voor de exploitatie van de kwaliteitstoetsingsinstituten vanuit het cliëntenperspectief. De regeling kan verlopen via het Fonds PGO als bottom-up financiering voor voorwaardenscheppende activiteiten, bijvoorbeeld als percentage van de

verworven jaaromzet van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief. De kwaliteitstoetsingsinstituten vanuit het cliëntenperspectief krijgen dan de tweede helft van 2005 en 2006 om zich voor te bereiden op de nieuwe open markt van kwaliteitstoetsingen.

3.2 Harmonisering van financiering

De financiering van kwaliteitstoetsingen is zeer divers. Zo ontvangen LSR en Perspectief exploitatiesubsidies voor hun toetsingsactiviteiten, terwijl Cliënt & Kwaliteit een projectsubsidie ontvangt voor kwalitatief en kwantitatief nauwkeurig omschreven toetsingen. De meeste kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief vinden plaats met behulp van subsidies die het Ministerie van VWS voor 2005 heeft ondergebracht bij het Fonds PGO. De kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief in de GGZ zijn echter premiegefinancierd via de CTG-beleidsregel.

Publiek belang en het belang van instellingen

In de kaderbrief 2005 aan het Fonds PGO merkt de staatssecretaris van VWS op dat de 'kwaliteitstoetsing vanuit het cliëntenperspectief betekent dat het oordeel tot stand komt onafhankelijk van de onderzochte zorgaanbieder of zorgverzekeraar. Dit is nuttig voor patiënten/consumenten (empowerment en vergelijkende keuzeinformatie), voor de instellingen (kwaliteitsverbetering) en voor de zorgverzekeraars (inkoopinformatie)'.

Er is dus allereerst sprake van een publiek belang dat ook in diverse patiëntenwetten is vastgelegd. De primaire functie van kwaliteitstoetsingen is gericht op kwaliteitsverbeteringen. Hieruit komt informatie naar voren die de functie 'beleidsinformatie' voedt en daarnaast voor een deel ook de functie keuzeondersteunende informatie zou kunnen voeden. Het ligt voor de hand dat deze functie met publieke middelen gefinancierd blijft worden.

Daarnaast hebben kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief een functie voor de instellingen. De landelijke cliëntenorganisaties merken tijdens de strategische beleidsverkenning hier het volgende over op: 'De gezondheidszorg wordt bijna geheel gefinancierd uit premiemiddelen. Ook de kwaliteit van de zorg

wordt momenteel via de premies gefinancierd, zeker als het gaat om de kwaliteitstaken van aanbieders van zorg. Het is onderdeel van de overhead van de instellingen die zorg aanbieden. Vanuit een principieel standpunt is het zuiver dat kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief worden betaald uit de premiemiddelen. Verzekeraars hebben er dan vanzelf zicht op. Verzekeraars hebben bij het inkopen van zorg belang bij goede kwaliteitsinformatie'.

Structurele financiering via publieke middelen en premiemiddelen

Structurele implementatie van kwaliteitsinstrumenten van patiënten/consumentenzijde maakt deel uit van het vigerende patiëntenbeleid van het Ministerie van VWS. Structurele invoering impliceert structurele financiering van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief.

Verhouding publieke middelen en eigen bijdrage van instellingen

In de huidige situatie is de verhouding tussen publieke middelen en eigen bijdrage van instellingen/premiemiddelen ongeveer gelijk: 2,46 mln. euro versus 2,89 mln. euro. Er is veel voor te zeggen om bij een structurele financiering deze verhouding aan te houden: 50% publieke middelen en 50% eigen bijdrage instellingen.

Publieke middelen

In de strategische beleidsverkenning is het voorstel naar voren gebracht om de geormerkte publieke middelen te regelen via de rijksbijdrage regeling aan de AWBZ-kas en storting in een Fonds Kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief.

Eigen bijdrage instellingen

Idealiter dient de eigen bijdrage van de instellingen steeds bij elke instelling afzonderlijk verworven te worden. De ervaringen in de GGZ-sector maken duidelijk dat deze weg op dit moment veel problemen oplevert voor een structurele implementatie van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief. In de GGZ heeft dit ertoe geleid dat de sinds de inwerkingtreding van de CTG-beleidsregel in 1999 slechts 30% van de in principe beschikbare € 11.000.000,- daadwerkelijk is besteed aan toetsingen vanuit

het cliëntenperspectief in de GGZ. Dit betekent dat circa € 6.000.000,- 'geormerkt op de plank ligt, maar niet zichtbaar in de jaarrekeningen van de instellingen', aldus de LPR.

Daarom verdient het aanbeveling om de eigen bijdrage van instellingen te regelen via geormerkte AWBZ-premiemiddelen die eveneens gestort kunnen worden in een Fonds Kwaliteits-toetsingen vanuit het cliëntenperspectief.

Fonds Kwaliteitstoetsingen

Het Fonds Kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief kan door het Fonds PGO beheerd worden.

3.3 Kosten van structurele financiering voor AWBZ-brede toetsing

Er is voor 2005 reeds een aanzienlijk bedrag beschikbaar voor kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief: In 2005 is hiervoor in totaal een bedrag van € 5.450.000 uit premiemiddelen (CTG-beleidsregel), bijdrage instellingen en uit de rijksbegroting (via Fonds PGO) beschikbaar:

Voor een structurele implementatie van AWBZ-brede kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief is op basis van de door de landelijke cliëntenorganisaties en kwaliteitstoetsingsinstituten aangeleverde gegevens een bedrag van ± € 16.000.000 nodig.

Uitgangspunten voor deze berekening zijn:

- een driejarige toetsingscyclus (Stichting HKZ)
- als toetsingseenheid geldt de instelling gedefinieerd ex WMCZ
- AWBZ-brede toetsing, maar sector specifiek

	<i>Aantal cliënten</i>	<i>Instellingen</i>	<i>Kosten toetsing</i>	<i>Kosten op jaarbasis (3-jarige cyclus)</i>
GGZ	358.000	300	40.000	4.000.000
V&V	378.375	1800	10.000	6.000.000
VG	84.991	1200	12.000	4.400.000
LG	12.200	300	15.000	1.500.000
Revalidatie		40	15.000	200.000
<i>Totaal</i>				<i>€ 16.100.000</i>

Uitgaande van een 50% verdeling, betekent dit ongeveer € 8.000.000,- via een rijksbijdrageregeling en € 8.000.000,- via premiemiddelen uit de AWBZ-kas.

3.4 Conclusie

Structurele implementatie van kwaliteitsinstrumenten van patiënten/consumentenzijde maakt deel uit van het vigerende patiëntenbeleid van het Ministerie van VWS. Mede door inspanningen van het Ministerie van VWS zijn vooral in de care sector in de afgelopen jaren de kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief goed van de grond gekomen. In 2005 is hiervoor in totaal een bedrag van € 5.450.000,- beschikbaar uit premiemiddelen (CTG-beleidsregel), bijdrage instellingen en uit de rijksbegroting (via Fonds PGO).

Om de stap naar een structurele implementatie van kwaliteits- toetsingen vanuit het cliëntenperspectief te maken dient er allereerst een open, transparante markt van kwaliteitstoetsingen gecreëerd te worden. Bovendien is een harmonisering van financiering wenselijk en is er een structureel Kwaliteitsfonds voor kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief noodzakelijk.

De landelijke cliëntenorganisaties in de care sector hebben al de eerste stap richting open markt gezet door de aan hen gelieerde kwaliteitstoetsingsinstituten te ontkoppelen en te verzelfstan- digen. Een accrediteringsprocedure door een landelijk kwali- teitsinstituut van de cliëntenorganisaties is een volgende stap in het creëren van een open markt voor kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief.

De definitieve stap naar een structurele invoering van kwaliteits- toetsingen vanuit het cliëntenperspectief kan nu gemaakt wor- den. Drie voorwaarden zijn hiervoor noodzakelijk: het creëren van een open transparante markt van kwaliteitstoetsingen, harmonisering van financiering en een structureel Kwaliteits- fonds voor kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief.

