Maatwerk in de regio

Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023

Inkoopjaar 2021

Zorgverzekeraars Nederland

29 mei 2020

INHOUDSOPGAVE

0 Inleiding 4

1 Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen in de langdurige zorg? 5

1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg 5

1.2 Ontwikkelingen en beleid in de verpleeghuiszorg 8

1.3 Ontwikkelingen en beleid in de Gehandicaptenzorg 10

1.4 Ontwikkelingen en beleid in de GGZ 12

2 Hoe maken we afspraken met zorgaanbieders? 14

2.1 Wat zijn de uitgangspunten van de inkoopsystematiek voor 2021-2023? 14

2.2 Hoe ziet de inkoopsystematiek voor 2021-2023 eruit? 16

2.3 Hoe ziet het overgangsjaar 2021 eruit? 18

2.4 Wat verstaan we onder het kernelement passende zorg? 18

2.5 Wat verstaan we onder het kernelement innovatie? 19

2.6 Wat verstaan we onder het kernelement bedrijfsvoering? 19

2.7 Wat verstaan we onder het kernelement duurzaamheid? 20

2.8 Welke prestaties spreken we af met zorgaanbieders? 20

3 Hoe ziet het inkoopproces eruit? 22

3.1 Welk zorgkantoor contracteert welke zorg? 22

3.2 Hoe komen we tot afspraken over het volume? 23

3.3 Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieders in de Wlz? 23

3.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders? 23

3.5 Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst? 24

3.6 Hoe beoordelen wij uw inschrijving? 25

3.7 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2021? 28

3.8 Welke juridische kaders gelden voor het inkoopproces en de monitoring? 29

3.9 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving? 30

3.10 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders? 34

4 Extra middelen voor Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 36

4.1 Welke extra middelen zijn er voor de verpleeghuiszorg? 36

4.2 Hoe zit het met het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg? 37

4.3 Hoe zit het met het ontwikkelbudget vanuit de transitiemiddelen? 45

5 Wat verwachten zorgkantoren bij specifieke vormen van zorg in de Wlz? 47

5.1 Inleiding 47
5.2 Specialistische zorg 47
5.3 Toeslag (non) invasieve beademing 48
5.4 Toeslag observatie 48
5.5 Toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg 49
5.6 Zorg aan zintuiglijk beperkten 49
5.7 Overige (specialistische) ZZP's 50
5.8 Zorg voor mensen met indicatie SGLVG en LVG 1 – 5 51
5.9 Inkoopvoorwaarden LVG zorg 52
5.10 Wlz-behandeling 54
5.11 GGZ-behandeling 56
5.12 Inzet Specialist Ouderengeneeskunde in de thuissituatie (V&V) 56
5.13 Zorg en onderwijs 57
5.14 Mondzorg 59
5.15 Palliatief terminale zorg 61
5.16 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen 62
5.17 Opbaren overledenen in zorginstelling 63
6 Bijlagen bij dit inkoopkader 64

0 INLEIDING

Het huidige meerjarige inkoopkader loopt af per 2021, voor u ligt het nieuwe inkoopkader van Wlz-zorg voor de jaren 2021-2023. De langdurige zorg is een sector om trots op te zijn. De afgelopen jaren is er veel gebeurd in de langdurige zorg. Maatschappelijke ontwikkelingen als vergrijzing, krapte op de arbeidsmarkt en groeiende wachtlijsten stellen ons snel voor nieuwe uitdagingen. Met dit inkoopkader verwachten de zorgkantoren bij te dragen aan de gezamenlijke opgave de langdurige zorg toegankelijk te houden en passende zorg voor de klant te blijven organiseren. Met dit nieuwe inkoopkader pakken we samen met u de handschoen op om de (regionale) uitdagingen waar we voor staan, aan te gaan.

Overgangsjaar 2021 in het inkoopkader 2021-2023
Het coronavirus legt momenteel een enorme druk op onze gezondheidszorg en in het bijzonder op de zorg voor kwetsbare klanten. Wij vinden het belangrijk dat u zich in deze bijzondere omstandigheden maximaal kunt richten op het leveren van zorg. Een meerjarig inkoopkader biedt duidelijkheid en continuïteit voor meerdere jaren. Wij achten het in verband met corona echter niet reëel om het nieuwe inkoopkader volledig in te voeren per 2021, dit zou aandacht en tijd vragen voor het maken van maatwerkafspraken in een periode waar die ruimte er slechts beperkt is. Daarom maken we van 2021 een overgangsjaar. Dit betekent dat het inkoopkader voor het deel van de inkoopsystematiek is teruggebracht naar slechts de kern van de tariefsystematiek. Zo houden we rekening met de moeilijke omstandigheden waar veel zorgaanbieders in 2020 verkeren. In hoofdstuk 2 leest u meer hierover. Het komende jaar nemen wij de tijd voor verdere invulling van het inkoopkader richting 2022 en 2023. We nodigen zorgaanbieders, cliëntenvertegenwoordigers en brancheorganisaties uit om hierover in gesprek te gaan.

Voor wie is dit inkoopkader Wlz bedoeld?
Dit kader heeft als doel om u als zorgaanbieders binnen de Wlz duidelijkheid te geven over hoe u in aanmerking komt voor een overeenkomst voor het leveren van Wlz-zorg in 2021 (- 2023). Het kader heeft betrekking op zorg aan klanten uit de sectoren Verpleging en Verzorging, Gehandicaptenzorg en Geestelijke gezondheidszorg. Vanaf 1 januari 2021 is de Wlz opengesteld voor mensen met een psychische stoornis, als deze voldoen aan de zorginhoudelijke Wlz-criteria. De zorg voor deze mensen wordt tot 2021 veelal geleverd door zorgaanbieders die via de Wmo en soms via de Zvw gecontracteerd zijn.

Het kader is door de zorgkantoren gezamenlijk opgesteld en is in heel Nederland van toepassing voor de zorginkoop bij zorgaanbieders voor de Wet langdurige zorg (Wlz), behalve waar expliciet een uitzondering is gemaakt.

Leeswijzer

Met dit document kunt u zich voorbereiden op de zorginkoop voor de Wlz. De stappen zijn de volgende:

- Wat zien we als belangrijke ontwikkelingen in de langdurige zorg?
- Op welke uitgangspunten en inkoopsystematiek is het nieuwe kader gebaseerd? En waarin verschilt 2021 van de overige jaren? Hoe ziet die knip eruit?
- Hoe maken we (meerjarige) afspraken met zorgaanbieders en welke procedures zijn van toepassing voor het verkrijgen van een overeenkomst?
- Wat is het beleid rondom het kwaliteits- en ontwikkelbudget voor de verpleeghuiszorg?
- Wat verwachten zorgkantoren bij specifieke vormen van Wlz-zorg?
- Wat zijn de bijlagen behorend bij dit inkoopkader?

1 WAT ZIJN DE BELANGRIJKSTE ONTWIKKELINGEN IN DE LANGDURIGE ZORG?

1.1 LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN EN BELEID LANGDURIGE ZORG

Een sector om trots op te zijn!
Veel gaat goed in de langdurige zorg. We werken samen aan passende zorg voor alle doelgroepen binnen de Wlz. Steeds meer klanten in de Gehandicaptenzorg vinden een passende plek. Het programma Volwaardig Leven wordt uitgerold. Ook zien we vele positieve ontwikkelingen in de ouderenzorg. De kwaliteit van de intramurale ouderenzorg stijgt door de inzet van de kwaliteitsmiddelen en er is steeds meer aanbod voor de thuiswonende ouderen met een Wlz-indicatie.

De uitdagingen in de komende jaren zijn groot en het coronavirus heeft grote impact op de sector. Hieronder leest u de belangrijkste ontwikkelingen vanuit de zorgkantoren.

Tijdig bieden van passende zorg
Een grote uitdaging voor de komende jaren is het tijdig bieden van passende zorg. Hiermee bedoelen we het creëren van een passend aanbod bij de vraag van de klant. Dit is in hoge mate afhankelijk van de beschikbaarheid van arbeidskrachten en woonruimte.

Ouder wordende Wlz-klant
Nederland kampt de komende jaren met een sterke vergrijzing. In 2030 wonen er in Nederland ruim 2 miljoen ouderen van 75 jaar of ouder. Door de vergrijzing neemt ook de kans op multimorbiditeit toe. Tevens daalt het aantal werkenden ten opzichte van het aantal ouderen en neemt de beschikbaarheid van mantelzorgers in de komende jaren af. Ook mensen met een verstandelijk beperking worden ouder. Dit brengt uitdagingen met zich mee en vraagt om innovatieve oplossingen om ook in de toekomst de toegankelijkheid en kwaliteit voor alle klanten te borgen. Dit vraagt om creatieve oplossingen, bijvoorbeeld om klanten langer thuis te kunnen laten wonen. Hiervoor is samenwerking tussen alle betrokken partijen nodig.

De complexiteit van klanten binnen de Wlz neemt toe
Er is binnen de Wlz steeds meer diversiteit in achtergronden en complexiteit van problematiek. Ook door toename van extramurale zorg veranderen de vraagstukken rond klanten in de Wlz. Dit vraagt om zorgorganisaties die maatwerk bieden en flexibel zijn, deskundig personeel inzetten en samenwerken met andere zorgorganisaties. Voor sommige klanten met een hoog-complexe zorgvraag is het lastig om binnen een acceptabele wachttijd een passende verblijfsplek te vinden. Deze mensen en hun netwerk zoeken, net als andere klanten, een plek waar zij zich thuis voelen en waar zij de kwalitatief goede zorg krijgen die zij zo nodig hebben. We blijven voortdurend in dialoog met zorgaanbieders en klantorganisaties over de beste antwoorden voor klanten met een hoog-complexe zorgvraag.

Krapte in het financiële kader
De kosten voor de langdurige zorg in Nederland stijgen. Het is onze gezamenlijke maatschappelijke opdracht om ervoor te zorgen dat we deze middelen zo goed mogelijk inzetten. Zodat we zoveel mogelijk Wlz-klanten passende zorg en ondersteuning kunnen bieden met dit budget.

Arbeidsmarkt
Zorgkantoren vinden het in tijden van arbeidskrapte belangrijk dat mensen kunnen blijven rekenen op goede zorg. Dit kan alleen als we de zorg op een andere manier gaan organiseren zodat de beschikbare zorgprofessionals optimaal ingezet worden. Het bieden van passende zorg en ondersteuning aan klanten vraagt vooral om voldoende deskundig en gemotiveerd personeel. Goed werkgeverschap en het aantrekken en behouden van goed personeel voor de langdurige zorg blijft een aandachtspunt. Zorgaanbieders moeten hun waardevolle zorgmedewerkers zo slim mogelijk laten werken met behulp van technische en sociale innovaties. Arbeidsbesparende innovaties in de zorg maken onderdeel uit van de oplossingen om deze krapte het hoofd te bieden. Een versnelling van de noodzakelijke vernieuwing vraagt om leiderschap met lef en goed werkgeverschap van zorgaanbieders.

Toekomstige inrichting van zorg
Gezien de bovengenoemde uitdagingen binnen de Wlz, denkt het ministerie van VWS na over de toekomstige inrichting van de zorg. De contourennota die voor deze zomer gepland staat is het resultaat van een brede verkenning naar deze toekomst, hierbij zal ook het advies van de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen betrokken worden. Het huidige inkoopkader loopt door tot in een periode met een nieuw kabinet, het valt niet uit te sluiten dat dit gepaard gaat met (politieke) keuzes die het inkoopkader 2021-2023 raken.

Beschikbaarheid van de medische functie voor Wlz-klant
De zorgkantoren vinden het belangrijk dat iedere Wlz-klant tijdig deskundige en integrale behandeling ontvangt, ongeacht uit welke wet deze zorg betaald wordt. We zien in de afgelopen jaren dat de toegankelijkheid en organiseerbaarheid van de medische generalistische zorg in sommige regio's onder druk staat. Wij willen zorgaanbieders stimuleren om bij te dragen aan de beschikbaarheid en optimale inzetbaarheid van de medisch generalistische zorg in de regio. Zie paragraaf 5.10 voor de aandachtpunten hierbij.

VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd onderzoek te doen naar de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van de medisch generalistische zorg voor klanten met een Wlz-indicatie. Zorgkantoren volgen deze ontwikkelingen en nemen de uitkomsten mee in toekomstige beleidsontwikkelingen.

Goede samenwerking tussen de verschillende domeinen
Goede samenwerking tussen de verschillende domeinen is essentieel om passende zorg en continuïteit van zorg te bieden. Klanten die een Wlz-indicatie ontvangen, zijn veelal bekend bij zorgaanbieders in het kader van de Zvw die wijkverpleging en/of eerstelijnsverblijf bieden en/of bij gemeenten in het kader van de Wmo. Zorgkantoren werken dan ook nauw samen met zowel de zorgverzekeraars als gemeenten om de overgang voor klanten en de zorg en ondersteuning goed af te stemmen, meer klanten die een Wlz-indicatie ontvangen, zijn veelal bekend bij zorgaanbieders in het kader van de Zvw die wijkverpleging en/of eerstelijnsverblijf bieden en/of bij gemeenten in het kader van de Wmo.[1] Wij vragen ook van zorgaanbieders over de domeinen heen samen te werken. We zien ook dat hier nog verbetering mogelijk is.

[1] Meer hierover leest u via www.regionalesamenwerkingzorg.nl.

Meerzorg
Zorgkantoren zien het laatste jaar een grote toename van het aantal Meerzorg-aanvragen. Een eerste analyse van de declaraties bij zorgkantoren laat een stijging van tenminste 30% zien. Waar de regeling Meerzorg bedoeld is voor een kleine groep klanten met hoog-complexe zorgvragen, vindt er een verschuiving plaats naar een veel grotere groep. We merken dat zorgaanbieders hogere bedragen aanvragen voor de zorg van individuele klanten en dat afbouw minder aan de orde is. Daarnaast wordt groeps-Meerzorg momenteel op grote schaal aangevraagd. Er is ook een mogelijkheid om preventieve Meerzorg in te zetten. Dit gaat om een snelle en flexibele inzet van expertise en/of uitbreiding van de zorg voor een periode van 3 tot 6 maanden. Dit kan langdurige inzet van Meerzorg voorkomen. Meer informatie hierover leest u in het Voorschrift Zorgtoewijzing.

Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders, de VGN, de NZa en het CCE in gesprek over deze ontwikkelingen, omdat we de regeling Meerzorg graag willen voortzetten voor de klanten die het echt nodig hebben. Samen willen we tot duurzame en betaalbare oplossingen komen voor de meest complexe zorgvragen.

Deeltijdverblijf
Met ingang van 2020 is deeltijdverblijf mogelijk gemaakt binnen de Wlz. Zorgkantoren vinden deeltijd-verblijf een mooie ontwikkeling, die past binnen het beleid om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Deeltijdverblijf verkleint de overstap van zorg thuis naar een volledige opname en kan mantelzorg ontlasten door het verruimen van mogelijkheden om te verblijven naast de zorg thuis. We vinden het belangrijk dat klanten door deze regeling ook de zorg thuis op adequate wijze kunnen invullen. Dit kan via zorg in natura middels een MPT en/of PGB. Er zijn aparte prestaties voor deeltijdverblijf. Er is geen compensatie voor eventuele leegstand. Dit vraagt creativiteit van zorgaanbieders. Leegstand kan opgelost worden door plaatsen voor deeltijd wonen te combineren met logeeropvang of door twee klanten week op week af gebruik te laten maken van dezelfde kamer. In 2020 willen we met de NZa kijken naar de effecten van deeltijd wonen in relatie tot de bekostiging. We monitoren het gebruik van deeltijd wonen om zo te komen tot mogelijk betere vormen van financiering van de zorg. Er is nog niet veel aanbod ontwikkeld voor deeltijdverblijf, terwijl dit voorziet in de zorgbehoefte van onze klanten. Wij vragen zorgaanbieders om hiervoor plaatsen te gaan ontwikkelen, zodat er voldoende aanbod in de regio ontstaat om aan de zorgvraag te voldoen.

Zorginfrastructuur
Juiste en tijdige informatie-uitwisseling met de patiënt en tussen zorgaanbieders is nodig voor goede kwaliteit van langdurige zorg. Het voorkomt daarnaast administratieve lasten. We zien dat nog veel te verbeteren valt in de elektronische gegevensuitwisseling in de langdurige zorg. Zorgkantoren investeren in zorginfrastructuur en in programma's die bijdragen aan efficiënte en veilige gegevensuitwisselingen. We vragen zorgaanbieders te investeren in de veilige en gestandaardiseerde medische en verpleegkundige overdracht en de overdracht van medicatiegegevens in de keten. De uitwisseling van data tussen Wlz-behandelaren, medisch specialisten en huisartsen(posten) draagt bij aan de veiligheid en kwaliteit van zorg, vooral tijdens acute episodes. We zien ook graag dat de komende jaren data van klanten in hun Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO) beschikbaar zijn. Om deze verbetering in de zorginfrastructuur te realiseren is het noodzakelijk dat (para)medici die in dienst zijn bij of werken voor zorgaanbieders gebruik maken van het Landelijk Schakelpunt (LSP) en gaan werken met de standaarden van MedMij. In de dialoog met zorgaanbieders volgen zorgkantoren de voortgang bij zorgaanbieders.

Terugdringen administratieve lasten
Het terugdringen van de administratieve lasten in de zorg heeft al een aantal jaar een hoge prioriteit van zowel VWS, de NZa, de VGN, ActiZ, zorgaanbieders en zorgkantoren. Dit draagt bij aan een gezonde bedrijfsvoering, leidt tot meer werkplezier en daarmee tot behoud van personeel. Zorgkantoren dragen ook een steentje bij en hebben afgelopen jaren het inkoopproces vereenvoudigd door bijvoorbeeld geen aanvullende stukken meer op te vragen als dat niet nodig is en hebben in het toewijzingsproces een aantal machtigingsprocedures laten vervallen. VWS organiseert schrapsessies om in gezamenlijkheid te beoordelen wat op administratief gebied niet meer nodig is. Wij vragen zorgaanbieders om zelf ook aan de slag te gaan om te beoordelen welke interne procedures van toegevoegde waarde zijn en welke eigenlijk niet noodzakelijk zijn. Zorgkantoren denken hier graag in mee, nodig uw zorgkantoor dus uit!

Kennisinfrastructuur
Sinds 2020 werken partijen aan het vormgeven van expertisecentra voor tien doelgroepen[2] met een laag volume en met hoog-complexe zorgvraag. Het doel is om – per doelgroep – expertise uit te breiden en te verspreiden. Daartoe worden zoals het er nu uitziet expertisecentra aangewezen, komen er regionale zorgcentra (satellieten) die zorg dragen voor de zorg aan specifieke doelgroepen (= concentratie van kennis) en worden kenniscentra aangewezen.

Wzd en Wvggz
Per 1 januari 2020 zijn de Wet zorg en dwang (Wzd) en Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) in werking getreden. Dit leidt tot een andere instroom in de Wlz-crisiszorg. Ook moeten verschillende zorgaanbieders nieuwe samenwerkingsafspraken met elkaar maken. Wanneer partijen er met elkaar niet uitkomen, zullen zorgkantoren hierin de regie nemen. Daarnaast krijgen vanaf 2021 meer mensen met langdurige psychische problemen toegang tot de Wlz. Dit leidt naar verwachting tot nieuwe praktische vragen over de continuïteit van de zorg in de hele keten; zo ook het gebruik van crisisplaatsen in de gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg. Zorgkantoren volgen de ontwikkelingen nauwgezet; bijzondere aandacht gaat uit naar de mensen die geen Wlz-indicatie hebben en op een verkeerde plek terecht dreigen te komen.

1.2 ONTWIKKELINGEN EN BELEID IN DE VERPLEEGHUISZORG

De toekomst van de ouderenzorg stelt ons voor grote uitdagingen
De toegankelijkheid van de zorg voor ouderen staat onder druk. Het terugdringen van de oplopende wachttijden voor zorg in verpleeghuizen heeft op dit moment de hoogste prioriteit van de zorgkantoren. Op basis van de demografie verdubbelt de vraag naar verpleeghuiszorg in de periode tot 2040 naar ruim 260 duizend klanten. Met het oog op de beschikbare middelen en krapte op de arbeidsmarkt, is het essentieel dat de verpleeghuiszorg zich snel gaat vernieuwen.

De verpleeghuiszorg staat echter niet op zichzelf. De benodigde capaciteit aan verpleeghuiszorg hangt sterk samen met de organisatie van zorg en ondersteuning in de eigen woonomgeving, de duurzame inzet van mantelzorgers, vroegsignalering en advanced care planning. Het is een maatschappelijk vraagstuk hoe partijen de toekomstige organisatie van ouderenzorg voor zich zien.

[2] Ziekte van Huntington, Syndroom van Korsakov, Langdurig bewustzijnsstoornis: niet-responsief waaksyndroom en laagbewuste toestand, Kinderen/jongeren met NAH, Multiple Sclerose, Gerontopsychiatrie, Dementie met zeer ernstige gedragsproblemen (D-zep), Licht verstandelijke beperking (LVB) met bijkomende problematiek (SGLVG), Matige of ernstige verstandelijke beperking (VB) met zeer ernstige gedragsproblematiek, NAH met bijkomende problematiek.

Duidelijkheid over de inrichting van ouderenzorg is van belang, houvast is nodig voor meerjarige investeringen die nu gevraagd worden.

Samen werken aan kwaliteit verpleeghuiszorg
In de sector Verpleging en Verzorging zijn het afgelopen jaar overtuigende stappen gezet om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verbeteren. Zorgaanbieders zijn volop aan de slag om de kwaliteitskaders voor de verpleeghuiszorg en extramurale Wlz-zorg te implementeren. De komende jaren werken we graag samen met zorgaanbieders om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg verder te verbeteren.

Forse groei aantal klanten in de V&V
Afgelopen tijd zijn de wachtlijsten in de ouderenzorg gegroeid. Door de vergrijzing verwachten we de komende jaren een flinke toename van het aantal klanten in de Wlz. Dit brengt uitdagingen met zich mee en vraagt om innovatieve oplossingen om ook in de toekomst de toegankelijkheid en kwaliteit voor alle burgers te borgen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het vinden en behouden van voldoende zorgpersoneel. Het vraagt om innovatieve oplossingen, bijvoorbeeld om het mogelijk te maken dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen.

Partijen zijn landelijk gezamenlijk aan de slag om actief en gericht de capaciteit te vergroten en wachtlijsten te beperken. We staan als sector voor een grote uitdaging. Dit vraagt om goede samenwerking tussen alle partijen. Zorgkantoren pakken hierin de regie op die zaken waarvoor zij aan de lat staan. Concreet betekent dit dat we in 2020 fors investeren in beter inzicht in de wachtlijsten (incl. samenwerking met de zorgaanbieders inzake plaatsing en zorgbemiddeling), beter inzicht in de capaciteit én in de ontwikkeling van regionale capaciteitsplannen. Die capaciteitsplannen zijn bedoeld om, via een periodiek proces van afstemming én samenwerking tussen partijen in de regio's, tot uitbreiding van capaciteit (in alle leveringsvormen) te komen om de toekomstige vraag van Wlz-klanten te kunnen opvangen.

Extra financiële middelen beschikbaar voor kwaliteit verpleeghuiszorg
Het ministerie van VWS heeft de afgelopen jaren extra middelen voor de verpleeghuiszorg beschikbaar gesteld. Voor de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is in totaal een bedrag oplopend tot € 2,1 miljard beschikbaar. Daarnaast is ontwikkelbudget vanuit de transitiemiddelen (€ 50 miljoen per jaar in de periode 2018-2021) beschikbaar voor regionale knelpunten bij de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (bijvoorbeeld op het gebied van innovatie, ICT of arbeidsmarkt). In hoofdstuk 4 leest u meer over de inzet van deze extra financiële middelen voor verbetering van kwaliteit verpleeghuiszorg.

De NZa doet onderzoek naar een nieuwe bekostigingssystematiek
Vanuit VWS heeft de NZa de opdracht gekregen om voor de bekostiging van verpleeghuiszorg per 2021 te starten met het opzetten van een integrale vergelijking, met als doel ervoor te zorgen dat de zorgplicht en de kwaliteit volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg tegen minimale kosten worden geborgd. De integrale vergelijking is een methode om tarieven vast te stellen op basis van een vergelijking tussen kosten van zorgaanbieders.

Op basis van de uitkomsten van de onderzoeken wordt de bekostigingssystematiek voor de verpleeghuiszorg mogelijk met ingang van 2023 gewijzigd. Zorgkantoren zien graag een variant voor zich waarbij de uitkomsten van de benchmark dit meerjarig beleidskader 2021-2023 ondersteunen.

1.3 ONTWIKKELINGEN EN BELEID IN DE GEHANDICAPTENZORG

Verheldering van vragen, wensen en behoeften van klanten en verwanten is startpunt
Persoonsgerichte zorg is een leidend uitgangspunt voor de Wlz en het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. De klant krijgt een persoonlijk arrangement dat is afgestemd op eigen behoeften. De geboden zorg is ondersteunend aan de kwaliteit van bestaan van de klant. Dit maatwerk vraagt om een flexibel woon- en zorgaanbod.

