

Samenwerkingsafspraken Kwaliteitsinformatie Zichtbare Zorg Ziekenhuizen



Consumentenbond	(Consumenten)
Inspectie voor de Gezondheidszorg	(Overheid)
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie	(Patiënten/Consumenten)
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra	(Universitair Medische Centra)
NVZ vereniging van Ziekenhuizen	(Algemene Ziekenhuizen)
Orde van Medisch Specialisten	(Medisch specialisten)
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	(Verpleegkundigen)
Zorgverzekeraars Nederland	(Verzekeraars)

Hierna te noemen: partijen,

Overwegende dat:

- partijen vanuit een gezamenlijk gevoel van maatschappelijke verantwoordelijkheid eendrachtig samen willen werken om te komen tot een systeem voor de ontwikkeling, implementatie, borging en publieke beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie, dat de kwaliteit van de zorg zoals geleverd in de Nederlandse ziekenhuizen weergeeft;
- beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie patiënten en andere zorginkopers de mogelijkheid biedt om zich te oriënteren op het aandoenings specifieke aanbod van verschillende aanbieders en mede op basis daarvan keuzes te maken c.q. contracten te sluiten en zo hun verantwoordelijkheid binnen de gezondheidszorg waar te kunnen maken;
- publiekelijk beschikbaar stellen van informatie een prikkel biedt voor kwaliteitsverbetering als goed presterende zorgverleners voordeel hebben van deze publieke beschikbaarheid;
- alleen als alle partijen vanuit hun eigen expertise deelnemen aan dit gezamenlijke proces, men in staat is te komen tot kwaliteitsinformatie en tot een set van prestatie-indicatoren die de kwaliteit van het grootste deel van de geleverde zorg weergeeft;
- partijen daarnaast streven naar beperking van de informatievraag aan ziekenhuizen tot wat is vastgelegd in het convenant Maatschappelijke Verantwoording en in deze samenwerkingsafspraken;
- het zorgverzekeringsstelsel voorziet in onderhandelingen tussen aanbieders en verzekeraars op lokaal niveau, in dit lokale overleg blijft het mogelijk om tot aanvullende afspraken te komen.

In aanmerking nemende dat:

- de kerntaak van ziekenhuizen is, medisch-specialistische zorg te leveren op een kwalitatief goede en doelmatige wijze en alle door zorgprofessionals geleverde zorg in de zorginstelling betreft;
- patiënten/consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland;
- in verband met de gewijzigde rollen en verantwoordelijkheden in het nieuwe stelsel consumenten en verzekeraars behoefte hebben aan informatie;
- uit het ZonMW- programma ‘Vraagsturing’ gebleken is, welke informatie nodig is voor een goede werking van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel (zie bijlage 1: de informatiebehoefte en de beschikbaarheid van deze informatie);
- de inspectie, vanuit haar wettelijke taak om toe te zien op de kwaliteit van de zorg, niet beïnvloed kan worden door de gestelde samenwerkingsafspraken;
- de wettelijk verplichte *verantwoordingsinformatiestroom* tussen aanbieders en VWS opgenomen is in het jaardocument (bron: Staatscourant; 16 oktober 2006, nr. 201/ pagina 27);
- er een onafhankelijke organisatie voor het meten van patiëntenervaringen wordt opgericht.

komen overeen:

Art. 1. Begripsbepalingen, definities

- Informatiesysteem: Een geheel van functies om informatie publiek beschikbaar te krijgen.
- Indicator: Een meetbaar aspect van geleverde zorg waarvan op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond of door middel van consensus tussen experts aannemelijk is gemaakt, dat het een aanwijzing geeft over de kwaliteit van de zorg (Campbell 2002) Er wordt onderscheid gemaakt tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.
- Kwaliteit: verantwoorde zorg als bedoeld in artikel 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Aandoening: Deze definitie wordt nog nader uitgewerkt en vastgesteld door de stuurgroep Ziekenhuistransparantie.
- Aandoeningsspecifieke feitelijke informatie: Informatie over de organisatie van de zorg met betrekking tot een specifieke aandoening die voor de zorggebruiker belangrijk is bij de keuze van een zorginstelling (etalage⁺-informatie).
- Aandoeningsspecifieke zorginhoudelijke kwaliteitsinformatie: Informatie over de veiligheid, effectiviteit en doelmatigheid van de geleverde zorg met betrekking tot een specifieke aandoening, vanuit medisch- inhoudelijk oogpunt, die gemeten wordt met zorginhoudelijke prestatie-indicatoren.
- Beleefde kwaliteitsinformatie: Informatie over de door patiënten ervaren kwaliteit van de geleverde zorg en een indruk van het relatieve belang dat de patiënt aan deze kwaliteitsaspecten hecht.