Aanbevelingen

1. De landelijke cliëntenorganisaties dienen samen met Fonds PGO en Zorgverzekeraars Nederland een overleg te voeren met het Ministerie van VWS over het zetten van de definitieve stap naar een structurele implementatie van kwaliteits-toetsingen vanuit het cliëntenperspectief: realisatie van een open markt, harmonisering en structurele financiering.
2. Voor een open markt van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief dient een accreditatieproces ingericht te worden. Het op te richten onafhankelijke en gezaghebbende kwaliteitsinstituut vanuit het cliëntenperspectief krijgt als eerste opdracht om naar het voorbeeld van de Raad voor Accreditatie een accreditatieproces voor kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief op te zetten (zie bijlage 8).
3. Harmonisering van de financiering van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief kan geregeld worden via het creëren van een door het Fonds PGO te beheren structureel Kwaliteitsfonds voor kwaliteitstoetsingen, dat jaarlijks gevoed wordt door geormerkte publieke middelen (Rijksbijdrageregeling: € 8.000.000,-) en geormerkte premiemiddelen (AWBZ-premiemiddelen: € 8.000.000,-).
4. Het verdient aanbeveling dat het Fonds PGO een subsidieregeling ontwerpt voor de exploitatie van de kwaliteitstoetsingsinstituten vanuit het cliëntenperspectief als bottom-up financiering voor voorwaardenscheppende activiteiten, bijvoorbeeld als percentage van de verworven jaaromzet van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief.
5. Het verdient aanbeveling dat de kwaliteitstoetsingsinstituten vanuit het cliëntenperspectief bij het Fonds PGO een aanvraag indienen voor subsidie voor een gezamenlijk ondernemingsplan. Dat moet hen equiperen voor de situatie van een open markt van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief in 2007.

4 Gezaghebbend kwaliteitsinstituut van cliëntenorganisaties

De landelijke cliëntenorganisaties benadrukken in de strategische beleidsverkenning dat samenwerking en versterking van het cliëntenperspectief bij kwaliteitsverbeteringen hard nodig is. Een gezaghebbend kwaliteitsinstituut van cliëntenorganisaties kan hieraan bijdragen. De ontwikkeling van een eigen gezamenlijk invloedrijk instituut biedt ook een samenwerkingsstructuur tussen cliëntenorganisaties. Dat stelt hen in staat om bij hun belangenbehartiging de resultaten van kwaliteitstoetsingen te koppelen aan het genereren van keuzeondersteunende informatie en beleidsinformatie.

4.1 CBO en het Picker Instituut als voorbeelden

Het eigen gezaghebbend kwaliteitsinstituut van cliëntenorganisaties zou gemodelleerd kunnen worden naar het voorbeeld van het CBO in Nederland en het Picker Instituut in Engeland.

Het CBO

De medische professionals beschikken over een gezaghebbend instituut op het terrein van de kwaliteitstoetsingen in de gedaante van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO). Het CBO is in 1979 opgericht als het Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing. De toenmalige Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de Geneeskundige Vereniging hebben destijds de aanzet tot de oprichting gegeven. Aanvanke-

lijk richtte het CBO zich voornamelijk op de bevordering van de kwaliteit van het professionele handelen. Nu concentreert het CBO zich vooral op de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen. Door producten en diensten als intercollegiale toetsing en richtlijnen heeft het CBO zowel nationale als internationale bekendheid gekregen. De activiteiten van het CBO komen er heel concreet erop neer, dat zij professionals en zorginstellingen ondersteunen, begeleiden, opleiden, trainen en adviseren. Tot de klanten van het CBO behoren medisch specialisten, verpleegkundigen, paramedici, tandheekkundigen en (het management) van zorginstellingen. Verder dient het CBO overheid en zorgverzekeraars van advies. Kerntaken van het CBO zijn:

- *Bewustmaking en agendabepaling:* Het CBO wil overheid, koepelorganisaties en zorgaanbieders overtuigen van het belang en de noodzaak van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid.
- *Innovatie:* De werkzaamheden van het CBO richten zich op het ontwikkelen van nieuwe methodieken en instrumenten waarvan de patiëntenzorg beter wordt.
- *Implementatie:* Het CBO zet zich in voor de toepassing van nieuwe kennis en methodieken in de praktijk. Alleen dan zal de patiëntenzorg daadwerkelijk verbeteren.
- *Overdracht:* Het CBO streeft ernaar kennis en ervaringen aan professionals en instellingen over te dragen. Daarbij vormen training, supervisie en netwerkontwikkeling belangrijke instrumenten.

Het CBO beschikt statutair over een Medisch Wetenschappelijke Raad, waarin alle medisch specialistische verenigingen vertegenwoordigd zijn. Deze raad adviseert de directie gevraagd en ongevraagd over medisch inhoudelijke zaken, die binnen de programma's en projecten spelen.

Het Picker Instituut

De missie van het Picker Instituut luidt als volgt:

'The Picker Institute's mission is to improve the quality of health care through the patient's eyes. The Picker Institute works with health care providers throughout Europe using scientifically validated instruments and rigorous survey methodologies to evaluate the quality of their services and provide them with actionable feedback. We also carry out

research and educational activities on health care quality improvement and methods for promoting patient centred care'.

Het Picker Instituut profileert zich primair als een organisatie voor research & development vanuit het cliëntenperspectief: 'Developing and testing methodologies for obtaining feedback from patients and coordinating national surveys'.

Andere kerntaken van het Picker Instituut zijn:

- bewustmaking & agendabepaling: 'promoting patient-centred care';
- implementatie: 'The quality improvement work of the Picker Institute is designed to support healthcare organisations and health professionals to use patient feedback to improve the quality of care. An important focus is to identify and share good practice'.
- overdracht: 'disseminating and using patient and staff feedback to improve the quality of health care'.

4.2 Het gezaghebbende kwaliteitsinstituut vanuit het cliëntenperspectief

De landelijke cliëntenorganisaties in de care sector onder leiding van de NPCF zijn bereid om samen met het Fonds PGO het initiatief te nemen tot de oprichting van een gezaghebbend instituut van cliëntenorganisaties. Andere landelijke cliëntenorganisaties worden in een later stadium uitgenodigd zich bij dit initiatief aan te sluiten.

Gezaghebbend betekent: verbindingen met de wetenschappelijke wereld, diverse belangenorganisaties en belangrijke actoren. Een eigen onderscheidende naam is van belang. Het kwaliteitsinstituut zou bijvoorbeeld genoemd kunnen worden naar een van de pioniers van de patiënten/consumentenbeweging: Hans van der Wilk (voormalig voorzitter Cliëntenbond, eerste directeur van het LP/CP, de voorloper van de NPCF).

Het in te richten instituut heeft als missie en kerntaken:

1. Bewustmaking en agendabepaling: overheid, koepelorganisaties en zorgaanbieders overtuigen van het belang en de noodzaak van kwaliteitsbeleid vanuit cliëntenperspectief.
2. Accreditatie van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief (zie ook bijlage 7 en bijlage 8).
3. Gezamenlijke inspanning om ervoor te zorgen dat de beschikbare budgetten voor kwaliteitstoetsingen ook inderdaad hiervoor vrij gemaakt worden.
4. Stimuleren en coördineren van ontwikkelingstrajecten voor updating van toetsingsinstrumenten en instrumenten voor kwaliteit vanuit het cliëntenperspectief en keuzeondersteunende informatie.
5. Stimuleren en coördineren van ontwikkelingstrajecten voor nieuwe toetsingsinstrumenten en instrumenten voor kwaliteit vanuit het cliëntenperspectief en keuzeondersteunende informatie.
6. Stimuleren en coördineren van ontwikkelingstrajecten toepassing van nieuwe kennis en methodieken in de praktijk;
7. Stimuleren en coördineren van ontwikkelingstrajecten voor training, supervisie en netwerkontwikkeling.