Voor het realiseren van persoonsgerichte zorg is het nodig dat zorgaanbieders de wensen en behoeften van klanten goed in kaart brengen en houden. Zorgkantoren blijven inzetten op klantondersteuning die met de vraag van klanten en hun naasten verheldert. Om vervolgens met een of meerdere woon- en zorgorganisaties een aanbod op maat voor wonen, zorg en ondersteuning te ontwikkelen.

De kwaliteitskaders zijn de basis voor de dialoog over kwaliteitsverbetering voor de klant
In 2018 is gestart met de dialoog over de kwaliteitskaders. De tweede reeks kwaliteitsrapporten hebben zorgkantoren besproken met de zorgaanbieders. De rapporten zijn een goed vertrekpunt voor de dialoog over de kwaliteit. Uit onderzoek van februari 2019 blijkt dat 65% van de zorgaanbieders positief is over de dialoog. Ook geeft 70% van de zorgaanbieders aan dat zorgkantoren voldoende tot veel inzicht hebben in de kwaliteit van zorg.[3]

Volgens onderzoek 'Spiegelbeeld kwaliteitskaders'[4] leidt het kwaliteitskader tot leren en verbeteren bij zorgaanbieders. Het kwaliteitskader geeft zorginkopers een beter beeld van de kwaliteit van zorg. Zorgkantoren kunnen volgens het onderzoek het leren door zorgaanbieders stimuleren door in de dialoog aandacht te besteden aan de vier bouwstenen van het kwaliteitskader. Omdat medewerkers van zorgkantoren meerdere zorgaanbieders bezoeken en meerdere kwaliteitsrapporten lezen, zijn zij een goede sparringpartner voor zorgaanbieders. Zij delen goede voorbeelden en brengen waar zinvol zorgaanbieders met elkaar in contact.

Zorgkantoren blijven passend aanbod inkopen voor mensen met een zorgvraag die niet past bij de wijze waarop de zorg momenteel is georganiseerd.
In vervolg op de Werkagenda Passende Zorg is Maatwerk en het VWS-programma Volwaardig Leven hebben zorgkantoren tijdens de zorginkoop voor 2020 het mogelijk gemaakt om honderd extra plaatsen te realiseren voor mensen die door een complexe zorgvraag moeilijk een passende woonplek kunnen vinden. Zorgkantoren brachten begin 2020 samen met zorgaanbieders de klanten in beeld die voor een maatwerkplaats in aanmerking komen. Zorgkantoren hebben verder zestien zorgaanbieders geselecteerd die maatwerkplaatsen gaan ontwikkelen. Ongeveer tien zorgaanbieders kunnen in het jaar 2020 een aantal plaatsen realiseren. We brengen nu de klanten in contact met de zorgaanbieder die hun maatwerkplaats kan realiseren. Het is op dit moment nog te vroeg om te zeggen hoeveel klanten in 2020 daadwerkelijk kunnen verhuizen naar een maatwerkplaats. Vanwege het succes om samen met elkaar naar oplossingen te zoeken voor deze doelgroep continueren zorgkantoren de werkwijze in 2021.

[3] Evaluatie dialoogmodel zorgkantoren, ZN februari 2019.
[4] Spiegelbeeld kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2018: Reflectie vanuit meerdere perspectieven. Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, januari 2020.

Daarnaast hebben zorgkantoren ook aanmeldingen ontvangen van circa tweehonderd mensen met een intensieve zorgvraag die niet voldoen aan de criteria voor een maatwerkplaats, maar die nog niet een passende plaats hebben. Elk zorgkantoor overlegt met zorgaanbieders over een passende plaats binnen de eigen regio.

In 2019 en 2020 hebben zorgkantoren regionale taskforces opgezet om goed zicht te krijgen op het aantal klanten met een intensieve zorgbehoefte die nog niet op een passende plek wonen. Daarnaast overleggen zorgkantoren met elkaar over de beste plek voor deze klanten. Zorgkantoren zetten deze overleggen in 2021 met elkaar en met alle relevante partijen voort.

Zorgkantoren geven hiermee samen met zorgaanbieders, cliëntenraden en andere betrokkenen uitvoering aan het Programmaplan Volwaardig leven en de Werkagenda Passende Zorg is Maatwerk.

Vanaf 2021 zijn in heel Nederland crisisondersteuningsteams actief
Zorgkantoren willen in 2020 komen tot een landelijke dekking voor crisisondersteuningsteams (COT). Dan zijn in veertien regio's concrete afspraken gemaakt met zorgaanbieders over de opzet en werking van de COT en de inzet van hun expertise. Zorgkantoren houden rekening met bestaande regionale crisisregelingen. De NZa heeft voor de financiering van de crisisondersteuningsteams met ingang van 2020 een beleidsregel en tarief vastgesteld.

Herziene crisisregeling vanaf 2020 in werking
Zorgkantoren hebben in 2020 de crisisregeling geactualiseerd naar de ontwikkelingen omtrent de regionale taskforces, de crisisondersteuningsteams en de invulling van de rol van de crisisregisseur. De nieuwe crisisregeling treedt in werking als deze ontwikkelingen zijn geïmplementeerd. De nieuwe regeling wordt opgenomen in het Voorschrift Zorgtoewijzing 2021 dat in november/december 2020 wordt gepubliceerd.

Convenant toegang tot medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking
In november 2019 bleek uit een enquête van VGN dat voor ruim vijfduizend mensen met een beperking de medisch generalistische zorg niet meer gegarandeerd kan worden. Daarom zijn VGN, Ieder(in), InEen, Kansplus, LHV, NVAVG, V&VN en ZN voornemens om hier in een convenant afspraken te maken over hoe zij tot oplossingen kunnen komen om deze zorg te verbeteren. VWS ondersteunt de inhoud van dit convenant.

Zorgkantoren ondernemen de volgende acties:

- Zorgkantoren spreken zorgaanbieders aan op hun verantwoordelijkheid om te voorzien in voldoende zorg, het nemen van regie en het faciliteren van het gesprek in de regio bij contractopzeggingen/ knelpunten.
- ZN agendeert knelpunten (waaronder knelpunten die door andere partijen worden gemeld) in de relevante ZN-gremia en wisselt goede voorbeelden van oplossingen uit. Zorgkantoren signaleren de knelpunten bij ZN. Hierbij is van belang dat andere partijen knelpunten zo vroeg mogelijk melden bij het betreffende zorgkantoor.

1.4 ONTWIKKELINGEN EN BELEID IN DE GGZ

De belangrijkste ontwikkeling voor de GGZ is dat vanaf 1 januari 2021 de Wlz is opengesteld voor mensen vanaf 18 jaar die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg nodig hebben als zij voldoen aan de Wlz-toegangscriteria. Vanaf 1 januari 2020 kan hiervoor een Wlz-indicatie worden aangevraagd bij het CIZ. Vanaf 2021 zal daardoor het aantal GGZ-klanten binnen de Wlz aanzienlijk stijgen en daarmee ook het aantal zorgaanbieders binnen de Wlz. Dat betekent dat er meer afstemming in de zorgkantoorregio tussen betrokken partijen nodig zal zijn. Doel is samen te komen tot passende zorg voor deze groep klanten.

Kwaliteit voor GGZ-klanten in de Wlz
Mensen met een psychische stoornis hebben recht op kwalitatief goede zorg. Veldpartijen zijn bezig met het opstellen van een kwaliteitskader voor de GGZ. We juichen deze ontwikkeling toe. Totdat het landelijke kwaliteitskader GGZ gereed is, werken we voor de inkoop GGZ-Wlz met voorlopige kwaliteitsuitgangspunten. Deze zijn opgesteld door zorgkantoren, in afstemming met alle belanghebbenden binnen de GGZ-sector. Maatwerk in de toepassing hiervan vinden we een belangrijk aspect in het behoud van continuïteit van zorgverlening. We bespreken de kwaliteitsuitgangspunten[5] continu in dialoog met de zorgaanbieders.

Hoe gaan zorgkantoren om met de overheveling van de GGZ naar de Wlz per 2021?
Vanaf 1 januari 2021 is de Wlz opengesteld voor mensen met een psychische stoornis en voldoen aan de zorginhoudelijke Wlz-criteria. Alle leveringsvormen binnen de Wlz kunnen ook van toepassing zijn op de GGZ. Per leveringsvorm verschillen de verantwoordelijkheden van de betrokken partijen. Bij zorgprofielen GGZ Wonen 1 tot en met 4 is een PGB mogelijk. Bij zorgprofiel GGZ Wonen 5 kan dit niet. Dit komt omdat de zorg en ondersteuning daar heel nauw samenhangt met behandeling. Behandeling in de Wlz mag nooit betaald worden met een PGB, en dus ook niet als de zorg nauw samenhangt met de behandeling.

Ook voor de GGZ onderschrijven we de inkoopsystematiek van een basistarief met de mogelijkheden tot het differentiëren per zorgaanbieder, om zo beter maatwerk te kunnen bieden. Dit doen we op basis van de in hoofdstuk 2 genoemde kernelementen. Regionaal wordt kleur gegeven aan deze kernelementen.

We doen ons best om de voorkeur van de klant waar te maken
We zien het als goede ontwikkeling dat de mensen met een psychische stoornis toegang krijgen tot de Wlz. Hiermee wordt de rechtsongelijkheid voor mensen met een psychische stoornis, die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uurszorg in nabijheid, weggehaald. We realiseren ons ook dat deze openstelling van de Wlz in een overgangsfase nieuwe onzekerheden met zich mee kan brengen. Als zorgkantoren vinden we het belangrijk dat mensen die zijn aangewezen op de Wlz, zoveel mogelijk hun klantwens en zorgbehoefte vervuld zien worden. Voor veel klanten bestaat de wens om in de huidige setting bij de huidige zorgaanbieder te kunnen blijven wonen. Hiermee kan stabiliteit en continuïteit van zorg worden geborgd. Dit vergt van zowel zorgaanbieders als zorgkantoren een inspanning om te komen tot een overeenkomst. Wij kunnen waar nodig afwijken van ons reguliere inkoopbeleid om het verblijven op de vertrouwde locatie mogelijk te maken. Bijvoorbeeld door extra mogelijkheden te bieden voor tussentijds contracteren of onderaannemerschap. Ook kunnen we het openstellen van GGZ-prestaties voor zorgaanbieders uit andere sectoren inzetten. Deze afwijkingen van het beleid, omwille van de zorgplicht en continuïteit van zorg, zijn alleen mogelijk in overleg tussen zorgaanbieder en zorginkoper.

[5] De voorlopige uitgangspunten vindt u hier:
https://www.zn.nl/publicaties?folderid=339214370&title=Inkoopgidsen&parentid=339214370&parenttitle=Inkoopgidsen

In het regionale deel van het zorginkoopkader wordt hier nadere invulling aan gegeven.

Behandeling voor GGZ doelgroep binnen de Wlz
Door de overheveling verandert de wettelijke aanspraak op behandeling voor klanten. Hiervoor gelden in principe dezelfde voorwaarden als voor de overige sectoren binnen de Wlz. De uitzonderingen hebben we hieronder toegelicht. We herkennen de volgende vormen van behandeling voor de GGZ in de Wlz:

- Specifieke Wlz-behandeling: geneeskundige zorg van specifiek medische, gedragswetenschappelijke of paramedische aard.
- GGZ-behandeling: Geneeskundige zorg, zoals klinisch-psychologen en psychiaters bieden in verband met de psychische stoornis van de klant. Alleen klanten die (eventueel naast andere grondslagen) de grondslag psychische stoornis hebben, hebben ook aanspraak op GGZ-behandeling. De staatssecretaris heeft besloten om de aanspraak op GGZ-behandeling voor klanten die gebruik maken van verblijf zonder behandeling, tijdelijk onder de Zvw te behouden. De woonzorgaanbieders in de Wlz hebben wel een regierol. Zodra de nieuwe bekostigingsstructuur GGZ in de Zvw is ingevoerd, komt ook deze GGZ-behandeling naar de Wlz. Naar verwachting is dit per 2022. De bekostiging van zorg voor klanten die zowel verblijf als alle behandelingscomponenten bij dezelfde instelling ontvangen wordt wel integraal via de Wlz bekostigd per 2021.
- Aanvullende zorg: geneeskundige zorg van algemeen medische aard, behandeling van psychische stoornis, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, mondzorg, en speciale kleding.
- Psychiatrische behandeling die integraal deel uitmaakt van de specifieke behandeling.

Als een woonzorgaanbieder afspraken exclusief behandeling maakt, verwachten wij van deze zorgaanbieder dat deze een regierol vervult. Daarmee bedoelen wij dat de woonzorgaanbieder verantwoordelijk is voor de afstemming tussen de woonzorg, de specifieke behandeling en de GGZ-behandeling. De woonzorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk dat de benodigde behandeling integraal deel uitmaakt van de zorg aan de klant. De medische verantwoordelijkheid ligt bij de behandelaar zelf.

Herstelgedachte vasthouden
We zien dat er de afgelopen jaren in de GGZ mooie resultaten zijn geboekt met het bieden van herstelondersteunende zorg. Hoewel mensen met een Wlz-indicatie blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24-uurszorg in nabijheid, dagen we zorgaanbieders uit om de herstelgedachte vast te houden. We vinden het belangrijk dat mensen met langdurige psychiatrische problematiek binnen de eigen mogelijkheid perspectief houden en ondersteund worden om een waardig leven te leiden. De herstelgedachte is daarom ook meegenomen in de hieronder opgenomen (voorlopige) uitgangspunten.

Uitgangspunten voor klanten met een GGZ Wlz-indicatie per 1-1-2021
Voor 2021 gelden de volgende uitgangspunten bij de zorginkoop:

- Inspanningsverplichting voor de zorgkantoren om de woonplek van de klant te behouden.
- Bij integrale zorglevering zoveel mogelijk behoud van de vertrouwde behandelaar.
- Zoveel mogelijk vormen van zorg inkopen die aansluiten bij de wens van de klant en waar mogelijk aansluiten op het aanbod van gemeenten.

De voorlopige kwaliteitsuitgangspunten zijn, naast het uitgangspunt van doelmatigheid, de basis voor de dialoog over kwaliteitsverbetering voor de klant. Uit de dialoog tussen de zorginkoper en de zorgaanbieder volgen zorgaanbieder-gebonden afspraken.

2 HOE MAKEN WE AFSPRAKEN MET ZORGAANBIEDERS?

Toegankelijkheid tot de langdurige zorg is de prioriteit van de zorgkantoren. Zorgkantoren gaan daarom zorgaanbieders die bijdragen aan de opgave de langdurige zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, extra stimuleren en faciliteren. Om vernieuwing te stimuleren bieden zorgkantoren deze zorgaanbieders meer financiële ruimte. Door meer maatwerk te bieden kunnen we in de regio passende zorg organiseren die aansluit bij de wensen en behoeften van klanten. Daarom werken zorgkantoren vanaf 2021 vanuit één inkoopkader 2021-2023 met gedifferentieerde tarieven. Het eerder ingezette dialoogmodel met een belangrijke inbreng van cliëntenraden blijft hiervoor de basis. Het coronavirus legt momenteel een enorme druk op onze gezondheidszorg en in het bijzonder op de zorg voor kwetsbare klanten. Daarom wordt 2021 een overgangsjaar.

2.1 WAT ZIJN DE UITGANGSPUNTEN VAN DE INKOOPSYSTEMATIEK VOOR 2021-2023?

Zorgkantoren hebben landelijk bovenstaande ambitie geformuleerd voor de zorginkoop binnen de langdurige zorg. Deze ambitie vormt het vertrekpunt voor de inkoopprocedure Wlz 2021-2023. Hiermee willen we de sector stimuleren de langdurige zorg toegankelijk te houden en meer passende zorg te realiseren. Op basis van deze ambitie, de dialoog over de kwaliteit, gesprekken met stakeholders en de huidige inkoopsystematiek zijn wij gekomen tot de volgende uitgangspunten voor het zorginkoopbeleid Wlz voor 2021-2023.

Het nieuwe inkoopkader moet aan de volgende drie uitdagingen in de langdurige zorg bijdragen:

Vergroten van de toegankelijkheid
De beschikbaarheid van langdurige zorg voor burgers is de prioriteit van de zorgkantoren. De stijgende vraag naar Wlz-zorg in relatie tot de arbeidsmarktproblematiek vraagt om een andere organisatie van de zorg en van de manier waarop de zorg in de regio is georganiseerd, om die voor iedereen beschikbaar en betaalbaar te houden.

Passende zorg voor onze klanten
De klant binnen de Wlz is divers en wil eigen keuzes kunnen maken voor zorg en ondersteuning, die past bij zijn of haar behoefte en manier van leven. Dit betekent dat we er in de contractering aan moeten bijdragen dat klanten keuze hebben in zorgaanbieder, leveringsvorm, dagbesteding etc. Maar ook dat zorgaanbieders verantwoordelijkheid kunnen nemen om invulling te (blijven) geven aan de individuele vragen van klanten én hun rol als dossierhouder. Zorgkantoren hebben verantwoordelijkheid voor alle zorgvragen in de regio en blijven daarom doelmatige zorg, in de brede zin, stimuleren.

Stimuleren samenwerking in de regio
Voor een duurzame betaalbaarheid van de zorg is meer samenwerking in de regio nodig, waarbij zorgaanbieders van elkaar leren en goede praktijken met financiële prikkels worden gestimuleerd, zodat de zorg efficiënter wordt ingericht op regionaal niveau. Met de nieuwe inkoopsystematiek werken zorgkantoren als verbinder in de regio aan een regionaal zorgaanbod, dat past bij de zorgvraag van huidige en toekomstige klanten.

Daarnaast streven we met de nieuwe inkoopsystematiek de volgende doelen na:

- **Op basis van de kwaliteitskaders werken aan kwaliteitsverbetering**
  De kwaliteitskaders van de sectoren verschillen in reikwijdte, maar hebben gemeen dat continu leren en verbeteren centraal staat, met als basis persoonsgerichte zorg. De beweging die hiermee is ingezet, draagt bij aan het kunnen leveren van passende en doelmatige zorg. Zorgkantoren hebben de afgelopen jaren goede ervaringen opgedaan met het dialoogmodel. In dit model maakten we met zorgaanbieders in samenspraak afspraken over kwaliteitsverbetering. Cliëntenraden hebben hierbij een belangrijke rol. We zijn enthousiast over de resultaten die zorgaanbieders al hebben neergezet. We blijven daarom met elkaar in gesprek, met de kwaliteitskaders en voorlopige kwaliteitsuitgangspunten voor de GGZ als basis.

- **Samen werken aan continu verbeteren**
  Wij werken samen met zorgaanbieders en klanten aan goede en betaalbare zorg, nu en in de toekomst. Samen de zorg verbeteren kan alleen vanuit de bereidheid om van elkaar te leren en door elkaar te blijven uitdagen. Zorgkantoren vervullen hierin een regionale faciliterende en verbindende rol. Zorgkantoren ondersteunen zorgaanbieders, ook op locatieniveau, in het verbeteren van kwaliteit zoals beschreven staat in de kwaliteitskaders van de Verpleeghuiszorg en Gehandicaptenzorg en de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten van de GGZ. Een zorgaanbieder zorgt ervoor dat de organisatie de eigen wijze van leren en verbeteren borgt in de organisatie voor de toekomst.

- **Stimuleren van innovaties**
  We willen nu - nog meer dan voorheen - innovatie stimuleren om de zorg nu en in de toekomst toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Daarbij is het belangrijk dat we zorgaanbieders verbinden zodat zij kunnen leren van elkaars innovaties. Daarnaast willen we extra inzetten op arbeidsbesparende innovaties, mede met het oog op arbeidsmarkttekorten, nu en in de toekomst.

- **Meer ruimte voor maatwerk**
  Niet iedere zorgaanbieder en niet iedere regio is gelijk. Zorgkantoren hebben in toenemende mate behoefte aan sturingsruimte om recht te doen aan de verschillen tussen zorgaanbieders en regionale vraagstukken. We gaan specifieke expertise en aanbod of belangrijke innovaties belonen en stimuleren.

- **Sturen op doelmatigheid**
  Doelmatigheid bekijken we in het licht van een verdergaande vergrijzing, arbeidsmarktekorten en een krapper wordend landelijk kader. Het is belangrijk nu al stappen te zetten voor de situatie na 2021, wanneer de extra middelen verpleeghuiszorg in het tarief zitten. Wij zien een taak voor het zorgkantoor om ervoor te zorgen dat de klant doelmatige zorg ontvangt. Om niet alleen nu, maar ook in de toekomst de zorg betaalbaar te houden, moeten we elkaar blijven uitdagen.

- **Meer sturen op voldoende en passende huisvesting**
  Huisvesting speelt een belangrijke rol in de kwaliteit van leven van mensen met een (langdurige) zorgvraag. Professionele vastgoedsturing helpt bij het realiseren van optimale kwaliteit in verhouding tot de beschikbare middelen (rendement). Het is daarom voor zorgkantoren van belang dat zij zorgaanbieders stimuleren om de professionaliteit van de vastgoedsturing te verbeteren.

De rol van zorgkantoren is om erop toe te zien dat de maatschappelijke middelen die bedoeld zijn voor het woonzorgvastgoed ook daadwerkelijk hiervoor worden ingezet, op een wijze die past bij de regionale ontwikkelingen.

Zorgkantoren stimuleren zorgaanbieders te werken aan een vastgoedbeleid voor een langere termijn en hiermee te anticiperen op veranderingen in klantvragen. Zorgaanbieders doen dit op basis van een (regionale) visie op de zorgverlening en het woonaanbod van de toekomst. Dit in samenwerking met relevante stakeholders, zoals gemeenten en woningcorporaties. Een uitbreiding van het zorgaanbod is niet alleen gebaseerd op intramurale zorg, maar bestaat uit varianten waarbij wonen en zorg gescheiden zijn. De komende jaren moeten er meer woonvormen komen die beter aansluiten bij de behoefte van zorgvragers.

Om ook voor de toekomst de zorg te borgen, is passende huisvesting van essentieel belang. De ontwikkelopgaven verschillen per regio en zijn afhankelijk van de situatie en omstandigheden. We zien ook dat de kosten voor vastgoed verschillen per regio. Het is belangrijk om per regio een analyse te maken, de knelpunten in beeld te brengen en te bekijken wat de ontwikkelopgave is. Door vanaf 2022 de vergoeding voor NHC/NIC te differentiëren kunnen we nog beter sturen op aanbod van vastgoed dat past bij de wensen en behoeften van de klant. Hiermee borgen we een doelmatige inzet van de beschikbare middelen en stimuleren we dat ook in de toekomst er in alle regio's voldoende passende huisvesting beschikbaar is.

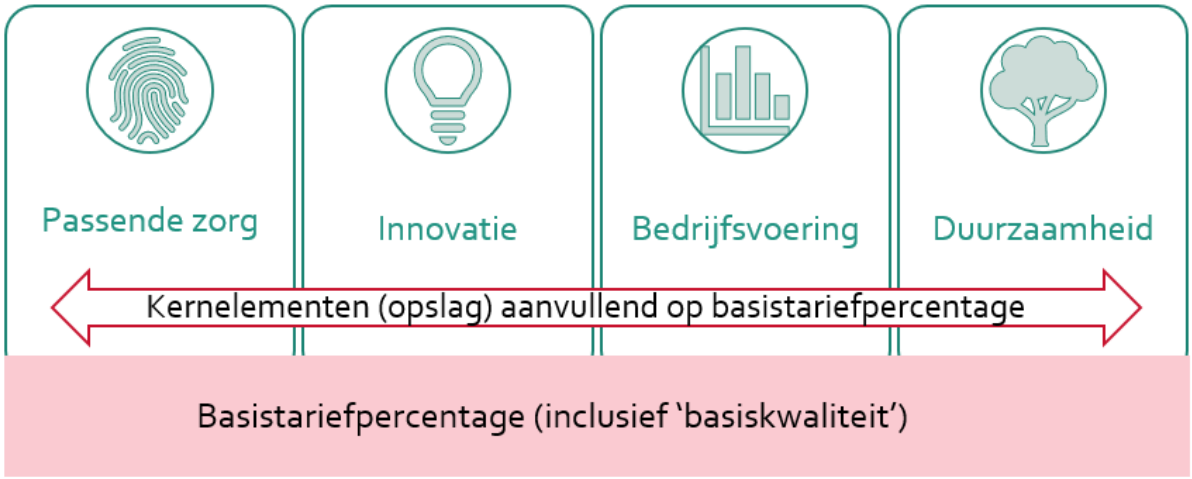
Bovengenoemde uitgangpunten staan niet op zichzelf, maar gelden ook voor onze verdere uitwerkingen. De omslag die we in dit kader maken op basis van de uitgangspunten hierboven zult u terugzien in andere documenten die samenhangen met deze wijze van contractering. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de overeenkomst. Daarnaast zijn de uitgangspunten een basis voor ons handelen en de samenwerking met zorgaanbieders.

