

# Maatwerk in de regio

## Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023

Aanvulling voor 2023

Zorgverzekeraars Nederland  
Versie 1 juni 2022



# INHOUD

---

Inleiding	4
1. De belangrijkste ontwikkelingen in de langdurige zorg	5
1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	5
1.2 Ontwikkelingen in de verpleging en verzorging (V&V)	7
1.3 Ontwikkelingen in de Gehandicaptenzorg (GZ)	8
1.4 Ontwikkelingen in de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	10
2. Onze afspraken met zorgaanbieders	11
2.1 Één landelijke tariefsystematiek met ruimte voor maatwerk	11
2.2 Landelijk richttariefpercentage als vertrekpunt	11
2.2.1 De onderbouwing van het richttariefpercentage	11
2.2.2 Afwijken van het richttariefpercentage	12
2.3 Hier zetten we op in bij de zorginkoop	13
2.4 Productieafspraken	15
3. Onze sectorspecifieke afspraken met zorgaanbieders	17
3.1 Zes speerpunten in zorginkoopbeleid	17
3.2 Onze sectorspecifieke afspraken voor Verpleging en Verzorging (V&V)	19
3.3 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Gehandicaptenzorg (GZ)	21
3.4 Onze sectorspecifieke afspraken voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	22
4. Hoe ziet het inkoopproces eruit?	24
4.1 Welk zorgkantoor contracteert welke zorg?	24
4.2 Hoe komen we tot afspraken over het volume?	24
4.3 Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	25
4.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	25
4.5 Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	25
4.6 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	27
4.7 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2023?	30
4.8 Welke juridische kaders gelden voor het inkoopproces en de monitoring?	31
4.9 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	32
4.10 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	36
5. Wat verwachten zorgkantoren van u bij specifieke zorgvormen in de Wlz?	38
5.1 Inleiding	38
5.2 Specialistische zorg	38
5.3 Zorg voor mensen met indicatie SGLVG en LVG 1 – 5	41
5.4 Inkoopvoorwaarden LVG-zorg	42
5.5 Inkoopvoorwaarden SGLVG verblijf met behandeling	44

5.6 Wlz-behandeling	46
5.7 GGZ-behandeling	47
5.8 Inzet Specialist Ouderengeneeskunde in de thuissituatie (V&V)	48
5.9 Zorg en onderwijs	49
5.10 Mondzorg	50
5.11 Palliatief terminale zorg	51
5.12 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen	52
5.13 Opbaren overledenen in zorginstelling	54
5.14 Deeltijdverblijf	54
5.15 Kennisinfrastructuur voor doelgroepen met 'laag volume, hoog complexe zorgvraag'	55
5.16 Wzd en Wvvgz	55
5.17 Crisiszorg V&V en GZ	57
5.18 Inkoop van beveiligde bedden in de Wlz	58
5.19 Beveiligde zorg voor klanten met een psychische aandoening binnen de Wlz	58
5.20 Domein-overstijgende Samenwerking	59
6. Pilot Gespecialiseerde zorg expertise centra Korsakov	60
6.1 Inleiding	60
6.2 Pilot expertisecentra voor Korsakov	60
6.3 Tijdspad voor zorginkoopproces Korsakov	66
A. Bijlagen bij dit inkoopkader	67

# Inleiding

---

Het toegankelijk houden van de langdurige zorg en het organiseren van passende zorg is een gezamenlijke inspanning van zorgaanbieders en zorgkantoren. Waarbij het coronavirus in de afgelopen 2,5 jaar een enorme druk op onze gezondheidszorg en in het bijzonder op de zorg voor kwetsbare klanten heeft gelegd. Ook nu heeft de coronapandemie nog een forse impact op de zorg. Dit vraagt een grote inspanning en veel flexibiliteit om dagelijkse zorg en ondersteuning te geven. Toch moeten we ook vooruit blijven kijken. We staan namelijk in de langdurige zorg voor grote uitdagingen. Het inkoopkader Wet langdurige zorg (Wlz) 2021-2023 dat wij in 2020 publiceerden, heeft tot veel discussie geleid. Met name over het landelijke basistarief en de onderbouwing hiervan. Het afgelopen jaar zijn we intensief met het veld in overleg geweest over hoe dit beter kan. Op basis daarvan voeren we voor 2022 en 2023 verschillende aanpassingen door in het inkoopkader Wlz 2021-2023. U vindt ze in deze Aanvulling voor het inkoopjaar 2023, waarin we ook uitgebreid de introductie van een nieuwe inkoopsystematiek toelichten. Zorgkantoren verwachten met dit inkoopkader voor het jaar 2023 bij te dragen aan de gezamenlijke opgave waar we landelijk én regionaal voor staan.

## Voor wie is dit inkoopkader Wlz bedoeld?

Met dit kader geven we u, als zorgaanbieders binnen de Wet langdurige zorg, duidelijkheid over hoe u voor het inkoopjaar 2023 binnen het inkoopkader 2021-2023 in aanmerking komt of blijft komen voor een overeenkomst. Het kader heeft betrekking op zorg aan klanten uit de sectoren Verpleging en Verzorging, Gehandicaptenzorg en Geestelijke gezondheidszorg.

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

Het landelijk inkoopkader is op onderdelen aangepast<sup>1</sup>.

- In Hoofdstuk 1 zijn de ontwikkelingen in de langdurige zorg geactualiseerd.
- Hoofdstuk 2 is de aanvraagprocedure van de hardheidsclausule verduidelijkt.
- In Hoofdstuk 3 gaan we bij de speerpunten van het beleid nader in op digitale zorg en actualiseren we de sectorspecifieke afspraken.
- Hoofdstuk 4 is geactualiseerd.
- Hoofdstuk 5 is geactualiseerd met wijzigingen over specifieke zorgvormen, namelijk hulpmiddelen (5.11), het opbaren van overledenen (5.12), deeltijdverblijf (5.13), laag volume hoog complex (5.14), Wzd en Wvggz (5.15), beveiligde bedden (5.17) en domeinoverstijgende samenwerking (5.19)
- Hoofdstuk 6 is geactualiseerd.

U kunt vragen stellen voor de Nota van Inlichtingen over bovenstaande gewijzigde onderdelen.

### Leeswijzer

Met dit document kunt u zich voorbereiden op de zorginkoop voor de Wlz. Deze onderdelen komen aan bod:

- De belangrijke ontwikkelingen in de langdurige zorg;
- De uitgangspunten en inkoopsystematiek van het inkoopkader;
- De sectorspecifieke aandachtspunten;
- De (meerjarige) afspraken met zorgaanbieders en de procedures voor het verkrijgen van een overeenkomst;
- Wat verwachten zorgkantoren bij specifieke vormen van Wlz-zorg.

---

<sup>1</sup> Zie de website van ZN voor het document waarin zichtbaar is wat de veranderingen voor 2023 ten opzichte van het gepubliceerde Inkoopkader Wlz 2021-2023 in juni 2021 zijn.

# 1. De belangrijkste ontwikkelingen in de langdurige zorg

Veel gaat goed in de langdurige zorg. We werken samen aan passende zorg voor alle (nieuwe) doelgroepen binnen de Wlz. De meeste nieuwe GGZ klanten kunnen bij de huidige zorgaanbieder blijven wonen. Steeds meer klanten in de gehandicaptenzorg vinden een passende plek. Ook zien we positieve ontwikkelingen in de ouderenzorg: de kwaliteit van de intramurale ouderenzorg stijgt dankzij de inzet van de kwaliteitsmiddelen. Ook is er steeds meer aanbod voor de thuiswonende ouderen met een Wlz-indicatie.

## 1.1 LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN EN BELEID LANGDURIGE ZORG

### Passende zorg

Een grote uitdaging voor de komende jaren is het tijdig bieden van passende zorg/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.

### Vergrijzing

In 2030 wonen er in Nederland ruim twee miljoen ouderen van 75 jaar of ouder, waaronder mensen met een verstandelijke beperking. Door de vergrijzing neemt de kans op multimorbiditeit toe. Tevens daalt het aantal werkenden ten opzichte van het aantal ouderen en neemt de beschikbaarheid van mantelzorgers af. De uitdagingen in de langdurige zorg zijn dan ook groot en vragen om innovatieve, creatieve oplossingen om de toegankelijkheid en kwaliteit voor alle klanten te borgen. Samenwerking tussen alle betrokken partijen is daarvoor een must.

### Toename complexiteit van zorgvragen

Er is binnen de Wlz steeds meer diversiteit, zowel in achtergronden als in complexiteit van problematiek. Ook door toename van extramuraal zorg veranderen voor zorgkantoren de vraagstukken rond klanten in de Wlz. Dit vraagt om maatwerk, flexibiliteit, deskundig personeel en samenwerken tussen zorgorganisaties. Alleen zo kunnen we toewerken naar een situatie waarin bijvoorbeeld klanten met een hoogcomplexere zorgvraag sneller een passende verblijfsplek vinden waar zij zich thuis voelen en de kwalitatief goede zorg krijgen die zij zo nodig hebben. We blijven voortdurend in gesprek met zorgaanbieders en klantorganisaties over de beste antwoorden voor klanten met een hoogcomplexere zorgvraag. Daarnaast vindt de komende jaren meer bundeling van kennis en expertise plaats voor een aantal doelgroepen met een relatief zeldzaam ziektebeeld (laag volume) en een hoogcomplexere zorgvraag.

### Stijgende kosten voor de langdurige zorg

De kosten voor de langdurige zorg in Nederland stijgen. Het is onze gezamenlijke maatschappelijke opdracht deze middelen zo goed mogelijk in te zetten zodat we zoveel mogelijk Wlz-klanten passende zorg en ondersteuning kunnen bieden met het beschikbare budget. We zien in de praktijk goede voorbeelden die ook opgeschaald kunnen worden. De zorgkantoren inventariseren wat goede voorbeelden zijn uit de praktijk die 1) winst opleveren voor de toegankelijkheid, kwaliteit en arbeidsproductiviteit en maatschappelijke kosten en 2) opschalingspotentie hebben. We gaan samen met veldpartijen deze goede voorbeelden delen en hiermee elkaar informeren, inspireren en stimuleren om deze goede praktijken te implementeren. Daarbij willen we ook een gezamenlijke stip op de horizon zetten en vast stellen wat de randvoorwaarden zijn om dit te realiseren.

### Krapte op de arbeidsmarkt

In tijden van arbeidskrapte móeten mensen kunnen blijven rekenen op goede zorg. Dit kan alleen als de sectoren goede medewerkers weten te behouden én aan te trekken. Goed werkgeverschap speelt hierin een belangrijke rol. Daarnaast is het van belang dat we de zorg op een andere manier organiseren en sociale en technische innovaties omarmen. Daarmee kunnen beschikbare zorgprofessionals optimaal worden ingezet en werken waardevolle zorgmedewerkers zo slim/arbeidsbesparend mogelijk. Een versnelling van de noodzakelijke vernieuwing vraagt niet alleen om goed werkgeverschap maar ook om leiderschap met lef.

### Wzd en Wvggz

Met de komst van de Wzd en de Wvggz is er extra aandacht voor de opvang van mensen in crisis. Hierbij gaat het niet enkel om het bieden van voldoende (reguliere en Wzd-)crisisplekken, maar ook om doorstroming, zodat we stagnatie voorkomen.

### **Vermindering administratieve lasten**

Het terugdringen van de administratieve lasten in de zorg heeft al een aantal jaren hoge prioriteit bij VWS, NZa, zorgaanbieders en zorgkantoren. Minder administratie helpt de bedrijfsvoering gezond te houden, zorgt ervoor dat het beschikbare personeel tijd houdt voor de klant en draagt bij aan meer werkplezier en daarmee aan behoud van personeel. Dat komt goed van pas bij de aanpak van het capaciteitsvraagstuk. Zorgkantoren dragen ook een steentje bij en hebben in de afgelopen jaren het inkoopproces vereenvoudigd. Dat deden we onder meer door geen aanvullende stukken meer op te vragen als dat niet nodig is. Ook in het toewijzingsproces lieten we een aantal machtigingsprocedures vervallen. VWS continueert de dialoog over vereenvoudiging van administratieve processen door de komende periode met alle stakeholders naar verdere oplossingsrichtingen te zoeken. Wij vragen zorgaanbieders om zelf ook aan de slag te gaan en te beoordelen welke interne procedures van toegevoegde waarde zijn en welke niet. Leren van elkaar is hierbij het motto door best practices bij elkaar op te halen en te implementeren. Zorgkantoren staan graag voor u klaar om hierin mee te denken.

### **Toekomstige inrichting van het zorgstelsel**

Gezien de bovengenoemde uitdagingen binnen de Wlz denkt het ministerie van VWS met het veld na over de toekomstige inrichting van de zorg. Het coalitieakkoord beschrijft de politieke keuzes van het kabinet Rutte IV. Als gevolg daarvan wijzigt het inkoopkader 2021-2023 op onderdelen. De uitwerking van de meeste maatregelen uit het Coalitieakkoord volgt echter vanaf 2024 en verder.

In de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord 2021 – 2025 is opgenomen dat per 2025 de vergoeding voor behandeling en geneesmiddelen (behalve de aanspraak op mondzorg) wordt overgeheveld van de Wlz naar de Zvw. Motivering daarbij is dat door de aanspraak voor alle Wlz cliënten gelijk te trekken, een rechtsongelijkheid wordt opgeheven. Details over de overheveling zijn nog niet bekend. Dit wordt de komende periode in overleg met het veld verder uitgewerkt. De uitkomsten daarvan worden meegenomen in toekomstig inkoopbeleid. In het inkoopkader 2023 heeft dit voornemen van de coalitie nog niet tot aanpassingen geleid.

Ook andere beleidsmatige aanpassingen vanuit het coalitieakkoord volgen (voornamelijk) vanaf 2024. Het gaat dan over de extramuralisering, het verder stimuleren van het scheiden van wonen en zorg en de bijbehorende besparingen daarop. Ook de wijze waarop zorgkantoren invulling geven aan het sluiten van meerjarencontracten en de bijbehorende financiële taakstelling werken wij uit in ons meerjarenbeleid van 2024.

## 1.2 ONTWIKKELINGEN IN DE VERPLEGING EN VERZORGING (V&V)

De zorgcapaciteit in de sector Verpleging en Verzorging (V&V) staat onder druk: bij ongewijzigd beleid zal de vraag naar verpleeghuiszorg tot 2040 verdubbelen naar ruim 260.000 plaatsen. De grote toestroom in de sector vereist dat we niet alleen moeten kijken naar meer intramurale capaciteit, maar ook naar andere vormen van zorg, zoals (nieuwe) woonzorgvormen waar verpleeghuiszorg kan worden geboden. De coronapandemie heeft nog steeds een forse impact op de zorg.

### Samen werken aan kwaliteit verpleeghuiszorg

Wat de kwaliteit betreft, zijn er in de sector al veel overtuigende stappen gezet om deze te verbeteren. Zorgaanbieders zijn volop aan de slag om de kwaliteitskaders voor de verpleeghuiszorg en extramurale Wlz-zorg te implementeren. Daarnaast hebben zorgaanbieders en zorgkantoren in 2020 regioplannen gemaakt. Deze geven inzicht in wachtlijsten, capaciteit en ontwikkeling van de zorgvraag. In 2021 hebben de zorgkantoren samen met zorgaanbieders en andere stakeholders een regiomonitor en (regionale) uitvoeringsagenda's opgesteld. De regiomonitor is een vervolg op het regioplan 2020 waarin het tekort aan verpleegzorg in 2040 is geschetst. In de regiomonitor is achtergrondinformatie over de regio in cijfers opgenomen, wat de inspanningen in de regio zijn geweest en welke resultaten dit tot nu toe heeft opgeleverd. In de uitvoeringsagenda zijn de acties, projecten en samenwerkingsverbanden voor de komende periode opgenomen.

### Doorontwikkeling kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Tegen de achtergrond van het coalitieakkoord geeft de overheid aan dat de kwaliteitsontwikkeling en borging meer in samenhang moeten worden gezien met andere publieke waarden, zoals toegankelijkheid, personele organiseerbaarheid, financiële houdbaarheid en maatschappelijk draagvlak. Zorginstituut Nederland zal door VWS worden verzocht regie te gaan voeren op de doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg richting een integraal kader verpleegzorg. Veldpartijen worden gevraagd om de kwaliteit van zorg scherper te gaan definiëren en transparant te maken.

### Passende huisvesting

Zorgkantoren blijven sturen op kwaliteitsverbetering. Naast de opgave om deskundig personeel te binden, komt de nadruk óók meer te liggen op de ontwikkeling van een passend woonaanbod binnen de langdurige zorg. Een aanbod bovendien dat tegemoet komt aan de behoeftes van de klant. De ontwikkeling van een passend woonaanbod omvat:

- Het behouden en herontwikkelen van intramurale zorg;
- Vormen van verpleeghuiszorg met een scheiding tussen wonen en zorg;
- Flexibel bouwen;
- Het creëren van zorgaanbod dicht bij de burger, zodat de ouderen zoveel en zo lang mogelijk de regie houden over hun leven in hun eigen woonomgeving.

Bij het doelmatig oplossen van de capaciteitsvraagstukken moeten we tevens rekening houden met de beschikbare personele capaciteit in de diverse regio's. Innovatie, slim personeelsbeleid en nieuwe woonvormen kunnen bijdragen aan het verlichten van de druk in de sector.

### Behoeftes aan financiële zekerheid

Op weg naar duurzame verpleeghuiszorg is er vooral houvast nodig voor meerjarige investeringen die nu gevraagd worden. Er is dan ook een gezamenlijke wens van partijen om meerjarig perspectief en meer zekerheid te geven om financiële investeringen te stimuleren en aan de opgave te voldoen. Daar zetten we graag samen met u op in. In het coalitieakkoord is aangekondigd dat er een meerjarige contracteerruimte komt.

### Extra financiële middelen kwaliteit verpleeghuiszorg geland in de tarieven

Het ministerie van VWS heeft de afgelopen jaren extra middelen voor de verpleeghuiszorg beschikbaar gesteld. Deze middelen zijn beschikbaar gesteld voor de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Vanaf 2022 landen de middelen van het kwaliteitsbudget in de tarieven voor de V&V. In hoofdstuk 3.2 leest u meer over de inzet van deze middelen.

### **Extra middelen om transitie gericht op meer extramurale zorg op gang te brengen**

In het coalitieakkoord is veel aandacht voor ouderenzorg, het langer thuis wonen en inzet op extramurale zorg. Om deze transitie op gang te brengen is voorzien in extra middelen voor de V&V. Er wordt in de jaren 2022 t/m 2026 in totaal 1,0 miljard euro gereserveerd om deze transitie op gang te brengen. Vanaf 2052 is uitgegaan van een besparing van € 1,2 miljard voor scheiden wonen en zorg. Op moment van publicatie is nog geen duidelijkheid over de manier waarop deze middelen beschikbaar komen en waarvoor de middelen ingezet kunnen worden. Zodra hier meer duidelijkheid over is informeren wij u hierover en publiceren we zonodig een aanvulling op het inkoopkader.