4.3 Positionering van het Kwaliteitsinstituut

Het Kwaliteitsinstituut moet naar het oordeel van de landelijke cliëntenorganisaties in ieder geval aan de volgende randvoorwaarden voldoen:

- In het kwaliteitsinstituut dient het cliëntenperspectief (burgerschapsparadigma) gewaarborgd te zijn.
- Binnen het kwaliteitsinstituut blijft het specifieke van cliënten in een bepaalde sector behouden.
- Het instituut is vernieuwend, richt zich op Research & Development en is sectoroverstijgend.
- Het is geen afstandelijk, wetenschappelijk instituut, maar richt zich op de kennis die ontstaat vanuit de mensen zelf en op zaken die voor gebruikers van de zorg van wezenlijk belang zijn.

Het verdient aanbeveling om het Kwaliteitsinstituut zodanig te positioneren dat de bestaande (sectorale) infrastructuur van kwaliteitstoetsingen zoveel mogelijk behouden blijft:

- De reikwijdte betreft zowel de care sector als de cure sector en de preventieve gezondheidszorg.
- Het wordt in eerste instantie opgezet vanuit de samenwerkende landelijke cliëntenorganisaties in de care sector, maar richt zich op termijn ook op de cure sector en de preventieve gezondheidszorg waar het gaat om de accreditering van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief.
- Het realiseert de samenwerking tussen de landelijke cliëntenorganisaties waar het gaat om de ontwikkeling van keuzeondersteunende informatie.
- Het vormt het gezamenlijke aanspreekpunt van de landelijke cliëntenorganisaties waar het gaat om research & development vanuit het cliëntenperspectief, met als relevante stakeholders de diverse beleidsdirecties van het Ministerie van VWS en ZonMw.

Het nieuw te vormen instituut voert de sectoroverschrijdende taken zelf uit en vervult ten aanzien van de overige taken, die zij niet uitvoert, een aansturende en coördinerende rol. Daarbij wordt de uitvoering zo veel mogelijk uitbesteed aan bestaande kwaliteitstoetsingsinstituten.

De kwaliteitstoetsingsinstituten die oorspronkelijk voortgekomen zijn uit de landelijke cliëntenorganisaties (Cliënt & Kwaliteit, Perspectief, Zeg het ons, LSR en Kwadraad) blijven zich primair bezighouden met kwaliteitstoetsingen en bijbehorende advies-trajecten.

De afzonderlijke sectorale kwaliteitstoetsingsinstituten profiteren van het gezamenlijke kwaliteitsinstituut van de landelijke cliëntenorganisaties. Dat gebeurt door het vrijmaken van de beschikbare budgetten, maar ook omdat zij optimaal gepositioneerd zijn voor het uitvoeren van verschillende programma's en projecten van het kwaliteitsinstituut:

- ontwikkelingstrajecten voor updating toetsingsinstrumenten;
- ontwikkeling van nieuwe toetsingsinstrumenten;
- implementatie: toepassing van nieuwe kennis en methodieken in de praktijk;
- overdracht: training, supervisie en netwerkontwikkeling.

4.4 De oprichting van het Kwaliteitsinstituut

Het opzetten van een nieuwe infrastructuur van een R&D instituut vanuit cliëntenorganisaties kost veel energie. Daarom is tijdens de strategische beleidsverkenning de mogelijkheid besproken om het Kwaliteitsinstituut te ontwikkelen via 'een vliegende start' en het instituut als business unit aan te hangen aan een bestaande organisatie (zie ook bijlage 9).

Zelfstandige business unit

Een business unit organisatie is organisatorisch gezien een divisieorganisatie. Een business unit is in feite een zelfstandig bedrijf met een eigen staf. Op concern niveau bevinden zich de directie (raad van bestuur) en de concernstaf van het bedrijf met een beperkt aantal centrale taken als control & treasury (toezicht op en het management van financiële transacties).

Via een tender kunnen mogelijke kandidaten de gunning van het instituut als business unit verwerven, met het CBO en het NIVEL als mogelijke kandidaten. Bij een tender verloopt de behandeling van een subsidieaanvraag zo dat alle aanvragen voor een bepaalde datum binnen moeten zijn, vervolgens met elkaar worden vergeleken en in een prioriteitsvolgorde geplaatst. Projecten concurreren met elkaar. De organisatie die de subsidie verstrekt, bepaalt welke projecten het beste voldoen aan het doel van de regeling. De aanvrager weet vooraf dus niet of de subsidie wordt toegekend, omdat dat afhankelijk is van de kwaliteit van de aanvraag en de overige aanvragen.

Het CBO

De voorkeur van het CBO gaat vanzelfsprekend uit naar een onderbrenging van het instituut in het CBO. Hiertegen zijn twee bezwaren in te brengen. Het CBO is ontstaan vanuit de medische professionals en de recente aanscherping van de missie benadrukt de rol van professionals: 'Samen met professionals, leidinggevend en patiënten aanzienlijk verbeteren van de kwaliteit van zorg'; 'Aangrijpingspunt voor zorgvernieuwing en verbetering is primair het zorgproces rondom de patiënt, waarin professionals bepalen wat voor de patiënt de optimale zorg is, en waarin professionals en leidinggevend samenwerken om deze zorg voor de patiënt ook optimaal te organiseren' (Visiedocument CBO 2004-2008, p.3).

Voorwaarde voor het CBO zal zijn dat de programmering van het nieuwe instituut inhoudelijk aansluit bij een van de programma's van het CBO.

Het NIVEL

Het NIVEL is een onafhankelijke, niet aan een maatschappelijke groepering gebonden instelling. Het NIVEL heeft tot doel het verwerven en verspreiden van kennis en inzicht over de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Mede in relatie tot andere maatschappelijke actoren. Daarbij oriënteert het NIVEL zich zowel op de zorgvragers als op de zorgaanbieders en landelijke beleidsorganen.

Het NIVEL is een kenniscentrum, waar samenhangende wetenschappelijke kennis aanwezig is over de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland en in Europa. Het NIVEL heeft zich als kenniscentrum ook ten doel gesteld om expertise te ontwikkelen over het genereren en het leveren van spiegel- of benchmarkinformatie.

Een van de vijf onderzoeksprogramma's van het NIVEL is Patiënten: Vraaggestuurde zorg, chronisch zieken en Migranten/Specialle doelgroepen. En verder beschikt het NIVEL als kenniscentrum over diverse panels: COPA (Consumenten Panel gezondheidszorg), Panel Verpleging & verzorging, en PPCZ (Patiënten Panel Chronisch Zieken).

Het bestuur van het NIVEL bestaat uit zeventien stemgerechtigde leden, allen vertegenwoordigers uit het veld van zorgaanbieders, het beleid (financiers en consumenten) en de wetenschap. Mevrouw dr. E. Borst-Eilers is voorzitter van het dagelijks bestuur.

Keuze voor een zelfstandig instituut

De landelijke cliëntenorganisaties hebben zich tijdens de strategische beleidsverkenning nadrukkelijk uitgesproken tegen de modaliteit van een zelfstandige business unit. Zij willen samen met het Fonds PGO het initiatief nemen voor de totstandkoming van een zelfstandig instituut dat van meet af aan en in alle opzichten een kwaliteitsinstituut is van, voor en door de landelijke cliëntenorganisaties.

4.5 Organisatievorm

Stichting met Raad van Toezicht

Het verdient aanbeveling om wat betreft organisatievorm voor het Kwaliteitsinstituut een stichting te kiezen met een Raad van Toezicht. Die kan bijvoorbeeld bestaan uit:

- twee leden op voordracht van de landelijke cliëntenorganisaties;
- twee leden vanuit de wetenschappelijke wereld met bewezen ervaring op het terrein van onderzoek of kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief, op voordracht van het Fonds PGO;
- een onafhankelijke voorzitter.

Daarnaast beschikt het kwaliteitsinstituut over een eigen raad voor accreditering van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief.

Het Kwaliteitsinstituut krijgt een basisfinanciering van het Fonds PGO -vanuit de kerntaak innovatie - door gerichte investeringen. Het kwaliteitsinstituut krijgt de opdracht om binnen een termijn van vier jaar een equivalent bedrag uit de R&D-markt te verwerven via opdrachten van ZonMw, zorginstellingen, zorgverzekeraars en overheid.

Inspirerend leiderschap van een gezaghebbend kwaliteitsinstituut

Om een gezaghebbend kwaliteitsinstituut te vormen is naar het oordeel van de landelijke cliëntenorganisaties inspirerend leiderschap van belang. De aan te stellen directeur zal aan deze eis moeten voldoen.