2.2 HOE ZIET DE INKOOPSYSTEMATIEK VOOR 2021-2023 ERUIT?

Toegankelijkheid tot de langdurige zorg is de prioriteit van de zorgkantoren. Zorgkantoren gaan daarom zorgaanbieders die aantoonbaar bijdragen aan de opgave de langdurige zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, extra stimuleren en faciliteren. Om vernieuwing te stimuleren, bieden zorgkantoren deze zorgaanbieders meer financiële ruimte. Door meer maatwerk te bieden, kunnen we in de regio passende zorg organiseren die aansluit bij de wensen en behoeften van klanten. Daarom werken zorgkantoren vanaf 2021 vanuit één inkoopkader 2021-2023 met een basistariefpercentage met opslagen voor vier kernelementen: passende zorg, innovatie, bedrijfsvoering en duurzaamheid. Zorgkantoren verwachten dat vanuit het basistarief de zorg conform geldende kwaliteitskaders (V&V en GZ) en voorlopige kwaliteitsuitgangspunten voor de GGZ geleverd kan worden. Boven op het basistarief kunnen zorgkantoren opslagen afspreken als een zorgaanbieder zich inzet voor één of meerdere kernelementen.

Hoe komen we tot een tariefpercentage?
Voor de jaren 2021-2023 geldt een nieuw ontwikkelde landelijke inkoopsystematiek. De inkoopsystematiek houdt in dat:

- Alle zorgkantoren[6] hetzelfde basistariefpercentage hanteren van het maximum NZa-tarief voor alle zorgprestaties. Deze is dus voor de V&V, GZ, GGZ en voor alle leveringsvormen gelijk.
- Dit uniforme basistariefpercentage een minimum is, waar elke zorgaanbieder op kan rekenen. Dit geldt ook voor nieuwe zorgaanbieders. Uitzondering hierop is wanneer de zorgaanbieder zelf aangeeft de zorg te kunnen leveren voor een lager tarief dan het uniforme basistarief. Of wanneer historisch een lager tarief is afgesproken.
- Dit basistariefpercentage kan worden verhoogd met een opslag op basis van een viertal onderscheidende kernelementen. Zorgkantoren willen hiermee bepaalde zorgaanbieders gemotiveerd op basis van deze kernelementen een hoger tariefpercentage kunnen toekennen.
- Dubbele bekostiging niet is toegestaan.
- De vier kernelementen voor alle zorgkantoren hetzelfde zijn, waarbij het zorgkantoor een keuze heeft welke kernelementen toe te passen en hoe hoog de opslag per kernelement zal zijn.
- Zorgkantoren via het basistarief alle zorgaanbieders gelijk vergoeden voor wat betreft de invulling van het kwaliteitskader (V&V en GZ) en de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten voor de GGZ.



In de volgende paragrafen worden de kernelementen omschreven. Het zorgkantoor werkt in het eigen regionale deel van het zorginkoopkader uit welke kernelementen voor dat zorgkantoor leiden tot een opslag op het basistarief en op welke wijze u als zorgaanbieder daarvoor in aanmerking kunt komen.

[6] Uitgezonderd zorgkantoor DSW en Menzis vanwege hun nog lopende meerjarenbeleid.

2.3 HOE ZIET HET OVERGANGSJAAR 2021 ERUIT?

De coronacrisis heeft een grote impact op de langdurige zorg. Niet alleen nu, maar vermoedelijk voor een langere periode. Het is daarom niet reëel om het nieuwe inkoopkader volledig in te voeren in 2021. Daarom zien we 2021 als overgangsjaar, waarin de invulling van inkoopsystematiek is aangepast.

Voor 2021 geldt voor het tarief:

- Alle zorgkantoren hanteren een basistarief van 94% van het maximum NZa-tarief voor alle zorgprestaties en een standaard opslag.[7] Zorgaanbieders komen met de opslag in aanmerking voor een tarief van 96% van het maximum NZa-tarief, tenzij zij in 2020 een tarief ontvingen dat lager was dan 96%.
- In 2021 wordt voor de NHC/NIC een tariefpercentage van 100% gehanteerd.

Het overgangsjaar 2021 houdt het volgende in:

- Vanwege de impact van het coronavirus vragen zorgkantoren een beknopt plan voor 2021.[8] Zorgaanbieders krijgen bovendien ruim de tijd om hun plannen in te dienen. Zorgkantoren vragen de plannen pas op wanneer de situatie (volgens de zorgkantoren) weer is genormaliseerd. Vanuit dit uitgangspunt kunnen de afspraken over de timing van indienen van de plannen per zorgkantoor verschillen.
- Het zorgkantoor informeert de zorgaanbieders in de regio over de planning en de vorm van de plannen. Na die aankondiging heeft elke zorgaanbieder twee maanden de tijd om het plan in te dienen.[9]
- De opslag is niet vrijblijvend. Zorgkantoren vullen dit zelf (soms zelfs per regio) verder in qua inhoud en timing.

2.4 WAT VERSTAAN WE ONDER HET KERNELEMENT PASSENDE ZORG?

Het inkoopkader 2021-2023 stimuleert maatwerk voor de klant door de ontwikkeling naar een samenhangende en duurzaam ingerichte regionale infrastructuur, waar persoonsgerichte zorg, ondersteuning en dienstverlening op elkaar zijn afgestemd. Dit heeft betrekking op alle gebieden, zoals personeel, middelen, relatie met de zorgaanbieder et cetera.

Doel
Voor het zorgkantoor ligt de urgentie bij het oplossen van de fricties tussen vraag en aanbod. Zorg die past bij wat de klant wil, met de middelen die daarvoor beschikbaar zijn.

[7] De definitieve contracteerruimte en de NZa-beleidsregels voor 2021 zijn op het moment van publicatie van dit document nog niet bekend. Wij behouden ons daarom het recht voor om de tariefpercentages 2021 voor zorgprestaties aan te passen zodra de contracteerruimte en de NZa-beleidsregels bekend zijn.
[8] In individuele gevallen, wanneer bij een zorgaanbieder sprake is van specifieke corona-gerelateerde omstandigheden, die maken dat het niet redelijk is om de gestelde procedure te volgen, kan het individuele zorgkantoor besluiten om het tarief (basistarief + opslag) onder afwijkende voorwaarden toe te kennen.
[9] Wanneer mogelijk in de planning en na overleg met het zorgkantoor kan het beknopte plan onderdeel worden van het kwaliteitsplan (voor de V&V) of het kwaliteitsrapport (voor de GZ).

Uitgangspunten bij passende zorg
Zorgkantoren vullen passende zorg in op basis van regionale analyses, klantsignalen en dialoog met de zorgaanbieder. Met passende zorg willen we bereiken dat er meer en nieuw aanbod ontwikkeld wordt door:

- Het oplossen van wachtlijsten;
- Extra of nieuw aanbod voor specifieke en complexe doelgroepen;
- Nieuwe zorgconcepten in de vorm van VPT's en/of MPT's;
- Herinrichting van bestaand aanbod;
- Experimenten;
- Juiste zorg op de juiste plek en het bevorderen van een goede doorstroom.

2.5 WAT VERSTAAN WE ONDER HET KERNELEMENT INNOVATIE?

Zorgkantoren zien innovatie als een belangrijk onderdeel om de langdurige zorg in de toekomst toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Wij willen ontwikkelingen op het gebied van innovatie versnellen, opschalen waar gewenst en het leren van koplopers verder stimuleren. Innovatie is een vast onderdeel van de dialoog met de zorgaanbieders in de regio.

Doel
Wij zien het als onze rol om innovaties samen met partijen uit de sector te stimuleren en het delen van kennis over innovaties te bevorderen. Innovaties bieden mogelijkheden voor meer eigen regie en kwaliteit van leven voor klanten in de langdurige zorg. Innovaties zijn nodig om in de toekomst goede zorg voor alle klanten te kunnen garanderen. Wij zien daarnaast een meerwaarde in technologie, ofwel technologische innovatie. We willen stimuleren dat zorgaanbieders elkaar opzoeken en leren van elkaars innovaties. Daarnaast willen wij als zorgkantoren extra inzetten op innovaties die meer tijd voor zorg opleveren.

Uitgangspunten bij innovaties
Zorgkantoren stimuleren met dit kernelement de ontwikkeling van (technologische) innovatie die ten goede komt aan de klant, die de kwaliteit van leven van de klant bevordert, die meer tijd voor zorg en meer regie en zelfstandigheid voor de klant oplevert. Innovaties die de zelfredzaamheid van de klant vergroten, leveren vaak ook een tijdsbesparing voor zorgverleners op. Zorgtechnologie die meer tijd voor zorg oplevert, draagt in veel gevallen ook bij aan de kwaliteit en/of veiligheid van de zorg. Daarnaast is voor zorgkantoren het volgende van belang:

- Zorgaanbieders hebben een visie op (technologische) innovaties in de zorg en een werkwijze om van een idee tot een geïmplementeerde innovatie te komen.
- Zorgaanbieders zijn bereid om verworven kennis met elkaar te delen.
- Er is voor het innovatietraject draagvlak bij cliënten, medewerkers, bestuur en de Raad van Toezicht/Commissarissen.

2.6 WAT VERSTAAN WE ONDER HET KERNELEMENT BEDRIJFSVOERING?

Een goede en efficiënte bedrijfsvoering draagt bij aan de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor burgers. Ook goed werkgeverschap is essentieel om medewerkers in de langdurige zorg aan te trekken en te behouden. Dit vinden wij daarom ook belangrijke onderwerpen om met u over in gesprek te gaan.

Doel
Zorgkantoren willen zorgaanbieders stimuleren en ondersteunen bij het optimaliseren van de bedrijfsvoering. Hiervoor willen wij goede voorbeelden van organisaties met een efficiënte bedrijfsvoering delen. Daarnaast willen wij zorgaanbieders ook spiegelinformatie over onderdelen van de bedrijfsvoering geven.

Verbeteren van bedrijfsvoering
Zorgkantoren kunnen afspraken maken met de zorgaanbieder over het verbeteren van de bedrijfsvoering. Op die manier kan bijvoorbeeld het verzuim teruggebracht worden, kan de medewerkerstevredenheid vergroot worden, de inhuur van PNIL verlaagd worden, de solvabiliteit of het tijdig en juist indienen van declaraties verbeteren.

In het regionale deel van het zorginkoopkader is toegelicht of en op welke wijze zorgkantoren afspraken maken over het optimaliseren van de bedrijfsvoering.

2.7 WAT VERSTAAN WE ONDER HET KERNELEMENT DUURZAAMHEID?

Doel
Zorgkantoren hechten waarde aan duurzame zorg en duurzaam vastgoed. We onderschrijven de ambities vanuit de Greendeal voor de zorgsector, die gericht zijn op CO_2-reductie, het bevorderen van circulair werken, het terugdringen van medicijnresten in afvalwater en het creëren van een leefomgeving in en buiten zorginstellingen die de gezondheid van eenieder bevordert. We verwachten dat zorgaanbieders, als maatschappelijk verantwoorde ondernemers, duurzaamheid verankerd hebben in het strategisch beleid. Daarom gaan we de komende jaren hierover in gesprek met de zorgaanbieders.

In dialoog over duurzaamheid
In deze dialoog kijken we onder meer naar de visie en de strategische verankering van het beleid, mogelijke certificering en bij het vastgoed uiteraard naar eisen rondom duurzame bouw en een gezonde leefomgeving.

Daarnaast gaan zorgkantoren aan de slag om meer kennis en inzicht te verwerven over de instrumenten om prestaties op het gebied van duurzaam vastgoed te meten en om te bepalen op welke wijze we het stimuleren van duurzaamheid binnen de zorg verder kunnen vormgeven.

2.8 WELKE PRESTATIES SPREKEN WE AF MET ZORGAANBIEDERS?

We maken met zorgaanbieders specifieke afspraken over welke zorg er geleverd gaat worden
Zorgkantoren spreken met zorgaanbieders af welke zorg zij in een bepaald jaar gaan leveren. Alle in te kopen en te leveren zorg moet voldoen aan de voorwaarden die zijn opgenomen in de regelgeving van de NZa, wet- en regelgeving, veldnormen en standaardaarden van beroepsgroepen. Wij komen met u in principe die prestaties overeen die uw organisatie wil bieden en die aan de gestelde voorwaarden voldoen. Zo krijgen klanten maximale keuzevrijheid in hun regio binnen het gecontracteerde zorgaanbod. Bij een aantal specifieke zorgvormen gaan kwaliteit en doelmatigheid echter boven de keuzevrijheid. Zorgkantoren maken gericht afspraken met een beperkt aantal zorgaanbieders over het leveren van bijzondere zorgvormen, zoals de observatie, epilepsiezorg, (SG)LVG en de crisiszorg. Zie voor meer informatie over deze zorgvormen en de aanvullende voorwaarden waar deze zorg aan moet voldoen hoofdstuk 5 van dit zorginkoopkader.

Het volume komt persoonsvolgend tot stand
De keuze van klanten voor een zorgaanbieder en leveringsvorm bepalen het volume dat de zorgkantoren betalen op basis van de gedeclareerde prestaties. Zorgkantoren komen met uw organisatie overeen welke prestaties in een jaar geleverd worden en tegen welk tarief. Daarnaast vraagt het budgetformulier van de NZa om een omzetniveau. Welke basis zorgkantoren hiervoor kiezen én wat zorgaanbieders kunnen ontlenen aan dit omzetniveau, beschrijven de zorgkantoren in het regionale deel van het zorginkoopkader. Deze afspraken worden vastgelegd in het budgetformulier van de NZa. Mocht u als zorgaanbieder gedurende het jaar nog nieuwe prestaties of zorgvormen willen leveren, dan gaan we hierover vooraf het gesprek met u aan.

Zorgkantoren geven tenminste ieder kwartaal inzage in de benutting van de contracteerruimte
Zorgkantoren zijn zich ervan bewust dat de persoonsvolgende bekostiging onzekerheid voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Immers, u krijgt minder budgetzekerheid en de geleverde zorg wordt pas vergoed als de klant voor uw organisatie en dienstverlening heeft gekozen. Daarnaast gelden de financiële kaders van de zorgkantoren als mogelijke beperkende factor voor financiering. Om uw organisatie meer houvast en inzicht te bieden bij deze werkwijze, publiceren zorgkantoren minimaal ieder kwartaal over de benutting van de contracteerruimte op hun website.

Zorgkantoren beschrijven in het regionale deel van het zorginkoopkader op welke wijze zij zorgaanbieders inzage en zekerheid geven over de financiering van de geleverde zorg. Ook staat in dit deel beschreven hoe zorgkantoren handelen bij een (dreigende) overschrijding van de contracteerruimte. De omvang van de contracteerruimte en de benutting daarvan is regelmatig onderwerp van bespreking tussen zorgkantoren, NZa en VWS.

3 HOE ZIET HET INKOOPPROCES ERUIT?

3.1 WELK ZORGKANTOOR CONTRACTEERT WELKE ZORG?

Als zorgaanbieder schrijft u in bij die zorgkantoren die verantwoordelijk zijn voor de regio waarbinnen u zorg levert of wilt leveren
Er zijn zorgkantoren die de Wlz uitvoeren in meerdere zorgkantoorregio's. Als u in meerdere van die regio's inschrijft, maakt u afspraken met de desbetreffende zorgkantoren over de levering binnen die verschillende regio's.

De fysieke locatie[10] waar u zorg levert, bepaalt met welk zorgkantoor u een contract moet sluiten, op basis van de in die regio geldende inkoopvoorwaarden (inclusief tarief). In het grensgebied tussen zorgkantoren kunnen vraagstukken ontstaan. Bijvoorbeeld rondom een klant die in de ene regio woont en die alleen dagbesteding heeft in een andere regio. Wij vragen u in zulke situaties dit bij de inschrijving aan te geven, zodat we tot een voor alle partijen werkbare oplossing kunnen komen.

Wij contracteren zorgaanbieders bij voorkeur rechtstreeks
Huidige onderaannemers[11] kunnen, wanneer zij voldoen aan de voorwaarden, rechtstreeks met zorgkantoren een contract sluiten. Dit beperkt de administratieve lasten en verantwoordelijkheden van de hoofdaannemer, draagt bij aan de continuïteit van zorg en aan de herkenbaarheid van het zorgaanbod voor de klant.

Als dit niet mogelijk is, kan een zorgaanbieder onderaannemers inschakelen voor de levering van Wlz-zorg. Dit kan bijdragen aan de keuzevrijheid van klanten en zo meerwaarde hebben voor het passend invulling geven aan de zorgvraag. Onze richtlijn is dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Aanvullend geldt dat het niet is toegestaan om een ZZP- of VPT-pakket volledig door een onderaannemer te laten leveren, tenzij het zorgkantoor daar toestemming voor geeft.

Gebruik maken van derden voor het leveren van zorg moet gemeld worden
Volgens bijlage 2 van de bestuursverklaring moet u bij inschrijving aangeven of u voor de periode 2021-2023 al dan niet van plan bent te werken met onderaannemers. Zorgaanbieders kunnen ook in de loop van het jaar nieuwe onderaannemers inzetten voor zorglevering. Volgens de overeenkomst maakt u dat vooraf aan het zorgkantoor kenbaar.[12] Het zorgkantoor wil weten welke onderaannemers actief zijn en voor welk deel van de productie zij ingezet worden. De zorgaanbieder die een onderaannemer inzet voor zorglevering blijft altijd volledig verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg door de onderaannemer. De zorglevering door de onderaannemer moet dan ook aan alle eisen voldoen die het zorgkantoor aan de zorglevering van de hoofdaannemer stelt.

[10] Hierbij gaat het om de feitelijke woonplaats van de klant en niet om het postadres van de klant. We maken hierop twee uitzonderingen: Gespecialiseerde zorgaanbieders met een expertisefunctie. Hierbij valt te denken aan Borg-instellingen, klinieken voor intensieve behandelingen en ZG-instellingen, of zorgaanbieders gespecialiseerd in epilepsiezorg. Dit geldt alleen voor de capaciteit verbonden aan de expertise functie. Bijvoorbeeld Borg-instellingen: alleen de SGLVG-behandelplaatsen behoren tot deze uitzondering, de andere plaatsen niet. Kleine woonlocaties in de GZ van zes of minder personen met een Wlz-indicatie, tenzij de zorgaanbieder hier zelf om verzoekt.
[11] Voor de definitie van onderaanneming verwijzen wij naar de overeenkomst.
[12] Zie Artikel 10 lid 1 van de Wlz-overeenkomst en de Bestuursverklaring onder punt 4.

Zorgkantoren stimuleren zorg in natura
Zorgkantoren nodigen PGB-gefinancierde wooninitiatieven uitdrukkelijk uit om, indien de klant omzetting naar zorg in natura wenst, in te schrijven voor een Wlz-overeenkomst.

3.2 HOE KOMEN WE TOT AFSPRAKEN OVER HET VOLUME?

Ook voor 2021 bepalen zorgkantoren regionaal welke initiële afspraken worden gemaakt voor 2021
Dit leest u in het regionale deel van het zorginkoopkader.

3.3 WANNEER BENT U EEN BESTAANDE OF EEN NIEUWE ZORGAANBIEDERS IN DE WLZ?

In de procedure maken we onderscheid tussen de bestaande en nieuwe zorgaanbieders.

Bestaande zorgaanbieder:
1) Bestaand voor het zorgkantoor: zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt.

2) Bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor: zorgaanbieder die nieuw is voor het zorgkantoor waar ingeschreven wordt, maar op het moment van inschrijven al wel een overeenkomst heeft met ten minste één ander zorgkantoor voor minimaal het hele kalenderjaar 2020, waarbij hij ten minste vanaf 1-1-2020 ook daadwerkelijk zorgkosten declareert.

Nieuwe zorgaanbieder:
1) Nieuwe zorgaanbieder: zorgaanbieder die op het moment van inschrijven met nog geen enkel zorgkantoor een overeenkomst heeft.

2) Nieuwe zorgaanbieder: zorgaanbieder die nieuw is voor het zorgkantoor waar ingeschreven wordt en op het moment van inschrijven al wel een Wlz-overeenkomst met een ander zorgkantoor heeft maar niet voor het hele kalenderjaar 2020 en die niet ten minste vanaf 1-1-2020 daadwerkelijk zorgkosten declareert. Een dergelijke zorgaanbieder is voor het zorgkantoor waar voor het eerst in 2021 ingeschreven wordt een nieuwe zorgaanbieder.

3.4 WELKE OVEREENKOMSTEN SLUITEN WIJ MET ZORGAANBIEDERS?

De meeste zorgkantoren kennen de volgende scenario's:

- Bestaande zorgaanbieders, die het hele aan 2021 voorafgaande jaar een overeenkomst hebben gehad, komen in aanmerking voor een overeenkomst voor drie jaar (2021-2023).
- Bestaande zorgaanbieders die een overeenkomst hadden voor een deel van het voorafgaande jaar komen in aanmerking voor een overeenkomst van een jaar, met een mogelijke verlenging van twee jaar (2022-2023).
- Nieuwe zorgaanbieders komen in aanmerking voor een eenjarige overeenkomst voor 2021 met de mogelijkheid tot verlenging met twee jaar (2022-2023).

Als een zorgkantoor andere voorwaarden aanhoudt dan hierboven beschreven, is dat in het regionale deel van het zorginkoopkader van het betreffende zorgkantoor vermeld.

3.5 WAT MOET U DOEN VOOR EEN WLZ-OVEREENKOMST?

Dit inkoopkader omvat een nieuw meerjarenbeleid met een driejarige overeenkomst. Een volledig ingevulde en ondertekende bestuursverklaring is voor 2021 verplicht voor zowel nieuwe als bestaande zorgaanbieders. Sluit u een meerjarenovereenkomst 2021-2023 dan kunt u voor inschrijving voor de jaren 2022 en 2023 volstaan met een instemmingsverklaring. Een toelichting hierop vindt u in het inkoopkader van het betreffende jaar.

De eisen voor de inschrijving zijn landelijk opgesteld. De inschrijvingsprocedure kan qua uitvoering verschillen per zorgkantoor. In het regionale kader leest u op welke wijze de inschrijving bij het betreffende zorgkantoor moet worden ingediend.

Bestuursverklaring
Met de volledig ingevulde en ondertekende bestuursverklaring verklaart u dat uw organisatie vanaf de datum van inschrijving, tenzij anders is aangegeven, voldoet aan de daarin opgenomen eisen en gedurende de looptijd van de overeenkomst aan die eisen blijft voldoen. Als zorgaanbieder verklaart u te voldoen aan geldende wet- en regelgeving, de gestelde geschiktheidseisen en de gestelde eisen aan onderaanneming. Ook geeft u in de bestuursverklaring aan dat er geen uitsluitingsgronden van toepassing zijn.

Bij de inschrijving wordt onderscheid gemaakt tussen de nieuwe en bestaande zorgaanbieders.

1) U heeft al een overeenkomst voor 2020 met het zorgkantoor waar u opnieuw wilt inschrijven ('Bestaand voor het zorgkantoor'): bestuursverklaring

Heeft u voor 2020 al een overeenkomst, dan hoeft u bij de inschrijving naast de bestuursverklaring geen aanvullende documenten aan te leveren ter onderbouwing. Als er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de eerdere inschrijvingsdocumenten en/of overeenkomst moet u dit melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aanleveren. Zorgaanbieders moeten, ook wanneer er geen wijzigingen zijn, desgevraagd de onderbouwende stukken bij de bestuursverklaring aan het zorgkantoor kunnen overleggen. Wanneer zorgaanbieders van plan zijn nieuw zorgaanbod te ontwikkelen, kan hierop een toelichting gevraagd worden bij de inschrijving.

2) U bent een bestaande zorgaanbieder en wilt met een voor u nieuw zorgkantoor een overeenkomst sluiten ('Bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor'): bestuursverklaring en een ondernemingsplan

Als u al een overeenkomst heeft met een zorgkantoor en u een overeenkomst wilt sluiten met een ander, voor u nieuw zorgkantoor, dan levert u bij de inschrijving alleen de bestuursverklaring en een beknopt ondernemingsplan (tenminste het bedrijfs- en financieel plan (zie paragraaf 3.9 en 3.10 van dit inkoopkader)) aan. Het is niet nodig om informatie ter onderbouwing van de bestuursverklaring aan te leveren, omdat u al door een ander zorgkantoor bent gecontracteerd voor het leveren van Wlz-zorg. Zorgkantoren wisselen, indien nodig, onderling overige aanvullende informatie uit.

3) U bent een nieuwe zorgaanbieder: bestuursverklaring, een ondernemingsplan en documenten ter onderbouwing

Nieuwe zorgaanbieders moeten naast de bestuursverklaring en het ondernemingsplan een aantal documenten ter onderbouwing van de bestuursverklaring meesturen. Het is van belang dat uw inschrijving volledig is en alle gevraagde documenten bij de inschrijving aanlevert.