Art. 2. Doel van de afspraken

- a Deze samenwerkingsafspraken hebben tot doel informatie beschikbaar te krijgen, die nodig is voor gereguleerde marktwerking, zoals beoogd met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet (Zvw) en de wet marktordening gezondheidszorg (WVG), voor zover deze informatie nog niet is opgenomen in het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

- b Deze samenwerkingsafspraken gaan over dat deel van de informatie, waarvan het nodig is dat deze structureel en gestandaardiseerd wordt aangeleverd. Op deze wijze wordt, gelet het adaptatievermogen van de sector, optimaal invulling gegeven aan het transparant maken van de markt, zoals is opgenomen bij de informatieverplichtingen voor zorgaanbieders in de WMG.
- c Partijen realiseren gezamenlijk de beschikbaarheid van informatie over ziekenhuizen, die vergelijkingen tussen de prestaties van ziekenhuizen mogelijk maakt. In bijlage 1 is opgenomen welke informatie hiervoor nodig is, welke informatie reeds beschikbaar is en voor welke informatie een nieuw systeem wordt opgezet.

Art. 3. Uitvoering van de afspraken

- a De partijen stellen een stuurgroep in waar zij allen gelijkelijk in vertegenwoordigd zijn, en die wordt voorgezeten door een door de stuurgroep gekozen voorzitter. Deze stuurgroep besluit over de ontwikkeling van een informatiesysteem zoals benoemd in artikel 1. Zij stelt de doelstellingen vast, geeft de opdracht voor de uitvoering van het systeem en monitort het behalen van de doelstelling. Zie bijlage 3 'organisatie en proces'.
- b Besluitvorming in de stuurgroep vindt plaats op basis van consensus. Indien partijen er gezamenlijk niet uitkomen heeft de voorzitter een doorslaggevende stem op voorwaarde dat voldaan is aan hetgeen gesteld in artikel 7 van deze samenwerkingsovereenkomst.
- c De stuurgroep stelt expertgroepen in en draagt hiervoor deelnemers voor. De expertgroepen bestaan uit specialisten, verpleegkundigen, verzekeraars, patiënten en ziekenhuismedewerkers. In voorkomende gevallen worden de expertgroepen uitgebreid met expert(s) met andere vereiste deskundigheden. De deelnemers worden geselecteerd op basis van de expertise die nodig is met betrekking tot de betreffende aandoening. In deze expertgroepen is de expertise samengevoegd om te bepalen wat de informatiebehoefte en relevante kwaliteitsindicatoren zijn voor één- of een groep van aandoeningen.
- d De expertgroepen benoemen in gezamenlijkheid de wijze waarop kwalitatief goede zorg voor de betreffende aandoening dient te worden gemeten. Indien beschikbaar wordt de multidisciplinaire behandelrichtlijn als basis genomen. Bij de prioriteitstelling van de aandoeningen krijgen de aandoeningen waarvoor richtlijnen bestaan, de voorkeur. De samenstelling van de groep kan in de loop van de tijd variëren, afhankelijk van het soort informatie dat op dat moment aan de orde is. Deze expertgroepen worden ook gebruikt als klankbord als er voor bedoelde aandoeningen vragenlijsten ontwikkeld worden om de door patiënten beleefde kwaliteit te meten (CQ- index).
- e De stuurgroep bepaalt voor welke aandoeningen vragen en indicatoren ontwikkeld worden door de expertgroepen.
- f De expertgroep doet een voorstel voor een beperkte set etalage⁺ informatie en zorginhoudelijke indicatoren, die voldoet aan de randvoorwaarden zoals gesteld in artikel 4.
- g De stuurgroep stelt de indicatorensets vast.