‘Gezaghebbend’, ofwel invloedrijk, vormt een belangrijk kenmerk van het Kwaliteitsinstituut. De aan te trekken voorzitter van de Raad van Toezicht kan hierbij een belangrijke rol spelen. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken in hoeverre mevrouw dr. E. Borst-Eilers hiervoor beschikbaar is. Zij heeft de benodigde statuur en expertise. Bovendien is zij voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Kankerpatiëntenverenigingen, maakt zij deel uit van de Raad van Toezicht van het CBO en is zij voorzitter van het Dagelijks Bestuur van het NIVEL.

De aan te trekken voorzitter van de Raad van Toezicht is de aangewezen persoon om samen met de 'bouwpastoor' de totstandkoming van het Kwaliteitsinstituut van meet af aan te begeleiden.

4.6 Conclusie

De landelijke cliëntenorganisaties in de care sector onder leiding van de NPCF zijn bereid om samen met het Fonds PGO het initiatief nemen tot de oprichting van een gezaghebbend instituut van cliëntenorganisaties. Zij kiezen nadrukkelijk voor een zelfstandig instituut dat van meet af aan en in alle opzichten een kwaliteitsinstituut is van, voor en door de landelijke cliëntenorganisaties.

Er is onder de landelijke cliëntenorganisaties en de landelijke kwaliteitstoetsingsinstituten brede steun om het Kwaliteitsinstituut zodanig te positioneren dat de bestaande (sectorale) infrastructuur van kwaliteitstoetsingen zoveel mogelijk behouden blijft. Het Kwaliteitsinstituut speelt vooral een rol in de accreditering van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief. Het vormt het gezamenlijke aanspreekpunt van de landelijke cliëntenorganisaties waar het gaat om research & development van kwaliteit vanuit het cliëntenperspectief.

Aanbevelingen

1. Het verdient aanbeveling dat het Fonds PGO op korte termijn een overleg start met de landelijke cliëntenorganisaties in de care sector over de weg waarlangs het Kwaliteitsinstituut het beste tot stand kan worden gebracht.
2. Gezien de noodzaak van een breed draagvlak onder cliëntenorganisaties dient het Kwaliteitsinstituut als een zelfstandig instituut opgezet te worden in de vorm van een onafhankelijke stichting met een Raad van Toezicht.
3. Het verdient aanbeveling om in een vroeg stadium een gezaghebbende voorzitter van de Raad van Toezicht aan te trekken die de totstandkoming van het Kwaliteitsinstituut van meet af aan begeleidt.

Literatuur

Blaauwbroek, H., & Storm, I. (2004). *Evaluatieonderzoek CTG Beleidsregel Externe kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief in de GGZ*. Weesp: Blaauwbroek.

CBO (2004). *Visiedocument 2004-2008*. Utrecht: CBO.

Grinten, T.E.D. van der, & Vos, P. (2004). 'Gezondheidszorg', in H. Dijstelbloem, P.L. Meurs en E.K. Schrijvers (red.). *Maatschappelijke dienstverlening. Een onderzoek naar vijf sectoren*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Ministerie van VWS (2002). *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*. TK 28439, nr. 1 en nr.2. Den Haag: SDU.

Ministerie van VWS (2004). *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*. TK 28439, nr. 5 t/m nr. 7. Den Haag: SDU.

Ministerie van VWS (2005). *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*. TK 28439, nr. 8. Den Haag: SDU.

Ministerie van VWS (2004). *Modernisering AWBZ*. TK 26.631 nr.121. Den Haag: SDU.

Ministerie van VWS (2004). *Op weg naar een bestendig bestel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning*, TK 29 538, nr. 1. Den Haag: SDU.

Ministerie van VWS (2001). *Patiënten/consumentenbeleid*. TK 27807, nr.1 en nr. 2. Den Haag: SDU.

Ministerie van VWS (2002). *Patiënten/consumentenbeleid*. TK 27807, nr.3 t/m nr. 18. Den Haag: SDU.

Ministerie van VWS (2003). *Patiënten/consumentenbeleid*. TK 27807, nr. 19 en nr. 20. Den Haag: SDU

Ministerie van VWS (2004). *Patiënten/consumentenbeleid*. TK 27807, nr. 21 t/m nr. 26. Den Haag: SDU.

Nederland, T., & Duyvendak, J.W. (2004). *De kunst van effectieve belangenbehartiging door de patiënten- en cliëntenbeweging*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Oudenampsen, D., Gorter, K., & Nederland, T. (2003). *Naar een effectieve belangenbehartiging van de Gelderse patiënten en consumenten*. Utrecht: Verwey-Jonker instituut.

Research voor Beleid (2004). *De invloed van cliëntenraden. Het verzaamd adviesrecht in de dagelijkse praktijk vanuit cliëntenraadperspectief*. Leiden: Research voor Beleid.

WRR (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Den Haag: WRR.

Zorgverzekeraars Nederland (2004). *Notitie bevattende een voorstel voor een aangepaste beleidsregel inzake kwaliteitstoetsing in de GGZ door cliënten voor het jaar 2003*. Utrecht: ZN.

Bijlage 1 Lijst van respondenten

Respondenten

Mevr. Ter Avest (LSR)
Mevr. Van Bennekom (NPCF)
Dhr. Boele (LSR)
Dhr. Bos (Zorgverzekaars Nederland)
Mevr. Burck (Cliënt & Kwaliteit)
Dhr. Buiting (CBO)
Mevr. van Gilse (LOC)
Dhr. Guijt (ZonMw)
Dhr. Hermans (Ministerie van VWS)
Mevr. Van der Hoeven (NPCF)
Mevr. Houdijk (FvO)
Dhr. Kaarsgaren (LPR)
Mevr. Van Kemenade (Kwadraad)
Dhr. Kouwenhoven
Mevr. Kooijman (LFB)
Dhr. Kool (Prismant)
Mevr. Langerveld (ZonMw)
Dhr. Van Minnen (FvO)
Dhr. Smits (Consumentenbond)
Mevr. Vromans (Ministerie van VWS)
Mevr. Van der Zwan (Perspectief)

Deelnemers expertmeeting landelijke cliëntenorganisaties

Mevr. Ter Avest (LSR)

Mevr. Van Gilse (LOC)

Mevr. Van der Hoeven (NPCF)

Mevr. Houdijk (Fv)

Dhr. Kaarsgaren (LPR)

Dhr. Van Minnen (FvO)

Deelnemers expertmeeting kwaliteitstoetsingsinstituten

Dhr. Boele (LSR)

Mevr. Van Kemenade (Kwadraad)

Dhr. Nass (Zeg het ons!)

Dhr. Sikkema (Perspectief)

Mevr. Van der Zwan (Perspectief)

Bijlage 2 Cliëntenperspectief

Het LSR onderzoekt vanuit het cliëntenperspectief de kwaliteit van bestaan van mensen met een lichamelijke beperking op acht levensdomeinen:

1. Fysiek welzijn (lichamelijk welzijn)
2. Emotioneel welzijn (uw algemeen gevoel van welzijn)
3. Persoonlijke relaties
4. Deelname aan de samenleving
5. Persoonlijke ontwikkeling
6. Materieel welzijn
7. Zelfbeschikking
8. Rechten

Een onderliggend doel van het kwaliteitsonderzoek vanuit het cliëntenperspectief is empowerment. Voor veel mensen met een functiebeperking, die lange tijd of zelfs hun hele leven gebruik hebben gemaakt van een zorginstelling, is meepraten en meebeslissen over hun eigen leven niet vanzelfsprekend en eenvoudig. Veel cliënten zijn hun hele leven in meer of mindere mate afhankelijk geweest van anderen. Eerst van hun ouders, later van begeleiders van woonvormen of dagcentra. Anderen hebben, met de beste bedoelingen, keuzes voor hen gemaakt en bepaald wat goed voor hen was.