Wat u moet aanleveren bij de inschrijving en aan welke voorwaarden u moet voldoen, staat beschreven in paragraaf 3.9 en 3.10 van dit zorginkoopkader.

3.6 HOE BEOORDELEN WIJ UW INSCHRIJVING?

Zorgkantoren werken samen met zorgaanbieders om kwalitatief zo goed mogelijke zorg te leveren. Vertrouwen is de basis voor een goede samenwerking. Met Wlz-zorg is veel geld gemoeid. Helaas zijn er altijd situaties waarin mensen en organisaties op oneigenlijke manier gebruik maken van de schaarse collectieve middelen. Daarom is het nodig om gedetailleerde eisen te stellen aan inschrijvingen. Hieronder vindt u de daarvoor geldende regels.

Het zorgkantoor beoordeelt de inschrijving aan de hand van drie stappen
Bij de beoordeling van zorgaanbieders voeren zorgkantoren drie beoordelingsstappen uit:

1. Controle op volledigheid van de inschrijving;
2. Controle van hetgeen is verklaard in de bestuursverklaring en, indien van toepassing, beoordeling van de bij de inschrijving gevoegde documenten;
3. Nieuwe zorgaanbieders: inhoudelijk gesprek bij voorkeur op locatie nieuwe zorgaanbieder.

Alleen met een juiste en volledige inschrijving komt u voor een overeenkomst in aanmerking
Zorgkantoren bekijken na sluiting van de inschrijving of de inschrijving volledig en juist is. Onvolledige inschrijvingen worden niet beoordeeld; bijstelling en aanvulling op initiatief van de zorgaanbieder is niet toegestaan. Een inschrijving is volledig wanneer:

- De bestuursverklaring is aangeleverd, én;
- Alle onderbouwende documenten bij de inschrijving zijn bijgevoegd (conform het overzicht 'aan te leveren documenten' in paragraaf 3.9 en zie ook paragraaf 3.10), én;
- Eventuele onderbouwende documenten, zoals vereist in het regionale beleid, zijn ingevuld, dan wel bijgevoegd.

Als een of meer van de volgende situaties zich voordoet, nemen we de inschrijving niet in behandeling, dan wel wordt deze uitgesloten:

- Inschrijvingen die niet tijdig zijn aangeleverd, dan wel onvolledig zijn, onjuiste informatie bevatten of om enige andere reden ongeldig zijn, tenzij het zorgkantoor gebruik maakt van zijn bevoegdheid (waartoe het niet verplicht is) zoals beschreven in 3.6.1;
- Een zorgaanbieder verstrekt onjuiste en/of valse gegevens;
- Indien niet voldaan wordt aan één of meer van de gestelde geschiktheidseisen (zie bijlage 3A 'bestuursverklaring') of overige eisen zoals genoemd in de bestuursverklaring, ook in het geval de zorgaanbieder bij de inschrijving aangeeft (ten tijde van de contractperiode) niet te kunnen voldoen aan de geschiktheidseisen;
- Indien één of meer van de uitsluitingsgronden (zie bijlage 3A 'bestuursverklaring') op de zorgaanbieder van toepassing is/zijn;
- Indien uit de inschrijving blijkt dat een zorgaanbieder niet akkoord gaat met de in het inkoopkader gestelde eisen en voorwaarden;
- Als er geen positieve uitkomst is van een door het zorgkantoor ingesteld onderzoek bij gerezen twijfel of een zorgaanbieder de ingediende offerte volledig dan wel gedeeltelijk waar kan maken.

3.6.1 Bevoegdheid tot het vragen van een toelichting

Zorgkantoren hebben na inschrijving de bevoegdheid (maar niet de verplichting) om een zorgaanbieder te vragen zijn inschrijving toe te lichten. De zorgaanbieder heeft dan vijf werkdagen de tijd om de gevraagde toelichting aan te leveren bij het zorgkantoor. Hierna kan de inschrijving definitief worden beoordeeld. Aan het enkel vragen om een (nadere) toelichting door het zorgkantoor kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend.

Als de inschrijving van de zorgaanbieder wordt afgewezen, heeft de zorgaanbieder nog één keer de mogelijkheid om opnieuw in te schrijven voor het betreffende jaar. Hiervoor gelden de procedures voor tussentijds contracteren.

3.6.2 Controle van hetgeen is verklaard in de bestuursverklaring en beoordeling van de bij de inschrijving gevoegde documenten

Als de inschrijving volledig is, controleert het zorgkantoor wat de bestuurder heeft verklaard over zijn organisatie in de bestuursverklaring. Het gaat niet alleen om controle van wat is ingevuld in de bestuursverklaring, maar ook om beoordeling en controle van de documenten die nieuwe zorgaanbieders (maar ook bestaande zorgaanbieders maar nieuw voor het zorgkantoor (zie paragraaf 3.5)) ter onderbouwing moeten aanleveren (zie voor het overzicht paragraaf 3.9 en zie ook paragraaf 3.10).

Een integriteitstoets kan deel uitmaken van de beoordeling. Zorgkantoren kunnen hiervoor bij de inschrijving relevante informatie opvragen bij zorgaanbieders. De integriteitstoets is een verantwoordelijkheid van het zorgkantoor en bevat een toets op de uitsluitingscriteria. Dit is een toets die op andere bronnen is gebaseerd dan een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) van de Rechtspersoon, die afgegeven wordt door het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

3.6.3 Een inhoudelijk gesprek bij voorkeur op locatie

Of het zorgkantoor daadwerkelijk een overeenkomst (onder voorwaarden) aangaat met een nieuwe zorgaanbieder, is mede afhankelijk van de beoordeling van het ondernemingsplan. In het ondernemingsplan presenteert de zorgaanbieder zijn organisatie, hoe en welke Wlz-zorg hij wil gaan leveren en op welke locatie(s) in welke gemeenten. Zorgkantoren willen graag een goede toets kunnen uitvoeren op borging van kwaliteit door de nieuwe aanbieder en de focus op de Wlz-doelgroep (expertise en ervaring). Alleen een ondernemingsplan biedt daarvoor te weinig inzicht. De vereisten voor het ondernemingsplan dat verplicht bij de inschrijving moet worden ingediend, staan in het overzicht 'aan te leveren documenten' in paragraaf 3.9 en in paragraaf 3.10 genoemd. In de laatste fase van de beoordeling vindt daarom een gesprek plaats tussen het zorgkantoor en de nieuwe aanbieder (bij voorkeur op locatie).

Wanneer vindt het gesprek plaats?
Zorgkantoren gaan om de inschrijving te laten verduidelijken in gesprek met nieuwe zorgaanbieders die positief zijn beoordeeld op de eerste twee beoordelingsaspecten (juiste, volledige inschrijving en controle bestuursverklaring en de met de inschrijving meegestuurde documenten). De nieuwe zorgaanbieder ontvangt na de eerste twee beoordelingsaspecten een verzoek om een afspraak, bij voorkeur op locatie van de zorgaanbieder.

Het gesprek moet in ieder geval plaatsvinden met de vertegenwoordigingsbevoegde bestuurder(s).

In het gesprek wordt onder andere getoetst of het beeld van de zorg en de toelichting van de directie/bestuurder overeenkomt met wat is beschreven in het ondernemingsplan.

Zorgkantoren beoordelen het ondernemingsplan en het gesprek met de bestuurder
Of nieuwe zorgaanbieders een overeenkomst krijgen aangeboden, wordt beoordeeld door het zorgkantoor. In deze laatste fase van de beoordeling kunnen onder andere, maar niet uitsluitend, de volgende redenen tot afwijzing van nieuwe zorgaanbieders leiden. Het eindoordeel hierover is aan het zorgkantoor:

- Een onvoldoende transparante bestuursstructuur;
- Een negatief eigen vermogen of financieel slechte positie;
- Het ondernemingsplan is onvoldoende toekomstbestendig, reëel of haalbaar;
- Beoordeling van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) naar aanleiding van het bezoek in het kader van de vragenlijst "nieuwe zorgaanbieders" dat de basiskwaliteit niet op orde is en/of onvoldoende vertrouwen in verbetering op korte termijn;
- Afspraken in de keten zijn niet of onvoldoende geborgd;
- Bevindingen op basis van de integriteitstoets;
- Een of meerdere gegronde klachten bij zorgkantoor en/of zorgverzekeraar die ernstig van aard waren en waarover in het gesprek geen lerend effect duidelijk werd gemaakt;
- Het beeld vanuit het gesprek met bestuurder en het bezoek op locatie is niet consistent met het ondernemingsplan.

Positieve beoordeling
Zorgaanbieders die correct hebben ingeschreven en die positief beoordeeld zijn, ontvangen een overeenkomst voor Wlz-zorg.

Aan de overeenkomst kunnen voorwaarden verbonden worden
Wanneer nieuwe zorgaanbieders op het moment van het indienen van de inschrijving nog inregeltijd nodig hebben om aan bepaalde voorwaarden te voldoen, ontvangen zij een overeenkomst onder voorwaarden. Inregeltijd is uitsluitend mogelijk voor vereisten die zorgkantoren daarvoor hebben vastgesteld. Het gaat om vereisten die ingeregeld moeten zijn op het moment van zorglevering of uiterlijk zes maanden na ingangsdatum van de overeenkomst. Voor welke items inregeltijd mogelijk is, staat beschreven in het overzicht 'aan te leveren documenten' in paragraaf 3.9.

3.7 WELK TIJDPAD GELDT VOOR HET INKOOPPROCES 2021?

De procedure voor de zorginkoop 2021 kent het volgende tijdpad.[13]

Fase	Wie	Datum
Publicatie landelijk inkoopkader	Zorgkantoor	29 mei 2020
Indienen van vragen t.b.v. Nota van Inlichtingen	Zorgaanbieder	Uiterlijk 15 juni 2020
Publicatie Nota van Inlichtingen	Zorgkantoor	26 juni 2020
Inschrijving nieuwe en bestaande zorgaanbieders	Zorgaanbieder	Uiterlijk 31 juli 2020 17.00 uur
Mogelijkheid tot gesprek over contractering en voorwaarden	Zorgkantoor/ Zorgaanbieder	Uiterlijk 2 oktober 2020 afgerond
Voorlopige contractering (eenjarige of meerjarige overeenkomst)	Zorgkantoor	Uiterlijk 23 oktober 2020
Definitieve contractering en indiening budgetformulier bij NZa	Zorgkantoor	13 november 2020
Indienen beknopt plan	Zorgaanbieder	Op nader te bepalen moment door het zorgkantoor. Zie paragraaf 2.3.

Een nadere uitwerking van het contracterende zorgkantoor staat in het regionale deel van het zorginkoopkader van het betreffende zorgkantoor. De planning van het contracterende zorgkantoor prevaleert boven de hierboven aangegeven planning.

Als u per 1 januari 2021 een overeenkomst wilt sluiten, schrijft u uiterlijk 31 juli 2020 17.00 uur in
Wanneer u met ingang van 1 januari 2021 in aanmerking wilt komen voor een overeenkomst, dan kunt u uiterlijk 31 juli 2020 17.00 uur inschrijven bij het zorgkantoor verantwoordelijk voor de regio waar uw klanten wonen.

U kunt zich ook tussentijds inschrijven voor 2021
Zorgaanbieders die verwachten pas in de loop van 2021 te starten, wijzen we uitdrukkelijk op de mogelijkheid om tussentijds te contracteren. Een zorgaanbieder kan inschrijven tot 1 februari 2021 of tot 1 mei 2021. Zorgkantoren streven naar een beoordelingstermijn van ongeveer twee maanden. Voor het tussentijds inschrijven volgt u de procedure die behoort bij het type zorgaanbieder waar u onder valt (zie paragraaf 3.3).

[13] Zorgkantoren behouden zich het recht voor om het inkoopproces voor de GGZ Wlz 2021 te verlengen met november/december 2020, zodat zij voldoende aanbod hebben om aan de inspanningsverplichting voor de mensen die op een plek verblijven te kunnen voldoen. Achtergrond is dat per 1-10-2020 alle CIZ-indicaties zijn afgegeven.

Indienen productieafspraken
Met zorgaanbieders maken we afspraken over welke prestaties zij willen en kunnen leveren. De indieningsdatum bij de NZa is 13 november 2020.[14] Tijdens de herschikking wordt een daadwerkelijk omzetniveau ingediend bij de NZa. De uiterlijke datum hiervoor is 1 november 2021.
De werkwijze voor het maken van afspraken kan per zorgkantoor verschillen. De uitwerking hiervan staat in het regionale deel van het zorginkoopkader van het betreffende zorgkantoor.

3.8 WELKE JURIDISCHE KADERS GELDEN VOOR HET INKOOPPROCES EN DE MONITORING?

In de Nota van Inlichtingen geven we antwoord op de vragen over deze procedure
Omdat wij weten dat een inkoopprocedure mogelijk om verduidelijking vraagt, bieden we de mogelijkheid om vragen te stellen over eventuele onduidelijkheden.

Vanaf de publicatiedatum op 29 mei 2020 zijn zorgaanbieders tot en met 15 juni 2020 in de gelegenheid om vragen te stellen. Na deze sluitingsdatum is het niet meer mogelijk om vragen te stellen over de inkoopprocedure en bijbehorende documenten.

Zorgkantoren beantwoorden de gestelde vragen uiterlijk op 26 juni 2020 in een Nota van Inlichtingen. Veel voorkomende vragen zullen we niet letterlijk opnemen en beantwoorden, maar samenvoegen en van een antwoord voorzien.

De gepubliceerde Nota van Inlichtingen prevaleert boven het inkoopkader Wlz 2021-2023 en maakt onderdeel uit van deze inkoopprocedure.

De zorgkantoren kunnen de procedure wijzigen
Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen, naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden of als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen die:

- Van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte; of
- Van invloed zijn op de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dient te maken; of
- Een wijziging betreffen van de beleidsregels of een voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg.

Aanpassingen aan de procedure kunnen divers zijn
Zorgkantoren behouden zich het recht voor om op basis van bovenstaande zonder enige schadevergoedingsplicht de volgende aanpassingen te doen:

- Geheel of gedeeltelijke aanpassing of opschorting van de procedure – tussentijds, tijdelijk of definitief – om redenen die voor ons overtuigend zijn. Hieronder verstaan we mede externe omstandigheden als overheidsbeslissingen of gerechtelijke uitspraken;
- De procedure gedeeltelijk stoppen en het overige deel voortzetten;

[14] Mogelijk geldt voor de GGZ een ander tijdpad.

– Het aanbrengen van wijzigingen in de procedure of in de aard en de omvang van de zorgprestaties die we inkopen;[15]
– Het nemen van besluiten of treffen van maatregelen voor situaties die tijdens de publicatie van dit document niet bij ons bekend waren of die we niet konden voorzien;
– Het wijzigen van de tijdsplanning.

Zorgkantoren passen de procedure aan op de regionale situatie.

Zorgkantoren nemen maatregelen richting zorgaanbieders wanneer hier aanleiding toe is
Wanneer tijdens de looptijd van de overeenkomst blijkt dat zorgorganisaties afspraken niet nakomen, niet aan gestelde voorwaarden blijken te kunnen voldoen of hun financiële positie of kwaliteit onder druk staat, dan treffen zorgkantoren passende maatregelen. De aard van deze maatregelen wordt, eventueel met andere betrokken partijen zoals de IGJ, geduid aan de hand van de individuele situatie. De mogelijke maatregelen die door het zorgkantoor genomen kunnen worden staan vermeld in de overeenkomst Wlz. Deze opsomming is niet-limitatief.

3.9 WELKE DOCUMENTATIE IS NODIG BIJ DE INSCHRIJVING?

Bij de inschrijving moet de bestuursverklaring ingevuld worden. Daarbij moet voor een aantal items met documentatie aangetoond worden dat er wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden. Hieronder worden de gestelde eisen inzichtelijk gemaakt en staat vermeld wat bij inschrijving aan documentatie moet worden meegestuurd. De bewijsstukken voor de eisen die gelden op het moment van zorglevering en na zes maanden van ingangsdatum van de overeenkomst kunnen desgewenst door het zorgkantoor opgevraagd worden.

Overzicht aan te leveren documenten

Overzicht aan te leveren documenten	Toelichting op in te dienen bijlagen	Meesturen bij de inschrijving	Moet voldoen op moment van zorglevering	Moet voldoen uiterlijk 6 maanden na ingangsdatum overeenkomst
Geschiktheidseisen bestuursverklaring Wlz 2021				
Bestuursverklaring 2021	De zorgaanbieder dient de volledig ingevulde bestuursverklaring aan te leveren bij zijn inschrijving.	X		
Inschrijving KvK	• Afschrift van inschrijving KvK. • Op het afschrift dienen tevens de namen van de leden van het toezichthoudend orgaan te zijn vermeld. Op grond van het Handelsregisterbesluit dienen deze gegevens in het Handelsregister opgenomen te zijn. • Afschrift is niet ouder dan zes maanden op het moment van inschrijving. • De organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als vermeld op de KvK. • Bevoegdheid van ondertekenaar moet blijken uit de KvK of	X		

[15] T.b.v. de inkoop van GGZ Wlz kunnen deze afspraken later tot stand komen.

Overzicht aan te leveren documenten	Toelichting op in te dienen bijlagen	Meesturen bij de inschrijving	Moet voldoen op moment van zorglevering	Moet voldoen uiterlijk 6 maanden na ingangsdatum overeenkomst
	er moet een volmacht zijn (die eveneens verstrekt moet worden).			
Wtzi [16]	• Een afschrift van de Wtzi toelating (Wet toelating zorginstellingen). • De organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als op de Wtzi-toelating. • De inhoud van de toelating moet overeenstemmen met de inhoud van het ondernemingsplan: de functies die de zorgaanbieder wil gaan leveren, moeten vermeld staan op de Wtzi-toelating (waarvoor de zorgaanbieder is toegelaten).	X		
Verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP)	• Niet ouder dan een jaar op het moment van inschrijving en specifiek aangevraagd ten behoeve van de deelname aan deze inkoopprocedure. • Een Verklaring omtrent gedrag voor Natuurlijke Personen en/of een Gedragsverklaring Aanbesteding (GVA) volstaat niet. De GVA en de VOG RP zijn namelijk twee verschillende instrumenten gebaseerd op verschillende onderliggende regelgeving en met toepassing van een ander beoordelingskader. Voor nadere informatie over de VOG RP en de GVA verwijzen wij u naar de website van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.	X		
Statuten van de inschrijvende zorgaanbieder	• Actuele statuten van de te contracteren partij. • Uw ondernemingsplan dient overeen te komen met uw statuten. • In de statuten is de Governancecode Zorg geborgd, waaronder: ○ Informatie over het toezichthoudend orgaan.	X		
Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling cliëntenraad	De nieuwe zorgaanbieder dient 6 maanden na ingangsdatum van de overeenkomst aantoonbaar conform de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) (een) cliëntenra(a)d(en) (aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling cliëntenra(a)d(en)) te hebben ingesteld en op een eerder moment wanneer dat op grond van de Wmcz is vereist. Indien de zorgaanbieder op grond van de Wmcz niet verplicht is een cliëntenraad (een) cliëntenra(a)d(en) in te stellen, dient de zorgaanbieder 6 maanden na ingangsdatum van de overeenkomst aan te kunnen tonen dat op andere wijze invulling wordt gegeven aan de medezeggenschap van cliënten.			X
Voldoen aan vigerende Governancecode Zorg	Statutaire borging, dan wel borging in de relevante reglementen, zoals bepaald en uitgewerkt in de Governancecode Zorg, waaronder: • Informatie over het toezichthoudend orgaan; benoeming, samenstelling, schorsing, ontslag etc.;		X	

[16] Dan wel een toelatingsvergunning conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Overzicht aan te leveren documenten	Toelichting op in te dienen bijlagen	Meesturen bij de inschrijving	Moet voldoen op moment van zorglevering	Moet voldoen uiterlijk 6 maanden na ingangsdatum overeenkomst
	• Belangenverstrengeling; • Medezeggenschap, invloed en advies; • Verantwoording Raad van Bestuur; • Verantwoordelijkheid Raad van Bestuur; • Cliëntenraad; • Naleving Code.			
Kwaliteitskader [17] van de sector / werkt met een landelijk erkend kwaliteitssysteem met externe toetsing	De zorgaanbieder kan aantonen dat hij meedoet met het kwaliteitskader van de sector of werkt met een kwaliteitssysteem. Dit blijkt o.a. uit aanmelding bij de brancheorganisatie, gesprekken met de cliëntenraad, deelname aan lerende netwerken, aanmelding bij de BVKZ etc. Over het eerste jaar moet verplicht een kwaliteitsverslag/visitatieverslag worden aangeleverd bij het zorgkantoor.		X	
Gedegen bedrijfs-administratie	De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die tijdige levering van gegevens mogelijk maakt, waaronder: • Declaraties (AW 319) volgens afspraken vastgelegd in het uniform declaratieprotocol Wlz aan het zorgkantoor. • Relevante berichten in iWlz (zorgtoewijzing, melding aanvang zorg, mutaties, melding einde zorg), aan het zorgkantoor conform standaarden die door het Zorginstituut Nederland zijn vastgesteld.		X	

Privacybeleid	• Beleid staat gepubliceerd op de website van de zorgaanbieder met een werkende link.
	• Het beleid voldoet aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).
	• Voor klanten is duidelijk:
	  ○ Welke persoonsgegevens worden vastgelegd;
	  ○ Wie er inzage heeft in de gegevens;
	  ○ Hoe invulling is gegeven aan 'geheimhouding';
	  ○ Wat de bewaartermijn van de gegevens is;
	  ○ Het beleid op inzage van gegevens door de klanten;
	  ○ Hoe gehandeld wordt bij datalekken;
	  ○ De bezwaarmogelijkheden.
			X	

Klachtenregeling	• Beleid staat gepubliceerd op de website van de zorgaanbieder met een werkende link.
	• Het beleid voldoet aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
	• Uit het beleid blijkt voor klanten tenminste:
	  ○ Reactietermijn op klacht binnen zes weken;
	  ○ Onafhankelijke klachtenfunctionaris;
	  ○ Contactgegevens klachtenfunctionaris;
			X	

[17] Bij de GGZ gaat het om voorlopige kwaliteitsuitgangspunten.

Overzicht aan te leveren documenten	Toelichting op in te dienen bijlagen	Meesturen bij de inschrijving	Moet voldoen op moment van zorglevering	Moet voldoen uiterlijk 6 maanden na ingangsdatum overeenkomst
	○ Indiening mogelijk zonder melding aan begeleider/zorgverlener; ○ Dat de zorgaanbieder is aangesloten bij een geschilleninstantie.			
Regeling AO/IC	Tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.		X	
Polisblad van aansprakelijkheids-verzekering	• De zorgaanbieder heeft op de datum van inschrijving een schadeverzekering afgesloten voor aansprakelijkheid jegens (nabestaanden van) patiënten of cliënten voor onder de overeenkomst geleverde zorg, ter hoogte van minimaal € 2.500.000,- (per gebeurtenis). De verzekering dient uiterlijk vanaf de ingangsdatum van de overeenkomst in te gaan. • Op naam van de te contracteren zorgaanbieder. • Actueel polisblad: de organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als op het polisblad.	X		
Bijlage 2 Onderaan-nemerschap en indien van toepassing Bijlage 3 Lijst met Zorgkantoren bij de bestuursverklaring	Bijlage 2 dient altijd toegevoegd te worden bij de inschrijving. Bijlage 3 alleen indien van toepassing toevoegen bij de inschrijving.	X		
Vragenlijst IGJ voor nieuwe zorgaanbieders	Iedere nieuwe zorgaanbieder moet deze vragenlijst invullen en deze samen met het bewijs van invulling indienen bij de inschrijving. https://vragenlijst.meldennieuwezorgaanbieders.nl/	X		
Ondernemingsplan [18]				
Organisatie-inrichting	Organogram juridische structuur.	X		
Missie en strategie	De missie en strategie zijn concreet beschreven en de uitgangspunten zijn voldoende toetsbaar en onderbouwd.	X		

[18] In de volgende paragraaf is een toelichting op de afzonderlijke onderdelen van het ondernemingsplan opgenomen. Indien een nieuwe zorgaanbieder een ondernemingsplan indient dat incompleet is volgens bovenstaande tabel en/of niet volledig voldoet aan de hierna beschreven eisen, dan kan het zorgkantoor besluiten de zorgaanbieder van verdere deelname aan de inkoopprocedure uit te sluiten of anders te prioriteren afhankelijk van de aard en omvang van de tekortkoming. Dit geldt ook voor bestaande zorgaanbieders maar nieuw voor het zorgkantoor (zie paragraaf 3.5) die een beknopt ondernemingsplan (tenminste het bedrijfs- en financieel plan) moeten aanleveren.