Art. 4. Eisen te stellen aan het te ontwikkelen informatiesysteem

- 1 Partijen geven de stuurgroep de opdracht om de volgende eisen te stellen aan het informatiesysteem met betrekking tot de openbaar te maken informatie:

- a De informatie geeft de kiezende zorggebruiker (eventueel na bewerking) begrijpelijke, heldere informatie die vergelijking van zorginstellingen mogelijk maakt (*keuze-informatie*).
 - b De informatie maakt het de zorgverzekeraar mogelijk kwaliteit in het inkoopproces een belangrijke rol te geven (*inkoopinformatie*).
 - c De informatie maakt het de professionals mogelijk op grond van kwaliteit een patiënt naar een bepaalde zorgaanbieder te verwijzen (*verwijsinformatie*).
 - d De informatie maakt het de zorgaanbieders mogelijk verantwoording af te leggen over de kwaliteit van de geleverde zorg (*verantwoordingsinformatie*) en kwaliteitsverbetering te sturen (*sturingsinformatie*).
- 2 Partijen geven de stuurgroep de opdracht om de volgende eisen te stellen aan het informatiesysteem met betrekking tot de te verzamelen gegevens:
- a De verzamelde gegevens geven informatie over veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en toegankelijkheid en het aanbod van het ziekenhuis.
 - b Door maximaal gebruik te maken van informatie die toch al voor de sturing van processen nodig is, wordt getracht de administratieve lasten te beperken. *Publiek beschikbare* informatie die uit andere bronnen betrokken kan worden zal niet apart worden opgevraagd.
 - c De te publiceren indicatoren en feitelijke gegevens voldoen aan de in bijlage 2 genoemde criteria.
- 3 Partijen geven de stuurgroep de opdracht om de volgende eisen te stellen aan het informatiesysteem met betrekking tot de openbaarheid en beschikbaarheid:
- a Alle voor het keuzeprocess van de patiënt/consument in dit kader ontwikkelde informatie komt publiekelijk beschikbaar, zonder enige exclusiviteit voor welke belanghebbende dan ook.
 - b Voordat data voor derden ontsloten worden, laat de stuurgroep de data binnen 2 maanden toetsen op de kwaliteitscriteria als bedoeld in bijlage 2.
 - c De organisatie van de kwaliteitsinformatie moet zo zijn dat:
 - ii data beschikbaar is op elk reëel wenselijk moment, bij voorkeur zonder tussenkomst van een beheersorganisatie;
 - iii de kosten van het stellen van een standaardvraag geen drempel mag opwerpen;
 - iv de kosten van het stellen van complexere vraag in overeenstemming is met de inspanning die voor het bewerken van de data verricht moet worden;
 - v het streven is de organisatie van uitleveringsvorm zo te kiezen dat zo weinig mogelijk bewerkingen verricht moeten worden na kwaliteitscontrole.

Art. 5. Communicatie

Partijen dragen uit dat:

- a ziekenhuizen die voldoen aan de informatievereisten Maatschappelijke Verantwoording en aan de informatievereisten die voortvloeien uit deze samenwerkingsafspraken, hun verantwoordelijkheid invullen ten aanzien van het publiekelijk beschikbaar maken van informatie.
- b zorginstellingen die de gevraagde gegevens voor de voor hen van toepassing zijnde zorgprocessen niet aanleveren, niet tegemoet komen aan de breed gedragen maatschappelijke wens om transparant te zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Art. 6. Omvang van de set

Partijen stellen de volgende eisen aan de omvang van de informatieset:

- a Er wordt een set vergelijkbare informatie opgesteld over de prestaties van ziekenhuizen met betrekking tot 80 aandoeningen.
- b In 5 jaar tijd zal voor deze aandoeningen een beperkte set kwaliteitsindicatoren ontwikkeld worden (ongeveer 5 per aandoening). De informatie geeft per aandoening inzicht in de *zorginhoudelijke* prestaties van ziekenhuizen. Er wordt gestreefd naar 50-60% uitkomstindicatoren.
- c In 5 jaar tijd zal voor deze aandoeningen een beperkte set etalage + informatie worden vastgesteld. 'Beperkt' wil zeggen: niet overlappend met de aangeboden zorginhoudelijke informatie en CQ- informatie.
- d Deze aandoeningen bestrijken gezamenlijk een groot deel van de ziekenhuiszorg en zullen door de stuurgroep geselecteerd worden op basis van de criteria: omvangvolume, kosten en ziektelast.

Art. 7. Financiering en bekostiging

- 1 De stuurgroep werkt een financiering- en bekostigingsplan uit. Dit plan wordt in de stuurgroep vastgesteld.
- 2 Voorafgaand aan de start van ieder jaar wordt vastgesteld op welke wijze de financiering respectievelijk bekostiging plaatsvindt, rekening houdend met de voortzetting van de activiteiten in volgende jaren. Door de stuurgroep worden nadere afspraken gemaakt over de kostenverdeling.

Art. 8. Duur van de overeenkomst en evaluatie

- a De overeenkomst geldt in beginsel voor onbepaalde tijd.
- b Partijen zullen de uitvoering en werking van deze samenwerkingsafspraken tweejaarlijks (voor het eerst vóór 1 juli 2008) evalueren.

Consumentenbond,
Drs. S.F.M. Cohen

Orde van Medisch Specialisten,
Prof. dr. P.A.M. Vierhout

Inspectie voor de Gezondheidszorg,
Prof. dr. G. van der Wal

Verpleegkundigen en Verzorgenden
Nederland,
Mw. dr. M.J. Kaljouw

Nederlandse Patiënten
Consumenten Federatie,
Mw. drs. I. van Bennekom-Stompedissel, MHA

Nederlandse Federatie van Universitair
Medische Centra,
Prof. dr. G.H. Blijham

NVZ vereniging van Ziekenhuizen,
Mw. ir. J.M. Leemhuis-Stout

Zorgverzekeraars Nederland,
Drs. M.A.J.M. Bos

Bijlagen

Bijlage 1: De informatiebehoefte	pagina 7
Bijlage 2: Kwaliteitscriteria voor het informatiesysteem	pagina 8
Bijlage 3: Organisatiemodel	pagina 9
Bijlage 4: Mandaterings- en autorisatiereglement	pagina 10

Bijlage 1: De informatiebehoefte

Ten behoeve van een goede werking van het nieuwe stelsel moeten de belangrijkste actoren in de ziekenhuiszorg de beschikking hebben over kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen en andere instellingen die ziekenhuiszorg aanbieden. Partijen hebben betrouwbare en vergelijkbare (kwaliteit)informatie over ziekenhuizen nodig zodat:

- kwaliteit een rol kan spelen bij zorginkoop, en zorgverzekeraars zich op dit punt van elkaar kunnen onderscheiden;
- zorggebruikers kunnen kiezen tussen ziekenhuizen, en kwaliteit een rol kan spelen bij die keuze (en dat kwaliteit van ingekochte zorg ook een rol kan spelen bij de keuze tussen verzekeraars);
- deze kwaliteitsinformatie een rol kan spelen als verwijzende zorgverleners (zoals de huisarts) een patiënt verwijzen naar een ziekenhuis;
- verschillen in kwaliteit zichtbaar worden gemaakt, wat aanbieders prikkelt om goede kwaliteit te leveren;
- de inspectie deze informatie als aanvullende informatie kan gebruiken voor toezicht.

De realisatie van deze informatie gaat gepaard met zo min mogelijk administratieve lasten.

Zoals gebleken uit het ZonMW-programma vraagsturing betreft het drie verschillende soorten informatie, die zowel op locatieniveau als op aandoeningspecifiek niveau nodig zijn:

- 1 Feitelijke/product informatie (voorbeeld: is er een borstkankerpoli aanwezig, is de diabetesverpleegkundige 24-uur per dag bereikbaar);
- 2 Zorginhoudelijke kwaliteit. Dit wordt zichtbaar gemaakt met prestatie-indicatoren (voorbeeld: percentage postoperatieve wondinfecties bij een bepaalde ingreep);
- 3 Kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door andere gebruikers. Dit wordt gemeten met de landelijke meetstandaard: de CQ- index.^[1]

Figuur 1: overzicht beschikbaarheid informatie

	<i>Etalage-informatie</i>	<i>Zorginhoudelijke kwaliteit</i> ^[2]	<i>Klantenervaringen</i>
Locatieniveau	Reeds beschikbaar via KiesBeter	Reeds beschikbaar via het Jaardocument MV (IGZ- indicatoren)	Meting met CQ-index
Aandoeningspecifiek	Onderdeel afspraken Ziekenhuis-transparantie	Onderdeel afspraken Ziekenhuis-transparantie	Meting met CQ-index.

[1] Zorgbreed wordt hier een onafhankelijke organisatie voor opgericht die vragenlijsten ontwikkelt en toepassing van de methodiek bewaakt.

[2] Dit betreft informatie over kwaliteit, erkend en herkend door zorggebruiker, zorgaanbieder, en verzekeraar.

Bijlage 2: Kwaliteitscriteria voor het informatiesysteem

Criteria voor de samenstelling van de expertgroep

- De leden van de expertgroep die de indicator ontwikkelen, zijn afkomstig uit relevante (beroeps)groepen, en zijn geselecteerd op grond van hun expertise op het gebied van de betreffende aandoening.
- Gezien het doel van de indicator zijn alle relevante partijen betrokken bij de ontwikkeling. Dit zijn in ieder geval medisch specialisten, patiënten, verzekeraars en verpleegkundigen en ziekenhuizen.

Kwaliteitscriteria voor de indicatoren

- De indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit).
- De indicator is precies en consistent (betrouwbaar).
- De indicator laat in voldoende mate verschillen zien (discriminerend vermogen).
- De doelgroep waarop de indicator betrekking heeft, is specifiek afgebakend.
- De indicator is specifiek beschreven (teller, noemer).
- Een strategie voor risicocorrectie/casemix- correctie is overwogen en beschreven (risk-adjustment).
- De indicator is getest in de praktijk en deze test heeft geleid tot positieve resultaten.
- Er is rekening gehouden met de inspanningsvereisten voor het verzamelen van data.
- De indicator wordt ondersteund met een specifieke instructie voor de weergave en interpretatie van de resultaten.
- De aandoeningsspecifieke, feitelijke indicatoren dienen aan te sluiten op de reële informatiebehoefte van de patiënt: de patiënt heeft de expertise om te bepalen wat relevante keuze-informatie is voor patiënten.
- De zorginhoudelijke indicatoren dienen evidence-based te zijn: de medisch specialist heeft de expertise om vast te stellen of een indicator evidence-based bijdraagt aan kwaliteit.
- De totale set moet, voor zover als mogelijk, zorgen voor een afgerond geheel aan de aan de zorgaanbieder te vragen informatie.

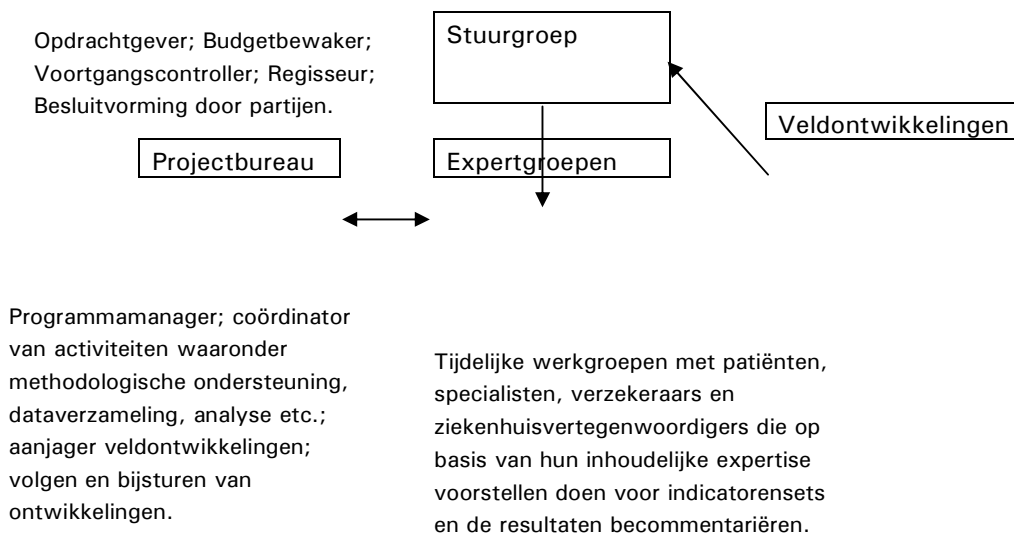
Kwaliteitscriteria voor de uit te leveren data

- De data moeten omgeven zijn met waarborgen dat zij afkomstig zijn uit een herkende bron.
- De data worden voor vrijgave ter controle voorgelegd aan de instelling waar de data betrekking op heeft.
- Bij vrijgave worden de data voorzien van meta-informatie beoordeling van de kwaliteit van de data mogelijk maken. Dit omvat onder meer: de betrouwbaarheidsinterval (teller en noemer bij numerieke data), datum, tijd acceptatie, bron.
- De intervallen waarin nieuwe data beschikbaar gemaakt moeten worden bepaald door de aard van de data, de behoefte aan de data en betrouwbaarheidsoverwegingen.
- Kwantitatieve data worden gepubliceerd met intervallen die een vastgesteld betrouwbaarheidsinterval garanderen, dan wel voldoende periode bestrijken om beoordeling mogelijk te maken.

Bijlage 3: Organisatiemodel

Het globale model voor een kwaliteitsinformatie- en meetsysteem:

Op basis van de businesscase zal er een definitief model voor het kwaliteitsinformatie- en meetsysteem worden gekozen.