Het kwaliteitsonderzoek van het LSR is erop gericht om mensen met een beperking beter in staat te stellen zelf hun leven te bepalen, zodat zij:

- zich bewust worden van de eigen situatie;
- in de gelegenheid worden gesteld om hierover iets te zeggen;

- ervaren wat het betekent om mee te praten en te beslissen over de eigen leefsituatie;
- zelf actie ondernemen om te zorgen dat een verbetering in hun leven wordt bereikt.

Het LSR is van mening dat empowerment van mensen met een beperking de eerste, noodzakelijke stap is op weg naar zeggenschap, medezeggenschap en volwaardig burgerschap. Het proces van empowerment loopt dan ook als een rode draad door alle samenhangende activiteiten van het kwaliteitsonderzoek van het LSR heen.

En de FvO streeft vanuit het cliëntenperspectief naar een goed bestaan van mensen met een verstandelijke handicap. Mensen met een verstandelijke handicap zijn burgers en maken net als iedereen deel uit van de samenleving. De ondersteuning die zij nodig hebben moet aansluiten bij hun persoonlijke behoeften en wensen, zodat zij hun leven kunnen inrichten op een manier die bij hen past. Het is belangrijk dat ouders of verwanten en mensen met een verstandelijke handicap zelf de kwaliteit van de zorg kunnen toetsen, bezien vanuit het perspectief van de persoon met een beperking. Daarbij vormen vier standaarden de kern:

- *Zeggenschap*
Mensen hebben zeggenschap over hun eigen leven. Ieder kan zich ontwikkelen in een richting die hij wil en door middel van zijn keuzes, voorkeuren en leefstijl uitdrukking geven aan een eigen identiteit. Zeggenschap is uitgangspunt van het beleid.
- *Inclusie*
Mensen zijn gewaardeerde medeburgers. Zij zijn verbonden met anderen, zoals familie, vrienden, kennissen en collega's. Zij maken deel uit van en dragen op unieke wijze bij aan de samenleving
- *Respect en veiligheid*
Mensen hebben respect voor elkaar. Mensen leven in een veilige, gezonde en hun vertrouwde omgeving.
- *Persoonlijke ondersteuning*
Mensen geven hun leven zelf vorm en inhoud en krijgen daarbij passende en geschikte ondersteuning in aansluiting op hun ondersteuningsbehoeftes.

Bijlage 3 Stand van zaken keuzeondersteunende informatie

Goede vergelijkende informatie voor zorggebruikers is een noodzakelijke basisvoorwaarde voor het functioneren van de gereguleerde marktwerking en vraagsturing in de zorg. Uit internationaal onderzoek blijkt dat «zorggebruikers in beweging komen» als zij beschikken over vergelijkende informatie. Het Ministerie van VWS wil bereiken dat zorggebruikers kunnen kiezen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op grond van vergelijkende informatie en zich steeds meer als kritische zorggebruikers gaan opstellen. Uit onderzoek door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (Van patiënt tot klant, 2003) blijkt dat zorggebruikers vooral behoefte hebben aan informatie over keuzemogelijkheden (waar is de zorg te krijgen, wachttijden, kwaliteit van zorg), verzekeringen/premies en, als ze zelf (een deel) moeten betalen, de prijs van het zorgaanbod.

Bij het samenstellen van vergelijkende informatie over zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaat het nadrukkelijk om de gegevens die zorggebruikers van belang vinden om te kunnen kiezen. Om dat te bepalen betreft het Ministerie van VWS patiënten-/consumentenorganisaties hierbij. Hierbij realiseert het Ministerie van VWS zich dat niet alle zorggebruikers in staat zijn om zelf keuzes te maken of hun weg te vinden in het zorgstelsel. In de brief van 23 april 2004 aan de Tweede Kamer (Op weg naar een bestendig bestel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning, TK 2003–2004, 29 538, nr. 1) wordt ingegaan op het beleid ten aanzien van advies en ondersteuning. Kritische zorggebruikers kunnen een belangrijke impuls geven aan het

verbeteren van de zorg, wat uiteindelijk ook ten goede komt aan degenen die niet zelf kunnen of willen kiezen.

Op dit moment blijken veel zorggebruikers nog niet te weten dat er grote verschillen zijn in kwaliteit van de zorg (RVZ/Flycatcher, 2002). Die verschillen betreffen bijvoorbeeld bejegening, dienstverlening, wachtlijsten en ligduur, maar ook veiligheid en effectiviteit van de geboden behandeling. Ook indien men wel weet of vermoedt dat er verschillen zijn, weet men vaak niet waar men de meest geschikte zorg kan krijgen. De informatie hierover ontbreekt, is versnipperd, niet actueel of betrouwbaar, niet openbaar of niet begrijpelijk voor de gewone zorggebruiker. Uit onderzoek van de RVZ (Flycatcher, 2002) blijkt dat 80% van de zorggebruikers informatie over de deskundigheid van artsen belangrijk vindt bij de keuze van een ziekenhuis. Juist dit soort informatie is nog niet beschikbaar.

Er zijn redenen waarom in de zorg nog weinig vergelijkende informatie beschikbaar is voor zorggebruikers. Het verwerven van de relevante gegevens is vaak moeilijk. In de zorg gaat het doorgaans om ingewikkelde zaken, die moeilijk meetbaar zijn. Er zijn wel initiatieven en kleinschalig onderzoek, maar deze laten geen integrale vergelijking toe.

Om te kunnen meten en vergelijken is overeenstemming nodig over onder meer de prestatie-indicatoren, definities, metingen en privacyaspecten. Betrokkenen zijn veelal terughoudend om vergelijkende gegevens te verzamelen en/of te publiceren, uit angst een onvolledig of onjuist beeld te geven. Dit is een reëel risico, maar niet onoverkomelijk.

Het gebrek aan vergelijkende gegevens heeft ook te maken met gevestigde belangen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben er kennelijk onvoldoende belang bij om in openbare overzichten met hun concurrenten te worden vergeleken. Dit is ook zichtbaar in andere markten (energie, telecom, pensioenen) waarbij liberalisering niet automatisch leidde tot goede keuze-informatie voor de burger.

Sommige zorgaanbieders blijken overigens verder dan de andere met openbare vergelijkende informatie. In de GGZ maakt men bijvoorbeeld gebruik van een gevalideerd klantwaardering-instrument dat vergelijkingen tussen instellingen, op aspecten als behandeling, bejegening en communicatie, mogelijk maakt. Veel instellingen plaatsen de resultaten reeds op hun website. De stap naar voor zorggebruikers toegankelijke vergelijkende overzichten

moet nog gemaakt worden. In de verpleging, verzorging en thuiszorg is in diverse regio's vergelijkende informatie beschikbaar (www.kiesmetzorg.nl), maar nog niet over kwaliteit of cliënttevredenheid.

De ervaring leert dat de goede keuze-informatie voor zorggebruikers niet vanzelf ontstaat. De terughoudendheid van partijen mag het Ministerie van VWS er echter niet van weerhouden om daadwerkelijke stappen te zetten. Daarom gaat het Ministerie van VWS de gewenste ontwikkelingen aanjagen. Hierbij is geen sprake van vrijblijvendheid.

In de periode tot en met 2006 gaat het Ministerie van VWS ervoor zorgen dat de betrokken partijen de beschikbare informatie verzamelen en voor zorggebruikers toegankelijk maken. Hierbij spelen onder meer ZonMw, de consumentenbond en de NPCF een belangrijke rol. Uitgangspunt is dat gegevens worden verzameld uit bestaande bronnen, zoals de gegevens van de IGZ, benchmarks en feitelijke gegevens van aanbieders en van verzekeraars.

Daarnaast gaat het om de oordelen van zorggebruikers. Voor zover nodig worden hiervoor meetinstrumenten ontwikkeld of aangepast. Het gaat hierbij steeds om gegevens die zorggebruikers van belang vinden om te kunnen kiezen.

In eerste instantie concentreert het Ministerie van VWS zich op vergelijkende informatie over zorgverzekeraars, met het oog op de komende nieuwe zorgverzekeringswet. Daarnaast willen we zowel in de cure, care als de openbare gezondheidszorg vergelijkende informatie over zorgaanbieders tot stand brengen. Met betrekking tot ziekenhuizen/medisch specialisten, huisartsen, verpleging en verzorging/thuiszorg, GGZ/verslavingszorg, gehandicaptenzorg alsmede de jeugdgezondheidszorg inclusief het Rijksvaccinatieprogramma, beziet het Ministerie van VWS welke concrete stappen op korte termijn mogelijk zijn.