Overzicht aan te leveren documenten	Toelichting op in te dienen bijlagen	Meesturen bij de inschrijving	Moet voldoen op moment van zorglevering	Moet voldoen uiterlijk 6 maanden na ingangsdatum overeenkomst
Bedrijfsplan	• Welke Wlz-doelgroepen; • Welke prestaties; • Verwachte aantallen; • Welke ervaring met zorglevering (welk domein, overeenkomsten etc.); • Personeel in dienst (omvang en opleidingsniveau en aard opleiding).	X		
Financieel plan	• Jaarrekeningen 2018 en 2019 (tenzij startende organisatie waar nog geen jaarrekening van is vastgesteld); • Jaarrekeningen eventuele moedermaatschappij 2018 en 2019; • Begroting voor 2021.	X		

3.10 WAT VRAGEN WIJ VAN NIEUWE ZORGAANBIEDERS?

Het ondernemingsplan is opgebouwd uit de volgende elementen:

Organisatie-inrichting
Nieuwe zorgaanbieders beschrijven ten aanzien van de organisatie-inrichting ten minste:

- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling Raad van Bestuur of directie;
- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling van onafhankelijk, statutair geborgd toezichthoudend orgaan (bijvoorbeeld Raad van Toezicht);
- Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling cliëntenraad, of andere vorm van medezeggenschap van cliënten indien de zorgaanbieder op grond van de Wmcz niet verplicht is een cliëntenraad in te stellen (uiterlijk gereed zes maanden na ingangsdatum overeenkomst);
- Implementatie van de Governancecode Zorg (uiterlijk gereed op moment van zorglevering);
- Toelichting op een eventuele holding- of concernconstructie;
- Een organogram van de juridische structuur van de zorgaanbieder is in dit onderdeel van het ondernemingsplan opgenomen.

Missie en strategie
Gevraagd wordt in het ondernemingsplan een korte beschrijving te geven van de algemene bedrijfsdoelstelling, missie en strategie van de zorgaanbieder.

Bedrijfsplan
Het onderdeel bedrijfsplan beschrijft welke zorg de aanbieder wil gaan leveren en welke rol hij wil vervullen in de regio. Bij dit onderdeel wordt tenminste ingegaan op:

- Aan welke doelgroep, welke leveringsvormen, welke zorgprestaties (in termen van de NZa-beleidsregels), welke aantallen en waar zorg wordt geleverd/gaat worden geleverd;
- Op welke wijze het geoffreerde aanbod zich onderscheidt van dat van andere zorgaanbieders;
- Hoe de levering van zorg door voldoende personeel met de benodigde kwalificaties geborgd is. Een overzicht van het aantal personeelsleden en deskundigheidsniveau in relatie tot de doelgroep is hierbij

vereist. Als er nog geen personeel in dienst is, dan volstaat een beschrijving welk type gekwalificeerd personeel in dienst genomen zal worden, zodra er klanten in zorg komen;
- Indien van toepassing een toelichting op de ervaring die de aanbieder al heeft in het leveren van zorg (Wmo/Zvw/PGB);
- De (toekomstige) rol en/of functie in samenwerkingsverbanden waaraan de nieuwe zorgaanbieder reeds deelneemt of gaat deelnemen. De zorgaanbieder toont aan op welke wijze hij samenwerking met bijvoorbeeld gemeenten, ketenpartners, huisartsen, dementienetwerken of met andere zorgaanbieders heeft geborgd;
- Implementatie en naleving Governancecode Zorg. Duidelijk moet worden hoe deze code in de praktijk werkt binnen de organisatie en hoe erop wordt toegezien dat de code wordt nageleefd.

Financieel plan

In het financiële plan wordt een algemene toelichting op de financiële positie van de zorgaanbieder gegeven, evenals een realistische omzetprognose. Hieruit moet een duidelijk beeld ontstaan dat de onderneming financieel gezond is, er geen sprake is van een negatief eigen vermogen, een positief resultaat verwacht wordt, waardoor borging van de continuïteit van zorg aannemelijk is.

Het zorgkantoor betrekt eveneens de jaarrekeningen van de voorafgaande jaren (2018 en 2019) bij de beoordeling van de financiële positie van de zorgaanbieder, tenzij de zorgaanbieder een startende organisatie is waar nog geen jaarrekening van is vastgesteld. De zorgaanbieder levert de jaarrekeningen 2018 en 2019 bij dit onderdeel van het ondernemingsplan aan. Ook de jaarrekeningen 2018 en 2019 van een eventuele moedermaatschappij levert de zorgaanbieder bij dit plan aan. Daarnaast bevat het financieel plan een realistische begroting voor 2021.

4 EXTRA MIDDELEN VOOR KWALITEITSKADER VERPLEEGHUISZORG

4.1 WELKE EXTRA MIDDELEN ZIJN ER VOOR DE VERPLEEGHUISZORG?

VWS heeft voor de uitvoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg door zorgaanbieders in totaal een bedrag oplopend tot € 2,1 miljard beschikbaar gesteld. Daarnaast is er ook ontwikkelbudget vanuit de transitiemiddelen (€ 50 miljoen per jaar in de periode 2018-2021) beschikbaar voor regionale knelpunten bij de uitvoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (bijvoorbeeld op het gebied van innovatie, ICT of arbeidsmarkt). Het kwaliteitsbudget en ontwikkelbudget is als geoormerkt budget door VWS beschikbaar gesteld tot en met 2021.

Extra middelen voor de verpleeghuiszorg
Een bedrag oplopend tot € 2,1 miljard voor de uitvoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg:[19]

- Voor het jaar 2017 is € 100 miljoen beschikbaar gekomen en verwerkt in de tarieven voor ZZP en VPT (4 t/m 10).
- Voor het jaar 2018 is hier bovenop € 335 miljoen beschikbaar gekomen en verwerkt in de tarieven voor ZZP en VPT (4 t/m 10). Daarmee is € 435 miljoen verwerkt in de genoemde tarieven.
- Voor het jaar 2019 is er € 600 miljoen beschikbaar in de vorm van een kwaliteitsbudget.
- Voor het jaar 2020 is het kwaliteitsbudget met € 500 miljoen verhoogd tot € 1.100 miljoen. Hiervan is € 125 miljoen ingezet om zorgaanbieders te compenseren die in de inkomsten erop achteruit zijn gaan als gevolg van de herijking van de tarieven, de zogenaamde compensatiecomponent. Dit betekent dat van het kwaliteitsbudget € 975 miljoen (€ 600 miljoen + € 375 miljoen) beschikbaar is voor extra personeel en andere investeringen in het kwaliteitskader.
- Voor 2021 wordt het kwaliteitsbudget met € 350 miljoen verhoogd tot € 1.450 miljoen. De € 125 miljoen die toegevoegd is aan het kwaliteitsbudget 2020 om zorgaanbieders te compenseren als gevolg van de herijking van de tarieven, blijft hiervoor gereserveerd. Dit betekent dat van het kwaliteitsbudget € 1325 miljoen (€ 975 miljoen+ € 350 miljoen) beschikbaar is voor extra personeel en andere investeringen in het kwaliteitskader.

Het resterende deel van de € 2,1 miljard is gereserveerd voor aanzuigende werking en demografische ontwikkeling.

Daarnaast is er € 50 miljoen per jaar beschikbaar (2018 tot en met 2021) vanuit de transitiemiddelen voor regionale knelpunten op het gebied van innovatie, ICT of arbeidsmarkt[20], in de vorm van een ontwikkelbudget.

De uitkomsten van het NZa kostenonderzoek zijn met ingang van 2020 verwerkt in de tarieven. Voor zorgaanbieders die door de herijking van de tarieven een lagere omzet hebben - uitgaande van het aantal prestaties (de ZZP's en VPT geclusterd VV4-VV10) in 2018 (dat als basisjaar fungeert voor het kwaliteitsbudget) - is er een compensatiecomponent.

Deze compensatiecomponent (indien van toepassing) is als een vaste, niet-onderhandelbare component

[19] De vigerende NZa beleidsregels zijn van toepassing.
[20] De vigerende NZa beleidsregels zijn van toepassing.

meegenomen in de definitieve berekening van het kwaliteitsbudget 2020 en blijft ook voor 2021 onderdeel uitmaken van het gereserveerde initiële kwaliteitsbudget. Zorgaanbieders kunnen het personeel dat in basisjaar 2018 binnen de organisatie werkzaam was, behouden en financieren vanuit de compensatiecomponent van het kwaliteitsbudget. Zorgaanbieders die in 2019 of 2020 gestart zijn het leveren van Wlz-zorg en een aanvraag indienen voor het kwaliteitsbudget bij het zorgkantoor kunnen geen aanspraak maken op een compensatiecomponent.

Let op! Onderstaande uitwerking is gebaseerd op de situatie ten tijde van publicatie van dit document op 29 mei 2020. Als betrokken partijen, te weten (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders en (vertegenwoordigers van) zorgkantoren, in gezamenlijkheid tot een ander voorstel komen dat in het voordeel is van zowel zorgaanbieders als zorgkantoren, kan onderstaande uitwerking in afstemming met VWS en de NZa worden aangepast. Zorgkantoren informeren u hierover uiterlijk op het moment van publicatie van de Nota van Inlichtingen.

4.2 HOE ZIT HET MET HET KWALITEITSBUDGET VERPLEEGHUISZORG?

Het kwaliteitsbudget is bedoeld voor de uitvoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. In het door VWS opgestelde 'Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis' is beschreven hoe de middelen[21] worden aangewend.

Het kwaliteitsbudget 2021 bedraagt landelijk € 1.450 miljoen, waarvan € 125 miljoen wordt ingezet voor de in paragraaf 4.1 genoemde compensatiecomponent. Van de resterende € 1.325 miljoen extra middelen is 85% bestemd voor de inzet van extra zorgpersoneel. Daarnaast kan 15% van deze middelen breder ingezet worden, gericht op verbetering van de kwaliteit in lijn met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Voor zorgorganisaties geldt als richtlijn 85%-15% voor inzet van het kwaliteitsbudget. Door VWS is besloten dat de richtlijn 85%-15% het uitgangspunt blijft, maar dat op macroniveau een andere uitkomst aanvaardbaar is. Wel met de nadrukkelijke opdracht om in lijn met de bedoeling van het "Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis" te blijven handelen. Om voor 2021 in aanmerking te komen voor een andere verhouding dient de zorgaanbieder een overtuigende, onderbouwde en concreet uitgewerkte aanvraag op te nemen in zijn kwaliteitsplan. Waarbij het uitgangspunt blijft dat extra zorgpersoneel, dat aangenomen is vanuit het kwaliteitsbudget in 2019 en 2020 vergoed wordt vanuit het kwaliteitsbudget 2021.

Het zorgkantoor kan differentiëren tussen zorgaanbieders, waarbij rekening wordt gehouden met de individuele opgave van zorgaanbieders om per 2022 aan het kwaliteitskader te voldoen. Dit geldt zowel voor de extra middelen voor extra personeel als voor de overige middelen. Het kan zijn dat er zorgaanbieders zijn die minder snel de extra personeelsinzet kunnen realiseren en zorgaanbieders die juist sneller extra personeelsinzet kunnen realiseren. Binnen de kaders van de € 1.325 miljoen bieden zorgkantoren hiervoor de ruimte. Dit betekent dat van de verhouding 85%-15% bij de planvorming per zorgaanbieder in overleg en in overeenstemming met het zorgkantoor afgeweken kan worden.

De zorgkantoren hebben de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat het landelijk beschikbare kwaliteitsbudget niet overschreden wordt en de inzet van de beschikbare middelen in lijn is met de afspraken in het 'Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis'.

[21] Inzet van middelen beschreven in 'Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis' pagina 28, hoofdstuk 4.2, 3e alinea.

4.2.1 Voor alle zorgaanbieders wordt bij aanvang van 2021 een kwaliteitsbudget gereserveerd

Voor alle zorgaanbieders wordt een initieel budget gereserveerd vanuit het kwaliteitsbudget.[22] Het gereserveerde initieel budget wordt gebaseerd op de productie van ZZP's en VPT's VV4 t/m VV10 (aantallen in de nacalculatie 2019[23]) en de indicatieve berekende kwaliteitstoeslagen van de NZa.[24] Het gereserveerde initiële budget zal daarmee aansluiten bij het indicatieve eindperspectief vanaf 2022. Het gereserveerde initiële budget wordt naar verwachting begin september 2020 bekendgemaakt, nadat de contracteerruimte is vastgesteld en is vastgelegd in de nieuwe beleidsregels van de NZa. Een deel van het gereserveerde initiële budget kan bestaan uit de compensatiecomponent.

4.2.2 Zorgaanbieders stellen het kwaliteitsplan op inclusief een verbeterparagraaf per locatie

Zorgaanbieders maken jaarlijks een kwaliteitsplan[25], waarin zij onder andere de verbeteringen beschrijven die zij per locatie willen realiseren. Dit kwaliteitsplan wordt uiterlijk 31 december voor het komende jaar opgesteld. Zorgaanbieders bepalen op basis van hun eigen kwaliteitsplan welke verbeteringen ze willen realiseren, waar ze het kwaliteitsbudget voor in willen zetten en waar ze een aanvraag voor indienen. In de verbeterparagraaf wordt op locatieniveau een toelichting gegeven. De zorgaanbieder beschrijft in deze toelichting:

- Wat de zorgaanbieder gaat doen;
- Wat het resultaat is/wat de zorgaanbieder wil bereiken;
- Wat hiervoor nodig is;
- Op welke wijze interne monitoring van het te bereiken resultaat plaatsvindt.

4.2.3 Het kwaliteitsplan wordt onderbouwd met een begroting voor het kwaliteitsbudget

In het kwaliteitsplan is opgenomen welke verbeteringen worden gerealiseerd. Om in aanmerking te komen voor het kwaliteitsbudget wordt een begroting opgesteld, waarin is aangegeven voor welke kosten een aanvraag voor het kwaliteitsbudget wordt gedaan. De begroting wordt ingediend via het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg en vervolgens beoordeeld door het zorgkantoor. In de begroting is een SMART onderbouwing opgenomen van de voorstellen voor besteding van het kwaliteitsbudget. Hierbij is per voorstel aangegeven wat de kosten zijn.

Het is belangrijk dat de begroting aansluit op het kwaliteitsplan. De aanvraag voor het kwaliteitsbudget mag alleen hoger zijn als een aanbieder een toename verwacht van cliëntenaantal/mix, ten opzichte van 2019 (het jaar waarop de verdeling initieel budget is gebaseerd) zie hiervoor paragraaf 4.2.1 . Hierbij dient de zorgaanbieder rekening te houden met de wijze waarop de aanvraag zich verhoudt tot een integraal maximumtarief per 2022. Het is van belang om het totaal van de verwachte extra kosten mee te nemen in de begroting. Dit omdat alleen kosten die onderdeel uitmaken van de aanvraag in de begroting (en goedgekeurd zijn door zorgkantoor) in aanmerking kunnen komen voor vergoeding van het kwaliteitsbudget.

---

[22] Er is landelijk voor 2021 € 1.450 miljoen beschikbaar, zodra de NZa de middelen naar de zorgkantoren heeft verdeeld, wordt de zorgaanbieder geïnformeerd over de initiële verdeling. De zorgkantoren reserveren een gedeelte van de financiële middelen voor nieuw te contracteren zorgaanbieders, deze middelen zullen in de herschikking worden ingezet.

[23] Voor zorgaanbieders die in 2020 gestart zijn als Wlz-zorgaanbieder en hierdoor geen afspraak in de nacalculatie 2019 hebben, geldt dat wordt uitgegaan van een percentage van de omzet van de productie van ZZP's en VPT's VV4 t/m VV10 in 2020 geëxtrapoleerd vanaf 1 juni 2020. Voor zorgaanbieders die in 2021 een overeenkomst krijgen voor de Wlz gaan we uit van de te verwachten productie van ZZP's en VPT's VV4 t/m VV10. Voor deze berekening wordt onder andere het ondernemingsplan gebruikt.

[24] De NZa heeft de indicatieve kwaliteitstoeslagen opgenomen in bijlage 4 (tabel 29) van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020. De NZa zal deze bedragen indexeren naar prijspeil 2021.

[25] Onderwerpen in het kwaliteitsplan zijn beschreven in het "Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis" op pagina 15 in het kader.

Hieronder is toegelicht welke extra kosten gefinancierd mogen worden uit het kwaliteitsbudget. De extra kosten die al via andere bekostigingsbronnen gefinancierd worden, komen niet in aanmerking voor financiering vanuit het kwaliteitsbudget. Denk hierbij aan de Sectorplan-plus-gelden of de transitiemiddelen. Dubbele bekostiging is niet toegestaan.

4.2.4 Richtlijn is dat 85% van het kwaliteitsbudget is bestemd voor extra personeel

Het kwaliteitsbudget voor de verpleeghuiszorg is vooral bedoeld voor de inzet van extra zorgpersoneel.

Onder zorgpersoneel vallen: behandelaren, verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, geestelijk verzorgenden, gastvrouwen en anderen. Uiteraard zijn ook vrijwilligerscoördinatoren en activiteitencoördinatoren van belang[26, 27]. Vanuit het kwaliteitsbudget kunnen de daadwerkelijke loonkosten of kosten van inhuur gefinancierd worden.

Voor de loonkosten mogen de volgende kosten meegenomen worden voor zover in lijn met de CAO:

- Directe loonkosten: salaris, vakantietoeslag;
- Indirecte loonkosten: pensioenkosten, reiskosten, onkostenvergoedingen, secundaire arbeidsvoorwaarden, zoals inkomenszekerheid bij arbeidsongeschiktheid of een Anw-gat verzekering, kosten voor eventuele personeelsverzekeringen, zoals een ziekteverzuimverzekering;
- Verplichte premies en bijdragen: loonbelasting, premie volksverzekeringen (AOW, Anw en Wlz), premies werknemersverzekeringen (WW, WAO, WIA en ZW) inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet (werkgeversheffing en evt. bijdrage Zorgverzekeringswet). De overige kosten mogen niet meegenomen worden als loonkosten.

De toename van zorgpersoneel 2021 ten opzichte van zorgpersoneel 2018 kan worden gefinancierd vanuit het kwaliteitsbudget. Uitgangspunt blijft dat de extra middelen voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg bedoeld zijn om de FTE/cliëntratio te verhogen.

In de begroting neemt de zorgaanbieder een onderbouwing op van de verwachte extra personeelskosten waarvoor hij een aanvraag doet voor het kwaliteitsbudget:

- De begroting gaat uit van daadwerkelijke loonkosten voor het extra zorgpersoneel.
- Alleen de extra loonkosten voor het extra zorgpersoneel dat ingezet wordt voor klanten waarop het kwaliteitskader van toepassing is (groepen klanten met ZZP's en VPT's VV4 t/m VV10).
- Alleen extra FTE's uitgaande van gelijkblijvende klantpopulatie komen in aanmerking voor financiering vanuit de extra middelen. Als de klantpopulatie wijzigt dan wordt hiervoor op uniforme wijze gecorrigeerd in het begrotings- en verantwoordingsmodel.

Er is destijds in samenspraak met ActiZ een begrotings- en verantwoordingsmodel ontwikkeld dat voor 2021 door ZN doorontwikkeld wordt. Dit model wordt gebruikt voor de berekening van de extra loonkosten voor het personeel en sluit aan bij de personeelsplanning van zorgaanbieders en het kwaliteitskader. Vanaf 1 mei 2019 is het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg in gebruik.

---

[26] Bij deze definitie is aangesloten bij het "Programmaplan Thuis in het verpleeghuis", p 7 voetnoot 1.

[27] Functies die vallen onder de definitie van zorgpersoneel: behandelaren, verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, geestelijk verzorgenden, gastvrouwen, vrijwilligerscoördinatoren, activiteitencoördinatoren, welzijnsmedewerkers, medewerkers activiteitenbegeleiding, beweegagogen, sociaal agogen, leerlingen, medewerkers leefplezier, woonbegeleiders, medewerkers zorg & welzijn, zij-instromers met BBL-opleiding, stagiaires, huiskamermedewerkers, SPW-ers, familiecoaches, voedingsassistenten die direct werken met klanten, huishoudelijke medewerkers of facilitaire medewerkers die direct werken met klanten, catering medewerkers die direct werken met klanten, locatiemanagers en teamleiders en anderen als ze (deels) werken als zorgpersoneel.

Voor de aanvraag van het kwaliteitsbudget dient een zorgaanbieder gegevens op te geven via het portaal. Het begrotings- en verantwoordingsmodel hoeft daarmee niet meer apart ingediend te worden bij het zorgkantoor.

In het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg is de mogelijkheid opgenomen om een verzoek in te dienen om gemotiveerd af te wijken, bijvoorbeeld in de situaties waarbij zorgaanbieders:

- Tijdelijk extra middelen hebben gekregen voor kwaliteitsimpulsen, waar 1) het zorgkantoor toestemming heeft gegeven om deze middelen in te zetten in 2018 en 2) het personeel nog in dienst is in 2018 . De zorgaanbieder kan een correctie opnemen voor de loonkosten van deze tijdelijke extra medewerkers.
- Tijdelijk extra personeel hebben ingezet i.v.m. nieuw zorgaanbod. Hierbij kan het gaan om nieuwe zorgaanbieders of om zorgaanbieders die een nieuwe locatie of afdeling openen. De zorgaanbieder kan een correctie opnemen voor de loonkosten van deze tijdelijke extra medewerkers.
- In 2018 tijdelijk extra personeelskosten hebben gehad in verband met MRSA. De zorgaanbieder kan een correctie opnemen voor de loonkosten van deze medewerkers.
- Al meer personeel (bovenop de extra middelen die al geland zijn in de tarieven) hebben ingezet vooruitlopend op het kwaliteitsbudget. Alleen in bijzondere gevallen, kan hiervoor worden gecompenseerd.

Deze gemotiveerde afwijkingen zijn al eerder afgesproken met zorgaanbieders. Als het zorgpersoneel ook daadwerkelijk behouden blijft dan komen de zorgaanbieders voor vergoeding vanuit het kwaliteitsbudget in aanmerking.

Als er sprake is van een daling van verzuim met relevante omvang, kan de zorgaanbieder ten laste van de 85% een compensatie ontvangen uit het kwaliteitsbudget 2021. Het zorgkantoor beoordeelt het verzoek voor de compensatie en stelt vast of er sprake is van een daling van het verzuim met relevante omvang.

In het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg is er een compensatie voor vermindering inzet PNIL. Zorgaanbieders die ten opzichte van 2018 minder PNIL (personeel niet in loondienst) inzetten, worden hiervoor gecompenseerd. De compensatie is erop gebaseerd dat PNIL gemiddeld 50% duurder is dan personeel in loondienst.

De compensatie voor afbouw PNIL vindt plaats via het begrotings- en verantwoordingsmodel kwaliteitsbudget. In overleg met het zorgkantoor kan gemotiveerd afgeweken worden, als het bedrag in de praktijk hoger uitvalt dan berekend op basis van bovenstaande methode via het Portaal Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

4.2.5 Richtlijn is dat 15% beschikbaar is voor verhogen productiviteit en deskundigheid, nieuwe technologie en welbevinden

Naast de middelen voor zorgpersoneel zijn er extra middelen beschikbaar om andere investeringen op het gebied van kwaliteit te financieren. Belangrijk is dat de investeringen aansluiten bij de voorgenomen verbeteringen per locatie zoals benoemd in de kwaliteitsplannen.

Met deze middelen kunnen onder andere initiatieven gefinancierd worden die gericht zijn op:

- Het verhogen van de productiviteit van medewerkers.
  Denk hierbij bijvoorbeeld aan inspanningen gericht op het terugdringen van ziekteverzuim, verminderen van administratieve lasten, ook ondersteunend personeel kan hiermee betaald worden.
- Het verhogen van de deskundigheid van medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers.
  Denk hierbij bijvoorbeeld aan scholing.

- De inzet van extra of nieuwe technologie.
  Het gaat hierbij om technologie die bijdraagt aan meer tijd voor directe zorg/aandacht voor klanten.
- Verbeteringen die directe impact hebben op het welbevinden van klanten. Denk hierbij ook aan verbeteringen die nodig zijn als gevolg van het coronavirus, zoals aanpassingen die het mogelijk maken om op een verantwoorde wijze bezoek te ontvangen of voor aanpassingen die nodig zijn en bijdragen aan een zinvolle daginvulling in de nieuwe situatie.
- De overheadkosten. Deze kosten moeten uiteraard betrekking hebben op extra fte's zorgpersoneel.
- Kosten voor de werving en selectie.
- Accountantskosten voor extra middelen.

Bij de beoordeling van de aanvragen van kwaliteitsbudget voor overige investeringen beoordeelt het zorgkantoor of de aanvraag in lijn is met de bedoeling van het kwaliteitsbudget. Daarnaast wordt bekeken of de kosten niet gefinancierd behoren te worden uit reguliere bekostiging en of er geen sprake is van dubbele bekostiging vanuit andere financieringsbronnen.

Een zorgaanbieder kan op basis van zijn individuele ontwikkelopgave een aanvraag doen met een andere verhouding dan de 85%/15%. De zorgaanbieder levert hiervoor een onderbouwd en concreet uitgewerkte toelichting aan. Hierin geeft de zorgaanbieder aan op welke wijze de aanvraag bijdraagt aan arbeidsbesparing binnen de organisatie.

4.2.6 De zorgaanbieder levert uiterlijk 31 december 2020 het kwaliteitsplan en de begroting aan

De zorgaanbieder kan het kwaliteitsplan 2021 ook eerder indienen, dit kan vanaf 1 september 2020. Uitgangspunt hierbij is dat de dialoog over het kwaliteitsplan 2020 en het kwaliteitsverslag 2019 met het zorgkantoor heeft plaatsgevonden voor indiening van de aanvraag voor het kwaliteitsbudget 2021. De aanvraag van het kwaliteitsbudget bevat naast het actuele kwaliteitsplan voor 2021 een begroting voor het kwaliteitsbudget. Deze begroting geeft de zorgaanbieder op via het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg.

4.2.7 Zorgkantoren toetsen de aanvragen voor het kwaliteitsbudget zo snel mogelijk

We bespreken de aanvraag zo spoedig mogelijk. Eerder aanleveren van de aanvraag geeft sneller uitsluitsel. Plannen die voor 1 november 2020 ingediend zijn, worden voor 1 januari 2021 besproken. De zorgkantoren toetsen of de aanvragen voldoen aan de gestelde eisen, deze zijn opgenomen in alinea's 4.2.2 t/m 4.2.5. Als de aanvraag niet voldoet aan de gestelde eisen vindt er overleg plaats met de zorgaanbieder. In dit overleg wordt gevraagd om een toelichting op de afwijking en wordt de aanvraag aangepast aan de gestelde eisen.

Bij een aanvraag met een hoger aandeel andere investeringen dan 15% beoordeelt het zorgkantoor de onderbouwing die de zorgaanbieder in zijn aanvraag aandraagt. Het zorgkantoor toetst de aanvraag in ieder geval aan de volgende punten:

- De doelen uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de kaders uit het 'Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis';
- De noden en wensen van de groep klanten die het aangaat (bijvoorbeeld: specifieke zorgvraag, doelgroep, omvang, toekomstige ontwikkelingen);
- De kenmerken van de betreffende zorgaanbieder in relatie tot de zorgvraag;
- De kenmerken van de betreffende regio;
- Of het plan een bijdrage levert aan leren verbeteren zoals beoogd in hoofdstuk 4 van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg;
- Of de zorgaanbieder bereid is het leer- en verbetereffect te delen met andere zorgaanbieders in de regio met vergelijkbare ontwikkelopgave;

- De mate waarin wordt ingezet op innovatieve technologie, die bijdraagt aan kwaliteit van leven en meer tijd voor de zorg;
- Of draagvlak bestaat bij de zorgaanbieder, bij cliënten, medewerkers, bestuur en het toezichthoudend orgaan (Raad van Toezicht);
- Of het plan voorziet in een visie op opschaling en structurele voortzetting van de activiteit;
- Of aan het plan een onderbouwde business case ten grondslag ligt.

Zorgkantoren geven een schriftelijke toelichting op de uitkomst van de beoordeling aan de zorgaanbieders die een aanvraag voor een afwijkende verhouding indienen.

Het streven is dat zorgkantoor en indienende zorgaanbieder overeenstemming krijgen over de aanvraag. Als een zorgkantoor en zorgaanbieder er onderling niet lijken uit te komen, kunnen partijen mediation inzetten om tot een oplossing te komen. Het streven is om de afspraken over het kwaliteitsbudget binnen zes weken nadat de aanvraag is ontvangen te maken, maar in ieder geval uiterlijk binnen drie maanden als er bijzonderheden spelen.

4.2.8 De afspraken over het kwaliteitsbudget worden vastgelegd in een addendum op de overeenkomst

Als zorgaanbieders de aanvraag voor het kwaliteitsbudget en het kwaliteitsplan eerder indienen dan 31 december 2020, beoordeelt het zorgkantoor de aanvraag zo snel mogelijk en kunnen afspraken gemaakt worden tot het voor de zorgaanbieder gereserveerde bedrag. De zorgkantoren doen op dat moment over aanvragen boven het voor de zorgaanbieder gereserveerde kwaliteitsbudget nog geen uitspraken in verband met het landelijke maximumkader. Deze zorgaanbieders kunnen wel in aanmerking komen voor een hoger kwaliteitsbudget dan het gereserveerde bedrag (zie alinea 4.2.10) indien het past binnen het eindperspectief. De afspraken over het kwaliteitsbudget worden uiterlijk 1 april 2021 vastgelegd in een addendum op de overeenkomst en door beide partijen ondertekend. U vindt het addendum op de overeenkomst in bijlage 4 bij dit zorginkoopkader.

4.2.9 Zorgaanbieders ontvangen een voorschot op het kwaliteitsbudget

Als de afspraken over het kwaliteitsbudget tijdig zijn overeengekomen, ontvangen zorgaanbieders een voorschot op zijn vroegst op 1 januari 2021. Het voorschot bedraagt 75% van het bedrag dat op maandbasis voor een zorgaanbieder afgesproken is. Zorgaanbieders leveren in mei, juli en oktober 2021 informatie aan over de realisatie bij de zorgkantoren via het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg. Het voorschot wordt indien nodig en na overleg tussentijds aangepast in lijn met de daadwerkelijke realisatie. Wanneer het plan wordt goedgekeurd (uiterlijk 1 april 2021) worden de voorschotten met terugwerkende kracht tot 1 januari 2021 uitgekeerd.

4.2.10 De afspraken ten aanzien van het kwaliteitsbudget worden via een extra budgetronde op uiterlijk 1 april 2021 ingediend bij de NZa

Per zorgaanbieder is het gereserveerde initiële kwaliteitsbudget de basis voor het maken van afspraken over het kwaliteitsbudget. Afhankelijk van de individuele ontwikkelopgave wordt maatwerk toegepast. De vergoeding van de gerealiseerde extra personeelsinzet in 2019 en 2020 loopt door in 2021, uiteraard mits betreffende personeel in dienst blijft. Daarnaast wordt ook de realisatie in 2020 meegewogen bij de bepaling van het budget voor 2021. Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het bewaken van de macro kaders en regionale ruimte en maken daarbinnen passende afspraken. Het afgesproken kwaliteitsbudget wordt vastgelegd bij de NZa via een extra budgetronde in april 2021.

4.2.11 Bij de herschikking in november 2021 kunnen de afspraken over het kwaliteitsbudget bijgesteld worden

Bij de herschikking in november 2021 kunnen de afspraken zowel naar boven als naar beneden bijgesteld worden. Hierover vindt overleg plaats tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Uitgangspunt is dat een afspraak naar beneden bijgesteld wordt als de middelen niet zijn besteed conform de aanvraag. De daarmee beschikbare middelen worden ingezet voor aanvullende afspraken op basis van maatwerk. Hierbij wordt rekening gehouden met de realisatie van inzet van het kwaliteitsbudget het afgelopen en lopende jaar en de individuele ontwikkelopgave van de zorgaanbieder. Hierbij wordt nooit meer toegekend dan begroot is in de (goedgekeurde) aanvraag. Zorgaanbieders die meer personeel aannemen dan past bij het gereserveerde kwaliteitsbudget moeten uiteraard rekening houden met het eindperspectief van een integraal maximumtarief.

4.2.12 In de nacalculatie verantwoordt de zorgaanbieder zich over de inzet van het kwaliteitsbudget

- In de nacalculatie die voor 1 juni 2022 wordt ingediend bij de NZa, verantwoordt de zorgaanbieder zich over de inzet van het kwaliteitsbudget.
- Voor de inzet van extra personeel geldt dat alleen de daadwerkelijke extra kosten voor personeel in aanmerking komen voor vergoeding. Zo nodig vindt correctie plaats voor eventuele wijzingen in de klantpopulatie (zie 4.2.4). Alleen kosten tot een maximum van de afspraken worden vergoed. Te veel betaalde extra middelen worden teruggevorderd of waar mogelijk verrekend.
- Ook over de inzet van de overige extra middelen (niet zijnde extra fte's) verantwoordt de zorgaanbieder zich. Uiteraard moet de inzet van de middelen bijdragen aan het overeengekomen resultaat. Als de middelen niet (of niet conform de afspraak) zijn ingezet worden deze teruggevorderd of waar mogelijk verrekend.
- Het resultaat kan achteraf tot een andere verhouding leiden. Dus niet 85/15%, bijvoorbeeld doordat minder extra personeel is ingezet dan verwacht.

De verantwoording wordt in het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg aangeleverd door de zorgaanbieder voor 1 april van jaar t+1. Naast de verantwoording in het Portaal, wordt een rapport van feitelijke bevindingen van de accountant aangeleverd. Een richtlijn voor het accountantsonderzoek is destijds in overleg met ActiZ opgesteld en zal door ZN voor 2021 doorontwikkeld worden.

Voor 2021 geldt dat zorgaanbieders in het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg aangeven wat de realisatie van het extra personeel is. Na afloop van het jaar 2021 voert de zorgaanbieder realisatiegegevens in het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg in, voor 1 april 2022. Daarbij vindt op basis van de parameters SV-loon, SV-dagen, facturen inhuur en omzetontwikkeling een rondrekening plaats door de zorgaanbieder. De zorgaanbieder dient via het Portaal de verantwoording over besteding van het kwaliteitsbudget in en bij het zorgkantoor de rondrekening en het rapport van feitelijke bevindingen van de accountant.

Hierover vindt, indien nodig, de dialoog met de zorgaanbieder plaats, voordat de verantwoording in de nacalculatie ingediend wordt bij de NZa.

4.2.13 Zorgaanbieders die meer kosten opvoeren in de nacalculatie dan de afspraken over kwaliteitsbudget krijgen mogelijk kosten toch vergoed

Het kan zijn dat na afrekening bij de nacalculatie de totale kosten landelijk alsnog minder dan € 1.450 miljoen bedragen. De zorgaanbieders die meer kosten voor zorgpersoneel opgevoerd hebben, en dit extra personeel ook daadwerkelijk ingezet hebben, komen dan mogelijk alsnog in aanmerking voor vergoeding van deze kosten. Uiteraard alleen als het gaat om kosten waarvoor de aanvraag is goedgekeurd. De zorgkantoren geven in de nacalculatie aan welke zorgaanbieders voor welk bedrag hiervoor in aanmerking komen.

4.2.14 Bestaande zorgaanbieders bij ander zorgkantoor waar zorgaanbieder nog geen contract heeft en nieuwe zorgaanbieders

Voor bestaande zorgaanbieders bij een nieuw zorgkantoor en nieuwe zorgaanbieders geldt dat zij een aanvraag kunnen indienen op gelijke wijze als geldt voor de reeds gecontracteerde zorgaanbieders. Indien er pas in 2021 daadwerkelijk wordt gestart met zorgverlening wordt in de herschikkingsronde een afspraak gemaakt gebaseerd op de geëxtrapoleerde omzet in de maand juli 2021 en de indicatieve berekende kwaliteitstoeslagen van de NZa.[28] Zorgaanbieders die in de loop van 2021 een contract aangaan, kunnen ook in de herschikkingsronde een afspraak maken gebaseerd op de geëxtrapoleerde omzet in de maand juli 2021 en de indicatieve berekende kwaliteitstoeslagen van de NZa.[29]

De planning voor kwaliteitsbudget 2021 is op hoofdlijnen als volgt: [30]

Fase	Tijdpad
Communicatie vanuit zorgkantoor over het gereserveerde initiële budget	Voor september 2020
Indienen aanvraag voor het kwaliteitsbudget: Kwaliteitsplan bij het zorgkantoor en de begroting via het Portaal Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (aan de hand van verantwoordingsmodel, zie paragraaf 4.2.3 t/m 4.2.6)	Vanaf 1 september tot 31 december 2020
Gesprekken over kwaliteitsplannen en kwaliteitsbudget	1 september – 1 maart 2021
Overeenstemming over hoogte en inzet van het kwaliteitsbudget	Uiterlijk 8 maart 2021
Afspraken vastleggen in addendum	1 april 2021
Extra budgetronde NZa kwaliteitsbudget	1 april 2021
Informatie aanlevering zorgaanbieder over realisatie ten behoeve van voorschot, zie paragraaf 4.2.9	Voor 31 mei, voor 31 juli en voor 31 oktober 2021
Herschikking afspraken kwaliteitsbudget	1 november 2021
Informatie over realisatie kwaliteitsbudget gehele jaar	1 april 2022
Rapport van feitelijke bevindingen van de accountant	1 mei 2022
Definitieve verantwoording kwaliteitsbudget in nacalculatie	1 juni 2022

[28] De NZa heeft de indicatieve kwaliteitstoeslagen opgenomen in bijlage 4 (tabel 29) van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020. De NZa zal deze bedragen indexeren naar prijspeil 2021.
[29] De NZa heeft de indicatieve kwaliteitstoeslagen opgenomen in bijlage 4 (tabel 29) van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020. De NZa zal deze bedragen indexeren naar prijspeil 2021.
[30] Voor nieuwe Wlz-zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een kwaliteitsbudget geldt dat zij zo spoedig mogelijk na beslissing over toekenning over de overeenkomst, afspraken met het zorgkantoor maken over het kwaliteitsbudget uiterlijk voor 1 november 2021.

4.3 HOE ZIT HET MET HET ONTWIKKELBUDGET VANUIT DE TRANSITIEMIDDELEN?

4.3.1 Voor 2021 is € 50 miljoen aan ontwikkelbudget beschikbaar voor implementatie Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vanuit de transitiemiddelen kwaliteitskader

Voor de periode 2018 – 2021 is in totaal € 200 miljoen beschikbaar aan ontwikkelbudget voor de implementatie van het kwaliteitskader. Jaarlijks gaat het om € 50 miljoen. Deze middelen zijn bedoeld ter ondersteuning van de ontwikkelopdracht die er ligt voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Het ontwikkelbudget wordt ingezet voor problematiek die bij meerdere zorgaanbieders speelt.

4.3.2 De middelen zijn gericht op het oplossen van problemen bij de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Voor de inzet van het ontwikkelbudget zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- Er is sprake van een probleem/knelpunt (zoals omschreven in de NZa-beleidsregel[31]) in het kader van de implementatie en/of doorontwikkeling van het kwaliteitskader.
- Het initiatief draagt aantoonbaar bij aan de oplossing van het geconstateerde probleem bij meer dan één zorgaanbieder en past binnen de scope van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.
- Het initiatief richt zich op een onderwerp dat een individuele zorgaanbieder niet of lastig zelf kan oplossen, maar dat in samenwerking met anderen wel kan. Het initiatief wordt gesteund door individuele zorgaanbieders of meerdere zorgaanbieders die samenwerken in de aanpak.
- Het initiatief pakt een probleem/knelpunt/verbetering aan dat nog niet door andere zorgaanbieders binnen de regio is opgepakt.
- Er is een concreet plan van aanpak opgesteld waarin duidelijk beschreven is wie welke verplichtingen aangaat.
- Het plan van aanpak kent duidelijke tijdslijnen en bijbehorende acties en resultaten.
- Bij het opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak is een "substantieel" deel van de zorgaanbieders in desbetreffende regio betrokken.

Er is een aantal posten waarvoor de middelen niet ingezet mogen worden:

- advieskosten/consultancy;
- reguliere zorg waarvoor financiering aanwezig is.

4.3.3 Zorgkantoren benoemen samen met zorgaanbieders knelpunten en zoeken (naar) oplossingen

Het afgelopen anderhalf jaar zijn door de aanpak van zorgkantoren in bijna alle regio's overleggen en/of samenwerkingsverbanden gestart. In deze regio's zijn zorgaanbieders samen met onderwijsorganisaties, werkgeversorganisaties en andere stakeholders concreet aan de slag met initiatieven om de kans op een goede implementatie van het kwaliteitskader te verhogen. We zien mooie plannen en initiatieven om de zorg in de regio te waarborgen en de kwaliteit te verhogen. De resultaten tot nu toe zijn veelbelovend.

Het coronavirus heeft een grote impact op de huidige uitvoering, de regionale knelpunten en op de focus voor 2021. Zorgkantoren hebben daar oog voor en gaan hierover als het nodig is met zorgaanbieders in overleg. Daarbij is het goed denkbaar dat de huidige plannen worden aangepast.

Hierbij kan het gaan om inhoudelijke bijstelling omdat de praktijk door de ontwikkelingen van het coronavirus niet meer aansluit op de plannen. Ook kan het zijn dat de tijdslijnen van de plannen aangepast

[31] De vigerende NZa-beleidsregels zijn van toepassing.

worden en de plannen op een later moment gerealiseerd worden. We zien daarnaast ook dat zorgorganisaties de diverse overleggen over het kwaliteitskader en arbeidsmarktproblematiek gebruiken voor afstemming over verpleeghuis-specifieke vraagstukken tijdens deze corona-periode.

De zorgaanbieders die een rol willen spelen bij het oplossen van een knelpunt stellen vervolgens individueel of samen een plan van aanpak (inclusief begroting) op en dienen deze in bij het zorgkantoor. Het regionale zorgkantoor legt na overeenstemming over het plan van aanpak en op welke wijze het ontwikkelbudget beschikbaar wordt gesteld, de afspraken schriftelijk vast. Met de inzet van de extra middelen kunnen de desbetreffende zorgaanbieders aan de slag en daadwerkelijk oplossingen realiseren. Streven is om met een zo groot mogelijke groep consensus te bereiken over de inzet van de beschikbare middelen.

4.3.4 De toekenning van de middelen is op basis van een plan van aanpak in de vorm van een lumpsum

Op basis van een door zorgaanbieders opgesteld plan van aanpak wordt een begroting opgesteld en worden afspraken over financiering gemaakt. Er kunnen afspraken gemaakt worden tot 2022. Partijen leggen schriftelijk vast welke verplichtingen zij ten opzichte van elkaar aangaan en ondertekenen de afspraken. Financiering kan plaatsvinden via een kassier (één van de betrokken zorgaanbieders) of direct aan de betrokken partijen. De financiële afspraken worden vastgelegd in het budgetformulier.

4.3.5 Tussen partijen worden afspraken gemaakt over monitoring en verantwoording

Bij de totstandkoming van het plan van aanpak worden afspraken gemaakt over de wijze waarop partijen ten behoeve van zorgkantoor en andere stakeholders de voortgang en resultaten monitoren en verantwoorden. Uitgangspunt is vertrouwen. Verantwoording vindt plaats op basis van de gemaakte afspraken. Indien het plan niet of maar deels is uitgevoerd, worden middelen terugbetaald.

4.3.6 De planning van het ontwikkelbudget hangt af van de regionale situatie vanwege het coronavirus

Zorgkantoren snappen dat het voor veel zorgaanbieder vanwege het coronavirus lastig is om het plan van aanpak voor het ontwikkelbudget zoals voorgaande jaren in juni-augustus op te stellen. We verwachten ook dat er voor sommige regio's eerder sprake van een zekere normalisatie zal zijn dan in andere regio's. Zorgkantoren bepalen in overleg met zorgaanbieders per regio wat een goed moment is om de plannen te ontwikkelen en vast te stellen. Hiermee bieden we ruimte aan regio's om -waar nodig- later dan gebruikelijk een plan in te dienen. Dit betekent ook dat de financiering dan later tot stand komt.

Datum	Fase
Vanaf juni 2020	Met zorgaanbieders in overleg over de planning voor het indienen van plannen
Vanaf juni – augustus 2020	Zorgaanbieders stellen plan van aanpak (incl. begroting) op
Vanaf 1 oktober 2020	Definitieve afspraken vastgelegd op basis van plan van aanpak
Uiterlijk 13 november 2020	Afspraken vastleggen in budgetformulier 2020
Vanaf januari 2021 – december 2022	Uitvoering plannen
Conform afspraak	Monitoring en verantwoording over voortgang en resultaten en indien van toepassing terugbetaling middelen

5 WAT VERWACHTEN ZORGKANTOREN BIJ SPECIFIEKE VORMEN VAN ZORG IN DE WLZ?

5.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk in het inkoopkader maakt helder wat zorgkantoren van zorgaanbieders verwachten bij het leveren van Wlz-zorg bij specifieke vormen van zorg. We geven in dit document wijzigingen op inkoopthema's aan en beschrijven tevens welke aanvullende voorwaarden en richtlijnen er vanuit de zorgkantoren zijn op de huidig geldende wet- en regelgeving.

Afgelopen jaren publiceerden zorgkantoren de tekst in dit hoofdstuk in een apart document genaamd 'Beleidskader contractering Wlz'. Op verzoek van zorgaanbieders, nemen we deze teksten nu op in het inkoopkader. Als er nieuwe ontwikkelingen en aanvullende voorwaarden zijn, zullen we in september 2020 een Addendum Beleidskader publiceren.

Het beleidskader heeft betrekking op:

- inkoopvoorwaarden: de genoemde voorwaarden gelden voor het afspreken en leveren van de betreffende prestaties
- aanvullend beleid:
  - meer informatie over of toelichting op een thema;
  - gedragslijn: een aanscherping/verduidelijking/uitwerking van de volgende voor het inkoopjaar vigerende NZa-beleidsregels: de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis en de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg;
  - toelichting op beleidswijzigingen veelal ingegeven door de overheid.

5.2 SPECIALISTISCHE ZORG

Gespecialiseerde zorgaanbieders
Blijvende aandacht voor het in standhouden van specifieke specialistische kennis bij zorgaanbieders die zich op specifieke doelgroepen richten, is belangrijk. Op die manier kunnen kwaliteit en doelmatigheid van de betreffende zorg geborgd blijven voor klanten. Dit brengt met zich mee dat deze specialistische zorg gericht en bij een beperkt aantal zorgaanbieders wordt ingekocht. We denken hierbij onder andere aan de gespecialiseerde behandelcentra voor de (SG)LVG doelgroep, de epilepsiecentra, de gespecialiseerde zorg voor zintuiglijk gehandicapten en aan de zorg die gefinancierd wordt door middel van toeslagen, zoals observatie en beademing.

Om de kwaliteit te borgen, kopen zorgkantoren de specialistische zorg in beperkte omvang in. Alle in te kopen zorg moet voldoen aan de beleidsregels van de NZa, de kwaliteitskaders en de van toepassing zijnde veldnormen. Voor een aantal vormen van specialistische zorg gelden een aantal aanvullende voorwaarden. Het is niet vanzelfsprekend dat met iedere zorgaanbieder die hieraan voldoet, een afspraak wordt gemaakt. Wij kijken ook naar voldoende beschikbaarheid van specialistische zorg in de regio of meerdere regio's indien het bovenregionale zorg betreft.

De aanvullende voorwaarden worden voor de volgende vormen van specialistische zorg hieronder nader benoemd:

- Toeslag (non) invasieve beademing;
- Toeslag observatie;
- Toeslag gespecialiseerde epilepsie;
- Zorg voor zintuigelijk beperkten;
- Overige (specialistische) ZZP's (VG7 en VV9B);
- Zorg voor mensen met een indicatie SGLVG of LVG1 tot 5.

5.3 TOESLAG (NON) INVASIEVE BEADEMING

Een vorm van specialistische zorg, waarvoor de zorgkantoren het belangrijk vinden aanvullende voorwaarden te stellen, is de beademingszorg. Voor deze zorg bestaat een toeslag. De toeslag is van toepassing op de LG, VG en V&V ZZP's.

Voor de toeslag invasieve en non-invasieve beademing geldt het volgende, in aanvulling op de passages inzake de Toeslag invasieve beademing (ib) en de Toeslag non-invasieve beademing in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis:

- Deze prestatie met bijbehorende tariefafspraak is zowel van toepassing op de planbare als de niet-planbare inzet van personeel.
- Er zijn aantoonbaar contacten met zowel medisch-specialisten als het Centrum voor Thuisbeademing (CTB).
- Er is sprake van samenwerking met een nabijgelegen ziekenhuis om snel te handelen in crisissituaties.
- Het personeel dat betrokken is bij de (non) invasieve beademing van klanten is hiertoe aantoonbaar geschoold. Bij scholing is een van de Centra voor Thuisbeademing betrokken.
- De organisatie heeft kennis en kunde continu paraat en maakt deze specialistische functie bekend op haar website en in het foldermateriaal.

Specifiek voor de invasieve beademing: gezien het medisch-specialistische karakter van deze zorg kan deze alleen worden geleverd waar behandeling wordt geboden. Deze beademingsplekken worden zo veel als mogelijk geclusterd geleverd en hebben een regionale functie.

5.4 TOESLAG OBSERVATIE

Voor de toeslag observatie handhaven de zorgkantoren, in aanvulling op de passage inzake de Toeslag Observatie in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis de volgende voorwaarden:

- De zorgaanbieder verzorgt voor deze functie een regionaal aanbod.
- Bij klanten die worden opgenomen op een observatieplaats, is vastgesteld dat observatie uitsluitend kan plaatsvinden binnen een klinische setting. In algemene zin heeft ambulante observatie de voorkeur.
- De zorgaanbieder heeft criteria ontwikkeld op basis waarvan een klant opgenomen wordt op een observatieplaats.

- Observatie vindt in eerste instantie plaats binnen een periode van een halfjaar of korter. Deze periode kan eventueel verlengd worden met drie maanden tot in totaliteit maximaal een jaar observatie.
- De behandelaar is eindverantwoordelijk voor het observatieproces en het resultaat van de observatie in de vorm van een observatierapport (en behandeladvies). De begeleiding van de klant binnen de observatieplaatsen en het uitvoeren van taken ten aanzien van het observatieproces vindt plaats door medewerkers op Hbo-niveau.

5.5 TOESLAG GESPECIALISEERDE EPILEPSIEZORG

Een vorm van specialistische zorg, waarvoor de zorgkantoren het belangrijk vinden aanvullende voorwaarden te stellen, is de gespecialiseerde epilepsiezorg. Voor deze zorg bestaat een toeslag.

Voor de toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg geldt het volgende, in aanvulling op de passages inzake de Toeslag Gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) laag/midden/hoog in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis:

- De zorg wordt geleverd door een instelling die het volledige spectrum aan epilepsiezorg op een kwalitatief toereikend niveau aanbiedt; hiertoe behoort ook gespecialiseerd onderwijs voor epilepsie.
- De zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die zowel derdelijns klinische, als langdurige epilepsiezorg levert en daarmee een landelijke functie voor deze specifieke doelgroep vervult.
- De zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die voortdurend wetenschappelijk onderzoek verricht op het gebied van epilepsie, in samenwerking met academische partners. De zorgaanbieder heeft geborgd dat de resultaten en recente ontwikkelingen in de klinische en langdurige zorg worden geïmplementeerd.
- Alle medewerkers die directe klantcontacten (kunnen) hebben (dus zowel zorg verlenend als niet-zorg verlenend personeel), zijn toegerust om adequaat te handelen in relatie tot de specifieke doelgroep.

5.6 ZORG AAN ZINTUIGLIJK BEPERKTEN

Een belangrijk deel van de zorg voor zintuiglijk beperkten is met ingang van het jaar 2015 overgeheveld naar de Wmo (begeleiding) en de Zvw (behandeling). Er kunnen zich de volgende situaties voordoen:

- Iemand heeft een indicatie voor een zorgprofiel, anders dan een zorgprofiel voor zintuiglijke handicap (ZG), én heeft behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap. Dan wordt deze zintuiglijke behandeling vergoed vanuit de Zvw. Deze behandeling wordt geleverd bovenop de Wlz-zorg.
- Iemand heeft een indicatie voor een ZG-zorgprofiel en heeft behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap. De behandeling ZG wordt in dit geval wel betaald uit de Wlz en niet uit de Zvw. De behandeling is dan integraal onderdeel van het zorgprofiel.
- Voor klanten met een ZZP ZGvis 1 en 2 die structureel ZG-behandeling nodig hebben, kan een herindicatie worden aangevraagd. Als de behandeling voor een beperkte periode nodig is, kan de behandeling ZG voor die periode gelijktijdig met het ZZP worden ingezet en gedeclareerd. Bij ZZP ZGvis 1 en 2 is behandeling namelijk géén onderdeel van het ZZP. Voor de prestaties ZGvis 3 t/m 5 kán behandeling onderdeel zijn van het ZZP en wordt hiervoor ook gecompenseerd in het ZZP ZG-tarief. Als na herindicatie het geïndiceerde zorgprofiel een ZZP ZGvis 3 t/m 5 is, is behandeling wel een onderdeel van het basis ZZP-budget en kan de BH ZG vanuit de rekenmodule worden gefinancierd.

Aanvulling op de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis

Om in de Wlz een ZZP ZG te leveren gelden voor de zorg voor mensen met een auditieve, communicatieve en visuele beperking de volgende voorwaarden:

- De ZG-klantgroep is een kleine, maar diverse doelgroep waarbij specifieke deskundigheid wordt gevraagd, zoals bijvoorbeeld het beheersen van communicatiemethoden (gebarentaal, braille). Deze specifieke deskundigheid dient binnen de instelling aanwezig te zijn om de continuïteit van de zorg die nodig is, te kunnen garanderen en te blijven ontwikkelen.
- Om dit te kunnen bewerkstelligen, dient er een bepaald volume ZG-klanten aanwezig te zijn.
- De diversiteit is deels te verklaren uit het feit dat er veelal sprake is van een combinatie van beperkingen, wat ervoor zorgt dat de problematiek complex en multidisciplinair van aard is. Medewerkers moeten geschoold zijn in de specifieke ondersteuning die ontstaat door de combinatie van deze verschillende beperkingen.
- Er is een multidisciplinair team met ZG-expertise aanwezig.
- De leefomgeving moet zijn aangepast op de zintuiglijke beperking. Voorbeelden: akoestische aspecten, verlichting en inrichting van de ruimten, gebouw gebonden hulpmiddelen.

5.7 Overige (specialistische) ZZP's

ZZP 7 VG. Aanvulling op de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis

- VG 7-klanten hebben meestal behoefte aan een gesloten/besloten setting. De organisatie moet hierin voorzien.
- Er is permanent toezicht en mogelijkheid tot direct ingrijpen.
- Indien noodzakelijk moeten Middelen en Maatregelen binnen de kaders van de Wet Zorg en Dwang kunnen worden toegepast.
- Individuele risico's van klanten worden vastgelegd in het zorgplan of signaleringsplan.
- Er is een adequaat alarmeringssysteem en direct back-up van collega's aanwezig, er moet binnen vijf minuten iemand bij de klant kunnen zijn.
- Er is periodieke scholing met betrekking tot agressieregulering, gedragsproblemen en dergelijke.
- Er moeten een AVG, gedragsdeskundige en begeleiders niveau HBO aanwezig zijn.

ZZP 9b V&V (herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging). Aanvulling op de Beleidsregel prestatiesbeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis

Gezien het medisch-specialistische karakter van dit ZZP-pakket, kan deze zorg alleen worden geleverd op een locatie/plaats waar behandeling wordt geboden.

5.8 ZORG VOOR MENSEN MET INDICATIE SGLVG EN LVG 1 – 5

Wettelijke regels en inkoopbeleid voor (SG)LVG- indicaties verander(d)en per 2019
Een deel van de mensen met een SGLVG- en LVG-indicatie ontving niet de passende zorg behorend bij deze indicatie. De praktijk en de regels liepen te ver uiteen. Om te borgen dat zorgaanbieders en zorgkantoren ook in de toekomst binnen de regels passende zorg kunnen bieden, hebben NZa, VGN, VOBC, VWS, Zorginstituut Nederland en zorgkantoren met elkaar afspraken gemaakt over:

- Het wijzigen van het inkoopbeleid van zorgkantoren per 1 januari 2019;
- Het aanpassen van de Regeling Langdurige Zorg met terugwerkende kracht per 1 januari 2019;
- Het aanpassen van de NZa beleidsregels per 1 januari 2020;
- Een overgangsregeling voor mensen die voor 1 januari 2020 een SGLVG- of LVG-indicatie hebben ontvangen en deze indicatie niet op de juist wijze verzilveren. Deze regeling loopt op 31 december 2020 af.

SGLVG-indicatie alleen verzilveren bij Borg-instellingen
Mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen kunnen behandeling met verblijf ontvangen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz kent hiervoor het SGLVG-zorgprofiel ('sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt'). Er is geen leeftijdsgrens voor deze indicatie.

Deze indicaties zijn bedoeld voor zorg en integrale multidisciplinaire behandeling van ernstige gedragsproblemen in een behandelinstelling. Deze zeer gespecialiseerde behandeling kan op dit moment alleen worden geboden in één van de vier (gesloten) Borg-instellingen. De indicatie duurt maximaal drie jaar en kan worden verlengd wanneer nog steeds behandeling in een Borg-instelling nodig is.

Mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen die niet in een Borg-instelling hoeven te verblijven en geen toegang hebben tot de Wlz, kunnen in aanmerking komen voor Wmo-ondersteuning. De eventueel noodzakelijke behandeling kan in dat geval tot 31 december 2020 worden vergoed uit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Vanaf 1 januari 2021 is de behandeling een aanspraak uit de Zvw.

LVG-indicaties alleen verzilveren bij instellingen met integrale behandelzorg en verblijf
Jongvolwassenen tot 23 jaar met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblemen kunnen behandeling met verblijf ontvangen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz kent hiervoor LVG-zorgprofielen. Ze zijn bedoeld voor integrale, multidisciplinaire behandeling met verblijf in een instelling die de behandeling voor gedragsproblemen biedt. Indicaties voor LVG-zorgprofielen duren maximaal drie jaar.

Als verblijf niet nodig is, is een LVG-zorgprofiel niet aan de orde. Als deze mensen geen toegang hebben tot de Wlz, kunnen zij in aanmerking komen voor Wmo-ondersteuning.

Zorgprofielen LVG 1 en 2 mogen niet meer worden verzilverd in PGB
Per 1 januari 2020 heeft VWS deze zorgprofielen toegevoegd aan de lijst met zorgprofielen waarvoor geen PGB mag worden verstrekt. Mensen met een LVG-zorgprofiel die voor 1 januari 2020 al een PGB kregen, kunnen het PGB behouden tot hun lopende indicatiebesluit is afgelopen. Voor de zorgprofielen LVG 3, 4 en 5 gold al dat deze niet mochten worden verzilverd in PGB.

Zorgkantoren zetten geen (SG)LVG-indicaties meer om naar zorg thuis of een VG-toewijzing
De nieuwe regels staan het niet toe om een (SG)LVG-indicatie structureel te verzilveren in een VG ZZP, VPT of MPT. Ook als een klant met deze indicatie bij een zorgaanbieder zonder behandeling verblijft, mogen zorgkantoren deze zorg niet vergoeden.

Uitzondering op deze regel is overbrugging tot opname in een (SG)LVG-behandelinstelling
Het is niet altijd mogelijk om direct na het afgeven van de indicatie bij een (SG)LVG-behandelinstelling te wonen. Het is wel nodig om de behandeling zo snel mogelijk te starten. De klant kan dan gedurende maximaal 2 x 13 weken de (SG)LVG-indicatie als overbrugging op een andere manier verzilveren. Dat kan zijn bij een andere zorgaanbieder die geen (SG)LVG-zorg biedt, met een VG-toewijzing, VPT of een MPT. Als de (SG)LVG-behandelinstelling daarnaast alvast een ambulante behandeling inzet, vergoeden zorgkantoren de betreffende behandelprestatie. Een voorwaarde voor het toekennen van overbruggingszorg is dat de klant actief wachtend is bij een (SG)LVG-behandelinstelling waarmee het betreffende zorgkantoor een overeenkomst heeft.

Na afronding van de behandeling moet de (SG)LVG-zorgaanbieder tijdig een vervolgindicatie regelen
Als de (SG)LVG-indicatie verloopt (na maximaal drie jaar) en er is nog steeds vervolgzorg nodig, dan moet de klant tijdig een nieuwe indicatie aanvragen. Overplaatsing naar een nieuwe thuissituatie of een andere Wlz-instelling kan niet meer met een (SG)LVG-indicatie, de klant moet dan de juiste indicatie hebben. Dit kan een indicatie binnen de Wlz of de Wmo zijn. Dan is namelijk meteen duidelijk wie verantwoordelijk is voor (de betaling van) de zorg.

Na afronding van de behandeling kunnen dus de volgende situaties ontstaan:

- De klant krijgt een nieuwe Wlz-indicatie anders dan (SG)LVG. Dan stroomt hij of zij door naar een andere Wlz-instelling of krijgt hij of zij Wlz-zorg thuis. Als er nog geen plaats is in de nieuwe instelling, kan hij of zij tijdelijk in de (SG)LVG-instelling blijven. Het zorgkantoor vergoedt deze zorg gedurende maximaal 2x13 weken met nieuwe O-prestaties overbruggingszorg LVG of SGLVG. De nieuwe indicatie hoeft hiervoor niet omgezet te worden naar de (SG)LVG-indicatie.
- De klant krijgt opnieuw een (SG)LVG-indicatie, waardoor de zorg kan worden gecontinueerd.
- De klant krijgt géén Wlz-indicatie. Dan stroomt hij of zij uit naar Wmo-ondersteuning, al dan niet aangevuld met ambulante behandeling. Als er nog geen woning of ondersteuning beschikbaar is, kan het CIZ de (SG)LVG-indicatie maximaal drie maanden verlengen. De klant kan dan langer in de (SG)LVG-instelling blijven. Zorgkantoren betalen de (SG)LVG-zorgaanbieder gedurende deze periode het tarief dat past bij de betreffende (SG)LVG-indicatie. Na 13 weken mag het zorgkantoor geen declaratie voor deze klanten meer vergoeden.

5.9 INKOOPVOORWAARDEN LVG ZORG

Vanaf 2019 maken zorgkantoren voor het leveren van zorg aan klanten met een LVG-indicatie alleen nog afspraken met zorgaanbieders die integrale behandelzorg in een verblijfssetting leveren die past bij het door het CIZ geïndiceerde LVG-zorgprofiel. Zorgkantoren hanteren de volgende criteria voor de inkoop van deze zorg:

De LVG-zorg is een aparte categorie in de Wlz, die vraagt om aanvullende inkoopvoorwaarden
Zorgkantoren maken voor het leveren van zorg aan klanten met een LVG-indicatie alleen afspraken met zorgaanbieders die passende integrale behandelzorg voor gedragsproblemen in een verblijfssetting kunnen leveren en daarin aantoonbaar expertise en ervaring hebben opgebouwd.

Om duidelijk te maken wat zorgaanbieders in huis moeten hebben, hebben zorgkantoren in afstemming met de Vereniging van Orthopedagogische BehandelCentra (VOBC) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland aanvullende inkoopvoorwaarden ontwikkeld. Deze inkoopvoorwaarden bouwen voort op de zorgprofielen van het CIZ en de beleidsregels van de NZa.

Zorgkantoren maken met deze aanvullende voorwaarden duidelijk aan welke eisen LVG-zorgaanbieders moeten voldoen. Zorgkantoren maken onderscheid in het aanbod voor klanten met een indicatie LVG 1, 2, en 3 en LVG 4 en 5 omdat deze indicaties andere eisen stellen aan de behandelsetting.

Met deze voorwaarden kunnen zorgkantoren vooraf een afgewogen oordeel vormen of de zorgaanbieder de zorg mag gaan leveren. Ook geven deze voorwaarden zorgkantoren een goed kader om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg aan klanten met een LVG-indicatie.

De LVG-zorgaanbieder is integraal verantwoordelijk voor wonen, begeleiding, Wlz-specifieke behandeling én algemeen medische zorg, 24 uur per dag en 7 dagen in de week

- De zorgaanbieder werkt met één integraal behandelplan. Dit behandelplan omvat zowel wonen, werken/dagbesteding/opleiden als vrije tijd. Het multidisciplinaire team verzorgt de input voor het behandelplan. Het behandelplan is samen met de klant opgesteld en wordt systematisch geëvalueerd en geactualiseerd. Eén behandelaar is verantwoordelijk voor het integrale behandelplan.
- De indicatie LVG is tijdelijk. Het integrale behandelplan houdt hier rekening mee en werkt toe naar een volgende stap voor onze klanten. Dat is bijvoorbeeld het perspectief om in de toekomst zelfstandig te wonen of passende zorg te ontvangen in een verblijfssetting met een VG-indicatie.

De behandeling omvat zowel de Wlz-specifieke zorg als de algemeen medische zorg

- Bij klanten met een LVG-indicatie staat altijd de behandeling van gedragsproblemen centraal. De behandeling heeft als doel om kinderen, jongeren en jongvolwassenen te leren omgaan met hun beperkingen en de bijkomende problematiek te verminderen. Het pedagogisch klimaat is een voorwaarde om goed te kunnen begeleiden en behandelen, waarbij de klanten zich veilig en op hun gemak voelen. De zorgaanbieder biedt alle effectieve orthopedagogische interventies aan die toegesneden zijn op deze doelgroep. De interventies worden geleverd volgens de laatste wetenschappelijke inzichten.
- De zorgaanbieder biedt diverse vormen van behandeling aan, zoals bijvoorbeeld: traumabehandeling, EMDR en gedragstherapie. Voor LVG 4 en 5 moet de zorgaanbieder voor veel van deze ingezette behandelingen de expertise zelf in huis hebben. Voor LVG 1, 2, en 3 mag de zorgaanbieder de benodigde expertise extern inhuren. De zorgaanbieder blijft in dat geval wel verantwoordelijk voor de kwaliteit van de behandeling.
- Behandelaren moeten beschikbaar (LVG 4 en 5) of aantoonbaar oproepbaar (LVG 1 – 3) zijn.
- De zorgaanbieder levert de algemeen medische zorg. Hieronder valt het leveren (al dan niet via onderaannemerschap) van huisartsenzorg, psychische zorg, farmacie, tandheelkundige zorg en waar nodig hulpmiddelen. De LVG-zorgaanbieder waarborgt de kwaliteit van deze zorg en betaalt deze zorg uit het tarief (ZZP).

De zorgaanbieder biedt klanten passende voorzieningen voor *wonen, dagbesteding en vrije tijd*

- Voor mensen met een indicatie LVG 1 – 3 hoeven deze activiteiten niet op één locatie plaats te vinden. De zorgaanbieder waar de klant verblijft, is wel verantwoordelijk voor het integrale zorgaanbod en voert de regie.
- Voor klanten met een indicatie LVG 4 en 5 moet de zorgaanbieder al deze functies op één locatie aanbieden.

De zorgaanbieder draagt zorg voor een veilig klimaat voor de klant, het personeel, de organisatie en de maatschappij

- De zorgaanbieder heeft voor deze specifieke doelgroep een veiligheidsbeleid met tenminste de volgende thema's: (seksueel) grensoverschrijdend gedrag, inclusief pesten en agressie; gebruik en misbruik van middelen (alcohol/drugs); huiselijk geweld en kindermishandeling en seksueel misbruik; toepassing handreikingen voor hulp aan slachtoffers van mensenhandel/loverboys.
- De zorgaanbieder voert jaarlijks een risicoanalyse uit op organisatieniveau. De uitkomsten daarvan zijn onderdeel van het kwaliteitsrapport van de zorgaanbieder.
- Begeleiding en behandeling conform de geldende veiligheidsnormen en wettelijke kaders.

De zorgaanbieder beschikt over voldoende gekwalificeerd personeel en werkt volgens algemeen aanvaarde kwaliteitsnormen

- De zorgaanbieder heeft tenminste één verantwoordelijk behandelaar in dienst. Dit kan bij klanten met een indicatie LVG 1 - 3 een AVG-arts zijn, een basis-psycholoog of basis-orthopedagoog (master). Bij LVG 4 en 5 is de behandelaar altijd een geregistreerde post-master GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist.
- De begeleiders en behandelaren zijn goed opgeleid en beschikken over specifieke expertise en competenties voor deze doelgroep. Het personeel is een mix van mbo/hbo geschoold, de mix weerspiegelt de zwaarte van de indicatie.
- Als een zorgaanbieder klanten heeft met een indicatie LVG 4 of 5, handelt deze zorgaanbieder volgens de kwaliteitscriteria die zijn benoemd in het rapport "OBC in perspectief". Als een zorgaanbieder klanten heeft met een indicatie LVG 1 – 3, kan de zorgaanbieder de criteria uit dit rapport gebruiken als leidraad.
- De zorgaanbieder vraagt tijdig een vervolgindicatie aan als de behandeling bijna is afgerond en de klant kan verhuizen naar een andere woonsituatie. De zorgaanbieder heeft structureel overleg met organisaties die na afronding van de behandeling eventueel zorg overnemen.

Continuïteit blijft de hoogste prioriteit

Zorgaanbieders die deze zorg voor het eerst willen leveren aan klanten met een LVG-indicatie moeten aantoonbaar voldoen aan bovenstaande criteria. Daarnaast beschrijven zij hun visie op deze zorg.

Zorgkantoren gaan daarnaast in gesprek met zorgaanbieders die in 2020 al LVG-zorg leveren. Mocht blijken dat een zorgaanbieder nog niet de LVG-zorg volgens deze inkoopvoorwaarden levert, dan gaat het zorgkantoor met de zorgaanbieder in gesprek over een concrete aanpak om te komen tot de gewenste situatie. De continuïteit én kwaliteit van de zorg zijn dan belangrijke toetsstenen.

5.10 WLZ-BEHANDELING

De Wlz-aanspraak omvat behandeling voor alle Wlz-klanten

Met de invoering van de Wlz hebben alle klanten binnen de Wlz recht gekregen op Wlz-behandeling. Wlz-behandeling kan geleverd worden zowel thuis als onderdeel van het Modulaire Pakket Thuis of het Volledig Pakket Thuis als via verblijf in een instelling. In de regelgeving wordt voor verblijf onderscheid gemaakt in verblijf met en verblijf zonder behandeling. Hierdoor krijgen Wlz-klanten met gelijke behoefte niet altijd dezelfde zorg vanuit de Wlz.

Het Zorginstituut heeft in 2019 advies uitgebracht over de positionering van de behandeling binnen de Wlz om pakketverschillen weg te nemen.

Echter, de minister heeft besloten dit advies niet over te nemen. De minister heeft opgeroepen problemen in het zorgaanbod rondom behandeling regionaal te bespreken en op te pakken, waarbij samenhang en samenwerkingsafspraken essentieel zijn.[32]

In de tussentijd hebben we in de praktijk te maken met regelgeving die bepaalt voor wie welke behandeling binnen de Wlz bekostigd kan worden. De individuele Wlz-behandeling is hiermee niet voor alle klanten even goed toegankelijk.

Aandachtspunten zorgkantoren bij Wlz-behandeling
Zorgkantoren vinden de volgende aandachtspunten van belang:

- Werk regionaal intensief samen aan een aaneensluitende keten van behandeling; bouw een netwerk van AVG, SO, huisarts(en) psychiaters en - waar aanwezig - verpleegkundig specialist in de regio. Maak afspraken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid overdag en in de avond, weekend en nacht. En wissel kennis uit!
- Draag zorg voor voldoende beschikbare en toegankelijke verpleegkundige kennis voor een goede triage en integrale afgestemde zorgverlening.
- Werk taakherschikking van huisartsen, SO's en AVG's naar verpleegkundig specialisten verder uit om het effect van de krapte op de arbeidsmarkt voor artsen te beperken.
- Maak afspraken over het inregelen van het inzien van medische dossiers van klanten en de verslaglegging en terugkoppeling door (mede)behandelend, verzorgend en verpleegkundig personeel.
- Realiseer 24/7 bereikbaarheid SO en AVG ter consultatie voor huisarts door bijvoorbeeld gebruik te maken van E-health technologieën.

Voor de sectoren V&V en GZ hanteren de zorgkantoren de volgende beleidslijn voor klanten die verblijven
Het is mogelijk om individuele behandeling te declareren bovenop het ZZP of VPT (exclusief behandeling). Ook kan individuele behandeling als onderdeel van het MPT geleverd worden. De zorgaanbieder die de behandelzorg levert, moet hiervoor wel toegelaten zijn voor het leveren van behandeling en hierover afspraken hebben gemaakt met het zorgkantoor.

De huisarts blijft verantwoordelijk
Het is in beginsel alleen mogelijk om individuele behandeling te declareren naast een ZZP of VPT exclusief behandeling ten behoeve van de consultatie van de SOG (H335)/AVG-arts (H336) door huisartsen. De H335 en de H336 kunnen op consultbasis ingezet worden door een huisarts. De SOG/AVG-arts kan bepalen of ook andere behandelvormen, bijvoorbeeld paramedische, kortdurend kunnen worden ingezet. De criteria waaronder dit plaats kan vinden, staan beschreven in het Voorschrift Zorgtoewijzing.

De machtiging voor het inzetten van de overige behandelprestaties is vervallen
Voor het kortdurend (aanvullend) declareren van de overige behandelprestaties genoemd in de Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg hoeft u vooraf geen toestemming te vragen aan het zorgkantoor. De zorgkantoren toetsen achteraf of behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de criteria zoals beschreven in het Voorschrift Zorgtoewijzing.

[32] Een nadere duiding van de verschillende vormen van behandeling in de Wlz vindt u hier: https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/behandeling-wlz.

Omzetting van ZZP exclusief behandeling naar inclusief behandeling
Indien de vraag om behandeling van klanten structureel van aard is, kan overwogen worden het ZZP exclusief behandeling om te zetten naar een ZZP inclusief behandeling. Dit dient altijd te worden besproken met de zorginkoper van uw zorgkantoor. Het is regionaal beleid en afhankelijk van de beschikbare contracteerruimte van het zorgkantoor hoe het betreffende zorgkantoor met dit verzoek omgaat.