### **Visie op de ouderenzorg**

Gelet op de uitdagingen waar we voor staan, is het essentieel dat er een vernieuwde visie op de ouderenzorg komt. In de ZN-verkiezingsagenda "Blijvend verzekerd van goede zorg" gaan wij hier nader op in. ZN pleit voor een integrale meerjarige agenda op ouderenzorg om duidelijkheid te geven over de koers die we met elkaar varen. Samenwerking is nodig om te komen tot passende zorg voor de klant. Inwoners in Nederland mogen zo min mogelijk hinder ondervinden van de 'schotten' tussen zorgwetten. In dit kader zijn wij voor de door VWS geconsulteerde wetswijziging die het voor zorgkantoren mogelijk maakt financieel bij te dragen aan domein-overstijgende samenwerking. Ook vinden wij het van belang dat klanten, al voordat zij een Wlz-indicatie hebben, gebruik kunnen maken van cliëntondersteuning vanuit de Wlz. Daarnaast vraagt het organiseren van passende zorg om het wegnemen van verkeerde prikkels binnen het stelsel. Zo moet de zorginhoud centraal staan en moeten we voorkomen dat een eigen bijdrage leidt tot keuzes die niet aansluiten bij de feitelijke zorgvraag.

Naast toegang en kwaliteit vraagt ook de betaalbaarheid van de ouderenzorg onze aandacht. We vinden het van belang om de balans tussen kwaliteit, toegang en betaalbaarheid steeds te toetsen. VWS heeft met haar Dialoognota Ouder Worden 2020 – 2040 de aftrap gegeven om tot een meerjarige visie te komen op de ouderenzorg. ZN participeert actief in de uitwerking van de agenda om zo met elkaar tot een integrale benadering te komen en beleidskeuzes zorgvuldig te wegen op hun toegevoegde waarde voor alle uitdagingen waar we voor staan.

### **VWS start programma wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen (WOZO)**

Het programma WOZO heeft als doelstelling om randvoorwaarden te scheppen zodat zelf- en samenredzaamheid wordt bevordert, ouderen de juiste ondersteuning en zorg op de juiste plek krijgen en minder zorgverleners per oudere nodig zijn. Op hoofdlijnen stelt VWS dat het programma zich moet richten op het voorkomen van zorg, het verplaatsen van zorg en het vervangen van (formele) zorg. Op het moment van publicatie van dit inkoopkader wordt in overleg met partijen nog gewerkt aan de verdere vormgeving van het programma. Zorgkantoren ondersteunen dit initiatief en denken hierin samen met verzekeraars mee.

## **1.3 ONTWIKKELINGEN IN DE GEHANDICAPTENZORG (GZ)**

De gehandicaptenzorg (GZ) heeft te maken met vraagstukken en knelpunten die nu én in de toekomst spelen. Het gaat daarbij onder meer om complexiteit van de zorgvraag en de afname van de personeelscapaciteit. Ook de schaarste van AVG's, toegang tot huisartsenzorg, inrichting van de crisiszorg, logeerplekken, sectoroverstijgende plaatsen voor oudere VG-klanten en wachtlijsten zorgen voor de nodige uitdagingen. Deze ontwikkelingen vragen om het regionaal organiseren van een passend aanbod en het breed uitrollen van waardevolle innovaties. Regionale samenwerking is de norm. Alleen zo kunnen zorgaanbieders de zorg blijven bieden die klanten nodig hebben. Het is van belang dat zij daarbij ook nauw samenwerken met vertegenwoordigers van cliënten en zorgkantoren.

### **Landelijk akkoord gehandicaptenzorg VGN-ZN 2022-2026**

Cliënten met een beperking krijgen een waardevolle plek met passende zorg bieden. Dat is de gemeenschappelijke ambitie van zorgkantoren en zorgaanbieders. Deze ambitie hebben we vastgelegd in een landelijk akkoord gehandicaptenzorg 2022-2026. Zorgkantoren, zorgaanbieders, ZN en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) willen vanuit hun eigen en gezamenlijke verantwoordelijkheid werken aan duurzame, toekomstbestendige en betaalbare gehandicaptenzorg.



De ambitie wordt gerealiseerd in een context van een groeiende zorgvraag en schaarste aan personeel en middelen. ZN en VGN hebben – vertrekkend vanuit de inhoud van zorg – vijf kanslijnen uitgewerkt die het verschil gaan maken voor zowel de cliënt als voor de medewerker. Zorgkantoren en zorgaanbieders zetten zich ervoor in dat:

1. Elke cliënt een betekenisvolle daginvulling krijgt passend bij de wensen, talenten en vermogens.
2. Bewezen arbeidsbesparende technologieën door alle zorgorganisaties geïmplementeerd worden in de eigen zorgpraktijk.
3. Alle cliënten een passend zorgniveau bij hun zorgvraag ontvangen.
4. Elke cliënt die dat aankan een zo zelfstandig mogelijke, eigen veilige plek in de samenleving krijgt (ambulantisering).
5. Bij elke cliënt een (eigen) netwerk gestimuleerd en gefaciliteerd wordt om een rol te spelen in de zorg en ondersteuning

De kanslijnen zijn de essentie voor de transitie in de gehandicaptensector en daarmee de basis voor de inhoud van het inkoopkader. Zorgaanbieders en zorgkantoren creëren zo de ruimte om de komende jaren te experimenteren, zich te ontwikkelen op de kanslijnen en te investeren om de gemaakte resultaatafspraken te realiseren.

### **Persoonsgerichte zorg: verkennen en verhelderen van vragen, wensen en behoefte van klanten**

Persoonsgerichte zorg is een leidend uitgangspunt voor de Wlz en het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Klanten met een beperking en een Wlz-indicatie krijgen een persoonlijk arrangement dat is afgestemd op de behoeften. De geboden zorg ondersteunt de kwaliteit van bestaan van de klant. Dit maatwerk vraagt om een flexibel woon- en zorgaanbod, waarbij zorgaanbieders de wensen en behoeften van klanten in kaart brengen en houden. Zorgkantoren faciliteren hierbij om de vraag van klanten en hun naasten te verhelderen. Om vervolgens met een of meerdere woon- en zorgorganisaties een aanbod op maat voor wonen, zorg en ondersteuning te ontwikkelen.

### **We verkennen hoe we passend aanbod kunnen realiseren**

Om ervoor te zorgen dat mensen met een beperking nu en in de toekomst passende zorg krijgen, werken zorgkantoren, VGN, vertegenwoordigers van zorgaanbieders en cliënten en VWS de komende jaren aan de onderstaande speerpunten. Een deel van deze speerpunten komt overeen met de kanslijnen uit het landelijke akkoord gehandicaptenzorg.

- Het opbouwen van een solide kennisinfrastructuur voor klanten met een complexe zorgvraag. Expertise is de basis voor alle inzet rondom complexe zorg;
- Kwalitatief goede en passende zorg die duurzaam en betaalbaar is voor klanten met een complexe zorgvraag;
- Actualiseren van de zorgprofielen (VG7) en de daarbij behorende prestaties en tarieven;
- Uitwerken van de wijze waarop we meerzorg toekomstbestendig kunnen houden;
- Verkennen van mogelijkheden om zorg efficiënter in te zetten en budget vrij te maken om zo meer mensen met beperkingen passende zorg te bieden. Mooie voorbeelden van zorgaanbieders zijn het inzetten van digitale dagbesteding en het afschalen van zorg voor klanten bij wie een lager zorgprofiel weer beter past;
- Onderzoeken hoe de regels en tarieven rondom dagbesteding gemoderniseerd kunnen worden. Hierdoor kunnen zorgaanbieders beter rekening houden met de levensfase van klanten, de beste plaats om dagbesteding te organiseren, een goede aansluiting bij andere activiteiten en het optimaal inzetten van digitale ondersteuning, ruimten en mogelijkheden;
- Versterken van het netwerk thuis, op school en op het werk zodat minder inzet van zorgprofessionals nodig is;
- In samenwerking met 'Wij zien je wel' verkennen van mogelijkheden voor passende zorg voor de ZEMVB-doelgroep, te beginnen met logeeropvang en vervoer;
- Vroegsignalering en goede toeleiding tot passende zorg specifiek voor jongeren met complexe vragen. Doel: jongeren voortvarend een passende plek bieden waardoor zij kwaliteit van bestaan kunnen ervaren en de complexiteit van de zorgvraag zo laag mogelijk blijft.

### **Convenant medisch-generalistische zorg**

In het landelijke convenant 'Randvoorwaarden en facilitering medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking' zijn onder meer samenwerkingsafspraken gemaakt over het borgen van de toegang van medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking.

De kern van dit convenant: zorgaanbieders in de regio dragen gezamenlijk bij aan een onbelemmerde toegang tot medisch-generalistische zorg. Dat betekent dat zorgaanbieders samen zorgen voor:

- Een toereikende inzet van de AVG voor huisartsen, zorgaanbieders zonder AVG-arts en in crisissituaties;
- Een regelmatig en gestructureerd overleg met huisartsen in de regio;
- Oplossingen bij problemen.

Zorgkantoren spreken waar nodig zorgaanbieders aan op hun verantwoordelijkheid om te voorzien in voldoende medisch-generalistische zorg en nemen de regie en faciliteren het gesprek in de regio bij contractopzeggingen en knelpunten. Partijen kunnen knelpunten melden bij zorgkantoren. ZN agendeert knelpunten en wisselt goede voorbeelden van oplossingen uit.

## 1.4 ONTWIKKELINGEN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Sinds de wetwijziging in 2021 is de GGZ-sector stevig aan het veranderen, want de Wlz is ook opengesteld voor mensen vanaf achttien jaar, die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg nodig hebben. Uiteraard mits ze voldoen aan de Wlz-toegangscriteria. Gevolg van de wetwijziging is dat het aantal GGZ-klienten binnen de Wlz aanzienlijk is gestegen. Daarmee veranderde ook de samenstelling van de doelgroep binnen de Wlz en nam het aantal Wlz-zorgaanbieders toe.

We vinden het een goede ontwikkeling dat de mensen met een psychische stoornis toegang hebben tot de Wlz. Hiermee is de rechtsongelijkheid verdwenen voor mensen met een psychische stoornis, die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uurszorg in nabijheid. Deze ontwikkeling vraagt wel om inzicht in de groeiende doelgroep en hun wensen. Ons uitgangspunt is dat mensen die zijn aangewezen op de Wlz hun wensen en zorgbehoeften vervuld zien worden.

### Toegang voor jeugdigen met een psychische stoornis

VWS was voornemens om vanaf 2023 jeugdigen met een psychische stoornis toegang te verlenen tot de Wlz. Inmiddels is besloten dat het op dit moment niet verantwoord is om de Wlz per 2023 open te stellen voor deze groep.<sup>2</sup> De belangrijkste reden voor dit besluit is dat er vooraf onvoldoende kan worden voldaan aan de drie gestelde voorwaarden, namelijk inzicht in de aard en omvang van de doelgroep, de uitvoeringsgevolgen en de financiële consequenties (met als uitgangspunt budgettaire neutraliteit). Wij volgen de ontwikkelingen rondom jeugdigen met een psychische stoornis nauwgezet en zullen passende acties inzetten wanneer dit vraagstuk wederom op de agenda geplaatst wordt.

### GGZ-behandeling

Om continuïteit van de GGZ-behandeling voor de nieuwe GGZ-doelgroep in de Wlz te waarborgen, heeft VWS in 2019 besloten dat mensen die de GGZ-W-indicatie realiseren via modulair verblijf, VPT of MPT, tijdelijk aanspraak kunnen blijven maken op de aanspraken van GGZ-behandeling vanuit de Zvw. Deze tijdelijke situatie is begin 2021 door VWS verlengd vanwege de brede blik op de positionering van behandeling binnen het zorgstelsel. Ondanks het uitstel blijft het voor ons van belang dat in de tijdelijke situatie behandeling en woonzorg goed op elkaar afgestemd blijven.

We verwachten binnen dit beleidskader geen wijzigingen in deze tijdelijke situatie. Toch willen we een slag om de arm houden om, indien noodzakelijk, afwijkend van dit inkoopkader te kunnen handelen. Dit doen we dan om continuïteit van zorg te borgen en de vertrouwensrelatie tussen behandelaar en klant zo min mogelijk te schaden.

---

<sup>2</sup> Besluit is terug te vinden in kamerbrief d.d. 15-10-2021 en bijlages via:

[https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven\\_regering/detail?id=2021Z18127&did=2021D38983](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2021Z18127&did=2021D38983)

## 2. Onze afspraken met zorgaanbieders

---

Met zorginkoopbeleid en inkoopafspraken geven zorgkantoren samen met zorgaanbieders invulling aan toegankelijke, betaalbare en passende zorg van goede kwaliteit voor een kwetsbare groep mensen. Met de zorginkoop willen zorgkantoren ontwikkelingen op het gebied van passende zorg, innovatie, bedrijfsvoering en duurzaamheid stimuleren. Deze vier ontwikkelingen noemen we onze kernelementen. De inkoopafspraken die we met zorgaanbieders maken, zijn daarop gericht. Deze afspraken maken we vanuit een landelijke inkoopstelsel met één richttariefpercentage. Wat dat inhoudt, hoe de vier kernelementen daarin passen leest u in dit hoofdstuk.

### 2.1 ÉÉN LANDELIJKE TARIEFSYSTEMATIEK MET RUIMTE VOOR MAATWERK

#### Waarom een landelijke tariefstelsel?

Zorgkantoren hebben de gezamenlijke opdracht om overal in Nederland de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te borgen. Dat is nodig omdat de langdurige zorg geconfronteerd wordt met grote maatschappelijke uitdagingen, zoals de impact van de vergrijzing, de arbeidsmarkt, toenemende complexiteit van de zorg en de noodzaak tot verduurzaming van de zorgsector (als onderdeel van de gehele Nederlandse economie). Landelijk zien wij hierin dezelfde grote uitdagingen. Daarom kiezen we voor een landelijke stelsel<sup>3</sup>. Deze levert duidelijkheid en transparantie op. Tegelijkertijd laten we die waardevolle regionale benadering niet los: elke regio kent specifieke knelpunten die aandacht vragen. Daarom werken zorgkantoren met één landelijke stelsel waarin óók ruimte is voor differentiatie en maatwerk in de regio.

#### Waarom een richttariefpercentage?

Een belangrijk onderdeel van deze stelsel is het tarief. In het licht van de landelijke stelsel werken zorgkantoren vanaf 2022 met een landelijk richttariefpercentage. Het landelijke richttariefpercentage geeft ruimte voor het stimuleren van inhoudelijke verbeteringen in de regio en maatwerk waar dat nodig is. Met een landelijk richttariefpercentage willen we de zorg toegankelijk houden en tegelijkertijd ontwikkelingen stimuleren op het gebied van passende zorg, innovatie, bedrijfsvoering en duurzaamheid. Ook kan er in de regio passende zorg georganiseerd worden, die aansluit bij de wensen en behoeften van klanten.

### 2.2 LANDELIJK RICHTTARIEFPERCENTAGE ALS VERTREKpunt

Het landelijke richttariefpercentage voor de langdurige zorg is nadrukkelijk géén gemiddeld, minimum-, basis- of maximumtarief, maar wel het vertrekpunt van het zorgkantoor in zijn aanbod richting zorgaanbieders. Hierbij kan in de praktijk het gecontracteerde tarief hoger of lager liggen. In het regionale beleid werken de zorgkantoren uit op welke wijze ze dit vormgeven.

#### 2.2.1 De onderbouwing van het richttariefpercentage

Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage maakten we gebruik van cijfers uit de meest recent beschikbare jaarverslagen, 2019, van zorgaanbieders in de Wlz (V&V, GZ en GGZ)<sup>4</sup>. Hierbij zijn alle Wlz-zorgaanbieders meegenomen die meer dan 60% van hun omzet in de Wlz behalen. Door alleen deze groep mee te nemen, beperken we de impact van resultaten van zorgaanbieders in andere domeinen (o.a. Zvw en Wmo). Vervolgens is het richttariefpercentage vastgesteld op het niveau waarbij 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt. Wij hebben gekozen voor 75% omdat het richttariefpercentage voor het merendeel van de zorgaanbieders voldoende moet zijn om goede zorg te kunnen verlenen, maar ook doelmatigheid moet stimuleren. Zie voor meer informatie over de onderbouwing bijlage 8.

---

<sup>3</sup> Uitgezonderd zorgkantoor DSW en Menzis vanuit hun nog lopende meerjarenbeleid.

<sup>4</sup> Zorgkantoren hanteren voor de onderbouwing de door Gupta Strategists geadviseerde Top-down methode waarmee op basis van openbare gegevens van zorgaanbieders een tariefpercentage wordt bepaald.

Concreet is het startpunt vanuit dit landelijke kader bij de berekening van het tarief per zorgaanbieder voor 2022 en 2023 als volgt:

- Voor alle sectoren geldt een richttariefpercentage van 95,8 %<sup>5</sup> van het NZa maximumtarief exclusief NHC/NIC. We hebben één richttariefpercentage voor alle sectoren. Met de verschillen tussen sectoren wordt namelijk ook al door de NZa rekening gehouden bij de vaststelling van de maximumtarieven.
- Vanaf 2022 verhoogt de NZa het maximumtarief van de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV door het kwaliteitsbudget hieraan toe te voegen. Ook voor deze prestaties geldt het richttariefpercentage van 95,8%. In hoofdstuk 3 leest u meer over het kwaliteitsbudget.
- In 2022 rekenen zorgkantoren met 100% van de NHC/NIC-component. We gebruiken 2022 om meer inzicht te krijgen op de werking van de NHC/NIC in relatie tot sturing op zorgvastgoed. In 2023 voeren we geen landelijke generieke korting door op de NHC/NIC-component. In het regionale beleid leest u of zorgkantoren hierover afspraken op maat willen maken.

Het gekozen tariefpercentage voldoet aan het uitgangspunt dat het volstaat om iedereen die langdurige zorg nodig heeft van zorg te voorzien binnen de financiële kaders van VWS. Daarnaast biedt het gekozen percentage ruimte om de eerder genoemde uitdagingen en knelpunten in de langdurige zorg aan te pakken.

Het richttariefpercentage ligt in sommige regio's onder het tariefpercentage van 2021. Gezien de historische tariefverschillen tussen zorgkantoorregio's is dit onvermijdelijk. Wij hechten er waarde aan om expliciet te vermelden dat het totaal beschikbare budget voor de langdurige zorg volledig wordt besteed aan het leveren van zorg.

### 2.2.2 Afwijken van het richttariefpercentage

Het regionale beleid beschrijft op welke manier de zorgkantoren tot afspraken komen over het tariefpercentage. Afhankelijk van het beleid in de regio kan het zorgkantoor een aangepast percentage afspreken. Mogelijke redenen om een aangepast tarief af te spreken zijn:

- Inhoudelijke verschillen tussen zorgaanbieders en hun positie in het zorglandschap. Denk hierbij aan nieuwe toetreders, de financiële positie van een zorgaanbieder, het bieden van nieuwe vormen van zorg, innoveren of oplossen van knelpunten in de regio;
- Een zorgaanbieder die naar verwachting op een meer doelmatige wijze goede zorg kan leveren dan het richttarief rechtvaardigt;
- Het faciliteren van een beheerste overgang naar het landelijke richttariefpercentage voor het jaar 2022.

Voor alle argumenten en redenen geldt dat het zorgkantoor de afspraken vormgeeft, passend bij waar in de regio behoefte aan is. Wel moeten alle afwijkingen van het richttariefpercentage passen binnen dit landelijk inkoopkader. Zo houden we vast aan één systematiek.

---

<sup>5</sup> De definitieve contracteerruimte en de NZa-beleidsregels voor 2023 zijn op het moment van publicatie van dit document nog niet bekend. Wij behouden ons daarom het recht voor om de tariefpercentages 2023 voor zorgprestaties aan te passen zodra de contracteerruimte en de NZa-beleidsregels bekend zijn.

## Hardheidsclausule

Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien<sup>6</sup> en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Hierbij is het van belang dat u kunt aantonen dat u op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is. We nemen uw financiële positie mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Dit nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule. U kunt bij uw zorgkantoor een aanvraagformulier hardheidsclausule opvragen. Dit aanvraagformulier is gemaakt om de informatie op te halen die noodzakelijk is voor de beoordeling van uw aanvraag. Het is belangrijk dat u dit formulier juist en volledig invult, zodat wij een goed beeld hebben van uw (toekomstige) financiële situatie. Als u een beroep doet op de hardheidsclausule, dient u het ingevulde aanvraagformulier naar het zorgkantoor te sturen. Afhankelijk van de situatie kunnen we aanvullende documenten opvragen. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht mee. De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar.

## 2.3 HIER ZETTEN WE OP IN BIJ DE ZORGINKOOP

### De kernelementen

We werken vanuit een landelijk beleidskader en een landelijke tariefsystematiek. Hierbinnen past het regionale inkoopbeleid om maatwerk in de regio te kunnen leveren, passend bij de specifieke kenmerken van elke regio. Wel sturen we vanuit de landelijke systematiek op de vier kernelementen passende zorg, innovatie, bedrijfsvoering en duurzaamheid. Dit leidt onder meer tot:

- Meer ruimte voor passende zorg;
- Minder lange wachttijden;
- Hogere kwaliteit van zorg door continue verbetering en innovaties;
- Meer mogelijkheden voor zorgaanbieders die zich willen ontwikkelen;
- Afspraken die beter aansluiten bij de zorgaanbieder en de regionale behoefte;
- Ondersteuning (soms ook financieel) voor zorgaanbieders die bezig zijn met de zorgvraag van morgen.

Hieronder geven we een toelichting per kernelement om duidelijk te maken welke doelen we nastreven. Het is aan de afzonderlijke zorgkantoren om te bepalen op welke elementen zij in hun regio's de nadruk leggen.



### Kernelement Passende zorg

Passende zorg draait om maatwerk. Dat stimuleren we met de ontwikkeling van een samenhangende en

<sup>6</sup> Hiermee wordt bedoeld dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt. De term onvoorzien wordt hier dus uitgelegd als onvoorzien, in de zin van onverwacht effect van de tariefsystematiek.

duurzaam ingerichte regionale infrastructuur waarin persoonsgerichte zorg, ondersteuning en dienstverlening op elkaar zijn afgestemd. Dit heeft betrekking op alle gebieden, van personeel en middelen tot de relatie met de zorgaanbieder.

### **Doel**

Zorgkantoren streven naar zorg die past bij wat de klant wil met de middelen die daarvoor beschikbaar zijn.

### **Uitgangspunten**

Om fricties tussen vraag en aanbod op te lossen, vullen we passende zorg in op basis van regionale analyses, klantsignalen en dialoog met de zorgaanbieder. Daarmee willen we:

- Wachlijsten oplossen;
- Extra of nieuw aanbod stimuleren voor specifieke en complexe doelgroepen;
- De ontwikkeling van nieuwe zorgconcepten stimuleren in de vorm van VPT's en/of MPT's;
- Het bestaande aanbod herinrichten;
- Experimenten stimuleren;
- Juiste zorg op de juiste plek bevorderen, net zoals een goede doorstroom.

### **Kernelement Innovatie**

Zorgkantoren zien innovatie als een belangrijk onderdeel om de langdurige zorg in de toekomst toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Innovaties – ook technologische – dragen bij aan eigen regie, meer zelfredzaamheid en kwaliteit van leven voor klanten in de langdurige zorg. Wij willen ontwikkelingen op het gebied van innovatie versnellen, opschalen waar gewenst en het 'leren van koplopers' verder stimuleren. Daarom is innovatie een vast onderdeel van de dialoog met de zorgaanbieders in de regio.

### **Doel**

Zorgkantoren bevorderen de samenwerking tussen zorgaanbieders om van elkaar te leren over innovaties. Daarnaast zetten we extra in op innovaties die meer tijd voor zorg opleveren.

### **Uitgangspunten**

Zorgkantoren stimuleren innovaties en het delen van kennis, samen met partijen uit de sector. Naast kwaliteitsverbetering in zorg en van leven, leiden innovaties er ook vaak toe dat zorgverleners gerichter en meer tijd in zorg kunnen steken. En dat komt de veiligheid ten goede. Innovaties kunnen tevens de zorg door mantelzorgers verlichten. Om deze redenen vinden we het belangrijk dat zorgaanbieders:

- Een visie hebben op (technologische) innovaties in de zorg;
- Een werkwijze hebben om van idee tot geïmplementeerde innovatie te komen;
- De cliënt als uitgangspunt nemen in hun visie op (technologische) innovaties;
- Bereid zijn verworven kennis met andere zorgaanbieders te delen;
- Draagvlak voor innovatietrajecten weten te creëren bij cliënten, medewerkers, bestuur, Raad van Toezicht/Commissarissen.

### **Kernelement Bedrijfsvoering**

Een goede en efficiënte bedrijfsvoering draagt bij aan de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Een onmisbaar onderdeel daarvan is goed werkgeverschap. Daarmee trekken zorgaanbieders niet alleen medewerkers aan, het stelt hen ook in staat ze voor de langdurige zorg te behouden.

### **Doel**

Zorgkantoren stimuleren en ondersteunen zorgaanbieders bij het optimaliseren van de bedrijfsvoering. Wij delen goede voorbeelden uit organisaties die een efficiënte bedrijfsvoering voeren en bieden zorgaanbieders zogenoemde spiegelinformatie aan over onderdelen van de bedrijfsvoering. Daarmee kunnen zij zich onder meer vergelijken met andere zorgaanbieders in de regio.

### **Uitgangspunt**

Over het optimaliseren van de bedrijfsvoering maken zorgkantoren afspraken met de zorgaanbieder. Daarmee kunnen we gezamenlijk heel gericht en concreet werken aan verbetering op specifieke vlakken zoals terugdringing van verzuim, vergroten van de medewerkerstevredenheid, verlaging van de PNIL-inhuur, verbetering van de solvabiliteit of een tijdige en juiste indiening van declaraties.

### **Kernelement Duurzaamheid**

Zorgkantoren hechten waarde aan duurzame zorg en duurzaam vastgoed. Dit laatste komt voort uit onze overtuiging dat duurzaamheid integraal onderdeel is van passende huisvesting. We onderschrijven de ambities vanuit de Green Deal voor de zorgsector, die gericht zijn op CO<sub>2</sub>-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 iedereen bevordert.

### **Doel**

Zorgaanbieders hebben, als maatschappelijk verantwoorde ondernemers, duurzaamheid verankerd in hun strategisch beleid. Zorgkantoren gaan hierover de komende jaren in gesprek met hen.

### **Uitgangspunt**

We gaan een zogenoemde duurzaamheidsdialoog aan. Hierbij kijken we onder meer naar de visie en de strategische verankering van het beleid van zorgaanbieders en mogelijke certificering. Bij het vastgoed ligt de focus tevens op de eisen aan duurzame bouw en een gezonde leefomgeving.

**Dit** stelt ons in staat om te bepalen hoe we het stimuleren van duurzaamheid binnen de zorg verder kunnen vormgeven.

## **2.4 PRODUCTIEAFSPRAKEN**

### **We maken met zorgaanbieders specifieke afspraken over welke zorg zij gaan leveren**

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 standaardnormen van beroepsgroepen.

Wij contracteren zorgaanbieders voor de prestaties/zorgprofielen die zij willen en kunnen leveren, als zij 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. Daarom maken zorgkantoren gericht afspraken met een beperkt aantal zorgaanbieders over het leveren van bijzondere zorgvormen zoals de epilepsiezorg, (SG)LVG en de crisiszorg. Meer informatie over deze zorgvormen en de aanvullende voorwaarden vindt u in hoofdstuk 5 van dit zorginkoopkader.

### **We bepalen het volume 'persoonsvolgend'**

De keuze van klanten voor een zorgaanbieder en de leveringsvorm bepalen het volume dat de zorgkantoren betalen op basis van de gedeclareerde prestaties. Zorgkantoren komen met de zorgaanbieder 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 ontleenen aan dit omzetniveau, beschrijven de zorgkantoren in het regionale deel van het zorginkoopkader. Deze afspraken worden vastgelegd in het budgetformulier van de NZa. Wilt u als zorgaanbieder gedurende het jaar nog nieuwe prestaties of zorgvormen gaan leveren? Dan gaan we hierover vooraf met u in gesprek.

### **We bieden elk kwartaal inzage in de benutting van de contracteerruimte**

Om zorgaanbieders meer houvast en inzicht te bieden, publiceren zorgkantoren minimaal elk kwartaal stukken over de benutting van de contracteerruimte op hun website. Dit doen we omdat we ons ervan bewust zijn dat de persoonsvolgende bekostiging onzekerheid voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Hierdoor krijgt u als zorgaanbieder 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.

Zorgkantoren beschrijven in het regionale deel van het zorginkoopkader hoe 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 gesprek tussen zorgkantoren, NZa en VWS.



## 3. ONZE SECTORSPECIFIEKE AFSPRAKEN MET ZORGAANBIEDERS

In hoofdstuk 2 hebben we de landelijke inkoopsystematiek toegelicht. In dit hoofdstuk leest u over welke onderwerpen we met u afspraken willen maken. Om in te spelen op de landelijke ontwikkelingen zien we aan aantal focuspunten die voor alle sectoren van belang zijn. Deze focuspunten lichten we hieronder toe. Daarnaast beschrijven we de sectorspecifieke afspraken. Deze zijn (mede) opgehaald in de verschillende bijeenkomsten met de brancheverenigingen.

### 3.1 ZES SPEERPUNTEN IN ZORGINKOOPBELEID

#### 1 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 vaak ook bekend bij andere zorgverleners, bijvoorbeeld in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het is in ieders belang (niet in de laatste plaats van de klant) dat de overgang soepel verloopt. Daarom blijven zorgkantoren nauw samenwerken met zowel de zorgverzekeraars als gemeenten om de overgang van zorg en ondersteuning goed af te stemmen.

#### 2 Meer samenwerking bij continu verbeteren

Samen de zorg verbeteren, kan alleen als iedereen bereid is van elkaar te leren en elkaar uit te dagen. Zorgkantoren faciliteren en verbinden hierbij, niet alleen in hun regio maar ook op locatieniveau. Dat doen we conform de kwaliteitskaders van de Verpleeghuiszorg en Gehandicaptenzorg en de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten van de GGZ. Zorgaanbieders zorgen er op hun beurt voor dat de organisatie de eigen wijze van leren en verbeteren borgt in de organisatie voor de toekomst.

#### 3 Kwaliteitsverbetering

De kwaliteitskaders van de sectoren verschillen in reikwijdte, maar hebben één ding gemeen: continu leren en verbeteren staat centraal, met persoonsgerichte zorg als basis. De beweging die hiermee is ingezet, draagt bij aan het leveren van passende en doelmatige zorg. Om in elke sector een robuust proces van continue verbetering te stimuleren, blijven we inzetten op het maken van afspraken over kwaliteitsverbetering.

Dat doen we aan de hand van het dialoogmodel. Hiermee hebben we in de afgelopen jaren goede ervaringen opgedaan. Veel zorgaanbieders hebben op deze manier al mooie resultaten bereikt, waarbij ook de cliëntenraden een belangrijke rol speelden. We blijven daarom met elkaar in gesprek gaan en zullen onder meer bij elke zorgaanbieder één of meerdere thema's langere tijd intensief volgen. We sluiten bij de keuze van deze thema's graag aan bij relevante ontwikkelingen die bij de zorgaanbieder gaande zijn. De thema's kunnen dus per zorgaanbieder verschillen. Daarnaast verbinden we de kwaliteitsdialoog met het geheel van beleidsgesprekken en locatiebezoeken, om de PDCA-cyclus op kwaliteit stevig te verankeren. In de stuurgroep van het kwaliteitskader werken we samen met vertegenwoordigers van cliënten en zorgaanbieders aan de doorontwikkeling van dit kader.

#### 4 Meer sturen op voldoende en passende huisvesting

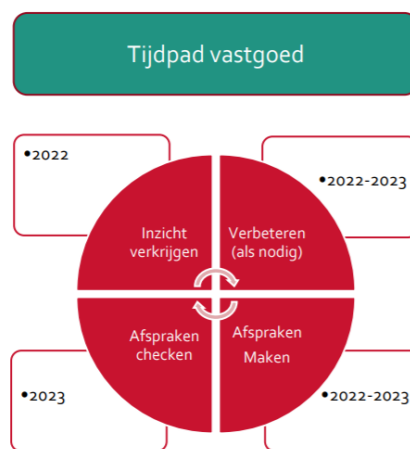
Passende huisvesting bepaalt voor een belangrijk deel de kwaliteit van leven van mensen met een (langdurige) zorgvraag. Professionele vastgoedsturing is dan ook cruciaal als het gaat om het realiseren van optimale kwaliteit in verhouding tot de beschikbare middelen (rendement). Zorgkantoren stimuleren zorgaanbieders daarom hun vastgoedsturing te verbeteren. Niet alleen voor nu maar ook voor de toekomst: passende huisvesting is van essentieel belang voor een duurzame zorg.

Voor alle drie de sectoren (V&V, GZ en GGZ) zal de focus de komende jaren liggen op passende huisvesting. Deze hangt sterk samen met de organisatie van zorg en ondersteuning in de eigen woonomgeving, de duurzame inzet van mantelzorgers, vroegsignalering, inzet van technologie en advance care planning. Passende huisvesting is essentieel om de zorg voor de toekomst te borgen. In de GZ en GGZ is er met name vraag naar specialistische voorzieningen; in de V&V is er vooral vraag naar capaciteitsuitbreiding van verpleegzorg.

Deze acties gaan we ondernemen om te sturen op voldoende passende huisvesting:

- Zorgkantoren stimuleren zorgaanbieders een vastgoedbeleid te voeren voor een langere termijn. Zij kunnen zich daarbij baseren op een (regionale) zorgvisie op de zorgverlening en het woningaanbod van de toekomst. Dat maakt het mogelijk om te anticiperen op veranderingen in klantvragen. Nauwe samenwerking met bijvoorbeeld gemeenten en woningcorporaties is een must. Uitbreiding van het zorgaanbod is immers niet alleen gebaseerd op intramurale zorg, het bestaat steeds vaker uit varianten waarbij wonen en zorg gescheiden zijn. De komende jaren moeten er dan ook meer woonvormen komen die beter aansluiten bij de behoefte van zorgvragers.
- Zorgkantoren gaan in gesprek met zorgaanbieders en maken (verbeter)afspraken over transparantie, kwaliteit (passende huisvesting) en kwantiteit van wonen en zorg in de regio. Onze ervaring is dat professionele vastgoedsturing helpt bij het realiseren van optimale kwaliteit in verhouding tot de beschikbare middelen. We zullen zorgaanbieders vragen naar de vastgoedstrategie.
- Zorgkantoren spannen zich in om inzicht te krijgen in bestedingen van de normatieve huisvestingscomponent (NHC), zoals de vastgoedexploitatie. Dit zullen we spiegelen tussen zorgaanbieders.

De ontwikkelopgaven verschillen dus per sector maar ook per regio en zijn afhankelijk van de situatie en omstandigheden. Dat geldt ook voor de kosten van vastgoed. Het is belangrijk om per regio een analyse te maken, de knelpunten in beeld te brengen en te bekijken wat de ontwikkelopgave is. De rol van zorgkantoren is om erop toe te zien dat de maatschappelijke middelen voor het woonzorgvastgoed ook daadwerkelijk hiervoor worden ingezet. We kijken ook of dat op een wijze gebeurt die past bij de regionale ontwikkelingen. Goede voorbeelden en kennis delen we met zorgaanbieders, ook tussen de verschillende domeinen. Waar nodig gaan we met zorgaanbieders in gesprek over de regionale ontwikkelopgave en passende inzet van middelen. Hier maken we eventueel maatwerkafspraken over.



## 5 Samenwerken bij meerzorg

Zorgkantoren signaleren een forse toename van de meerzorg. In gesprekken met VWS, NZa, VGN en CCE (voor de GZ), vertegenwoordiging van zorgaanbieders en gezamenlijke zorgkantoren hebben we vastgesteld dat we er samen verantwoordelijk voor zijn deze ontwikkeling te onderzoeken en waar mogelijk bij te sturen. **Er is hard gewerkt** aan een nieuwe systematiek voor meerzorg **voor alle drie de sectoren**. Hierin staan kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en betaalbaarheid centraal.

We blijven met zorgaanbieders in gesprek gaan over de zorgverlening van complexe zorgvragen die de reguliere financiering tijdelijk overstijgen. Dit doen we via meerzorgdialogen, het inzetten van spiegelinformatie en het verbinden van organisaties om goede voorbeelden te delen en van elkaar te leren. Hierover maken we resultaatsafspraken.

Ook het meer inzichtelijk maken van de resultaten voor cliënten, verwanten en medewerkers dient meer aandacht te krijgen. Tevens willen we meer aandacht voor de inzet van preventieve meerzorg.

In de nieuwe systematiek en in ons inkoopbeleid hebben we oog voor contextgebonden factoren. We erkennen het belang van het verbeteren van de context in relatie tot de kwaliteit van zorg voor complexe zorgvragen. Het streven is de nieuwe systematiek per 1 oktober 2022 in te laten gaan..

## 6 Investeren in zorginfrastructuur en digitale zorg

Juiste en tijdige informatie-uitwisseling met de klant en tussen zorgaanbieders vergroot de kwaliteit van langdurige zorg. Het voorkomt bovendien veel administratieve handelingen. Zorgkantoren investeren daarom in zorginfrastructuur en programma's die bijdragen aan meer efficiency en veiligheid in gegevensuitwisselingen. Tegelijkertijd vragen we zorgaanbieders ook te investeren, zowel in een veilige en gestandaardiseerde medische en verpleegkundige overdracht als in 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 data van klanten beschikbaar komen in hun Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO).

Om deze verbeteringen in de zorginfrastructuur te realiseren, moeten (para)medici die bij of voor zorgaanbieders werken, gebruik maken van het Landelijk Schakelpunt (LSP). Ook het werken met de standaarden van MedMij, Twin, eOverdracht en MedicatieOverdracht hoort daarbij. Indien nodig volgen zorgkantoren in dialoog met zorgaanbieders de voortgang. Omdat bovengenoemde ontwikkelingen niet vanzelf gaan, zullen zorgkantoren op termijn eisen in de overeenkomst vastleggen ten aanzien van zorginfrastructuur.

Tijdens de coronacrisis bleek dat digitale zorg niet alleen kan bijdragen aan kwaliteit van zorg en leven, maar ook aan de toegankelijkheid van zorg. Ook is digitale zorg een middel om eigen regie en onafhankelijkheid van klanten te vergroten. Zorgkantoren willen de ontwikkeling en inzet van digitale zorg daarom samen met zorgaanbieders versnellen. We streven daarbij gezamenlijk naar goede zorg, die aansluit bij de behoefte van de patiënt, op de juiste plek geleverd wordt en een redelijke prijs heeft. Digitalisering kan op die manier de effectiviteit van de zorg vergroten, bijdragen aan de betaalbaarheid, de kwaliteit op peil houden of verbeteren en de overspannen arbeidsmarkt in het zorgveld verlichten.

Daarnaast stimuleren we zorgaanbieders om technologische ontwikkelingen te implementeren. Lees hierover meer in de paragraaf 2.3.

## 3.2 ONZE SECTORSPECIFIEKE AFSPRAKEN VOOR VERPLEGING EN VERZORGING (V&V)

Naast de bovengenoemde speerpunten zijn voor de V&V de volgende zaken van belang: het kwaliteitsbudget en de toegankelijkheid van de ouderenzorg. Daarnaast is van belang aan te geven dat in hoofdstuk 5 nog verschillende onderwerpen beschreven zijn waar we met zorgaanbieders specifieke afspraken over maken. Denk bijvoorbeeld aan onderwerpen als behandeling, Wzd en mondzorg.

### 3.2.1 Kwaliteitsbudget: per 2022 geland in tarieven

De afgelopen jaren zijn door zorgkantoren met zorgaanbieders afspraken gemaakt over de realisatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Hiervoor zijn middelen beschikbaar gekomen via een ontwikkelbudget en kwaliteitsbudget. Vanaf 2022 is kwaliteitsbudget geland in de reguliere NZa-prestaties en tarieven ZZP VPT 4-10 VV. Hieronder leest u wat dit betekent.

#### Zorgaanbieders stellen het kwaliteitsplan op inclusief een verbeterparagraaf per locatie

Zorgaanbieders maken jaarlijks een kwaliteitsplan. Daarin beschrijven zij onder meer de verbeteringen 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. In de verbeterparagraaf staat op locatieniveau een toelichting. 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.

Het zorgkantoor gaat hierover met zorgaanbieders in gesprek. Met zorgaanbieders die onvoldoende stappen zetten in het verbeteren en/of behouden van kwaliteit maken de zorgkantoren gerichte verbeterafspraken. Op deze manier zorgen we ervoor dat zorgaanbieders handelen in lijn met de uitgangspunten van de kwaliteitskaders voor kwaliteitsverbetering en knelpunten voor de verpleeghuiszorg oplossen. We staan de komende jaren voor grote uitdagingen, dit gelet op de toename van het aantal klanten en de krapte op de arbeidsmarkt. We zien ook mogelijkheden om op andere manieren, bijvoorbeeld door de inzet van technologische innovaties, kwalitatief goede zorg te verlenen. We laten hiermee de specifieke verantwoording op aantal cliënt/ FTE ratio los. In het kwaliteitsplan en -verslag geven zorgaanbieders aan op welke wijze zij de zorg voor klanten invullen. Zorgkantoren blijven komende jaren met zorgaanbieders in dialoog over de wijze waarop ze invulling geven aan leren en verbeteren in lijn met het kwaliteitskader.

### **Grootste deel extra middelen verpleeghuiszorg via de reguliere tarieven beschikbaar vanaf 2022**

Vanaf 2022 landen de extra middelen verpleeghuiszorg (voorheen deel kwaliteitsbudget) in de reguliere tarieven van de NZa. Concreet betekent dit dat de NZa de maximumtarieven van de prestaties VPT en ZZP 4 t/m 10 VV verhoogt. Daarnaast voegt VWS de extra middelen van het kwaliteitsbudget toe aan de contracteerruimte. In het regionale beleid leest u welk deel u krijgt toebedeeld en welk deel de zorgkantoren reserveren om gerichte afspraken te maken met zorgaanbieders om ontwikkelingen te stimuleren voor de verpleeghuiszorg. Voor de nadere uitwerking van de landing van het kwaliteitsbudget in de tariefsystematiek van zorgkantoren verwijzen wij naar paragraaf 2.2 en/of het regionaal beleid van zorgkantoren.

### **Beperkt deel van de extra middelen voor gerichte afspraken over kwaliteitsverbetering en het oplossen van knelpunten voor de verpleeghuiszorg**

Bij deze afspraken en oplossingen kan het gaan om zowel zorgaanbiederspecifieke afspraken als om regionale afspraken op basis van kwaliteitsdialogen en regioplannen. De zorgkantoren geven in het regionale deel van het inkoopbeleid aan hoe ze deze middelen inzetten en afspraken vastleggen.

### **3.2.2 Passende huisvesting en toegankelijkheid ouderenzorg in de langdurige zorg**

In de ouderenzorg neemt de vraag naar langdurige zorg in de nabije toekomst sterk toe. Vraag en aanbod lopen niet altijd meer met elkaar in de pas, zowel in het aantal intramurale verpleeghuisplaatsen als in de mogelijkheden voor mensen om langer in hun eigen woning te blijven wonen. Ook voldoende nieuwe woonvormen waar verpleeghuiszorg kan worden geboden, zijn er niet. Omdat er ook nog eens een groeiend personeelstekort is, is het noodzakelijk aanvullende actie te ondernemen om de toegankelijkheid van ouderenzorg te waarborgen. Daarom gaan zorgkantoren in dialoog met zorgaanbieders om in 2025 25.000 extra plekken voor verpleegzorg (intramuraal, geclusterd en bij mensen thuis) te realiseren. Aan de basis daarvan liggen afspraken met aanbieders voor de ontwikkeling van nieuw aanbod en voor nauwe, regionale samenwerking met zorgaanbieders, gemeenten, woningcorporaties en projectontwikkelaars. Zorgkantoren vragen de overheid om de noodzakelijke randvoorwaarden in te vullen<sup>7</sup>, zodat zorgaanbieders ook meer comfort krijgen om initiatieven te ontplooiën.

---

<sup>7</sup> Zie ook deze brief van zorgkantoren aan de Tweede Kamer d.d. 8 oktober 2020 via deze link: <https://assets.zn.nl/p/32768/none/ZN-brief%20zorgcapaciteit%20overpleging%20en%20overzorging%20in%20202040.pdf>

De samenwerking tussen zorgkantoor en zorgaanbieder is gebaseerd op deze vijf zaken om de toegankelijkheid van zorg te borgen:

1. Zorgkantoren vragen zorgaanbieders om niet-vrijblijvend actie te ondernemen en plannen te ontwikkelen voor capaciteitsontwikkeling voor verpleegzorg in verschillende leveringsvormen, met aandacht voor innovatie, optimale inzet van zorgprofessionals en goed werkgeverschap. De in dialoog overeengekomen plannen worden op passende wijze vastgelegd in addenda of convenanten;
2. Zorgkantoren vragen zorgaanbieders, vanuit de maatschappelijke opdracht, actief de samenwerking in de regio op te zoeken met gemeenten, woningcorporaties en de marktsector. Doel: een gezamenlijke visie op de capaciteitsontwikkeling en een gezamenlijke inspanning in de randvoorwaarden die extra capaciteit mogelijk maken op middellange of lange termijn;
3. Op het moment dat de beoogde samenwerking in de regio niet of niet snel genoeg van de grond komt, roepen we zorgaanbieders op te escaleren richting zorgkantoor. Het gezamenlijk afspreken van bijsturingssacties en ondersteuning, regionaal en landelijk, hoort daarbij;
4. In de reguliere contractdialoog vragen zorgkantoren aan zorgaanbieders om de acties en resultaten te overleggen omwille van de capaciteitsontwikkeling;
5. Zorgkantoren maken via minimaal jaarlijkse regiomonitors t.b.v. de zorgplicht publiek transparant wat de concrete plannen zijn in de regio voor capaciteitsontwikkeling. Daarmee geven ze tevens inzicht in hoeverre ze daarmee aan de vraag voldoen. Zo nodig nemen zorgkantoren actie als het geplande en gerealiseerde aanbod, of de randvoorwaarden, achterblijven bij de vraag.

### 3.3 ONZE SECTORSPECIEKE AFSPRAKEN VOOR DE GEHANDICAPTENZORG (GZ)

Naast de algemene speerpunten uit dit inkoopbeleid lopen er nog een aantal andere ontwikkelingen voor de GZ die we hieronder toelichten. Daarnaast zijn in hoofdstuk 5 nog verschillende onderwerpen beschreven waar we met zorgaanbieders specifieke afspraken over maken, zoals behandeling, Wzd, SGLVG- en LVG-zorg en specialistische zorg.

#### **Zorgkantoren blijven passend aanbod inkopen voor mensen met een complexe zorgvraag**

In vervolg op de 'Werkagenda Passende Zorg is Maatwerk', het VWS-programma 'Volwaardig Leven' en de 'Toekomstagenda zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking' hebben zorgkantoren het mogelijk gemaakt om extra plaatsen te realiseren voor mensen met een complexe zorgvraag. Zij hebben samen met zorgaanbieders de klanten in beeld gebracht die voor een maatwerkplaats in aanmerking komen en hebben zorgaanbieders geselecteerd die maatwerkplekken gaan ontwikkelen. Om te voorkomen dat er mensen tussen wal en schip blijven vallen, creëren we in nauw overleg met cliënten, naasten en zorgaanbieder nieuwe maatwerkplekken.

In 2019 en 2020 hebben zorgkantoren regionale taskforces opgezet om goed zicht te krijgen in het aantal klanten met een intensieve zorgbehoefte die nog niet op een passende plek wonen. De samenwerking in deze regionale taskforces wordt verder geoptimaliseerd om samen te zorgen voor de beste plek voor deze klanten.

#### **De volgende landelijke speerpunten bespreken we ook met zorgaanbieders op regionaal niveau:**

- De mogelijkheden van extramuralisering (VPT, DTV en/of MPT) waarbij de behoefte en de mogelijkheden van de klant het uitgangspunt zijn.
- Inzet van technische oplossingen, digitalisering, het verminderen van bureaucratie en overhead, om de kwaliteit van zorg aan klanten te verbeteren en om ervoor te zorgen dat het minder beschikbare personeel voldoende tijd heeft om de persoonlijke zorg te blijven geven.

### **Passende huisvesting**

Zorgkantoren stimuleren samen met zorgaanbieders de ontwikkeling van 'slimme gebouwen'. Het gaat daarbij om vastgoed dat het werk van professionals faciliteert én om beleid voor scheiden van wonen en zorg. De aandacht voor passend huisvesten wordt onder meer ingegeven door het feit dat klanten met een Wlz-indicatie soms zeer lang bij één zorgaanbieder verblijven. Voor hen moet de capaciteit op peil blijven, simpelweg omdat die bijdraagt aan hun welbevinden. Daarnaast is capaciteitsvergroting speerpunt voor specifieke doelgroepen met een complexe zorgvraag. Het gaat daarbij om doelgroepen met multiproblematiek (GZ /GGZ of GZ/LVG met verslavingsproblematiek), LVG 18+, NAH+, de ouder wordende VG-klant en klanten die beveiligd wonen of onder de Wet zorg en dwang (Wzd) vallen.

Zorgkantoren gaan het hiaat verkennen tussen de (boven)regionale vraag en het (boven)regionale aanbod voor deze doelgroepen in de eigen regio's. Dat doen we met zorgaanbieders en andere relevante partijen. Belangrijk hierbij zijn:

- De dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieders over de regionale agenda;
- De lange termijn huisvestingsplannen;
- De mogelijkheden die zorgaanbieders zien om het scheiden van wonen en zorg verder vorm te geven.

## **3.4 ONZE SECTORSPECIEKE AFSPRAKEN VOOR DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)**

Naast de algemene speerpunten uit dit inkoopbeleid lopen er nog een aantal andere ontwikkelingen voor de GGZ die we hieronder toelichten. Daarnaast zijn in hoofdstuk 5 nog verschillende onderwerpen beschreven waar we met zorgaanbieders specifieke afspraken over maken, denk bijvoorbeeld aan onderwerpen als behandeling, Wzd/Wvvggz en beveiligde zorg.

### **Optimale samenhang tussen begeleid wonen en behandeling**

We gaan in gesprek over juiste zorg op de juiste plek. Flexibel op- en afschalen vinden we hierbij een belangrijk onderdeel. Uiteraard staat hierbij de zorgvraag van de klant centraal. Bij mensen met een GGZW-indicatie is daarbij van belang dat daar waar de behoefte op beschermd wonen op de voorgrond staat, ze op een locatie voor beschermd wonen verblijven of daar naartoe verhuizen. Waar er sprake is van een behandelvraag verwachten we dat de aanbieder van beschermd wonen hierin een coördinerende rol vervult. Daar waar bij mensen met GGZW-indicatie de behandeling een belangrijke rol speelt in het integrale aanbod kan verblijf in een behandelkliniek het meest passend zijn. In die gevallen gaan we uit van afspraken inclusief behandeling waarbij de behandelkliniek het totale pakket aan integrale zorg levert.

### **Voortzetten zorg in Wlz**

Veel klanten, van wie de zorg voorheen uit een ander domein werd gefinancierd, willen die zorg voortzetten bij de huidige (in de Wlz nieuwe) zorgaanbieder. Wij kijken graag samen met zorgaanbieders naar mogelijkheden om die wens in te willigen en te contracteren binnen de Wlz. Vanzelfsprekend ondersteunen we ook de klant in zijn zoektocht naar passende Wlz-zorg.

### **Het richttariefpercentage en de GGZ**

In hoofdstuk 2 staat beschreven dat het richttariefpercentage gebaseerd is op de jaarcijfers uit 2019 van zorgaanbieders die >60% omzet in de Wlz hadden. GGZ aanbieders die pas vanaf 2021 zorg verlenen in de Wlz en geïntegreerde GGZ aanbieders met minder dan 60% van de totale omzet in de Wlz zijn daardoor niet in de berekening meegenomen. We willen daarom nogmaals benadrukken dat we werken met een richttarief inclusief aanpassingsmogelijkheden. In het regionale beleid van de zorgkantoren leest u hoe hier in de regio exact invulling aan wordt gegeven. Als het tarief voor u aantoonbaar niet kostendekkend is kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule (zie paragraaf 2.2.2).

### **Passende huisvesting**

Passende zorg gaat voor een belangrijk deel over passende huisvesting. Ons beleid is erop gericht het scheiden van wonen en zorg te stimuleren en meer diversiteit in het woonaanbod te bevorderen. Beide aspecten moeten bijdragen aan het welbevinden van klanten.

De 'klapwoningen' zijn daarvan een mooi voorbeeld: hierbij heeft de klant een eigen woning waarbij het verblijf in eerste instantie via de Wlz wordt gefinancierd. Is de klant eraan toe, dan wordt dit omgezet naar eigen huur om de zelfredzaamheid van de klant te stimuleren. Goede samenwerking met woningbouwcorporaties is hierbij onmisbaar.

### **Intramuraal vastgoed**

Behoud en herontwikkeling van het bestaande intramurale vastgoed is en blijft van belang voor de sector. Ook dit moet goed aansluiten bij de behoeftes van klanten. Daarbij gaat extra aandacht uit naar:

- De doelgroep 'GGZ Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging (GGZw-4)'. Dit is een klantgroep met een complexe psychiatrische aandoening, in combinatie met een somatische aandoening, lichamelijke handicap of verstandelijke beperking. De woonomgeving moet veel voorspelbaarheid, structuur, veiligheid en bescherming bieden en zijn aangepast aan de beperkingen van de klanten;
- De doelgroep 'GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding (GGZw-5)'. Dit is een klantgroep met een zeer ernstige psychiatrische aandoening. Deze klanten hebben een buitengewoon gestructureerd klimaat en een grote mate van beveiliging en bescherming nodig. De verblijfsomgeving moet hierop zijn afgestemd en zijn voorzien van een specifiek beveiligingsklimaat.

### **Kwaliteit verbeteren, maatwerk leveren**

Om mensen kwalitatief goede zorg te verlenen, stellen veldpartijen een kwaliteitskader voor de GGZ op. We juichen deze ontwikkeling toe. Totdat het landelijke kwaliteitskader GGZ gereed is, werken we voor de inkoop van GGZ-Wlz met voorlopige kwaliteitsuitgangspunten.<sup>8</sup> Deze zijn opgesteld door zorgkantoren en afgestemd met alle belanghebbenden binnen de GGZ-sector. Op basis van de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten kunnen zorgaanbieders cyclisch werken aan het continu verbeteren van kwaliteit. Maatwerk in de toepassing hiervan vinden we belangrijk voor de continuïteit van zorgverlening. We bespreken de kwaliteitsuitgangspunten voortdurend met de zorgaanbieders om beter inzicht te krijgen in de zorg die de aanbieder levert. Deze dialoog draagt ook bij aan de verbinding met de doelgroep en de zorgaanbieder.

### **Herstelondersteunende zorg**

De GGZ heeft in de afgelopen jaren mooie resultaten geboekt met het bieden van herstelondersteunende zorg. Hoewel mensen met een Wlz-indicatie blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24-uurszorg in hun nabijheid, dagen we zorgaanbieders uit om de herstelgedachte vast te houden. Denk daarbij aan klinisch herstel, persoonlijk en maatschappelijk herstel of een combinatie daarvan. We vinden het belangrijk dat mensen met langdurige psychiatrische problematiek binnen de eigen mogelijkheden perspectief houden en ondersteund worden bij het leiden van een waardig leven.

---

<sup>8</sup> De voorlopige kwaliteitsuitgangspunten voor de GGZ vindt u [hier](#)

## 4. HOE ZIET HET INKOOPPROCES ERUIT?

---

### 4.1 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<sup>9</sup> 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<sup>10</sup> 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 of bijlage 1 van de instemmingsverklaring moet u bij inschrijving aangeven of u in 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.<sup>11</sup> 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.

**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.

### 4.2 HOE KOMEN WE TOT AFSPRAKEN OVER HET VOLUME?

**Ook voor 2023 bepalen zorgkantoren regionaal welke initiële afspraken over het volume worden gemaakt**  
Dit leest u in het regionale deel van het zorginkoopkader.

---

<sup>9</sup> Hierbij gaat het om de feitelijke woonplaats van de klant en niet om het postadres van de klant. We maken hierop twee uitzonderingen:

- (1) 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 expertisefunctie. Bijvoorbeeld Borg-instellingen: alleen de SGLVG-behandelplaatsen behoren tot deze uitzondering, de andere plaatsen niet.
- (2) Kleine woonlocaties in de GZ van zes of minder personen met een Wlz-indicatie, tenzij de zorgaanbieder hier zelf om verzoekt.

<sup>10</sup> Voor de definitie van onderaanneming verwijzen wij naar de overeenkomst.

<sup>11</sup> Zie Artikel 10 lid 1 van de Wlz-overeenkomst en de Bestuursverklaring onder punt 4.



## 4.3 WANNEER BENT U EEN BESTAANDE OF EEN NIEUWE ZORGAANBIEDER 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 2022 en waarbij hij ten minste vanaf 1-1-2022 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 2022 of wel voor het hele kalenderjaar 2022 maar daarbij niet ten minste vanaf 1-1-2022 daadwerkelijk zorgkosten declareert. Een dergelijke zorgaanbieder is voor het zorgkantoor waar voor het eerst voor 2023 ingeschreven wordt, een nieuwe zorgaanbieder.

## 4.4 WELKE OVEREENKOMSTEN SLUITEN WIJ MET ZORGAANBIEDERS?

De meeste zorgkantoren kennen de volgende scenario's:

- Zorgaanbieders met een overeenkomst voor drie jaar (2021-2023).
- Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' die een overeenkomst voor (een deel) van het aan 2023 voorafgaande jaar hebben gehad, komen in aanmerking voor een overeenkomst voor het jaar 2023.
- Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor' komen in aanmerking voor een overeenkomst van een jaar (2023).
- Nieuwe zorgaanbieders komen in aanmerking voor een eenjarige overeenkomst voor 2023.

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

## 4.5 WAT MOET U DOEN VOOR EEN WLZ-OVEREENKOMST?

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.

Bij de inschrijving wordt onderscheid gemaakt tussen de bestaande en nieuwe zorgaanbieders en tussen de verschillende soorten bestaande zorgaanbieders. Hieronder wordt toegelicht welke documenten in de betreffende situaties moeten worden ingediend.

### **1. U heeft een overeenkomst tot en met 31-december 2023 met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt ('Bestaand voor het zorgkantoor' met een driejarige of een tweejarige overeenkomst): instemmingsverklaring**

U kunt volstaan met het indienen van een instemmingsverklaring. Zorgaanbieders verklaren met het tekenen van een instemmingsverklaring dat:

- zij voldoen en blijven voldoen aan de gestelde voorwaarden voor contractering 2023;
- er geen uitsluitingsgronden zoals geformuleerd in de Bestuursverklaring 2023 op hen van toepassing zijn;
- zij de voorwaarden van de overeenkomst Wlz 2023 met bijbehorende bijlagen aanvaarden;
- zij instemmen met het geformuleerde beleid voor contractering Wlz 2023, zoals o.a. geformuleerd in het Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023, Aanvulling voor 2023.

**2. U heeft een overeenkomst voor 2022 die op 31 december 2022 afloopt met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt ('Bestaand voor het zorgkantoor' met een éénjarige overeenkomst): 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 dat u 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.

Bovengenoemde zorgaanbieders (categorie 1 en 2) hoeven bij de inschrijving naast de instemmingsverklaring of 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 dan wel instemmingsverklaring aan het zorgkantoor kunnen overleggen. Wanneer zorgaanbieders van plan zijn nieuw zorgaanbod te ontwikkelen, kan hierop een toelichting gevraagd worden bij de inschrijving.

**3. 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 en u voldoet aan de definitie van Bestaande zorgaanbieder in de zin van 'bestaande maar nieuw voor het zorgkantoor', dan levert u bij de inschrijving alleen de bestuursverklaring en een beknopt ondernemingsplan (tenminste het bedrijfs- en financieel plan (zie paragraaf 4.9 en 4.10 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.

**4. 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 u 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 4.9 en 4.10 van dit zorginkoopkader.

## 4.6 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 of instemmingsverklaring 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 of instemmingsverklaring is aangeleverd, én;
- Alle onderbouwende documenten bij de inschrijving zijn bijgevoegd (conform het overzicht 'aan te leveren documenten' in paragraaf 4.9 en zie ook paragraaf 4.10), 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 onderstaande paragraaf 'Bevoegdheid tot het vragen van een toelichting';
- 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 (geschikheids)eisen;
- 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.

### 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.

## **Controle van hetgeen is verklaard in de bestuursverklaring of instemmingsverklaring 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 of instemmingsverklaring. Het gaat niet alleen om controle van wat is ingevuld in de bestuursverklaring of instemmingsverklaring, maar ook om beoordeling en controle van de documenten die nieuwe zorgaanbieders (maar ook bestaande zorgaanbieders maar nieuw voor het zorgkantoor (zie paragraaf 4.5)) ter onderbouwing moeten aanleveren (zie voor het overzicht paragraaf 4.9 en zie ook paragraaf 4.10).

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.

## **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 4.9 en in paragraaf 4.10 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(s) overeenkomt met wat is beschreven in het ondernemingsplan.

## **Zorgkantoren beoordelen het ondernemingsplan en het gesprek met de bestuurder(s)**

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 (onder andere) in het kader van de melding op grond van de Wtza 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(s) 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 4.9.

## 4.7 WELK TIJDPAD GELDT VOOR HET INKOOPPROCES 2023?

De procedure voor de zorginkoop 2023 kent het volgende tijdpad.

Fase	Wie	Datum
Publicatie landelijk inkoopkader	Zorgkantoor	1 juni 2022
Indienen van vragen t.b.v. Nota van Inlichtingen	Zorgaanbieder	Tot uiterlijk 16 juni 2022 12:00
Publicatie Nota van Inlichtingen	Zorgkantoor	30 juni 2022
Inschrijving nieuwe en bestaande zorgaanbieders	Zorgaanbieder	Uiterlijk 29 juli 2022 17.00 uur
Mogelijkheid tot gesprek over contractering en voorwaarden	Zorgkantoor/ Zorgaanbieder	Uiterlijk 30 september 2022 afgerond
Voorlopige contractering	Zorgkantoor	Uiterlijk 21 oktober 2022
Definitieve contractering en indiening budgetformulier bij NZa	Zorgkantoor	15 november 2022

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 2023 een overeenkomst wilt sluiten, schrijft u uiterlijk 29 juli 2022 17.00 uur in**  
Wanneer u met ingang van 1 januari 2023 in aanmerking wilt komen voor een overeenkomst, dan kunt u uiterlijk 29 juli 2022 17.00 uur inschrijven bij het zorgkantoor verantwoordelijk voor de regio waar uw klanten wonen.

### **U kunt zich ook tussentijds inschrijven voor 2023**

Zorgaanbieders die verwachten pas in de loop van 2023 te starten, wijzen we uitdrukkelijk op de mogelijkheid om tussentijds te contracteren. Een zorgaanbieder kan inschrijven tot 1 februari 2023 of tot 1 mei 2023. 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 4.3).

### **Indienen productieafspraken**

Met zorgaanbieders maken we afspraken over welke prestaties zij willen en kunnen leveren. De indieningsdatum bij de NZa is 15 november 2022.

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.

## 4.8 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. Hierbij is het alleen mogelijk om vragen te stellen over het nieuwe beleid. Het nieuwe beleid betreft de passages die gewijzigd/aangevuld zijn ten opzichte van het Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023, **Aanvulling voor 2022**. De passages die gewijzigd/aangevuld zijn, zijn inzichtelijk gemaakt.<sup>12</sup>

Vanaf de publicatiedatum op **1 juni** zijn zorgaanbieders tot uiterlijk **16 juni 2022** 12.00 uur 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 **30 juni 2022** 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 **Aanvulling voor 2023**, inclusief de wijzigingen/aanvullingen 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:

- Gehele 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;
- Het aanbrennen van wijzigingen in de procedure of in de aard en de omvang van de zorgprestaties die we inkopen;
- 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.

---

<sup>12</sup> Voor het document waarin zichtbaar is wat de veranderingen voor **2023** ten opzichte van het in **2021** gepubliceerde Inkoopkader Wlz 2021-2023 **Aanvulling voor 2022** zijn, zie de website van ZN: <https://www.zn.nl/publicaties/document?documentregistrationid=6085410818>

### 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.

## 4.9 WELKE DOCUMENTATIE IS NODIG BIJ DE INSCHRIJVING VAN NIEUWE ZORGAANBIEDERS?

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 voor nieuwe zorgaanbieders

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 2023				
Bestuursverklaring 2023	De zorgaanbieder dient de volledig ingevulde bestuursverklaring aan te leveren bij zijn inschrijving.	X		
Inschrijving Handelsregister KvK	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK.</li> <li>Op het afschrift dienen tevens de <u>namen van de leden van het toezichthoudend orgaan</u> te zijn vermeld. Op grond van het Handelsregisterbesluit dienen deze gegevens in het Handelsregister opgenomen te zijn.</li> <li>Afschrift is niet ouder dan zes maanden op het moment van inschrijving.</li> <li>De organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als vermeld op het afschrift.</li> <li>Bevoegdheid van ondertekenaar moet blijken uit het afschrift of er moet een volmacht zijn (die eveneens verstrekt moet worden).</li> </ul>	X		
Inschrijving UBO('s) UBO-register	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afschrift van inschrijving UBO('s) in UBO-register dat beheerd wordt door de KvK.</li> <li>Afschrift is niet ouder dan 6 maanden op het moment van inschrijving.</li> <li>De organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als vermeld op het afschrift.</li> </ul>	X		
Toelatingsvergunning conform de Wtza	<p>De nieuwe zorgaanbieder moet bij zijn inschrijving het volgende indienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wanneer hij vergunningplichtig is: <ul style="list-style-type: none"> <li>Een afschrift van de Wtza-toelatingsvergunning (Wet toetreding zorgaanbieders); of</li> <li>Een afschrift van de Wtzi-toelating en de brief van september 2021 van het CIBG en eventuele vervolgcorrespondentie tussen de zorgaanbieder en het CIBG waaruit blijkt dat hij vergunningplichtig is en de Wtzi-toelating als Wtza-toelatingsvergunning geldt; of</li> <li>Een eigen verklaring onderbouwd met bewijsstukken dat hij vergunningplichtig is en het overgangsrecht op hem van toepassing is.</li> </ul> </li> </ul>	X		



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
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wanneer hij niet vergunningplichtig is: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een afschrift van de Wtzi-toelating en de brief van september 2021 van het CIBG en eventuele vervolgcorrespondentie tussen de zorgaanbieder en het CIBG waaruit blijkt dat hij niet vergunningplichtig is; of</li> <li>• Een eigen verklaring onderbouwd met bewijsstukken dat hij niet vergunningplichtig is.</li> </ul> </li> <li>• Indien van toepassing, dient de organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dezelfde te zijn als op de Wtza-toelatingsvergunning dan wel op de Wtzi-toelating en de brief van september 2021 van het CIBG.</li> </ul>			
Verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet ouder dan een jaar op het moment van inschrijving en specifiek aangevraagd ten behoeve van de deelname aan deze inkoopprocedure. Dit moet worden ingevuld in het vrije veld bij de aanvraag.</li> <li>• 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.</li> </ul>	X		
Statuten van de inschrijvende zorgaanbieder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuele statuten van de te contracteren partij.</li> <li>• Uw ondernemingsplan dient overeen te komen met uw statuten.</li> <li>• In de statuten is de vigerende Governancecode Zorg geborgd, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Informatie over het toezichthoudend orgaan.</li> </ul> </li> </ul>	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	<p>Statutaire borging, dan wel borging in de relevante reglementen, zoals bepaald en uitgewerkt in de vigerende Governancecode Zorg, waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatie over het toezichthoudend orgaan; benoeming, samenstelling, schorsing, ontslag etc.;</li> <li>• Belangenverstrengeling;</li> <li>• Medezeggenschap, invloed en advies;</li> <li>• Verantwoording Raad van Bestuur;</li> <li>• Verantwoordelijkheid Raad van Bestuur;</li> <li>• Cliëntenraad;</li> <li>• Naleving Code.</li> </ul>		X	

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
Kwaliteitskader <sup>13</sup> van de sector / werkt met een landelijk erkend kwaliteitssysteem met externe toetsing	De zorgaanbieder kan aantonen dat hij zich houdt aan het voor de sector relevante kwaliteitskader. De zorgaanbieder waarop (nog) geen kwaliteitskader van toepassing is, kan aantonen dat hij systematisch werkt aan de kwaliteit van zorg en dit borgt door het werken met een kwaliteitssysteem, voorzien van een periodieke externe visitatie. 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 bedrijfsadministratie	De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die tijdige levering van gegevens mogelijk maakt, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaraties (AW 319) volgens afspraken vastgelegd in het uniform declaratieprotocol Wlz aan het zorgkantoor;</li> <li>• Relevante berichten in iWlz (zorgtoewijzing, melding aanvang zorg, mutaties, melding einde zorg), aan het zorgkantoor conform standaarden die door het Zorginstituut Nederland zijn vastgesteld.</li> </ul>		X	
Privacybeleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beleid staat gepubliceerd op de website van de zorgaanbieder met een werkende link.</li> <li>• Het beleid voldoet aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).</li> <li>• Voor klanten is duidelijk: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Welke persoonsgegevens worden vastgelegd;</li> <li>○ Wie er inzage heeft in de gegevens;</li> <li>○ Hoe invulling is gegeven aan 'geheimhouding';</li> <li>○ Wat de bewaartermijn van de gegevens is;</li> <li>○ Het beleid op inzage van gegevens door de klanten;</li> <li>○ Hoe gehandeld wordt bij datalekken;</li> <li>○ De bezwaarmogelijkheden.</li> </ul> </li> </ul>		X	
Klachtenregeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beleid staat gepubliceerd op de website van de zorgaanbieder met een werkende link.</li> <li>• Het beleid voldoet aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).</li> <li>• Uit het beleid blijkt voor klanten tenminste: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reactietermijn op klacht binnen zes weken;</li> <li>○ Onafhankelijke klachtenfunctionaris;</li> <li>○ Contactgegevens klachtenfunctionaris;</li> <li>○ Indiening mogelijk zonder melding aan begeleider/zorgverlener;</li> <li>○ Dat de zorgaanbieder is aangesloten bij een geschilleninstantie.</li> </ul> </li> </ul>		X	
Regeling AO/IC	Tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.		X	
Polisblad van aansprakelijkheidsverzekering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Op naam van de te contracteren zorgaanbieder.</li> <li>• Actueel polisblad: de organisatievorm (juridische entiteit)</li> </ul>	X		

<sup>13</sup> 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
	die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als op het polisblad.			
Bijlage 2 Onderaannemerschap 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		
Meldplicht Wtza	<p>De nieuwe zorgaanbieder heeft zich in het kader van de meldplicht op grond van de Wtza gemeld bij het CIBG (de IGJ) en heeft daartoe het/de betreffende formulier/vragenlijst ingevuld, tenzij de meldplicht op hem niet van toepassing is.</p> <p>U vindt het formulier/de vragenlijst hier:  <a href="https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/melden">https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/melden</a></p> <p>De zorgaanbieder moet het bewijs van invulling/melding indienen bij de inschrijving.</p> <p>Mocht de zorgaanbieder bij het invullen van de vragenlijst de melding krijgen dat melden op dat moment nog niet mogelijk is, waardoor hij de vragenlijst niet kan afronden, dan dient hij het bewijs daarvan (bijv. een printscreen) bij zijn inschrijving te voegen.</p> <p>De meldplicht is op de zorgaanbieder niet van toepassing/de zorgaanbieder hoeft zich niet te melden als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hij op 1 januari 2022 als zorgaanbieder in het Landelijk register zorgaanbieders (LRZa) stond; of</li> <li>- als hij de jaarverantwoording, bedoeld in artikel 40b Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), over het jaar 2021 vóór 1 juli 2022 op de krachtens dat artikel bepaalde wijze openbaar heeft gemaakt; of</li> <li>- als hij tot een categorie van zorgaanbieders behoort die uitgezonderd is van de meldplicht bij of krachtens de Wtza.</li> </ul> <p>Als de meldplicht op de zorgaanbieder niet van toepassing is/als de zorgaanbieder zich niet hoeft te melden, dan moet hij bij zijn inschrijving bewijsstukken indienen waarmee dat op overtuigende wijze wordt aangetoond.</p>	X		
Ondernemingsplan <sup>14</sup>				

<sup>14</sup> In de volgende paragraaf (4.10) 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 in de volgende paragraaf (4.10) beschreven eisen, dan kan het zorgkantoor besluiten de zorgaanbieder van verdere deelname

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
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		
Bedrijfsplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke Wlz-doelgroepen;</li> <li>• Welke prestaties;</li> <li>• Verwachte aantallen;</li> <li>• Welke ervaring met zorglevering (welk domein, overeenkomsten etc.);</li> <li>• Personeel in dienst (omvang en opleidingsniveau en aard opleiding).</li> </ul>	X		
Financieel plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkelvoudige jaarrekeningen van de inschrijvende zorgaanbieder 2020 en 2021 (tenzij startende organisatie waar nog geen jaarrekening van is vastgesteld);</li> <li>• Geconsolideerde jaarrekeningen van een eventuele (groot)moedermaatschappij 2020 en 2021;</li> <li>• Begroting van de inschrijvende zorgaanbieder met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen voor 2023.</li> </ul>	X		

## 4.10 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 als 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 **vigerende** Governancecode Zorg (uiterlijk gereed op moment van zorglevering);
- Toelichting op een eventuele holding- of concernconstructie;
- Een organogram van de juridische structuur van de zorgaanbieder.

### 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 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 4.5) die een beknopt ondernemingsplan (tenminste het bedrijfs- en financieel plan) moeten aanleveren.

- 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 het deskundigheidsniveau in relatie tot de doelgroep is hierbij vereist. Als er nog geen personeel in dienst is, dan volstaat een beschrijving van 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 **vigerende** 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 en een positief resultaat verwacht wordt, waardoor borging van de continuïteit van zorg aannemelijk is.

Het zorgkantoor betreft eveneens de jaarrekeningen van de voorafgaande jaren (2020 en 2021) 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 **enkelvoudige** jaarrekeningen 2020 en 2021 bij dit onderdeel van het ondernemingsplan aan. Ook de **Geconsolideerde** jaarrekeningen 2020 en 2021 van een eventuele (groot)moedermaatschappij levert de zorgaanbieder bij dit plan aan. Daarnaast bevat het financiële plan een realistische begroting voor 2023. Zie voor de nadere specificaties het Overzicht aan te leveren documenten hierboven.

## 5. WAT VERWACHTEN ZORGKANTOREN VAN U BIJ SPECIFIEKE ZORGVORMEN IN DE WLZ?

---

### 5.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk maken we helder wat zorgkantoren van zorgaanbieders verwachten bij het leveren van specifieke vormen van zorg in de Wlz. We geven niet alleen wijzigingen op inkoopthema's aan, we beschrijven ook welke aanvullende voorwaarden en richtlijnen er vanuit de zorgkantoren zijn op de geldende wet- en regelgeving.

Tot nu toe publiceerden de zorgkantoren hierover in een apart document: 'Beleidskader contractering Wlz'. Op verzoek van de zorgaanbieders nemen we deze teksten nu op in dit inkoopkader. Bij nieuwe ontwikkelingen en aanvullende voorwaarden publiceren we in september 2022 een Addendum Beleidskader. Zo houden we het inkoopkader zo volledig en actueel mogelijk.

Het Beleidskader contractering Wlz – dat nu in dit inkoopkader is opgenomen – heeft betrekking op:

- De inkoopvoorwaarden, waarbij de genoemde voorwaarden gelden voor het afspreken en leveren van de betreffende prestaties;
- Aanvullend beleid met:
  - Meer informatie over een thema;
  - Een gedragslijn, met een aanscherping, verduidelijking en nadere uitwerking van de NZa-beleidsregels die voor het inkoopjaar gelden. Het gaat hierbij om de 'Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis' en de 'Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg';
  - Een toelichting op beleidswijzigingen, veelal ingegeven door de overheid.

### 5.2 SPECIALISTISCHE ZORG

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 beademingszorg;
- Toeslag observatie;
- Toeslag gespecialiseerde epilepsie;
- Zorg voor zintuiglijk beperkten;
- Overige (specialistische) ZZP's (VG7 en VV9B).

### **Toeslag beademingszorg**

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 klanten met een indicatie voor LG2 en 4 tot en met 7, VV4 tot en met 9b en VG3 tot en met 8.

Voor de toeslag beademingszorg geldt het volgende, in aanvulling op de passages inzake de beademingszorg in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis:

- Deze prestatie met bijbehorende tariefafspraken 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 aantoonbare 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 zoveel als mogelijk geclusterd geleverd en hebben een regionale functie.

### **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 half jaar 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.

### **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/hog 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 zorgverlenend als niet-zorgverlenend personeel), zijn toegerust om adequaat te handelen in relatie tot de specifieke doelgroep.

### **Zorg voor 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 ZPP 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 ZPP worden ingezet en gedeclareerd. Bij ZPP ZGvis 1 en 2 is behandeling namelijk géén onderdeel van het ZPP. Voor de prestaties ZGvis 3 t/m 5 kan behandeling onderdeel zijn van het ZPP en wordt hiervoor ook gecompenseerd in het ZPP ZG-tarief. Als na herindicatie het geïndiceerde zorgprofiel een ZPP ZGvis 3 t/m 5 is, is behandeling wel een onderdeel van het basis ZPP-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 ZPP 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, gebouwgebonden hulpmiddelen.

### **Overige (specialistische) zorgzwaartepakketten**

#### *ZPP 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 directe 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 gb 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.

## 5.3 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;
- De overgangsregeling voor mensen die voor 1 januari 2020 een SGLVG- of LVG-indicatie hebben ontvangen en deze indicatie niet op de juiste wijze verzilveren, is geëindigd op 31 december 2020.

### **SGLVG-indicatie**

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 kon 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 mogen niet worden verzilverd in PGB**

Per 1 januari 2020 mag er geen enkel LVG-zorgprofiel in een PGB worden verzilverd. Uitzondering hierop zijn mensen met een LVG-zorgprofiel 1 en 2 die voor 1 januari 2020 al een PGB kregen. Zij kunnen het PGB behouden tot hun lopende indicatiebesluit is afgelopen.

### **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 vervolgingindicatie 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 2 x 13 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.

## **5.4 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 vervolgingindicatie 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 leverden. 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.

## **5.5 INKOOPVOORWAARDEN SGLVG VERBLIJF MET BEHANDELING**

Met de inwerkingtreding van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) met ingang van 1 januari 2022 is de specifieke toelating voor het verlenen van SGLVG-behandelzorg in een verblijfssetting komen te vervallen. Zorgkantoren maken voor het leveren van SGLVG behandelzorg afspraken met zorgaanbieders die passende integrale behandelzorg in een (beveiligde) behandelsetting kunnen leveren en daarin aantoonbaar expertise en ervaring hebben opgebouwd.

### **De SGLVG-behandelzorg vraagt om aanvullende inkoopvoorwaarden**

Deze zorg omvat namelijk een stevig behandelaanbod met specifieke eisen aan fysieke veiligheid en onvrijwillige zorg. Zorgkantoren maken voor het leveren van zorg aan klanten met een SGLVG-indicatie alleen afspraken met zorgaanbieders die passende integrale behandelzorg voor gedragsproblemen in een (beveiligde) behandelsetting kunnen leveren en daarin aantoonbaar expertise en ervaring hebben opgebouwd. Het gaat om specialistische kennis binnen de afzonderlijke vakgebieden (denk hierbij aan somatiek, psychiatrie, psychologie, orthopedagogiek).

Om duidelijk te maken wat zorgaanbieders in huis moeten hebben, hebben zorgkantoren in afstemming met expertisecentrum De Borg (een samenwerkingsverband van de vier erkende SGLVG-instellingen, Fivoor, Ipse de Bruggen, STEVIG en Trajectum) en VGN aanvullende inkoopvoorwaarden ontwikkeld. Deze bouwen voort op de inkoopvoorwaarden voor de LVG profielen, de CIZ zorgprofielen, de beleidsregels van de NZa en de beschreven kwaliteitscriteria van het kwaliteitsnetwerk van de Borg instellingen.

### **Zorgkantoren maken met deze aanvullende voorwaarden duidelijk aan welke eisen SGLVG-zorgaanbieders moeten voldoen.**

Met deze voorwaarden kunnen zorgkantoren vooraf een afgewogen oordeel vormen of de zorgaanbieder de zorg verantwoord kan leveren en het zorgkantoor daarover afspraken wil maken. We kopen alleen meer SGLVG verblijf met behandeling in, als er sprake is van een leemte in het aanbod. Ook geven deze voorwaarden zorgkantoren een goed kader om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg aan klanten met een SGLVG-behandelindicatie.

### **Inhoudelijke expertise**

De SGLVG-behandelcentra kunnen qua inhoudelijke expertise en organisatiestructuur gezien worden als derdelijns, specialistische behandelcentra. Het aanbieden van verantwoorde klinisch(e) (forensische) zorg vereist niet alleen specialistische kennis binnen de afzonderlijke vakgebieden (denk hierbij aan somatiek, psychiatrie, psychologie, orthopedagogiek), maar ook aan een integratie van de verschillende vakgebieden om te komen tot integrale (en multidisciplinaire) diagnostiek en behandeling. Dit om tegemoet te komen aan de complexiteit van de doelgroep, die zich begeeft op het snijvlak van de verstandelijke gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg (al dan niet binnen een forensisch kader).

De verantwoordelijkheid over de cliënt houdt niet op wanneer deze de klinische behandeling – al dan niet succesvol – afrondt. Een goede overdracht (binnen de eigen organisatie of naar een collega-organisatie) is erg belangrijk. Hierbij wordt niet alleen de benodigde kennis over de cliënt (in termen van beeldvorming) maar ook de vereiste inhoudelijke expertise (in termen van vakkennis) gedeeld met de vervolgplek van de cliënt.

### **Veiligheid en bescherming**

Een veilige omgeving is belangrijk voor cliënt en medewerkers. Er is veel aandacht nodig voor de individuele cliënt en de bescherming die iemand nodig heeft. In combinatie met de aanwezigheid van gezamenlijke ruimten is een eigen domein erg belangrijk. Een comfortabele individuele ruimte, waar iemand de eigen regie over heeft en zich kan terugtrekken, zonder interactie met mede cliënten. Hiervoor geldt dat de voorzieningen robuust en warm tegelijk moeten zijn, precies zoals de dienstverlening dat ook moet zijn. Daarnaast moet er ruimte zijn voor tijdelijke beschermde opvang bij forse ontregeling.

De SGLVG-behandelcentra zijn in staat om de passende beveiligingsniveaus te bieden. Informatie over beveiligingsniveaus is terug te vinden op <https://www.forensischezorg.nl/zorgaanbod/klinische-zorg>. De mate van beveiliging heeft te maken met enerzijds de gesloten of besloten context. Afhankelijk van deze context wordt het aanbod van behandel- en therapiefaciliteiten deels buiten de besloten setting aangeboden (al dan niet onder begeleiding). (Im)materiele beveiliging bestaat onder andere uit een 24-uurs post, controle op aan- en afwezigheid van cliënten en mogelijkheid tot drugs- en kamercontroles die plaats kunnen vinden. Bij de meer beveiligde setting is het van belang dat er continu- of cameratoezicht geboden wordt op de afdelingen en gecontroleerde in- en uitgangen.

### **Het behandel aanbod voldoet aan de volgende voorwaarden**

- SGLVG-clieënten hebben een flexibele op de persoon afgestemde behandeling nodig. Het therapeutisch klimaat speelt hierbij een centrale rol. De cliënt woont, werkt, volgt therapie en besteedt veel van zijn vrije tijd in en rondom de kliniek.
- De behandeling van deze problemen moet aansluiten bij het cognitieve niveau van de persoon. De gedragswetenschappelijke en de psychiatrische behandeling zijn met elkaar verweven.
- De dagelijkse begeleiding omvat onderzoek en observatie in de dagelijkse situatie, individuele begeleidingsgesprekken / therapieën en in de behandel fase tevens praktijkgerichte vorming
- De zorgaanbieder biedt diverse vormen van behandeling aan, zoals bijvoorbeeld: cognitieve gedragstherapie, farmacotherapie, psychoeducatie, vaktherapie en een aantal interventies die de SGLVG-behandelcentra zelf hebben ontwikkeld (bij voorbeeld agressiemodule, motivatietraining bij verslavingsproblematiek).
- De zorgaanbieder heeft de relevante meeste expertise voor deze behandelingen zelf in huis. Behandelaren moeten beschikbaar of aantoonbaar oproepbaar zijn.
- De zorgaanbieder levert de algemeen medische zorg. Hieronder valt het leveren (al dan niet via onderaannemerschap) van huisartsenzorg, farmacie, tandheelkundige zorg en waar nodig hulpmiddelen. De SGLVG-zorgaanbieder waarborgt de kwaliteit van deze zorg en betaalt deze zorg uit het tarief (ZZP).

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

- Het behandelteam bestaat altijd uit een multidisciplinair team met een hoofd/regiebehandelaar (minimaal GZ psycholoog) en behandelaren gedragsdeskundige (WO orthopedagoog/psycholoog) en betrokkenheid van psychiater en soms een AVG-arts.
- De behandelaren zijn minimaal opgeleid op HBO niveau, de 24-uursbegeleiders kunnen ook op MBO niveau opgeleid zijn. Het team van begeleiders heeft aanvullende (interne) scholing gehad specifiek gericht op het snijvlak van de verschillende sectoren (LVB/GGZ/Forensische zorg/Verslavingszorg) en beschikken over specifieke expertise en competenties voor deze doelgroep. Een belangrijk kenmerk van de specifieke expertise en competenties is dat van begeleiders een hoog niveau wordt verwacht op het gebied van reflectie en omgaan met extreme internalisering en extern gerichte agressie. Daarnaast zijn begeleiders stressbestendig en kunnen ze goed omgaan met de duale problematiek (psychiatrisch en LVB).
- De zorgaanbieder heeft een klimaat van het opleiden van generalisten en specialisten, wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling, innovatie en onderwijs. Onderdeel hiervan is het toetsen van bestaande werkwijzen op kwaliteit en doelmatigheid en verspreiden van kennis en kunde door middel van scholing aan onderwijsinstututen en partners in de zorgketen.

- De zorgaanbieder sluit zich aan bij het kenniscentrum en kwaliteitsdocument van de Borg en voldoet aan de kwaliteitskaders KKGZ en KKFZ.
- Aanbieders van SGLVG behandelzorg verlenen zorg op basis van deze documenten, te vinden op de website van De Borg  
<https://www.deborg.nl/media/kqmg14gw/de-borg-behandelvisie-forensische-sglvg.pdf>  
<https://www.deborg.nl/media/1dkb0vzv/zorgprogramma-ambulante-behandeling-definitief-januari-2019.pdf>

## 5.6 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 zowel thuis als onderdeel van het Modulaire Pakket Thuis of het Volledig Pakket Thuis geleverd worden 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.

VWS introduceerde eind 2019 de term medisch-generalistische zorg (MGZ). Onder medisch-generalistische zorg wordt verstaan: de geneeskundige zorg zoals huisartsen, specialist ouderengeneeskunde (SO) en arts verstandelijk gehandicapten (AVG) in samenspel plegen te bieden, zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenden (24-uur beschikbaar, ook ANW). Deze zorg moet voor elke Nederlander die dit nodig heeft beschikbaar zijn, ongeacht of iemand wel of geen Wlz indicatie heeft. VWS stelt de positionering van de medisch-generalistische zorg ter discussie. De zorgkantoren volgen deze ontwikkelingen en nemen uitkomsten mee in toekomstige beleidsontwikkelingen.

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 medisch-generalistische zorg in sommige regio's onder druk staat.

### 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 specialisten 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 integraal 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 van SO en AVG ter consultatie voor huisarts door gebruik te maken van technologie.

### 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.

### **Omzetting van ZPP exclusief behandeling naar inclusief behandeling**

Indien de vraag om behandeling van klanten structureel van aard is, kan overwogen worden het ZPP exclusief behandeling om te zetten naar een ZPP 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.

## **5.7 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. Bij verzilvering van een Wlz-indicatie middels verblijf zijn er twee mogelijkheden: integrale of modulaire bekostiging. Als een klant verblijf en behandeling integraal van dezelfde zorgaanbieder ontvangt, wordt de GGZ-behandeling, net als de specifieke Wlz-behandeling en de algemeen medische zorg, via het integrale tarief bekostigd vanuit de Wlz. Als de zorgaanbieder in afstemming met het zorgkantoor naast het verblijf niet alle behandeling integraal levert, wordt de zorg bekostigd via modulaire bekostiging. Dan worden de GGZ-behandeling en de algemeen medische zorg bekostigd vanuit de Zvw. Dit besluit heeft de staatssecretaris genomen gezien de bredere discussie over de positionering van Wlz-behandeling. Bij verblijf waarbij behandeling geen integraal onderdeel is van het aanbod door de verblijfsaanbieder, geldt dat de woonzorgaanbieder regie voert over de benodigde behandeling. Voor verzilvering van een Wlz-indicatie middels PGB, MPT of VPT geldt, net als bij de modulaire bekostiging van verblijf, dat de klant is aangewezen op de Zvw voor vergoeding van de GGZ-behandeling.

Voor de GGZ in de Wlz herkennen we de volgende vormen van behandeling:

- 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, tot en met 2022 onder de Zvw te behouden. De woonzorgaanbieders in de Wlz hebben wel een regierol. De bekostiging van zorg voor klanten die zowel verblijf als alle behandelingscomponenten bij dezelfde instelling ontvangen wordt integraal via de Wlz bekostigd. Het is op dit moment onduidelijk wat de uiteindelijke positionering van de GGZ-behandeling gaat worden. Besluitvorming hierover wordt meegenomen in de bredere discussie over behandeling aan klanten met een Wlz-indicatie.
- 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.

We moedigen zorgaanbieders aan om zoveel mogelijk integraal verblijf en behandeling te leveren om zo optimale samenhangende zorg te bieden. 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. Afspraken rondom coördinatie van behandeling willen we geborgd zien in geformaliseerde samenwerkingsafspraken tussen partijen.

## 5.8 INZET SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE IN DE THUISSITUATIE (V&V)

Dit thema is uitgewerkt voor de V&V en de specifieke behandeling door een specialist ouderengeneeskunde (SO) van een klant die thuis woont met een Wlz-indicatie. Analoog aan de hieronder beschreven werkwijze voor de SO geldt hetzelfde voor consultatie van de AVG die dit via de prestatie H336-prestatie declareert.

### **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 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 overleg, consultatie, functionele diagnostiek en uitvoering en regie op het behandelplan.

### **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 beoordelen of de consultatie in lijn is met de bevoegdheden die zij hebben vanuit de Wet BIG..

### **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 is eindverantwoordelijk voor deze discipline en draagt tevens verantwoordelijkheid voor een juiste declaratie en terugkoppeling naar de huisarts. De huisarts blijft regiebehandelaar. Deze verdeling van verantwoordelijkheden tussen de huisarts en SO is vastgelegd in het convenant LHV-Verenso. Huisarts en SO spreken op klantniveau af wie voor welk deel verantwoordelijk is.).

**Er gelden 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 H335 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.

### **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.



## 5.9 ZORG EN ONDERWIJS

### Passend Onderwijs

Beperkt en begaafd, ieder kind verdient onderwijs om zichzelf maximaal te ontplooiën, 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'<sup>35</sup> 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.

---

<sup>35</sup> Zie: <https://vng.nl/publicaties/handreiking-onderwijs-en-zorg>

### **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 het 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.<sup>16</sup>

## **5.10 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. Deze 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 deze regelen voor de klant. De zorgaanbieder regelt deze mondzorg en maakt hierover afspraken met mondzorgprofessionals. De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt zowel vastgelegd in het dossier van de klant bij de zorgaanbieder alsook in het dossier van de klant bij de mondzorgprofessional.

Tandheelkundige zorg is zorg die:

- geleverd wordt conform de Prestatie- en tariefbeschikking Tandheelkundige zorg en aanverwante mondzorg-regelgeving én;
- 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 en 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 van de IGJ – persoonsgerichte zorg, deskundige medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid – aan de orde komen.

---

<sup>16</sup> Meer informatie is te vinden op de website van VWS via de volgende link: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/onderwijs-en-zorg>

## 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.

## 5.11 PALLIATIEF TERMINALE ZORG

Stevensbegeleiding 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.

Als de behandelend arts bij een klant met een VPT inschat dat de levensverwachting korter is dan drie maanden, kan VPT 10 VV gedeclareerd worden, als dat hogere ZZP nodig is om de klant intensieve PTZ thuis te kunnen bieden. Bij 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 daarop zijn 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. In het Voorschrift Zorgtoewijzing vindt u nadere informatie over het aanvragen en declareren van palliatieve zorg bij de verschillende leveringsvormen. Op Palliaweb ([www.palliaweb.nl](http://www.palliaweb.nl)) vindt u onder meer een handreiking en een informatiekaart die de mogelijkheden voor financiering van palliatieve zorg overzichtelijk op een rij zetten.

### **Het kwaliteitskader en de richtlijnen voor palliatieve zorg zijn van toepassing**

In 2020 is het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland geactualiseerd. Het 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.<sup>37</sup>

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 dan 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 thuis](#).

## **5.12 HULPMIDDELEN EN ROERENDE VOORZIENINGEN**

Sinds 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 leverden gemeenten en zorgverzekeraars deze hulpmiddelen soms nog vanuit de Wmo 2015 of vanuit de Zvw bij klanten met verblijf zonder behandeling. Dit is sinds 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.

---

<sup>37</sup> Het kwaliteitskader en de richtlijnen zijn gepubliceerd op: <https://palliaweb.nl/>

### **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 zogenoemde benodigdheden voor verpleging en verzorging (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.
- Sinds 2022 vallen hier ook spraakvervangende hulpmiddelen onder. Spraakvervangende hulpmiddelen behoren tot het instellingsbudget en niet tot de persoonsgebonden hulpmiddelen gefinancierd vanuit het bovenbudgettair kader. Spraakvervangende hulpmiddelen worden daarom bekostigd uit het budget van de instellingen. Echter: Zorgkantoren zijn het erover eens dat ze, bij een onderbouwde aanvraag op de noodzaak voor het gebruik van een communicatiehulpmiddel door een Wlz cliënt (die behandeling en verblijf verzilvert in een Wlz instelling) een deel van de kosten bovenbudgettair zullen vergoeden. Het gaat hierbij hulpmiddelen voor primaire communicatie<sup>18</sup>. De secundaire communicatie komt niet in aanmerking. Het gaat om een vergoeding van 50% van de kosten, met een maximum per cliënt van €5000,- inclusief BTW

### **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.

### **Aandachtspunt voor GGZ-klanten die instromen in de Wlz per 2021**

---

<sup>18</sup> Primaire communicatie is functioneel noodzakelijk tussen cliënt en zorgverlener(s) om de noodzakelijke zorgtaken adequaat uit te voeren. Bijvoorbeeld: communicatie over de behandeling, de verzorging, het welbevinden e.d. Secundaire communicatie is alle overige communicatie die de cliënt voert met zijn/haar omgeving.

Sinds 1 januari 2021 kunnen mensen, die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nodig hebben, direct toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Aandachtspunt hierbij is: klanten met een GGZ-wonen indicatie die in een Wlz-instelling verblijven en voorheen zorg ontvingen via de Wmo en al in het bezit zijn van een mobiliteitshulpmiddel mogen deze behouden. De gemeente blijft verantwoordelijk voor onderhoud, reparaties en aanpassingen tot het hulpmiddel vervangen moet worden. Pas bij vervanging wordt een nieuwe aanvraag gedaan ten laste van de Wlz.

Meer informatie over hulpmiddelen en roerende voorzieningen vindt u hier:

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

### 5.13 OPBAREN OVERLEDENEN IN ZORGINSTELLING

Er zijn in mei 2019 Kamervragen<sup>19</sup> gesteld over zorginstellingen die kosten in rekening brengen voor het opbaren van overledenen. De antwoorden die op deze vragen zijn gegeven, leidden 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. Mutatiedagen kunnen gedeclareerd worden door zorgaanbieders werkzaam in de sector VV.

#### **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.

De bovenstaande gedragslijn is inmiddels opgenomen in de vigerende beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis

### 5.14 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. Leegstand kan opgelost worden door plaatsen voor deeltijdwonen te combineren met logeeropvang of door twee klanten week-op week-af gebruik te laten maken van dezelfde kamer. De NZa heeft de effecten van deeltijdwonen in relatie tot de bekostiging onderzocht. Alle wijzigingen ten aanzien van 'deeltijdverblijf' staan beschreven in vigerende beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis. 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.

<sup>19</sup>

[https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken?clusterName=Tweedekamer.nl&fld\\_tk\\_categorie=Kamerstukken&srt=date%3Adesc%3Adate&todate=31%2F05%2F2019&search\\_str=kosten+bij+overlijden](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken?clusterName=Tweedekamer.nl&fld_tk_categorie=Kamerstukken&srt=date%3Adesc%3Adate&todate=31%2F05%2F2019&search_str=kosten+bij+overlijden)

## 5.15 KENNISINFRASTRUCTUUR VOOR DOELGROEPEN MET 'LAAG VOLUME, HOOG COMPLEXE ZORGVRAAG'

Voor tien doelgroepen<sup>20</sup> met een relatief zeldzaam ziektebeeld (laag volume) en een hoog complexe zorgvraag is sinds 2020 onder regie van de Commissie Expertisecentra langdurige zorg een zogenoemde kennisinfrastructuur in de maak. Doel is om alle kennis en expertise te delen en te verspreiden. Hiervoor worden per doelgroep een kenniscentrum, expertisecentra en regionale zorgcentra (satellieten) aangewezen. De Commissie Expertisecentra langdurige zorg selecteert en wijst de expertisecentra aan. In 2021 is dit voor de eerste cliëntgroep **Korsakov** van start gegaan.

De zorgkantoren juichen de ontwikkeling van een kennisinfrastructuur langdurige zorg toe. Omdat ze een bovenregionaal karakter gaan krijgen, onderzoeken we welke impact de kennisinfrastructuur heeft op betaalbaarheid en beschikbaarheid bij de zorginkoop. Onze uitgangspunten hierbij zijn:

- Er moet een passend aanbod beschikbaar zijn voor klanten met een complexe zorgvraag;
- Concentratie en regionale spreiding van expertise moet de effectiviteit en doelmatigheid ten goede komen;
- Het preventief inzetten van expertise moet onnodige verplaatsingen van klanten voorkomen;
- Inzet van expertise moet bijdragen aan 'de juiste zorg op de juiste plek';
- Het regionaal zorgaanbod moet het schakelen van lichte naar zware zorg faciliteren;
- De juiste inzet van zorg moet wachtlijsten voorkomen.

Zorgkantoren zullen alleen met de door de Commissie aangewezen centra inkoopafspraken maken en randvoorwaarden hiervoor verder invullen. Tevens gebruiken NZa, VWS en ZN deze fase om samen met zorgaanbieders te bezien hoe de bekostiging en de inhoud definitief vorm kan krijgen. In hoofdstuk 6 is het inkoopbeleid voor de gespecialiseerde zorg voor de doelgroep **Korsakov** beschreven.

## 5.16 WZD EN WVGZ

Op 1 januari 2020 zijn de Wet zorg en dwang (Wzd) en Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) in werking getreden.<sup>21</sup> Het is mogelijk voor zorgaanbieders om binnen beide wetten zorg te leveren.

### Over de Wvggz

De Wvggz regelt de rechten van mensen die te maken hebben met verplichte zorg vanwege een psychische aandoening. Deze aandoening kan leiden tot gedrag dat ernstig nadeel (gevaar) veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen. Als er geen vrijwillige zorg mogelijk is om dat ernstige nadeel weg te nemen, kan de rechter hen verplichte zorg opleggen via de Wvggz. De Wvggz geldt niet voor mensen met een verstandelijke beperking of dementie, dan is de Wzd van toepassing.

---

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> Op de website [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl) is meer informatie te vinden over de Wet zorg en dwang.

## Over de Wzd

De Wzd regelt de rechten van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) die onvrijwillige zorg krijgen. Uitgangspunt van de Wzd is 'Nee tenzij'. We verwachten dat zorgaanbieders dit motto inbedden in hun beleid, hun werkprocessen en hun zorglevering aan cliënten. We zijn ervan overtuigd dat we cliënten daarmee de grootst mogelijke kans bieden om de regie te voeren over de invulling van hun leven.

## Reparatiewet Wzd

Tijdens de behandeling van de reparatiewet van de Wvz en de Wzd, is gesproken over de problematiek dat in uitzonderlijke situaties sommige mensen met een (psychische) aandoening beter af zijn in het Wzd regime van ouderenzorg of gehandicaptenzorg. Dit heeft geleid tot de bepaling in de Wzd (artikel 24, vierde lid) waarmee het voor de rechter mogelijk is, op verzoek van het CIZ, een machtiging tot opname en verblijf op grond van de Wzd te verlenen aan iemand met een psychische stoornis. De stoornis wordt in dat geval beschouwd als een gelijkgestelde aandoening. De rechter kan die machtiging verlenen indien hij op basis van de verklaring van een ter zake kundig arts oordeelt dat sprake is van een psychische stoornis die dezelfde gedragsproblemen of regieverlies als een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking kan veroorzaken. Ook moet er sprake zijn van een vergelijkbare zorgvraag alsook een risico op ernstig nadeel door de gedragsproblemen of regieverlies.

## Cliëntenvertrouwenspersoon (CVP) Wzd

Met de invoering van de wet is een nieuwe functionaris ten behoeve van de cliënt, de CVP, vereist. Deze CVP Wzd ondersteunt de cliënt wanneer hij of zij in aanraking komt met het toepassen van onvrijwillige zorg. De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende CVP Wzd. De zorgkantoren verwachten dat de zorgaanbieders, die onvrijwillige zorg inzetten aan cliënten die binnen de reikwijdte van de Wzd vallen, toegang tot een CVP geven.

## Wijzigingen door Wzd

De invoering van de Wzd leidde tot een andere inzet in de Wlz-crisis Zorg. Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende regionale crisisplaatsen voor de V&V en GZ. Het is aan zorgaanbieders om te komen tot passend zorgaanbod en goede regionale samenwerkingsafspraken te ontwikkelen en te evalueren. Denk hierbij aan afspraken over triage, medische beoordeling, vervoer van klanten en het openstellen van locaties voor een CVP. Beroepsgroepen hebben in dit kader ook samenwerkingsafspraken gemaakt over de crisisdienstverlening voor noodzakelijke, gedwongen zorg onder de Wvz en Wzd.<sup>22</sup>

Komen partijen er met elkaar niet uit, dan bieden de zorgkantoren hulp. We hebben hiervoor een Wzd-monitor opgesteld. Deze is gevuld met informatie over de samenwerkingsafspraken en overzichten van de beschikbare bedden per regio. Doordat de Wlz is opengesteld voor mensen vanaf achttien jaar die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, hebben meer mensen met langdurige psychische problemen toegang tot de Wlz. Deze instroom leidt naar verwachting tot nieuwe praktische vragen. Bijvoorbeeld over de continuïteit van de zorg in de hele keten en het gebruik van crisisplaatsen in de gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg.

Zorgkantoren volgen de ontwikkelingen en gevolgen van de Wzd nauwgezet. Onze bijzondere aandacht gaat hierbij uit naar de mensen die geen Wlz-indicatie hebben en op een verkeerde plek terecht dreigen te komen (en daarmee ook de zorgketen voor Wlz-klanten belasten). Het Zorginstituut heeft vastgesteld dat bij VG-cliënten met IBS zonder Wlz-indicatie deze zorg in principe tot de aanspraken van de Zorgverzekeringswet behoort. We zijn met gemeenten/VNG, de NZa en zorgverzekeraars in gesprek hoe deze zorg zo goed mogelijk te regelen. De NZa heeft een nieuwe prestatie en tarief voor de zorg aan VG-cliënten met IBS zonder Wlz-indicatie nog in behandeling. Deze zal naar verwachting met terugwerkende kracht ingaan op 1 januari 2022.

---

<sup>22</sup> Het model samenwerking in crisisdiensten tussen Verenso, NVAVG en NVvP is te vinden op:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/12/14/model-samenwerking-in-crisisdiensten-tussen-verenso-nvavg-en-nvvp>



### **IBS op grond van de Wzd**

Een inbewaringstelling (IBS) op grond van de Wzd is een verplichte opname in een spoedsituatie waarin ernstig nadeel, als het gevolg van het gedrag van de cliënt, onmiddellijk dreigend is. Er is dan geen tijd om de procedure van een rechterlijke machtiging af te wachten. Plaatsing van een IBS, maakt onderdeel uit van de procedure rond crisisopnames. Dit is verder uitgewerkt in het Voorschrift Zorgtoewijzing .

### **Artikel 28a bedden**

Met de invoering van de Wzd hebben strafrechters de mogelijkheid om via artikel 28a Wzd-procedure een beschikking/rechterlijke machtiging af te geven voor onvrijwillige opname en/of zorg. De beschikking gaat vaak gepaard met het advies voor een beveiligingsniveau. Binnen de Wlz kennen we een zeer beperkt zorgaanbod waarbij beveiligingsniveau 1, 2 of 3 wordt geboden. Alleen de vier Borginstellingen kennen op dit moment dit beveiligingsniveau. Aangezien er een beperkt aanbod beschikbaar is en de omvang nog onduidelijkheid is, willen zorgkantoren hiervoor inkoopafspraken met de vier Borginstellingen maken. De NZa heeft per 1 januari 2022 nieuwe prestaties en tarieven beveiligde bedden vastgesteld.

## **5.17 CRISISZORG V&V EN GZ**

In heel Nederland zien de zorgkantoren een toename van crisiszorg. Om die zorg te organiseren, zijn regionale coördinatiefuncties essentieel. In de V&V ondersteunen coördinatiefuncties in de triage, geven ze inzicht in de beschikbare capaciteit en zijn ze 24/7 bereikbaar voor huisartsen, ziekenhuizen en andere ketenpartners. Een coördinatiefunctie in de V&V moet voldoen aan de functionaliteiten uit de Zvw prestatie Coördinatiefunctie verblijf. Daar horen bij:

- Het beoordelen van de zorgbehoefte (triage);
- Inzicht geven in de beschikbare capaciteit;
- Monitoring/evaluatie van de crisiszorg in de regio;
- Afspraken maken met de zorgaanbieders over bereikbaarheid en toegang tot zorg;
- Kwaliteit- en effectmeting regionale coördinatiefunctie verblijf, onder verantwoordelijkheid van betreffende zorgaanbieder en zorgkantoor en met deelname van verwijzers.

Voor de gehandicaptenzorg is onder aanvoering van de zorgkantoren een landelijk dekkend netwerk ontstaan van crisisregisseurs en crisisondersteuningsteams (COT). Elk zorgkantoor heeft voldoende capaciteit voor crisiszorg ingekocht.

We verwachten van zorgaanbieders dat alle crisisopnames plaatsvinden binnen de wettelijke termijnen. Verder maken zorgkantoren en zorgaanbieders in elke regio sluitende afspraken over passende en tijdige vervolgzorg na crisisopnames en gedwongen opnames met inbewaringstelling (IBS). In het Voorschrift Zorgtoewijzing staat meer informatie over crisiszorg en zijn de crisisregelingen opgenomen voor de sectoren V&V, GZ en GGZ.

## 5.18 INKOOP VAN BEVEILIGDE BEDDEN IN DE WLZ

We zien in de maatschappij een toename van het aantal mensen dat een gevaar vormt voor zichzelf of anderen. Hun toegang tot de Wlz en specifieke voorzieningen gaat daarom gepaard met extra aandacht voor beveiligde plaatsen. Om zicht te krijgen op het aantal beveiligde plaatsen dat nodig is, is er een convenant Capaciteit Beveiligde Bedden Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg<sup>23</sup> gesloten. Dit is ondertekend door de ministeries van VWS en JenV en door VGN, de Nederlandse GGZ en ZN.

### Doel van het convenant:

- Overzicht hebben en houden op de beschikbaarheid van voldoende, passende beveiligde zorg;
- Inzicht hebben in de eventuele knelpunten die zich voordoen bij het plaatsen van klanten die zorg en ondersteuning in een beveiligde klinische setting nodig hebben.

Onderdeel van het convenant is de inrichting van een Dashboard Beveiligde Bedden. Hier is een actieve rol voor zorgaanbieders weggelegd. Hebben zij afspraken met hun zorgkantoor over het leveren van beveiligde zorg op niveau 2, 3 en 4, dan moeten zij het dashboard consequent vullen met actuele, juiste en volledige informatie over de opnamecapaciteit. Dankzij dit dashboard krijgen zorgkantoren meer inzicht in het aantal plaatsen dat zij jaarlijks moeten inkopen. Zorgkantoren zijn samen met zorgaanbieders in gesprek met de NZa over passende prestaties en tarieven. Als tijdelijke, pragmatische oplossing heeft de NZa voor 2022 twee nieuwe prestaties voor beveiligde zorg LZ niveau 2 en 3 vastgesteld. Op basis van een kostprijsonderzoek gaat de NZa aan de slag met een definitieve oplossing.

## 5.19 BEVEILIGDE ZORG VOOR KLANTEN MET EEN PSYCHISCHE AANDOENING BINNEN DE WLZ

Met de overheveling van de GGZ naar de Wlz zijn vijf GGZ-zorgprofielen vastgesteld. Allemaal geven ze toegang tot de Wlz. Welk zorgprofiel bij een klant past, bepaalt het CIZ op basis van zorginhoudelijke gronden.

### Maatwerk voor zorgprofiel 5

Van de vijf GGZ-zorgprofielen vraagt profiel 5 ('beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding') om puur maatwerk. Hierbij kan namelijk beveiligde zorg nodig zijn, maar de behoefte daaraan is divers en verschilt per situatie. Het uitgangspunt van zorgkantoren is dat zorgprofiel 5 niet geleverd wordt via MPT of VPT tenzij de zorgaanbieder kan aantonen dat hij de zorg verantwoord en veilig kan leveren.

### Voorwaarden voor maatwerkafspraken

Klanten met zorgprofiel 5 GGZ-W hebben dus maatwerk nodig. Bieden zorgaanbieders beveiligingsniveau 1 conform de forensische zorg, dan maken we volumeafspraken. Deze aanbieders moeten daarbij wel voldoen aan het convenant Capaciteit Beveiligde Bedden Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg<sup>24</sup>. Kunnen aanbieders niet het beveiligingsniveau 1 van de forensische zorg bieden? En vraagt de specifieke klantwens hier niet om? Dan maken we per klant en per situatie maatwerkafspraken. In deze situatie willen we wel dat zorgaanbieders het volgende hebben geborgd in begeleidings- en/of behandelplannen van individuele klanten:

1. Informatie rondom de zorgbehoefte van de klant, inclusief begeleidingsplan van de desbetreffende klant met de voorgeschiedenis, diagnostiek, doelen, risico's, daginvulling, signaleringsplan en evt. een behandelplan;
2. De wijze van toezicht op de betrokkene om diens veiligheid en die van zijn omgeving voldoende te borgen;

---

<sup>23</sup> Link naar convenant: <https://open.overheid.nl/repository/ronl-4a64a39b-bf35-4c9a-9fa2-f9324a93df6a/1/pdf/convenant-capaciteit-beveiligde-bedden-geestelijke-gezondheidszorg-en-gehandicaptenzorg.pdf>.

<sup>24</sup> Link naar het convenant: <https://open.overheid.nl/repository/ronl-4a64a39b-bf35-4c9a-9fa2-f9324a93df6a/1/pdf/convenant-capaciteit-beveiligde-bedden-geestelijke-gezondheidszorg-en-gehandicaptenzorg.pdf>

3. De kwalificaties en het aantal zorgverleners dat op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de zorg aanwezig moet zijn om verantwoorde zorg te borgen en hulpvragen te signaleren;
4. Gegevens van de ter zake deskundige zorgverlener die direct bereikbaar is voor verzoeken om hulp van betrokkene of diens naasten;
5. Afspraken over continu toezicht, beperking van de bewegingsruimte of verbod op middelengebruik zoals alcohol en drugs;
6. Afspraken over het voorkomen van escalaties en de uitvoer van interventies tijdens escalaties, zowel binnen de locatie als met politie/GGZ crisisdienst, etc.

Gedwongen zorg aan klanten met een grondslag psychische aandoening valt onder de Wet verplichte ggz of Wzd op basis van artikel 24 lid 4. Zorgaanbieders moeten, als er sprake is van dwang, vanzelfsprekend ook voldoen aan de Wet verplichte ggz of Wzd, ongeacht het geïndiceerde GGZ-profiel.

## 5.20 DOMEIN-OVERSTIJGENDE SAMENWERKING

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. Hierover leest u meer in het regionale beleid van uw zorgkantoor. 7

Op dit moment is er een wetsvoorstel voor domein-overstijgende samenwerking in voorbereiding, de verwachting is dat hierover in de loop van 2022 meer duidelijk wordt en dat er in 2023 nieuwe mogelijkheden ontstaan voor domeinoverstijgende financiering vanuit de Wlz. Zodra de wetswijziging definitief is publiceren zorgkantoren zo nodig aanvullend (regionaal) beleid over de wijze waarop zij invulling geven aan domein-overstijgende samenwerking.

## 6. PILOT GESPECIALISEERDE ZORG EXPERTISE CENTRA KORSAKOV

---

### 6.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk is alleen relevant voor die zorgaanbieders die zijn aangewezen als regionale en doelgroepen expertisecentra (hierna: REC en DEC) voor de doelgroep Korsakov. De aanleiding voor dit hoofdstuk is de wijziging van artikel 2.2, eerste lid, onderdeel c van de Regeling langdurige zorg (Rlz) en de inwerkingtreding van de Beleidsregel BR/REG 22153 prestatiebeschrijving en tarief gespecialiseerde zorg Wlz (hierna: de vigerende beleidsregel). Beide traden in werking op 1 januari 2022 en maken het mogelijk voor aangewezen zorgaanbieders om een prestatie te declareren voor de expertiseczorg aan Korsakov-cliënten.

Op basis van het KPMG-onderzoek 'Expertisecentra langdurige zorg'<sup>25</sup> heeft de Minister in september 2019 in een brief aan de Tweede Kamer toegezegd voor laag volume hoog complexe (hierna: LVHC) groepen in de Wlz een aparte kennisinfrastructuur te zullen vormgeven. Deze infrastructuur bestaat uit het delen van kennis alsmede het leveren van intensieve zorgverlening door expertisecentra<sup>26</sup>. Om regie te voeren op de realisatie van deze kennisinfrastructuur heeft de Minister de commissie expertisecentrum langdurige zorg (hierna: de CELZ) ingesteld.<sup>27</sup>

De zogenoemde LVHC groepen betreft een limitatief aantal specifieke groepen cliënten waarvan het aantal cliënten relatief klein is, terwijl er sprake is van een complexe zorgbehoefte waardoor op basis van medische beoordeling een aanvullende zorgbehoefte kan bestaan om de kwaliteit van zorg te borgen.

Het syndroom van Korsakov is één van de LVHC doelgroepen. Dit is de eerste doelgroep, waarbij de zorg vanaf 2022 bij een REC of DEC wordt ingekocht. Dit is de start van een tweejarige pilot. De intentie is om na de pilot te komen tot een eenduidig tarief voor deze doelgroep en duidelijkheid over de reikwijdte van de outreachende zorg. Deze aanvulling is alleen van toepassing op de doelgroep Korsakov met een specifieke zorgvraag.

Mogelijk komen ook andere doelgroepen in aanmerking voor financiering van gespecialiseerde zorg. In dat geval zullen wij aanvullend beleid publiceren.

VWS heeft voor de expertisefunctie voor de doelgroep Korsakov in 2022 veertienmiljoen euro per jaar ter beschikking gesteld.

### 6.2 PILOT EXPERTISECENTRA VOOR KORSAKOV

#### Samen leren in de pilot-fase om te komen tot bestendige en duurzame bekostiging

De zorgkantoren zien de komende twee jaar als een belangrijke fase om samen met VWS, de NZa en zorgaanbieders te leren van elkaar. Het streven is in de komende twee jaar inzichten te delen om vanuit daar te komen tot duurzame bekostiging. Deze duurzame bekostiging moet bijdragen aan betere zorg, continuïteit, kwaliteit van kennis en expertise voor deze doelgroep. Zorgkantoren zullen de komende tijd ook toetsen of de pilot op het gebied van bekostiging voldoet aan onze verwachtingen.

Mocht onverhoopt uit de begrotingsgesprekken of gedurende de pilot blijken dat het beschikbare budget niet voldoende is, gaan de zorgkantoren met VWS in overleg over het continueren van de pilot.

---

<sup>25</sup> KPMG, 'Expertisecentra Langdurige Zorg', Rapport in opdracht van het Ministerie van VWS, 21 mei 2019.

<sup>26</sup> Kamerbrief over adviesrapport Expertisecentra Langdurige Zorg, 14 juni 2019, Kenmerk: 1537129-191531-LZ.

<sup>27</sup> Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 september 2019, kenmerk 1564875-193879-LZ, houdende de instelling van de Commissie Expertisecentra langdurige zorg (Instellingsbesluit Commissie Expertisecentra langdurige zorg), Staatscourant 2019, 50152.

### **Welke zorgaanbieders contracteren we?**

Dit hoofdstuk is van toepassing op zorgaanbieders die door de CELZ (hierna: te noemen CELZ) zijn aangewezen als REC of DEC voor de doelgroep cliënten met het syndroom van Korsakov.

De CELZ heeft criteria ontwikkeld ten aanzien van expertisecentra die expertisetzorg verlenen aan specifieke doelgroepen met een hoog complexe zorgbehoefte en een laag volume. In dit kader adviseert de CELZ de minister van VWS welke zorgaanbieders volgens de CELZ aan de criteria voor expertisetzorg voldoen<sup>28</sup>. Ook adviseert de CELZ over het noodzakelijke volume van de expertisetzorg. Dit advies van de CELZ wordt uiterlijk 1 april 2022 vastgesteld en door VWS aan de zorgkantoren ter beschikking gesteld. Het zorgkantoor ziet deze adviezen als leidend en besluit op basis van deze voor de zorgkantoren zwaarwegende adviezen van de CELZ welke aanbieders worden gecontracteerd om de expertisetzorg te leveren. Een dergelijke aanbieder wordt hierna genoemd: aangewezen zorgaanbieder of aangewezen REC/DEC.

Het doel van deze expertisecentra is om zo veel mogelijk kennis en expertise over deze gespecialiseerde zorg te leveren aan deze doelgroep. De cliënten verblijven op een plaats inclusief behandeling en hebben een zeer complexe en omvangrijke zorgbehoefte. De expertisecentra zullen eveneens hun kennis over deze gespecialiseerde zorg verspreiden, door middel van 'outreachinge zorg' aan cliënten die buiten het REC of DEC verblijven, de zogeheten functie advies en consultatie. Deze functie valt binnen deze prestatie en wordt conform de RIz en de vigerende beleidsregel vooralsnog niet vergoed voor cliënten met de leveringsvorm PGB, VPT of MPT.

---

<sup>28</sup> Het overzicht van zorgaanbieders die in 2022 en 2023 in opdracht van de CELZ worden gevisiteerd is [hier](https://korsakovkenniscentrum.nl/over-ons/korsakov-instellingen/expertisecentra-langdurige-zorg) te vinden. Of via <https://korsakovkenniscentrum.nl/over-ons/korsakov-instellingen/expertisecentra-langdurige-zorg>.

Welke zorg contracteren we?

Het gaat om zorg die geleverd wordt aanvullend op de basisprestaties verblijf met behandeling. Deze gespecialiseerde zorg door een aangewezen zorgaanbieder bestaat conform de vigerende beleidsregel<sup>29</sup> uit:

- de inzet van extra personeel, zowel direct als indirect, vergelijkbaar met de inzet van meerzorg;
- enige voorzorg voor de contactmomenten en de triage voordat de cliënt verhuist naar de gespecialiseerde aanbieder;
- enige nazorg als de cliënt weer naar de oorspronkelijke verblijfspot zou kunnen verhuizen
- specifieke en aanvullende scholing, implementatie van nieuwe kennis en/of lidmaatschappen landelijke kennisnetwerk;
- voor de doelgroep benodigde aanpassingen in de fysieke omgeving;
- advies en consultatie ten behoeve van de outreachende functie.

Een gedetailleerdere beschrijving van en toelichting op de kosten die met deze zorg samenhangen is opgenomen in de vigerende beleidsregel.

Om te komen tot het contracteren van de gespecialiseerde zorg Korsakov zijn in de prestatiebeschrijving van de vigerende beleidsregel de volgende voorwaarden voor het leveren van de prestatie gespecialiseerde zorg Syndroom van Korsakov (EX001):

- cliënten verblijven op een afdeling met enkel cliënten uit de doelgroep;
- er is een in de doelgroep gespecialiseerd, multidisciplinair behandelteam aanwezig met alle relevante disciplines dat zowel gespecialiseerde zorg levert aan cliënten woonachtig in het expertisecentrum als beperkt advies en/of consultatie aan cliënten met een Wlz indicatie en gediagnosticeerd met het syndroom van Korsakov die elders zorg met verblijf ontvangen;
- de medewerkers op de woongroep/dagbesteding benaderen de cliënten doelgroepspecifiek;
- de fysieke omgeving (gebouw/inventaris) is specifiek ingericht op de doelgroep.

In aanvulling op de prestatiebeschrijving van de NZa beleidsregel stellen de zorgkantoren de volgende (inhoudelijke) voorwaarden:

- de zorgaanbieder is aangewezen als REC of DEC door de CELZ;
- dit wordt door de CELZ schriftelijk bevestigd uiterlijk 1 oktober 2022, voor de voor de drie REC's/DEC's Korsakov die per 1 januari 2023 van start gaan . Hierbij wordt per REC of DEC tevens het maximum aantal plaatsen per REC of DEC wordt benoemd;
- de aangewezen zorgaanbieders voldoen tijdens de looptijd van het addendum op de Wlz overeenkomst aan de criteria zoals vastgesteld door de CELZ;
- de zorgaanbieder is lid van het landelijke doelgroepenennetwerk en verbindt zich aan de daar ontwikkelde standaarden, werkwijzen en interventies en implementeert deze in de eigen organisatie. Hierdoor ontstaat een continu proces van leren en verbeteren;
- alleen aangewezen zorgaanbieders met een addendum met afspraken over de prestatie gespecialiseerde zorg Syndroom van Korsakov mogen deze prestatie declareren;
- indien het zorgkantoor twijfelt of de zorgaanbieder nog voldoet aan de criteria van de CELZ kan het zorgkantoor (via VWS) het CELZ verzoeken een nieuwe visitatie te doen.

#### **Afspraken leggen we vast in een Addendum bij de overeenkomst**

- Indien de zorgaanbieder voldoet aan de voorgaande gestelde voorwaarden, bieden de zorgkantoren het addendum aan om de afspraken vast te leggen, aanvullend op de huidige Wlz-overeenkomst. In het addendum worden de inkoopafspraken over onder andere tarief en volume vastgelegd.

---

<sup>29</sup> Wij volgen de vigerende beleidsregel gespecialiseerde zorg syndroom van Korsakov. Indien deze beleidsregels wijzigt, volgen wij de wijzigingen.

- Indien er door de CELZ een positief advies is afgegeven onder voorwaarden van verbeterpunten, dan worden deze verbeterpunten opgenomen als ontbindende voorwaarden in het addendum. De CELZ is verantwoordelijk voor opvolging van de eventuele verbeterpunten uit de onder voorwaarde afgegeven advies.

### **Bekostiging van de REC en DEC**

Het addendum loopt vanaf de ingangsdatum gelijk met de duur van de huidige Wlz-overeenkomst, tenzij de pilot eerder eindigt of het zwaarwegend advies over de betreffende aangewezen zorgaanbieder eerder wordt ingetrokken. Op 1 november 2022 zijn de gesprekken over de begroting 2023 afgerond en is het tarief per cliënt vastgesteld. De inkoopafspraken over het tarief en het volume worden jaarlijks vastgesteld en zo nodig bijgesteld bij de herschikking.

Declaratie is mogelijk vanaf 1 januari 2023. Als de zorgaanbieder op een latere datum wordt aangewezen als REC of DEC, kan deze zorgaanbieder de prestatie gespecialiseerde zorg Wlz vanaf die latere datum declareren.

### **Het tarief wordt mede bepaald aan de hand van een begroting<sup>30</sup>**

De NZa kan op dit moment geen eenduidig tarief berekenen voor gespecialiseerde zorg aan alle LVHC doelgroepen. Het tarief dat is opgenomen in de vigerende beleidsregel, is daarom een maximumtarief. Per zorgaanbieder wordt door het zorgkantoor gedurende de pilot een passend tarief voor de gespecialiseerde zorg voor het Syndroom van Korsakov bepaald aan de hand van een begroting. Hierbij wordt rekening gehouden met het landelijk budget, de doelmatigheid, de huidige kosten en opbrengsten en de voor de doelgroep benodigde kosten.

De zorgaanbieder stelt de begroting op aan de hand van een begrotingsformat. Het begrotingsformat is een instrument dat als basis dient voor het begrotingsgesprek. Het begrotingsgesprek vindt eerder plaats dan het vaststellen van het definitieve advies over de toegewezen expertisecentra. De zorgaanbieder kan derhalve geen rechten ontlenen aan het door de zorgaanbieder ingediende begrotingsformat en het eerste begrotingsgesprek. Pas na de bekendmaking van de aangewezen expertisecentra, volgt een tweede gesprek en wordt de begroting en het daaruit volgend tarief vastgesteld.

Het budget dat zorgkantoren gezamenlijk beschikbaar hebben, bestaat uit een begrensd kader van veertien miljoen euro, beschikbaar gesteld door VWS, en de huidige meerzorggelden voor cliënten met Korsakov die verblijven op de door de CELZ aangewezen plekken in de REC of DEC.

Het is de bedoeling dat de NZa met de opgedane kennis en ervaring tijdens de pilot-fase een passend tarief voor deze prestatie kan berekenen.

---

<sup>30</sup> Er is op het moment van publicatie van dit document nog geen begrotingsformat en monitoringsformat beschikbaar. Voor het jaar 2022 is dan ook in goed overleg tussen betrokken partijen overgegaan op een budgetfinanciering met een vast bedrag per dag. Uiterlijk 1 juli 2022 komt een begrotingsformat en een monitoringsformat beschikbaar.

## De begroting

Het budget per zorgaanbieder is mede gebaseerd op de begroting van de aangewezen zorgaanbieder en de beschikbare financiële kaders voor deze doelgroep.

Zorgaanbieders zijn verplicht te werken met het begrotingsformat dat door de zorgkantoren ter beschikking wordt gesteld. Zorgaanbieders dienen het ingevulde begrotingsformat te voorzien van een schriftelijke onderbouwing.

Voor de begroting zijn onderstaande punten van belang:

- Het begrotingsformat kan op onderdelen worden aangepast op basis van de landelijk opgedane inzichten, bijvoorbeeld tijdens de gesprekken over de begroting. De systematiek wijzigt niet gedurende de pilot.
- In de begroting worden de verwachte kosten die ten behoeve van deze doelgroep worden gemaakt op jaarbasis opgenomen.
- De begroting is gebaseerd op het werkelijk aantal verblijfscliënten dat tegelijk op de REC of DEC verblijft, met als maximum het aantal verblijfsplaatsen genoemd in het advies van de CELZ. Het totaal aantal declaraties per aanbieder per REC of DEC kan dan ook nooit meer zijn dan het aantal genoemde verblijfsplaatsen in het advies van de CELZ maal het aantal ligdagen in 2022.
- De zorgaanbieder houdt in de begroting rekening met mutaties en maakt een zo goed mogelijke inschatting van het totaal aantal cliënten dat in een jaar verblijft op de toegewezen REC of DEC. Dit aantal is het maximum aantal cliënten waarvoor een zorgaanbieder de prestatie kan declareren.
- De zorgaanbieder maakt tevens een reële schatting van het te verwachten aantal cliënten waarvoor 'outreachinge zorg' op de achtergrond wordt gevraagd. Dit aantal wordt in de begroting opgenomen.
- Het tarief is per cliënt van de betreffende DEC of REC gelijk. Het tarief kan per zorgaanbieder verschillen.
- Als een REC of DEC vóór de ingang van deze prestatie meerzorg declareerde voor haar cliënten behorend tot deze doelgroep, dan worden deze kosten gespecificeerd en opgenomen in de begroting.
- Wanneer een zorgaanbieder is aangewezen als REC of DEC, kan vanaf de ingangsdatum van het addendum geen meerzorg meer worden gedeclareerd voor de cliënten die verblijven op het REC of DEC. Vanaf 1 januari 2022 kunnen voor cliënten die verblijven op het REC of DEC geen nieuwe meerzorgaanvragen meer worden gedaan. Deze kosten worden opgenomen in de begroting. Mocht onverhoopt blijken dat de zorgaanbieder niet wordt toegewezen, dan kan met terugwerkende kracht alsnog meerzorg worden aangevraagd.
- Bij het indienen van het begrotingsformat, dient de zorgaanbieder aan te geven voor welke cliënten binnen het REC of DEC meerzorg wordt ontvangen, zodat de beschikking beëindigd kan worden. Tussen de zorgkantoren wordt gedurende de pilot de begrotingsinformatie geanonimiseerd uitgewisseld om samen te beoordelen welke kosten uit de ingediende begrotingen wel of niet gehonoreerd worden teneinde ervoor te zorgen dat het totaal beschikbare financiële ruimte (veertien miljoen in 2023) voor deze doelgroep verdeeld en niet overschreden wordt.

## Budgetplafond en monitoring

Gezien de afbakening van de financiële middelen die vanuit VWS beschikbaar zijn gesteld voor gespecialiseerde zorg van Syndroom van Korsakov moeten zorgaanbieders rekening houden met een begrensd kader:

- De prestatieafspraken per jaar wordt gemaximeerd tot het budget dat afgesproken is op basis van de begroting. Neem contact op met de zorginkoper als voorzien wordt dat het werkelijke aantal cliënten afwijkt van de begroting.
- Dit budget is gebaseerd op het aantal plaatsen verblijf opgenomen in het advies van de CELZ en kan niet hoger zijn dan het aantal verblijfsplaatsen genoemd in het advies van de CELZ maal het aantal ligdagen in 2023.
- De aangewezen zorgaanbieder mag declareren voor het werkelijk aantal verblijfscliënten tot het aantal dat opgenomen is in de gemaakte afspraak na herschikking.



- Gedurende het jaar monitort de zorgaanbieder de daadwerkelijk gemaakte kosten. De zorgaanbieder spant zich in om onderproductie te voorkomen. Bij leegstand wordt de inkoper tijdig op de hoogte gesteld.
- Gedurende de pilot worden de werkelijke kosten gemonitord aan de hand van een monitoringsformat.
- Voor de herschikking beoordelen we of de gemaakte afspraken aangepast worden. De herschikking voeren we uit binnen het landelijke voor deze specialistische zorg beschikbare financiële kader.
- Hierbij zijn er twee mogelijkheden:
  - o de verwachte kosten zijn hoger dan de gemaakte afspraak:
    - de zorgaanbieder maakt inzichtelijk wat de extra kosten zijn geweest en maakt aannemelijk dat deze kosten vallen onder deze prestatie;
    - Landelijk wordt gekeken of en zo ja, in welke mate de daadwerkelijk gemaakte kosten vergoed (kunnen) worden binnen het beschikbare financiële kader voor deze specialistische zorg.
  - o de verwachte kosten zijn lager dan de gemaakte afspraak:
    - De zorgaanbieder kijkt samen met het betreffende zorgkantoor welke kosten lager zijn en wat de reden hiervan is en of de kosten mogelijk nog het betreffende jaar gemaakt gaan worden, bijvoorbeeld in de situatie dat de voorgenomen scholing nog niet is gevolgd;
    - Als de verwachte kosten lager zijn dan de gemaakte afspraak passen we de afspraak hierop aan.
- Na afloop van het jaar worden de werkelijke kosten vastgesteld aan de hand van een monitoringsformat. In dit format worden alle daadwerkelijk gemaakte kosten opgenomen die gerelateerd zijn aan Korsakov. Ook als deze kosten niet kunnen worden gedeclareerd omdat het budget plafond is bereikt.
- Bij de nacalculatie nemen we de daadwerkelijke gemaakte mee tot de afspraak bij de herschikking.
- Ook de informatie vanuit het geanonimiseerde monitoringsformat wordt tussen zorgkantoren gedeeld. Dit is bedoeld om te leren van en met elkaar.

### **Heeft u vragen?**

Vragen over de visitatie en de inhoudelijke toets kunt u stellen aan de CELZ. Vragen over de inkoop, de bekostiging en de begroting kunt u stellen aan uw zorginkoper van het zorgkantoor.

### 6.3 TIJDSPAD VOOR ZORGINKOOPROCES KORSAKOV

Voor het jaar 2023 is het tijdpad van het maken van de tariefsafspraken gelijk aan het tijdpad voor de reguliere zorginkoop. Aangezien het begrotingsformat op moment van publicatie van dit document nog niet beschikbaar is, worden de betreffende zorgaanbieders separaat over de indieningstermijn hiervan geïnformeerd.

## A. BIJLAGEN BIJ DIT INKOOPKADER

---

Bijlage 1	Overeenkomst Wlz 2022 – 2023 (is vervallen i.v.m. laatste jaar meerjarig kader)
Bijlage 2	Overeenkomst Wlz 2022
Bijlage 3A	Bestuursverklaring 2022
Bijlage 3B	Instemmingsverklaring 2022
Bijlage 4	Addendum kwaliteitsbudget (vanaf 2022 vervallen)
Bijlage 5	Declaratieprotocol Wlz 2022
Bijlage 6	Voorschrift zorgtoewijzing (volgt)
Bijlage 7	Addendum Beleidskader (onder voorbehoud)
Bijlage 8	Onderbouwing richttariefpercentage
Bijlage 9	Addendum declareren prestatie gespecialiseerde zorg voor LVHC-doelgroepen binnen de Wlz (Korsakov) 2022-2023