De afgelopen periode zijn met VWS-subsidie methodieken/instrumenten ontwikkeld en pilots uitgevoerd, gericht op de totstandkoming van voor zorggebruikers toegankelijke vergelijkende informatie over verzekeraars en ziekenhuizen. Zorggebruikersorganisaties, die door het Fonds PGO worden gesubsidieerd, helpen hun leden aan informatie over instellingen en behandelaars.

De stand van zaken met betrekking tot de beschikbaarheid van vergelijkende informatie is per sector verschillend. De komende periode gaat het Ministerie van VWS per sector bezien welke informatie beschikbaar is, wat daarvan openbaar gemaakt kan worden en welke vervolgstappen noodzakelijk zijn.

In september 2003 sloten Arcares, de LOC, Ouderenbonden, Alzheimer Nederland en de Consumentenbond een convenant over keuze-informatie voor zorggebruikers. Daarin hebben zij vastgelegd dat de cliëntenorganisaties bepalen welke informatie van belang is, dat Arcares deze informatie bij de aangesloten instellingen zal verzamelen en op de website www.seniorzorg.nl zal plaatsen. Partijen hebben afgesproken dat ook gegevens uit kwaliteitstoetsen vanuit cliëntenperspectief op de website komen te staan, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan. Cliënt en Kwaliteit heeft van 2000 tot en met 2003 inmiddels ruim 700 verzorgings- en verpleeghuizen getoetst aan het oordeel van zorggebruikers. De discussie over welke informatie openbaar gemaakt mag worden is echter nog niet afgerond. ZonMw brengt momenteel in kaart wat diverse betrokken partijen in dit kader willen bereiken en voor welk voorstel voldoende draagvlak te verwachten is.

Om zeker te stellen dat structureel vergelijkende informatie voor zorggebruikers beschikbaar komt gaat het Ministerie van VWS hierover met de betrokken partijen afspraken maken. Het gaat er dan om overeenstemming te bereiken over de taken en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorggebruikersorganisaties, kennisinstituten, ZBO's en VWS). Met het afsluiten van de convenanten wil het Ministerie van VWS benadrukken dat de veldpartijen zelf verantwoordelijk zijn en blijven voor het structureel beschikbaar komen van voor zorggebruikers toegankelijke vergelijkende informatie.

Al deze initiatieven gaan om het bundelen van beschikbare informatie en deze om te vormen tot keuzeondersteunende informatie. Deze informatie zal in de loop der jaren nog verdere ontwikkeling en verfijning behoeven. Daarbij moet steeds worden getoetst wat de zorggebruikers van de informatie vinden en hoe ze deze gebruiken. Op korte termijn zal de informatie dus zeker nog niet perfect zijn, maar het Ministerie van VWS vindt het

essentieel voor de vereiste cultuuromslag dat vergelijkbare keuzeondersteunende informatie spoedig beschikbaar komt.

Om de versnippering in de informatievoorziening tegen te gaan, wordt alle informatie voor zorggebruikers toegankelijk gemaakt via een op te starten portalorganisatie. Hierbij wordt onder meer ingezet op vergelijkende informatie over zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze portalorganisatie moet ervoor zorgen dat zorggebruikers bij één internetadres, één telefoonnummer en zo mogelijk ook bij fysieke loketten in de buurt, terecht kunnen met hun vragen over de zorg. Hierbij gaat het om vragen over patiëntenrechten, preventie, klachten, ziekten, diagnoses, behandelingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het gaat om gebundelde informatie, waarbij zorggebruikers kunnen vertrouwen op de kwaliteit en actualiteit. Het oprichten van een portalorganisatie zal in de toekomst ook leiden tot het verleggen van subsidiestromen, opdat met de beschikbare middelen zoveel mogelijk resultaat voor de zorggebruikers wordt bereikt.

De activiteiten met betrekking tot vergelijkende informatie passen idealiter binnen het algemene kader van prestatie-indicatoren in de zorg. Een dergelijk kader werkt het Ministerie van VWS uit voor de gehele zorg. Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) bereidt een advies voor om voor de prestatie-indicatoren patiënttevredenheid en consumenttevredenheid een samenhangend instrumentarium te hanteren. Op die wijze ontstaat er een samenhangend geheel van informatie op micro-, meso- en macroniveau. Als overeenstemming ontstaat over een gemeenschappelijk instrumentarium kunnen administratieve lasten voor instellingen beperkt blijven. Het Ministerie van VWS bevordert afstemming door betrokken partijen. Het doet het Ministerie van VWS genoegen dat het CTZ, de Consumentenbond en NPCF recent een overeenkomst hebben gesloten om samen te werken op het gebied van keuzeondersteunende informatie. Dit zorgt ervoor dat zorgverzekeraars niet dubbel worden belast met dezelfde informatie-uitvraag, het voorkomt overlap en witte vlekken en bevordert dat de zorggebruiker eenduidige, gebundelde informatie ontvangt.

Het Ministerie van VWS wil graag in samenspraak met de betrokken partijen tot afspraken komen over openbare vergelijkende informatie. Daarbij gaat het niet om vrijblijvende

afspraken, maar om concrete resultaatverplichtingen. Het Ministerie van VWS gaat het verschaffen van goede keuzeondersteunende informatie wettelijk verplichten, zodat wij in een uiterst geval onwillige partijen kunnen dwingen. Actieve openbaarmaking van informatie op een voor zorggebruikers toegankelijke wijze wordt expliciet onderdeel van de financieringsvoorwaarden die het Ministerie van VWS stelt bij opdrachten en subsidies.

Bijlage 4 Outcome based keuzeondersteunende informatie

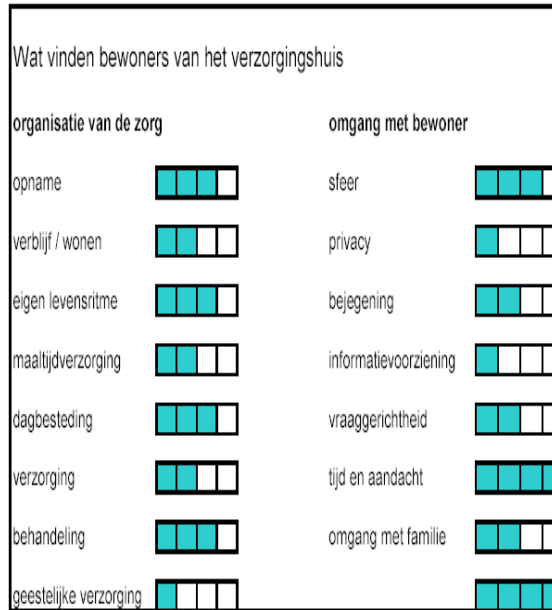
Perspectief stelt zich op het standpunt dat keuzeondersteunende informatie outcome based moet zijn. In onderstaande tabel worden door Perspectief uitkomsten gekoppeld aan de standaarden van het cliëntenperspectief:

STANDAARD	UITKOMST / EFFECT
<i>Zeggenschap</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mensen kunnen op alle levensterreinen bepalen hoe ze hun leven inrichten • Mensen doen een veelheid van ervaringen op en bereiken hun persoonlijke doelstellingen • Mensen wonen hoe ze willen. Ze zijn baas in eigen huis en dragen verantwoordelijkheid. • Kinderen en jongeren volgen onderwijs. Mensen hebben werkzaamheden of bezigheden die aansluiten bij hun interesses en ambities. Zij bepalen hoe ze hun vrije tijd doorbrengen. Ieder kan zich in alle levensfasen naar behoefte verder scholen. • Mensen bepalen met welke organisaties zij samenwerken en van welke diensten zij gebruik maken.