5.11 GGZ-BEHANDELING

Met de overheveling van de GGZ naar de Wlz wordt ook zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden onder de aanspraak van behandeling voor mensen met een grondslag psychiatrie gebracht. Deze behandeling kan op twee manieren geleverd worden; integraal via een verblijfsprestatie inclusief behandeling of als losse prestatie naast verblijf zonder behandeling of PGB/MPT.

De minister heeft echter besloten om tot aan de invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur in de Zvw de losse behandeling voorlopig nog onder de Zvw door te laten lopen. Dit geeft klanten die zijn aangewezen op behandeling comfort dat ze de bestaande behandelaar kunnen houden. Zodra de bekostigingsstructuur in de Zvw is ingevoerd, wordt ook de losse behandeling overgeheveld naar de Wlz. Bij verblijf zonder behandeling in de GGZ geldt dat de woonzorgaanbieder regie voert over de benodigde behandeling.

5.12 INZET SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE IN DE THUISSITUATIE (V&V)

Dit thema is alleen van toepassing voor de V&V. Analoog aan de hieronder beschreven werkwijze kan de AVG-arts na consultatie van de huisarts andere disciplines inzetten en onder de H336-prestatie declareren.

Kwetsbare ouderen langer thuis laten wonen vraagt om de inzet van brede deskundigheid
Het beleid van de overheid en de zorgkantoren is erop gericht om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Met het introduceren van het programmaplan langer thuis wordt dit beleid verder uitgewerkt. De inzet van de expertise van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) in de thuissituatie kan bijdragen aan het voorkomen van opnames.

De inzet van de SO voor ouderen die nog thuis wonen met een Wlz-indicatie is geregeld via de volgende prestatie: H335 (Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg). Huisartsen kunnen een SO bij de behandeling van een (kwetsbare) oudere betrekken.

De SO kan door de huisarts worden ingezet voor consultatie en medebehandeling. Deze contacten kunnen bestaan uit:

- Diagnostisch specialistisch ouderengeneeskundig consult Wlz-klant;
- Geriatrisch assessment Wlz-klant;
- Ondersteuning bij het vraagstuk polyfarmacie bij de Wlz-klant;
- (mede)Behandeling specialist ouderengeneeskunde Wlz-klant.

Zelfstandige bevoegdheid Verpleegkundig Specialist (VS)
Vanaf 2020 zijn de prestaties H335 en H336 verruimd. Hierdoor kunnen Verpleegkundig Specialisten (VS) zelfstandig de zorg, zoals omschreven staat in de prestatie, uitvoeren voor zover dit past binnen de daarvoor geldende regels en normen. Het is aan de VS, eventueel in overleg met de verwijzende huisarts, om te boordelen of de consultatie in lijn is met de bevoegdheden die zij hebben vanuit de Wet BIG.

De inzet van de SO voor ouderen zonder een Wlz-indicatie is in de Zvw geregeld in de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen (GZSP).

Onder verantwoordelijkheid van de SO is het mogelijk om andere disciplines te consulteren
Wanneer de huisarts een SO consulteert voor een vraagstuk rond een klant, kan de SO onder zijn/haar verantwoordelijkheid een andere discipline raadplegen.

De SO blijft eindverantwoordelijk voor deze discipline en draagt tevens verantwoordelijkheid voor een juiste declaratie en terugkoppeling naar de huisarts. De huisarts blijft hoofdbehandelaar. Dit geldt zowel voor klanten met als zonder een Wlz-indicatie. Deze verdeling van verantwoordelijkheden tussen de huisarts en SO is vastgelegd in het convenant LHV-Verenso. Daarnaast kan een SO een gedragswetenschapper inschakelen ten laste van de Wlz of de tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling.

Er gelden drie voorwaarden voor declareren van consultatie van andere disciplines door de SO
Voorwaarden voor het declareren van de consultatie door de SO van een gedragswetenschapper of andere behandelaren onder de prestatie S335 zijn:

- De in te zetten professional levert zorg/behandeling onder verantwoordelijkheid van en onder de regie van de SO.
- Op de achtergrond is de SO voortdurend aanwezig. Het gaat om kortdurende inzet. We gaan ervan uit dat de inzet van andere deskundigen veelal gaat om de inzet van een gedragskundige bij het eenmalig geriatrisch assessment.
- De gedragswetenschapper mag nooit ten laste van de GZSP worden gedeclareerd.

Voor meer structurele inzet zijn er andere behandelprestaties en vormen
De behandelprestaties in de Wlz zijn inhoudelijk beschreven in de Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg. Voor behandeling aan klanten thuis met een Wlz-indicatie gelden de regels voor zorg thuis uit het Voorschrift Zorgtoewijzing.

5.13 ZORG EN ONDERWIJS

Passend Onderwijs
Beperkt en begaafd, ieder kind verdient onderwijs om zichzelf maximaal te ontplooien, ook als dat extra zorg of ondersteuning vraagt. Het kabinet wil dat ouders en scholen in een gelijkwaardig gesprek een passende aanpak afspreken, daarbij ondersteund door de mogelijkheid van een onderwijsconsulent. Het kabinet onderzoekt op welke wijze het leerrecht van kinderen wettelijk kan worden vastgelegd. Ook zal het kabinet, mede met het oog op leerlingen met een ernstig meervoudige handicap, bezien hoe de zorg voor leerlingen binnen een beperkt aantal onderwijsinstellingen met complexere casuïstiek direct uit de middelen voor zorg in onderwijstijd kan worden gefinancierd. De zorg thuis dient daarbij adequaat te blijven.

Elke school krijgt een vaste som geld voor het onderwijs aan een kind. Dat geldt voor zowel gewone scholen als voor scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs. Scholen werken samen om passend onderwijs in een bepaalde regio te verzorgen. Deze zogenoemde regionale samenwerkingsverbanden ontvangen geld voor extra ondersteuning. Ze verdelen dit geld over de scholen in hun regio. Zo kunnen scholen de extra begeleiding van leerkrachten en leerlingen betalen. Ook kunnen zij hiermee lesmateriaal aanschaffen.

Wat wordt verstaan onder extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs?
Wlz-zorg en ondersteuning tijdens onderwijs kan, zoals in de 'Handreiking onderwijs en zorg' beschreven, bestaan uit persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Er valt dan te denken aan hulp bij eten en drinken, toiletbezoek, het bewegen en/of zich verplaatsen, hulp bij een stoma, hulp bij het toedienen of gebruik van medicijnen, ondersteuning bij praktische zaken en bij communicatie (begrijpen wat anderen zeggen en jezelf begrijpelijk maken) of het leren om zelf regie te houden (dag- of weekplanning maken).

Wat verwachten we van de zorgaanbieder?
Zorgkantoren verwachten dat zorgaanbieders op constructieve wijze afspraken maken met scholen over het verlenen van zorg en ondersteuning tijdens het onderwijs. De zorgverlening vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, waar de klant in zorg is. Deze mag hiervoor eigen personeel of personeel van de school inzetten.

Voorwaarde is dat de medewerker extra wordt ingezet bovenop de reguliere formatie.

Het is raadzaam om tijdig met ouders te bespreken dat zorg bij onderwijs ook binnen de Wlz-financiering vormgegeven moet worden.

Zorg en ondersteuning tijdens onderwijs kan zowel in PGB als ZIN plaatsvinden
Kinderen die gebruik maken van zorg en ondersteuning kunnen zelf kiezen en afstemmen met school welke zorgaanbieder de betreffende zorg tijdens onderwijs gaat bieden en of financiering dan via PGB of ZIN plaatsvindt. Er zijn vier vormen van financieren van zorg tijdens onderwijs: via PGB, via MPT (al dan niet in combinatie met PGB), op basis van een ZZP of VPT inclusief dagbesteding. In algemene zin gelden de volgende voorwaarden voor de declaratie van de geïndiceerde zorg en ondersteuning tijdens onderwijs:

- Conform de 'Handreiking onderwijs en zorg' (zie de link hieronder) moeten de afspraken die gemaakt worden door ouders, school en de betrokken partners over de zorg tijdens de onderwijs-uren vastgelegd worden in een zorgplan.
- Voor de inzet van zorg tijdens onderwijs op basis van PGB geeft het zorgkantoor toestemming door middel van de beschikking op het budgetplan op basis van de zorgbeschrijving en het contract met de zorgaanbieder.
- Mocht de situatie zich voor doen dat het kind ziek is dan is het ook mogelijk om de extra zorg thuis in te zetten of in de woonvorm.
- BG-GRP kan tijdens de schoolvakanties en/of indien het kind niet alle dagen van de week naar school gaat, in de vorm van dagbesteding worden ingezet.

De te declareren zorg moet in relatie staan tot de gemaakte kosten
Zorgkantoren verwachten dat er een grote verscheidenheid bestaat in de wijze waarop ouders met scholen en zorgaanbieders afspraken maken over de inzet van zorg en ondersteuning. Dit is onder andere afhankelijk van het aantal kinderen met een zorg- en/of ondersteuningsvraag en de beschikbare deskundigheid op de betreffende school. Ten behoeve van de doelmatige inzet van middelen in de Wlz is de wijze van financiering van zorg en ondersteuning tijdens onderwijs voor de verschillende leveringsvormen als volgt:

- PGB: de daadwerkelijk ingezette uren moeten verantwoord worden binnen de indicatie en budget.
- MPT: de daadwerkelijk geleverde uren zorg en ondersteuning tijdens onderwijs kunnen binnen de reikwijdte van de indicatie en het goedgekeurde MPT gedeclareerd worden. De kind-toeslagen op de dagbesteding zijn bij zorg en onderwijs niet van toepassing.
- Intramuraal verblijvende klanten: wanneer zorg en ondersteuning daadwerkelijk tijdens onderwijs wordt ingezet kan deze gefinancierd worden middels het declareren van een ZZP inclusief dagbesteding. Zorgkantoren vertrouwen erop dat zorgaanbieders alleen het ZZP inclusief dagbesteding declareren wanneer de waarde van de dagbestedingscomponent in relatie staat tot de kosten van zorg en ondersteuning tijdens onderwijs (voor al hun klanten). De toeslag kind op de dagbesteding is bij zorg en ondersteuning tijdens onderwijs niet van toepassing. [33]

5.14 MONDZORG

Mondzorg behoort tot de Wlz
Klanten met een Wlz-indicatie die verblijven op een plaats met behandeling geleverd door dezelfde instelling hebben recht op Mondzorg. Voor Verblijf zonder behandeling, VPT, MPT, PGB en combinatie PGB/MPT, geldt dat de tandartskosten uit de Zvw worden gefinancierd.

Wat verwachten we van de zorgaanbieder?
De zorgaanbieder regelt de dagelijkse (preventieve) mondzorg van het (kunst)gebit. Dit is onderdeel van de persoonlijke verzorging die iedere intramurale Wlz-klant krijgt. De afspraken die hierover zijn gemaakt tussen klant en zorgaanbieder zijn opgenomen in het zorgplan van de klant.

Daar waar aanvullend tandheelkundige zorg nodig is door een mondzorgprofessional (tandarts, orthodontist, mondhygiënist, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde) moet de zorgaanbieder dat regelen voor de klant. De zorgaanbieder regelt deze mondzorg en maakt hierover afspraken met mondzorgprofessionals. De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt vastgelegd in het dossier van de betreffende klant.

Tandheelkundige zorg is zorg die geleverd wordt conform de Prestatie- en tariefbeschikking Tandheelkundige zorg en aanverwante mondzorg-regelgeving en geleverd wordt door een mondzorgprofessional, of in verlengde arm door een preventie-assistent. We benadrukken dat tandheelkundige zorg dus niet de dagelijkse mondverzorging betreft.

Zorgkantoren verwachten daarnaast dat zorgaanbieders kwalitatief goede mondzorg aan klanten leveren, prioriteit geven aan verdere verbetering van de mondzorg en aan deskundigheidsbevordering van het personeel rondom (preventieve) mondzorg voor alle sectoren. We verwachten dat periodiek een interne audit uitgevoerd wordt naar de kwaliteit van de mondzorg, waarbij de drie pijlers uit het relevante toetsingskader mondzorg van de IGJ – persoonsgerichte zorg, deskundige medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid – aan de orde komen.

[33] Meer informatie is te vinden op de website van VWS via de volgende link: https://www.informatielangdurigezorg.nl/soorten-zorg/zorg-op-school

Verantwoordelijkheden
De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat zorg door de mondzorgprofessional kan worden geleverd (denk aan het beschikbaar stellen van een ruimte of levering van mondzorg buiten de instelling) en daadwerkelijk aan de klant wordt geleverd. De zorgaanbieder ziet erop toe dat de mondzorgprofessional de zorg verleent die het meest passend is voor de klant, alsmede dat de mondzorgprofessional niet meer tijd en geen andere of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. De mondzorgprofessional is verantwoordelijk voor de inhoud van de behandeling en een tandheelkundig zorgplan.

De zorgaanbieder en de mondzorgprofessional maken vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken over onder andere de mondzorgverlening en de informatie die ze nodig hebben om een machtigingsaanvraag te doen, waar nodig, de zorg te registreren en te declareren.

Machtigingen en vergoedingen
De tandartskosten worden bovenbudgettair vergoed. Voor een deel van de behandelingen is een machtiging nodig. De mondzorgprofessional vraagt de machtiging aan en declareert bij het zorgkantoor.

De vergoedingen zijn in de Wlz anders dan in de Zvw. Vergoedingen in de Wlz zijn, met uitzondering van orthodontie, op basis van bestede tijd. Ter onderbouwing van de bestede tijd wordt gebruik gemaakt van reguliere Zvw-prestaties. Daarnaast mogen materiaalkosten in rekening worden gebracht. Meer informatie hierover is te vinden in de Beleidsregels voor mondzorg, te weten de Beleidsregel Wlz-zorgaanbieders met tandartspraktijk, de Beleidsregel Tandheelkundige zorg, de Beleidsregel Orthodontische zorg, de Beleidsregel Bijzondere tandheelkunde instellingen, de Regeling mondzorg en daar waar van toepassing, de bijbehorende prestatie- en tariefbeschikkingen. Daarnaast verwijzen we u naar de Algemene Voorwaarden mondzorg Wlz zoals gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren.

Soms is de vergoeding beperkt

Niet alle tandheelkundige zorg wordt (geheel) vergoed. In de wet- en regelgeving staan aanvullende regels:

- Voor bepaalde ingrepen moet de instelling of de mondzorgprofessional van tevoren toestemming vragen aan het zorgkantoor. Dat is onder meer nodig bij het plaatsen van een beugel, kroon of brug. De mondzorgprofessional informeert de klant over de vergoeding van de behandeling.
- Gaat een klant ergens anders wonen? Dan heeft de klant nog negen weken lang recht op de tandheelkundige hulp waarmee voor de verhuizing al was begonnen. Bijvoorbeeld: hij krijgt het kunstgebit dat al is besteld, nog geleverd.
- Kijk voor de precieze regels bij tandheelkundige zorg in de Regeling langdurige zorg, artikel 2.4.

Het machtigingen- en declaratietraject
De zorgkantoren hebben op hun website mondzorgdocumenten gepubliceerd. Het betreft een informatiepakket dat door de zorgaanbieder (instelling én mondzorgprofessional) kan worden gedownload. Het informatiepakket bevat onder andere informatie met betrekking tot de wijze van aanvragen en declareren, tarieven en algemene voorwaarden.

5.15 PALLIATIEF TERMINALE ZORG

Stervensbegeleiding maakt in principe onderdeel uit van de reguliere financiering, maar onder voorwaarden is extra financiering mogelijk. Palliatieve zorg is onderdeel van het zorgprofiel dat de klant heeft. De vergoeding van de palliatieve zorg vindt in principe plaats vanuit het geïndiceerde zorgprofiel.

Indien de zorg thuis ontoereikend is, kan de zorgaanbieder bij een MPT extra zorg aanvragen via de rekenmodule. In het Voorschrift Zorgtoewijzing vindt u nadere informatie over het aanvragen en declareren van palliatieve zorg bij de verschillende leveringsvormen.

Bij een VPT en de behandelend arts schat in dat de levensverwachting korter dan drie maanden is, kan VPT 10 VV gedeclareerd worden, als die verhoging nodig is om de klant intensieve PTZ thuis te kunnen laten ontvangen.

In geval van een ZZP kan de zorg bekostigd worden via het ZZP VV 10. De zorgvraag in de terminale levensfase moet dan wel voldoen aan de criteria zoals beschreven in de meest actuele 'Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis'. De behandelend arts moet verklaren dat de klant voldoet aan deze criteria.

Uitzondering geldt voor klanten die thuis verblijven, maar enkel voor palliatief terminale zorg intramuraal verblijven en waarbij de levensverwachting volgens de behandelend arts drie maanden of korter is. Er hoeft dan niet te worden voldaan aan de andere criteria om een ZZP VV 10 te declareren. De IKNL-handreiking 'financiering palliatieve zorg 2020' zet de huidige mogelijkheden voor financiering van palliatieve zorg overzichtelijk op een rij.

Het kwaliteitskader en de richtlijnen voor palliatieve zorg zijn van toepassing
In het najaar van 2017 presenteerden Palliactief, de vereniging voor professionele palliatieve zorg, en het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Dit kader is richtinggevend geschreven: de bedoeling is vooral dat er een eenduidig beleid is om palliatieve zorg te verbeteren. Naast het kwaliteitskader zijn er ziekte- en symptoomgerichte richtlijnen. Ook zijn er richtlijnen gericht op het levenseinde en bijvoorbeeld een richtlijn gericht op spirituele zorg. [34]

Zorgkantoren maken alleen inkoopafspraken voor de ZZP en VPT VV 10 met die partijen die aan de betreffende richtlijn en de beleidsregels voldoen. Er is vooraf geen toestemming van het zorgkantoor nodig om ZZP en VPT VV 10 in te zetten. Toetsing vindt achteraf plaats op basis van benchmarking en materiële controle.

Waken bij een terminale Wlz klant in de thuissituatie
Dit wordt gefinancierd uit de Wlz, mits het waken vanuit een verpleegkundig of verzorgend oogpunt noodzakelijke is en is onderbouwd in het zorgplan. De momenten waarop de klant rust of slaapt en zorgverleners alleen aanwezig zijn zonder verpleegkundige of verzorgende noodzaak, kunnen niet worden gedeclareerd.

Het is nog steeds mogelijk dat er bij de klant gewaakt wordt. Vanuit het grote netwerk van gespecialiseerde vrijwilligers, Vrijwilligers-Palliatieve Terminale Zorg, kunnen de mantelzorgers ondersteund worden bij het waken bij de klant. VWS ondersteunt de inzet van deze vrijwilligers vanuit de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging.[35]

---

[34] Het kwaliteitskader en de richtlijnen zijn gepubliceerd op: https://www.pallialine.nl/
[35] Zie voor meer informatie: https://wetten.overheid.nl/BWBR0022841/2019-07-03.

5.16 HULPMIDDELEN EN ROERENDE VOORZIENINGEN

Vanaf 1 januari 2020 worden onderstaande hulpmiddelen voor alle klanten die verblijven in een Wlz-zorginstelling uit de Wlz betaald. Het gaat hierbij om:

- Budget instelling: Roerende voorzieningen: Hulpmiddelen voor zorg en wonen die door meerdere personen gebruikt kunnen worden (zoals hoog-laagbedden, tilliften en douchestoelen).
- Bovenbudgettaire mobiliteitshulpmiddelen:
  - Individueel aangepaste rolstoel;
  - Aangepaste, niet algemeen gebruikelijke fietsen;
  - Scootmobielen voor individueel gebruik;
  - Aangepaste, niet algemeen gebruikelijke duwwandelwagens/buggy's voor kinderen;
  - Aangepaste, niet algemeen gebruikelijke autostoeltjes voor kinderen.

Nu leveren gemeenten en zorgverzekeraars deze hulpmiddelen soms nog vanuit de Wmo 2015 of vanuit de Zvw bij klanten met verblijf zonder behandeling. Dit is vanaf 1 januari 2020 niet meer mogelijk. Vanaf dat moment is de zorgaanbieder verantwoordelijk om deze hulpmiddelen en roerende voorzieningen in te zetten voor alle klanten die hun zorgprofiel intramuraal verzilveren.

De volgende hulpmiddelen worden alleen uit de Wlz betaald voor klanten die hun zorgprofiel intramuraal verzilveren MET behandeling
Bij verblijf en behandeling door dezelfde instelling vallen alle hulpmiddelen die noodzakelijk zijn om de zorg in de instelling te kunnen bieden onder de Wlz. Het gaat om onder andere:

- Budget instelling: de zogenaamde verzorgingshulpmiddelen (bijvoorbeeld stoma-materialen en wondzorgproducten).
- Bovenbudgettair: persoonsgebonden hulpmiddelen (onder persoonsgebonden hulpmiddelen verstaan wij bijvoorbeeld orthopedisch schoeisel, persoonsgebonden kleding, prothesen en statische ligorthesen).

De bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen worden apart ingekocht
De zorgkantoren sluiten contracten met hulpmiddelenleveranciers. Deze leveranciers leveren in opdracht van de zorgaanbieder het hulpmiddel en faciliteren de klant en de zorgaanbieder in een juist en veilig gebruik van het hulpmiddel. De hulpmiddelenleverancier declareert rechtstreeks bij het zorgkantoor.

Zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling van alle bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen. De indicatie wordt gesteld door een gekwalificeerd en deskundig paramedicus, bijvoorbeeld een ergotherapeut of een fysiotherapeut, die ook specifiek is opgeleid rond die indicatiestelling.

Voor bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen gelden specifieke protocollen
Deze maken onderdeel uit van de overeenkomst met de leveranciers en zijn door de meeste zorgkantoren opgenomen in het regionale deel van de overeenkomst met de zorgaanbieder. Het gebruik en de toepassing van de protocollen geldt dus zowel voor de zorgaanbieder als de hulpmiddelenleverancier. In de protocollen vindt u ook de aanvraagprocedure. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het zorgkantoor of raadpleeg de website van uw zorgkantoor.

Het is belangrijk dat zorgaanbieders en hulpmiddelenleveranciers goed samenwerken
We verwachten dat u samenwerkt met de voor bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen gecontracteerde hulpmiddelenleveranciers. Goede samenwerking is van belang om de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid voor de hulpmiddelenzorg te borgen.

Hulpmiddelen voor overige Wlz-klanten (die hun zorgprofiel verzilveren via VPT, MPT en PGB)
Als hulpmiddelen niet uit de Wlz vergoed worden, is het niet eenvoudig om een richtlijn te benoemen die aangeeft of een hulpmiddel voor een thuiswonende klant betaald wordt door de gemeente of door de zorgverzekeraar. In het algemeen geldt dat mobiliteitshulpmiddelen voor individueel gebruik, door de gemeente worden geregeld en betaald. Wanneer u twijfelt over andere hulpmiddelen, of meer informatie wilt, kunt u de website van de gemeente of de zorgverzekeraar van de klant raadplegen.

Meer informatie over hulpmiddelen of roerende voorzieningen vindt u:

- Via https://www.hulpmiddelenwijzer.nl/;
- In artikel 3.1.2 van het Besluit langdurige zorg;
- In artikel 2.3 van het Regeling langdurige zorg.

5.17 OPBAREN OVERLEDENEN IN ZORGINSTELLING

Er zijn in mei 2019 Kamervragen[36] gesteld over zorginstellingen die kosten in rekening brengen voor het opbaren van overledenen. De antwoorden die op deze vragen zijn gegeven, leiden tot de volgende gedragslijn.

Kosten van de "lege" kamer mogen niet in rekening gebracht worden bij de nabestaanden
De zorgaanbieder kan maximaal dertien mutatiedagen declareren op het moment dat de kamer leeg is achtergelaten als gevolg van overlijden. Als de overledene in de eigen kamer is opgebaard, geldt dat ook als leeg achtergelaten. De zorgaanbieder kan deze mutatiedagen declareren bij het zorgkantoor.

Extra kosten voor het opbaren mogen wel in rekening worden gebracht bij de nabestaanden
De kosten voor het opbaren van de overledenen vallen niet onder de Wet Marktordening Gezondheidszorg en worden derhalve niet gereguleerd door de NZa en kunnen niet ten laste worden gebracht van de Wlz. Deze kosten kunnen gefactureerd worden aan de nabestaanden of de uitvaartverzekeraar.

Wij adviseren de zorgaanbieders dit vooraf goed te bespreken met de nabestaanden.

[36] De link naar de kamerbrief: https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2019/05/27/beantwoording-kamervragen-over-zorginstellingen-die-ten-onterechte-kosten-in-rekening-brengen-voor-het-opbaren-van-overledenen

6 BIJLAGEN BIJ DIT INKOOPKADER

Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2021 - 2023

Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2021

Bijlage 3A Bestuursverklaring 2021

Bijlage 3B Instemmingsverklaring (vanaf 2022)

Bijlage 4 Addendum kwaliteitsbudget

Bijlage 5 Declaratieprotocol Wlz

Bijlage 6 Voorschrift zorgtoewijzing (volgt)

Bijlage 7 Addendum Beleidskader (onder voorbehoud)