Belangrijke uitgangspunten voor het systeem:

- snel in te voeren systeem
- scheiding besluitvorming en uitvoering
- minimale toename van administratieve lasten
- gelijkwaardige inbreng van consument, aanbieder en verzekeraar
- continuïteit
- lerend vermogen

Ambities

- Medio 2007 komt er voor zes aandoeningen feitelijke informatie op kiesBeter.nl.
- Zorginstellingen die medisch-specialistische zorg bieden krijgen het verzoek de prestaties voor deze zes aandoeningen over 2007 te registreren.
- In 2008 worden deze prestaties zoveel als mogelijk publiek toegankelijk gemaakt en is de onderliggende data beschikbaar voor de veldpartijen ten behoeve van inkoop, interpretatie door patiënten- en consumentenorganisaties, verwijzing en toezicht^[3].
- Eind 2007 heeft de stuurgroep voor 30 aandoeningen de sets van prestatie-indicatoren laten ontwikkelen (inclusief de 10 sets die in 2006 zijn ontwikkeld) die in 2008 worden uitgevraagd.
- In 2010 is er aandoenings specifieke informatie beschikbaar over een groot deel van het volume van medisch-specialistische zorg (streefaantal nu is 80 aandoeningen).

[3] Deze informatie is aanvullend op de informatie uit de prestatie-indicatoren van de IGZ.

Bijlage 4: Mandaterings- en autorisatiereglement

Mandaterings- en autorisatiereglement voor multidisciplinair te ontwikkelen indicatoren binnen Zichtbare Zorg

Doel:

Het vaststellen van een uniforme procedure voor wetenschappelijke verenigingen met betrekking tot ontwikkeling van indicatoren in multidisciplinaire werkgroepen in het kader van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. De werkgroepen bestaan naast afgevaardigden namens wetenschappelijke verenigingen, uit afgevaardigden namens zorgverzekeraars, verpleegkundigen, ziekenhuisorganisaties en patiënten en consumenten organisaties.

Begrippen

Indicator:

Een indicator is een meetbaar element van zorgverlening dat een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit van die zorg.

Mandatering

Onder mandatering wordt verstaan de afvaardiging door een wetenschappelijke vereniging van een persoon ten behoeve van uitoefening van omschreven taken en bevoegdheden. De uitoefening gebeurt namens en onder verantwoording van het bestuur van de wetenschappelijke vereniging.

Autorisatie

Onder autorisatie van indicatoren door een wetenschappelijke vereniging wordt verstaan het verlenen van formele goedkeuring aan ontwikkelde indicatoren ten behoeve van gebruik in de praktijk. Hiermee worden indicatoren geldig verklaard voor uitvraag onder de betreffende beroepsgroep.

Procedurevoorstel

Taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden van Orde en wetenschappelijke verenigingen m.b.t. samenstelling werkgroep

- De Orde benadert -op verzoek van Zichtbare Zorg- alle wetenschappelijke verenigingen met verzoek om deel te nemen aan werkgroepen ten behoeve van de ontwikkeling van indicatoren voor -door de stuurgroep- vastgestelde onderwerpen. Concreet wordt de besturen van wetenschappelijke verenigingen gevraagd om vertegenwoordigers (evt. voorzitter) af te vaardigen voor de indicator-werkgroepen.
- Het bestuur van de wetenschappelijke vereniging besluit over deelname aan de werkgroepen. Bij positief besluit vermeldt het bestuur wie er namens de vereniging afgevaardigd worden als werkgroepleden en desgewenst als voorzitter van de werkgroep (mandateringsbesluit). De voorzitter dient niet alleen goed op de hoogte te zijn van het onderwerp, maar ook als onafhankelijk voorzitter te kunnen functioneren.
- Een positief besluit met betrekking tot deelname betekent dat een wetenschappelijke vereniging een inspanningsverplichting aangaat voor het opleveren van geautoriseerde indicatoren. Voor Tranche 3 van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen is deze oplevering gepland op uiterlijk 9 september 2010.
- Over de omvang en samenstelling van de afvaardiging wordt afgestemd tussen Orde en wetenschappelijke vereniging. Omwille van de slagvaardigheid is de omvang van de afvaardiging mede afhankelijk van het aantal betrokken wetenschappelijke verenigingen in de betreffende werkgroep. Het aantal afgevaardigden is echter niet ongelimiteerd. In geval van multidisciplinaire werkgroepen is het wenselijk dat er een gelijke verhouding tussen de wetenschappelijke verenigingen is. Wat samenstelling van de afvaardiging betreft wordt zo veel mogelijk rekening gehouden met een gelijke verdeling qua 'scholen', geografie en

academische versus niet-academische setting, om een zo breed mogelijk draagvlak te verkrijgen.

- Door een wetenschappelijke vereniging afgevaardigde werkgroepleden zijn gemandateerde vertegenwoordigers van de wetenschappelijke vereniging die hen heeft afgevaardigd. De plaatsen in de werkgroep zijn derhalve persoonsgebonden. Plaatsvervangende is alleen mogelijk na (schriftelijke) goedkeuring door de betreffende wetenschappelijke vereniging. Voor de continuïteit van het ontwikkelproces dienen de afgevaardigde werkgroepleden zelf aanwezig te zijn bij de vergaderingen van de werkgroep.
- Wetenschappelijke verenigingen informeren hun achterban over deelname van de wetenschappelijke vereniging aan de ontwikkeling van indicatoren binnen ZZZ en de hiertoe aangegane inspanningsverplichting.

Taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden van Orde en wetenschappelijke verenigingen m.b.t. mandateringsproces.

- De wetenschappelijke vereniging maakt het mandateringsbesluit bij de Orde bekend. Voor iedere afgevaardigde in de werkgroep wordt door de wetenschappelijke vereniging een zg. mandateringsformulier (zie bijlage) ingevuld.
- Na ontvangst van de mandateringsbesluiten en de ingevulde mandateringsformulieren worden deze door de Orde in cc naar het ontwikkelconsortium en het programmabureau van Zichtbare Zorg gestuurd en gearchiveerd.
- De Orde houdt bij wie namens de wetenschappelijke verenigingen zijn afgevaardigd en zal toetsen of de werkgroep 'breed' is samengesteld.
- Werkgroepleden worden geïnformeerd over de financiële vergoeding die zij ontvangen voor hun bijdrage. De uitbetaling zal plaatsvinden in twee delen: één helft bij het gereedkomen van de conceptteksten en één helft na het gereedkomen van de definitieve teksten die voor autorisatie worden aangeboden. De werkgroepleden kunnen een financiële vergoeding krijgen op basis van aanwezigheid bij vergaderingen (vacatiekosten) en reiskosten.
- Na de werkgroepbijeenkomsten wordt door de ondersteunende partij een verslag gemaakt dat in elk geval de volgende punten kent: voortgang, voorgenomen besluiten, belangrijkste discussiepunten en afspraken. Dit verslag moet binnen 1 week na de vergadering door de ondersteunende partij toegestuurd worden naar de werkgroepleden én naar de wetenschappelijke verenigingen. Werkgroepleden én wetenschappelijke verenigingen dienen hierover af te stemmen en vervolgens binnen 2 weken na ontvangst van het verslag te reageren met wijzigingen en/of aanvullingen richting werkgroep en Orde. Als binnen 2 weken na ontvangst van het verslag geen reactie is ontvangen wordt uitgegaan van akkoord. – dit akkoord (of niet) wordt vastgelegd door zowel Orde als wetenschappelijke vereniging. (Nb – dit door ZZZ te regelen met IQ en VIKC).
- Het wordt wetenschappelijke verenigingen aangeraden een klankbordgroep samen te stellen om problemen en knelpunten (met betrekking tot mogelijke indicatoren) zo vroeg mogelijk te adresseren. Dit betekent dat er meelezers benoemd worden die de collega's in de werkgroep scherp houden. Het bestuur van een wetenschappelijke vereniging is medeverantwoordelijk voor het bewaken van de voortgang.
- Als er zich onoplosbare problemen lijken voor te doen worden deze door de werkgroep of wetenschappelijke vereniging direct doch binnen 2 weken na ontvangst van het verslag besproken met de ondersteunende partij en gemeld bij de Orde. De Orde meldt deze problemen aan Zichtbare Zorg.

Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van Orde en wetenschappelijke verenigingen m.b.t. het consultatieproces.

- De conceptindicatoren worden door de ondersteunende partij, via de Orde ter consultatie aangeboden aan de betrokken wetenschappelijke verenigingen. Dit loopt parallel met de start van de haalbaarheidstest.
- Wetenschappelijke verenigingen krijgen 6 weken de tijd om hun onderbouwde commentaar terug te koppelen aan de Orde, die de verzamelde commentaren doorstuurt aan de ondersteunende partij van de betreffende werkgroep. De Orde stuurt het commentaar ook

- naar het projectbureau van Zichtbare Zorg. Indien er geen reactie binnen de vastgestelde tijd wordt ontvangen, wordt er uitgegaan van instemming en wordt het proces gecontinueerd.
- Binnengekomen commentaar wordt door de ondersteunende partij voorgelegd aan de werkgroep. Deze beslist over het al dan niet verwerken van het commentaar, rekening houdend met de commentaren van de andere verenigingen. Commentaar dat niet verwerkt wordt dient gemotiveerd te worden afgewezen.
 - De ondersteunende partij informeert de Orde over de besluiten van de werkgroep met betrekking tot het al dan niet verwerken van het ontvangen commentaar [inclusief motivatie].
 - Aan de bij de werkgroep betrokken wetenschappelijke verenigingen wordt door de Orde meegedeeld welk commentaar er is ontvangen. Ook wordt aangegeven óf en hoe de commentaren verwerkt zijn in de conceptindicatoren. Als er in deze fase al indicatie is dat dit problemen gaat geven voor de autorisatie van de indicatorenset wordt dit direct door de Orde teruggekoppeld aan Zichtbare Zorg.

Taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden van Orde en wetenschappelijke verenigingen m.b.t. het autorisatieproces

- Voor tranche 3 van Zichtbare Zorg bedraagt de autorisatieperiode voor indicatoren 6 weken. Dit betekent dat de conceptindicatoren uiterlijk 1 augustus 2010 aan de wetenschappelijke verenigingen ter goedkeuring worden voorgelegd. Dit doet de ondersteunende partij via de Orde.
- Op dit moment zijn er verschillende manieren waarop wetenschappelijke verenigingen hun autorisatieproces van (externe) indicatoren invullen, zoals:
 - Het autoriseren van conceptindicatoren door bestuur.
 - De indicatoren gericht aan een (representatief) deel van de leden of alle leden langs elektronische weg (email + website) ter autorisatie voorleggen met een termijn waarbinnen ze bezwaar kunnen maken.
 - Een landelijke bijeenkomst met een brede achterban organiseren waarin de indicatoren ter autorisatie voorliggen.
- Het bestuur van de wetenschappelijke vereniging bericht vóór 9 september 2010 aan de Orde per indicator uit de betreffende sets of zij deze indicator wel of niet autoriseert. Bij het onthouden van autorisatie wordt aangegeven wat de heikele punten zijn inclusief de 'voorwaarden' (verwerking commentaar) voor autorisatie. NB: autorisatie in de vakantieperiode is erg ongelukkig. Intentie voor de toekomst is het proces zo in te richten dat autorisatie vóór 1 juli plaatsvindt.
- De Orde geeft de reacties van de wetenschappelijke verenigingen betreffende autorisatie door aan Zichtbare Zorg en aan de ondersteunende partij. Uiteindelijk beslist de stuurgroep over vaststelling van indicatoren(sets).
- De geldigheidsduur van de autorisatie is in eerste instantie voor de periode van de 1^{ste} landelijke uitvraag (in 2011), zijnde een feitelijke veldtest.

Taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden van Orde en wetenschappelijke verenigingen m.b.t. vervolgautorisatie

- Na de 1^{ste} landelijke uitvraag in 2011 ontvangen de wetenschappelijke verenigingen, na data-analyse door Zichtbare Zorg, de resultaten van de veldtest samen met de beoordeling van de indicatoren voor wat betreft betrouwbaarheid en validiteit.
- Wetenschappelijke verenigingen worden opnieuw benaderd door de Orde met het verzoek voor afvaardiging voor bespreking van de resultaten van de veldtest en een eerste 'update' van de indicatoren. De Orde ontvangt hiertoe tijdig (nog specificeren) een verzoek van Zichtbare Zorg.
- Gemandateerde afgevaardigden namens de wetenschappelijke verenigingen herbeoordelen samen met de overige partijen uit werkgroep de indicatoren naar aanleiding van de eerste landelijke uitvraag en stellen eventueel wijzigingen in de set voor. Ook geven zij per indicator aan of openbaarmaking van de resultaten al dan niet gewenst is. De gemandateerde

afgevaardigden kunnen eerder lid geweest zijn van de werkgroep maar dit hoeft niet. De procedure t.a.v. de mandatering verloopt zoals beschreven.

- Het voorstel voor de 'update' wordt wederom ter autorisatie voorgelegd aan de wetenschappelijke verenigingen zoals hierboven beschreven bij autorisatieproces.