STANDAARD	UITKOMST / EFFECT
<i>Inclusie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mensen hebben waardevolle persoonlijke en sociale netwerken in de samenleving. Zij maken gebruik van voorzieningen die voor iedereen bedoeld zijn. • Mensen wonen in de samenleving met mensen waarmee ze zich verbonden voelen. • Kinderen en jongeren volgen breed toegankelijk, regulier onderwijs, dat bijdraagt aan hun ontplooiing. • Ieder schoolt zich op terreinen waar zijn interesses en ambities liggen. • Mensen hebben gerespecteerde werkzaamheden of bezigheden in de samenleving en voelen zich gewaardeerde medewerkers. • Mensen nemen deel en dragen bij aan het sociale, culturele, religieuze en recreatieve leven (concerten, cafés, clubs, kerken, verenigingen, sportevenementen etc.) in de samenleving. Zij maken gebruik van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen in de plaatselijke gemeenschap. • Mensen hebben dezelfde rechten, kansen en verantwoordelijkheden als iedere burger, ook op het gebied van trouwen, kinderen krijgen, stemmen, sterilisatie, orgaandonatie, euthanasie etc.
<i>Respect en veiligheid</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mensen voelen zich gerespecteerd, hun persoonlijke integriteit is gewaarborgd. • Zij leven in een veilige, gezonde en hun vertrouwde omgeving.
<i>Persoonlijke ondersteuning</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mensen hebben ondersteuning (zoals begeleiding, verzorging, coaching etc.) bij alle voor hen belangrijke zaken. • Zij kunnen hun leven inrichten, zoals hen past. • Mensen vinden dat zij een goed leven leiden. • Ondersteuning wordt verleend op afgesproken en gecoördineerde manier.

Bijlage 5 Kwaliteitskaart

Kwaliteitskaart Huize Avondrood



Overige beoordelingen

keurmerken	<u>Ja</u> HKZ
food / care award	
klachten	12 op jaarbasis
fona	20 op jaarbasis
kwaliteit gebouw	<u>matig</u>

[Klik hier voor meer informatie over deze instelling](#)

[Klik hier voor een toelichting en onderbouwing van de scores](#)

[Klik hier voor een toelichting van de directie op deze kaart](#)

Bijlage 6 Convenant 'kwaliteitstoetsing care'

(Sector verpleeghuizen en verzorgingshuizen)



Partijen

1. Achmea Zorgverzekeringen N.V., gevestigd te Noordwijk, hierna te noemen Achmea Zorg, vertegenwoordigd door de heer drs. G. van Montfort, directeur Achmea Zorg.
2. Stichting Perspekt, gevestigd te Utrecht, hierna te noemen Perspekt., vertegenwoordigd door de heer drs. L. van Nistelrooij, voorzitter Perspekt.
3. Stichting Cliënt & Kwaliteit te Utrecht, hierna te noemen Cliënt & Kwaliteit, vertegenwoordigd door de heer J. Verbree, voorzitter Cliënt & Kwaliteit.
4. Stichting Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), gevestigd te Utrecht, hierna te noemen LOC, vertegenwoordigd door de heer J. Verbree, voorzitter LOC.

Pre-ambule

Het toenemende belang van de kwaliteit voor verzekeren in zorginstellingen vraagt om een actieve en transparante aanpak. Alle hierboven genoemde partijen hebben hierin een eigen verantwoordelijkheid, maar maken gebruik van elkaars expertise om te komen tot een inhoudelijke kwaliteitstoetsing van zorginstellingen (verpleeghuizen en verzorgingshuizen) in het werkgebied van Achmea Zorg.

Eén van de manieren om de kwaliteit van zorg te monitoren is door middel van de uitvoering van een kwaliteitstoets, waarbij de kwaliteitszorg en de doelmatigheid van de bedrijfsvoering enerzijds en het kwaliteitsoordeel van cliënten anderzijds aan elkaar gerelateerd worden.

Achmea Zorg wil, mede op grond van de kwaliteitstoetsing, in 2005 resultaatgerichte afspraken over aspecten van kwaliteit van zorg met zorgaanbieders maken en legt dit vast in de overeenkomsten met zorgaanbieders. Het gaat er daarbij niet alleen om de toetsingsresultaten te vertalen naar concrete consequenties voor het inkoopbeleid, zoals incentives bij positieve uitkomsten. Het streven is er tevens op gericht kwaliteitsverbeteringen tot stand te brengen die aansluiten bij de items die niet positief beoordeeld zijn en bij de vraag die cliënten hebben. Waar nodig zal aan cliëntenraden daarbij extra ondersteuning geboden worden.

Met het oog op het ontwikkelen van een dergelijke kwaliteitstoets en het tot stand brengen van een proces van verbetering en vraagsturing in het verlengde daarvan, is Achmea Zorg samenwerking aangegaan met de Stichting Perspekt, Stichting Cliënt & Kwaliteit en de Stichting Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC). De afspraken tussen partijen zijn vastgelegd in dit convenant.

Overwegingen:

- Dat Achmea Zorg vanuit het perspectief van klanten en organisatieperspectief meer inzicht wil krijgen in de prestaties van de zorgaanbieders. Dat Achmea Zorg er naar streeft om haar verzekerden een kwaliteitsgarantie te kunnen bieden;
- Dat Achmea Zorg over de te leveren zorg met zorginstellingen resultaatgerichte afspraken wil maken; Partijen eensstemmig zijn m.b.t. het uitgangspunt dat de kwaliteit van zorg transparanter moet worden, zodat klanten zelf beter kunnen kiezen en waar mogelijk zelf mede de inhoud van het aanbod kunnen bepalen;
- Dat de Stichting Landelijk Organisatie Cliëntenraden (LOC) kennis heeft van relevante kwaliteitsaspecten vanuit het gezichtspunt van zorggebruikers;
- Dat de Stichting Perspekt binnen de care sector V & V kwaliteitstoetsen uitvoert op het gebied van kwaliteitszorg en de doelmatigheid van de bedrijfsvoering.
- Dat Stichting Cliënt & Kwaliteit onderzoek uitvoert naar de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief (het cliëntenoordeel) in de V&V sector
- Partijen van mening zijn dat met de ingezette samenwerking mogelijk de basis gelegd wordt voor een carebrede (inclusief thuiszorg, gehandicaptenzorg en mogelijk een deel geestelijke gezondheidszorg) kwaliteitstoetsing ten behoeve van de inkoop van zorg voor de verzekerden in de werkgebieden van Achmea Zorg.

Komen overeen:

- Achmea Zorg in samenwerking met Stichting Perspekt, Stichting Cliënt & Kwaliteit en het LOC een gezamenlijke set van toetsbare kwaliteitsindicatoren opstelt en vaststelt, welke gebaseerd is op de separate sets kwaliteitsindicatoren van Stichting Perspekt enerzijds, en die van Stichting Cliënt & Kwaliteit en het LOC anderzijds;
- Cliënt & Kwaliteit en LOC voor Achmea Zorg in het verlengde van die set kwaliteitsindicatoren informatie uit de kwaliteitstoetsing van Stichting Cliënt & Kwaliteit over die betreffende kwaliteitsindicatoren beschikbaar stellen;

- Toetsing van de kwaliteitsindicatoren zal in 2005 worden uitgevoerd door de Stichting Perspekt en Stichting Cliënt & Kwaliteit binnen een gezamenlijk overeengekomen wegingskader;
- De gezamenlijke uitkomst van beide toetsingen kan leiden tot het 'bronzen keurmerk' van Achmea Zorg;
- Uitkomsten van toetsing wordt door Achmea Zorg gebruikt bij de inkoop van zorg voor 2006, voorzover de afgesproken overeenkomsten met de instellingen dit toelaten.
- De informatie uit de kwaliteitstoetsing is het eigendom van de instellingsdirectie (onderzoek Perspekt), c.q. instellingsdirectie en cliëntenraad (onderzoek Cliënt & Kwaliteit) en wordt beschikbaar gesteld aan het betreffende zorgkantoor. Tevens worden de gegevens beschikbaar gesteld aan Achmea Zorg en aan externe partijen (VWS, IGZ en ZN);
- In overleg met betrokken partijen zal nader worden bepaald welke gegevens beschikbaar zullen worden gesteld als keuzondersteunende informatie en in welke vorm die informatie wordt aangeboden. De achterliggende onderzoeksdata blijven eigendom van respectievelijk Perspekt en Stichting Cliënt & Kwaliteit
- Publiciteit rond de kwaliteitstoetsing care wordt afgestemd met betrokken partijen;
- De activiteiten van Achmea Zorg rond de kwaliteitstoetsing care zullen nader worden vastgelegd in een projectplan.

Begeleidingscommissie

Er wordt een begeleidingscommissie ingericht, bestaande uit vertegenwoordigers van de partijen. De begeleidingscommissie volgt de uitvoering van het nog op te stellen projectplan en adviseert Achmea Zorg hieromtrent. De eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het projectplan ligt bij Achmea Zorg.

Duur en einde van convenant

- Het convenant treedt in werking op 1 juli 2004 en heeft de duur van anderhalf jaar en eindigt derhalve op 31 december 2005.
- Tussentijdse beëindiging van dit convenant door een partij is mogelijk indien de rechtspersoon van een der partijen opgeheven wordt, omgezet wordt in een andere rechtspersoon of de rechtspersoon overgenomen wordt door een andere

rechtspersoon met uitzondering van fusies tussen ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars binnen de Achmea groep.

- Tussentijdse beëindiging van dit convenant is voorts mogelijk op grond van bijzondere omstandigheden. Als bijzondere omstandigheden merken partijen in ieder geval aan een ingrijpende wijziging van de (wettelijke) aanspraken van verzekerde op onderhavige zorg.

Ondertekening, 1 juli 2004

Namens Perspekt

.....

L. van Nistelrooij
voorzitter

Namens Cliënt & Kwaliteit en LOC

.....

J. Verbree
voorzitter

Namens Achmea Zorgverzekeringen N.V

.....

G. van Montfort
Directeur Achmea Zorg

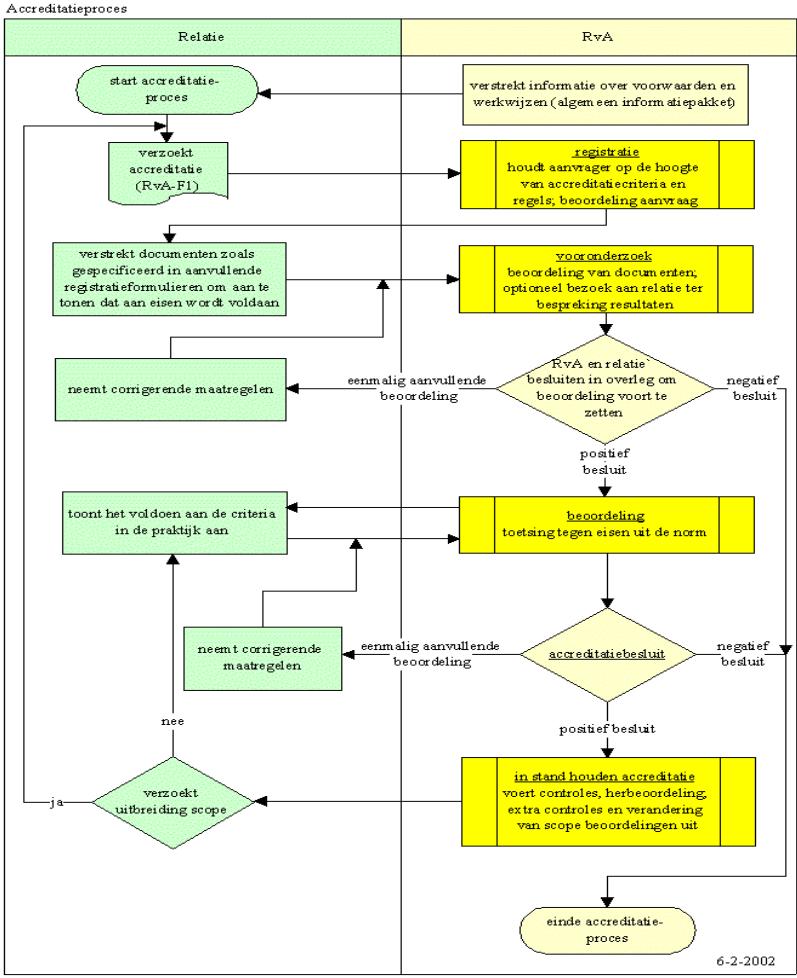
Bijlage 7 Accreditering: de Raad voor Accreditatie (www.rva.nl)

De Raad voor Accreditatie houdt ten behoeve van de overheid, bedrijfsleven en consumentenorganisaties toezicht op instellingen in de publieke en private sector die de kwaliteit beoordelen van producten, werkprocessen en meetinstrumentaria.

Op verzoek kan de RvA een dergelijke instelling (bijvoorbeeld certificerende instelling of laboratorium) op grond van vastgelegde criteria doorlichten en bij gebleken competentie een accreditatie verlenen. Een overzicht van de verleende accreditaties wordt bijgehouden en gepubliceerd op de site van de Raad voor Accreditatie.

Bij certificatie van een organisatie wordt een verklaring afgegeven dat het managementsysteem aan de gestelde eisen voldoet. Bij accreditatie van een organisatie wordt niet alleen gekeken of het managementsystemen aan de eisen voldoet, maar wordt ook de competentie van de organisatie en naar personeel beoordeeld, en wordt de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de organisatie beoordeeld.

Bijlage 8 Accrediteringsproces van Raad voor Accreditatie



Bijlage 9 Organisatiestructuur business unit

Een organisatiestructuur is opgebouwd uit drie substructuren:

- een functiestructuur
- een personele structuur
- een organieke structuur

Een functiestructuur (of het functiegebouw) beschrijft alle voorkomende functies binnen de organisatie. De personele structuur beschrijft de personele bezetting op de organisatie eenheden. De organieke structuur ten slotte, beschrijft de vorm van organisatie eenheden binnen een organisatie. Deze structuur kennen we als het 'organisatieschema' met daarin weergegeven de divisies, sectoren, afdelingen, teams enz.

Functiestructuur

De functies zijn veelal onderdeel van een formeel bekrachtigd functiegebouw en hebben een arbeidsrechtelijke status. Functies zijn de basis van aanname, arbeidsvoorwaarden en ontslag.

De personele structuur

De personele structuur gaat in de eerste plaats over de verdeling van functieaantallen en functieniveaus over afdelingen.

Organieke structuur

Aan de basis van elke organieke structuur ligt de indeling naar organisatiefuncties. Voor een normaal productiebedrijf zijn dat inkoop, productie, en aangevuld met ondersteunende functies personeel, financiën, ICT en Facility. Bij groei van de organisatie

zien we een splitsing in gelijksoortige eenheden vanwege de span-of-control van de leidinggevende.

Daarnaast zijn er drie andere mogelijke indelingscriteria:

- indeling naar geografische regio
- marktindeling
- productindeling

Business unit organisatie

Indien we niet de functiestructuur indeling als uitgangspunt nemen, ontstaat een divisieorganisatie. Onder de directie (raad van bestuur) en de staf vindt een indeling naar geografische, product of marktdivisies plaats.

Wanneer we deze indeling wat algemener maken ontstaat een business unit organisatie. De divisies zijn in feite zelfstandige bedrijven met een eigen staf. Op concern niveau bevindt zich een directie (raad van bestuur) en een concernstaf met een beperkt aantal centrale taken als strategische planning & control, treasury en corporate image.

Bron: www.the-art.nl/0211_structuur

Colofon

opdrachtgever	Fonds PGO
financier	Fonds PGO
auteur	Dr. R.A.L. Rijkschroeff
met medewerking van	Drs. A.T.M. Weijers en drs. C.A.M. Petit
eindredactie	I. Linse
omslag	Korteweg Communicatie, Eindhoven
basisontwerp binnenwerk	Gerda Mulder BNO, Oosterbeek
opmaak	J. de Klein
uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht telefoon 030-2300799 telefax 030-2300683 e-mail secr@verwey-jonker.nl

De publicatie

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website: <http://www.verwey-jonker.nl>.

Behalve via deze site kunt u producten bestellen door te mailen naar verwey-jonker@adrepak.nl of faxen naar 070-359 07 01, onder vermelding van de titel van de publicatie, uw naam, factuuradres en afleveradres.

ISBN 90-5830-1826

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2005

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned.