

Zilveren Kruis Zorgkantoor Geestelijke Gezondheidszorg



Nota van Inlichtingen
Zorginkoopdocument Wlz 2017

Inleiding

Binnen de zorginkoopprocedure is er de mogelijkheid tot het stellen van verduidelijkende vragen en om bezwaar te maken tegen het zorginkoopbeleid. In deze Nota van Inlichtingen treft u beleidsaanpassingen, correcties, verduidelijkingen en aanvullingen aan op het Zorginkoopbeleid Wlz geestelijke gezondheidszorg 2017 van Zilveren Kruis. Deze Nota komt voort uit de gestelde vragen en bezwaren van zorgaanbieders evenals overheidsbeleid dat bekend is geworden na publicatiedatum van het zorginkoopbeleid Wlz 2017.

In lijn met het zorginkoopbeleid 2017 zijn er drie Nota's van Inlichtingen opgesteld; voor de sectoren V&V, GZ en GGZ. De Nota van Inlichtingen van de sectoren prevaleren boven de afzonderlijke zorginkoopdocumenten van Zilveren Kruis en maken onderdeel uit van de Zorginkoopprocedure Langdurige zorg 2017 bij Zilveren Kruis. De afzonderlijke zorginkoopdocumenten van Zilveren Kruis prevaleren boven het landelijke Inkoopkader en bijbehorende Nota van inlichtingen.

Indien een vraag betrekking had op tekst die letterlijk terug te vinden is in de inkoopdocumenten, een vraag welke de situatie van de individuele aanbieder betrof of indien de gestelde vraag geen feitelijke vraag betrof, dan is deze niet opgenomen. Het kan dus voorkomen dat de door u gestelde vraag niet (letterlijk) terugkomt in de Nota van inlichtingen. Waar vragen of bezwaren betrekking hadden op het Landelijke Inkoopkader (deel 1 van het zorginkoopdocument), de overeenkomst, bestuursverklaring of een van bijbehorende bijlagen zijn de antwoorden opgenomen in deel 1 van deze publicatie. Alleen de bestuursverklaring, overeenkomst en Bijlage 5 worden door Zilveren Kruis met deze Nota van Inlichtingen opnieuw gepubliceerd. De vragen ten aanzien van het Zilveren Kruis specifieke zorginkoopbeleid en procedure voor de GGZ zijn opgenomen in respectievelijk deel 2 en 3.

Voor de leesbaarheid hebben wij er voor gekozen om in de Nota van Inlichtingen alleen die paragrafen van het zorginkoopdocument te vermelden waarin een wijziging is aangebracht of een nadere duiding nodig bleek. Op de volgende pagina's staan de vragen en bijbehorende reacties per paragraaf van het zorginkoopdocument vermeld.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Leeswijzer	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Deel 1 - Inkoopkader langdurige zorg 2017 Wlz Geestelijke gezondheidszorg	4
Deel 2 - Zorginkoopbeleid Zilveren Kruis 2017 Wlz Geestelijke gezondheidszorg	6
Deel 3 - Zorginkoopprocedure Zilveren Kruis Wlz 2017 VV/GZ/GGZ	51
Bijlagen	52

Deel 1 – Nota van inlichtingen

Inkoopkader langdurige zorg 2017 Wlz

Geestelijke gezondheidszorg

Zorgverzekeraars Nederland



INHOUDSOPGAVE - DEEL 1

Voorwoord Landelijk Inkoopkader	5
Leeswijzer Landelijk Inkoopkader	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1 Uitgangspunten in de zorginkoop 2017	5
1.1 Inleiding	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.2 Uitgangspunten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.3 Cliënt centraal	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.4 Zichtbaar zorgkantoor	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.4.1 Cliëntondersteuning	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.4.2 Betrokkenheid cliëntenraden	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.5 In dialoog komen tot maatwerk	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.6 Geen onnodige administratieve lasten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.7 Doelmatigheid	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2 Inkoopprocedure 2017	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.1 Uitgangspunten inkoopprocedure	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.1.1 Op maat gemaakte afspraken voor verbetering van zorg	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.1.2 De dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieder en cliëntenraad staat centraal	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.1.3 Meerjarige overeenkomst als stimulans voor kwaliteitsverbetering	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.2 Inkoopprocedure 2017	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.2.1 Stap 1 - Publicatie inkoopkader en indienen vragen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.2.2 Stap 2 - Indiening inschrijving	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.2.3 Stap 3 - Toets van zorgkantoor op voldoen aan de toetredingseisen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.2.4 Stap 4 - Beoordelen zelfanalyse en voorstel ontwikkelplan	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.2.5 Stap 5 - Afspraken vaststellen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.3 Tijdpad	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.4 Afspraak gedurende het jaar	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3 Kwaliteit en persoonsgerichte GGZ	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.1 Niveau 1 - De basis versterken	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.1.1 Psychiatrie en somatiek	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.2 Niveau 2 - Persoonsgerichte zorg	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.2.1 Passende zorg	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.2.2 De cliënt wordt gezien door de professional	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.2.3 Versterken van de eigen regie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.2.4 Cliëntervaring	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.3 Niveau 3 - Samenhang in zorg en welzijn	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.3.1 Keten binnen de GGZ	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.3.2 Samenwerking met andere sectoren binnen de Wlz	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.3.3 Samenhang met de Wmo	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4 Toelichting beleidsontwikkelingen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.1 Meerzorg	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.2 Vernieuwingsagenda/Waardig leven met zorg	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.3 Schoonmaak	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.4 Zorg onderwijs arrangementen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Deel 2 – Nota van inlichtingen Zorginkoopbeleid Zilveren Kruis 2017 Wlz Geestelijke gezondheidszorg

Leeswijzer

Voor u ligt de Nota van Inlichting die hoort bij de landelijke inkoopdocumenten Wlz 2017. De vragen en antwoorden hebben betrekking op het landelijk deel van het inkoopbeleid Wlz 2017. Vragen en antwoorden die betrekking hebben op het regionale deel van het inkoopbeleid Wlz 2017 kunt u vinden in de Nota van Inlichting van het relevante zorgkantoor. Dit document bevat daarom niet alle vragen die zijn ingediend bij de zorgkantoren. Tevens zijn vragen die inhoudelijk gelijk waren eenmalig opgenomen. Niet alle vragen zijn daarom één op één overgenomen. Op alle gestelde vragen over het landelijk deel van het inkoopbeleid 2017 die in de periode van 1 juni tot en met 21 juni 2016 bij de zorgkantoren zijn binnengekomen, wordt in dit document een antwoord gegeven.

De vragen zijn geselecteerd en gebundeld op het inkoopdocument waarop ze betrekking hebben. Bij tegenstrijdigheden gaat deze Nota van Inlichtingen voor op de betreffende reeds gepubliceerde documenten.

1 Uitgangspunten in de zorginkoop 2017

1. Op welke wijze heeft het schrappen van de bezuinigingen 2017 van € 500 miljoen effecten op het inkoopkader van de zorgkantoren 2017?

Zorgkantoren hebben in hun inkoopbeleid 2017 niet geanticipeerd op de voorgenomen bezuiniging van 500 miljoen. Het vervallen van deze bezuiniging heeft dan ook geen effect voor het inkoopbeleid 2017.

2. Wat is de relatie tussen meer keuzevrijheid en de persoonsvolgende bekostiging?

Persoonsvolgende bekostiging is een middel om de keuzemogelijkheden van een cliënt vergroten, omdat de financiering op voorhand geen belemmeringen opwerpt aan zorgaanbieders om aan de keuze van cliënten invulling te geven. Er ontstaat zo een directere relatie tussen de keuze van de cliënt voor een bepaalde aanbieder en de financiering, omdat de aanbieder binnen de financiële kaders de zorg kan declareren voor cliënten die voor hem hebben gekozen. Meer keuzemogelijkheid levert ook meer keuzevrijheid op.

3. Onder het kopje uitgangspunten komt het begrip persoonsvolgendheid aan de orde. Kunt u precies definiëren wat dit inhoud?

Hiermee wordt bedoeld dat in de financiering van zorg zo veel als mogelijk de keuze van de cliënt wordt gevolgd, dit met in acht neming van financiële kaders. Veelal wordt hierbij een geld volgt klant principe toegepast. Verder verwijzen wij zorgaanbieders naar hoofdstuk 3 van het Landelijk Inkoopkader.

1.2 Client centraal

4. Er staat dat een ZZP alleen geleverd kan worden bij verblijf in een instelling vanwege de onlosmakelijke verbondenheid van behandeling en verblijf. Bij een deel van onze doelgroep die momenteel intramuraal verblijft met een ZZP-B indicatie zouden we het principe van scheiden van wonen en zorg toe willen passen. Zij blijven wonen op het terrein, zodat aan de omgeving niet veel verandert. Ze gaan alleen wel hun eigen huur betalen, hetgeen ze voor een deel het gevoel van autonomie teruggeeft. Vandaar uit werken we aan verder herstel op meerdere levensgebieden. Wij zouden dit goed vorm kunnen geven middels gebruik van VPT. Van daaruit op termijn wellicht nog een beweging richting WMO voor hen die nog ontwikkelen in hun herstel. Dit past goed in hetgeen het zorgkantoor onderaan pagina 11 in het zorginkoopdocument 2017 verwoordt: zorg in de juiste context kunnen leveren. Bestaat de mogelijkheid om hierover met het zorgkantoor afspraken te maken?

Het is wettelijk niet mogelijk VPT GGZ af te spreken binnen de Wlz. Het ZINL geeft hierover het volgende aan:

Een psychische stoornis op zich is geen grondslag voor toegang tot de Wlz. De begeleiding en behandeling van mensen met een psychische stoornis valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten (op grond van Jeugdwet en Wmo) en zorgverzekeraars (op grond van de Zvw).

Verblijft een cliënt in een psychiatrische instelling en is dat verblijf noodzakelijk voor de behandeling van de stoornis? Dan wordt dit vergoed uit de Zvw. Alleen wanneer de cliënt na 3 jaar nog steeds verblijf nodig heeft in verband met de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, dan wordt deze zorg na het derde jaar vergoed uit de Wlz.

5. Onderaan op de pagina staat: 'als cliënten (en/of hun netwerk) in de Wlz ervoor kiezen de zorg te verzilveren in de thuissituatie als zorg in natura in de vorm van een MPT of VPT beoordeelt het zorgkantoor of deze zorg in de thuissituatie verantwoord en doelmatig geleverd kan worden. Waarom kiest het zorgkantoor er voor dit voortaan altijd te doen? In

2016 is dat namelijk niet altijd het geval (alleen onder voorwaarden). Hoe verhoudt zich dit tot het streven naar minder administratieve lasten?

Hoe de zorgkantoren hun taak tot het toetsen op doelmatige en verantwoorde zorg thuis vormgeven staat uitgewerkt in het Voorschrift zorgtoewijzing, conform de landelijke afspraken.

6. Welke beoordelingscriteria worden gebruikt voor verantwoorde en doelmatige zorg thuis? Is dit niet aan de cliënt zelf om te bepalen, of stopt hier de regiefunctie van de cliënt?

De beoordelingscriteria voor zorg thuis staan verwoord in het Voorschrift zorgtoewijzing. Het betreft hier de professionele beoordeling van verantwoorde zorg, wanneer de cliënt wenst thuis de zorg te ontvangen.

7. Verdere stappen persoonsvolgende bekostiging: is er een planning? Wat is het einddoel en onder welke condities? Hoe zien de stappen er concreet uit?

De stappen naar een meer persoonsvolgende bekostiging staan verwoord in het regionale beleid van de zorgkantoren. Ervaringen die opgedaan worden bepalen het uiteindelijke resultaat.

8. Wanneer is sprake van een voldoende gedifferentieerd aanbod? Wat zijn de criteria daarvoor?

Een voldoende gedifferentieerd aanbod betreft een aanbod dat zo veel als mogelijk tegemoet komt aan de wensen van cliënten met inachtneming van kwaliteit en doelmatigheid.

9. "dat wij, als de klant cliënt dat wil, het huidige PGB aanbod ook in natura beschikbaar willen maken". Aan wat voor soort situatie moeten wij hier denken? Voorbeeld situatie omschrijven.

U kunt hierbij denken aan cliënten die niet meer de administratieve lasten rond een PGB willen dragen of verantwoordelijk willen zijn voor het regelen van hun eigen zorg. Doordat zorgkantoren PGB-aanbieders nu de mogelijkheid bieden om een Wlz-overeenkomst te sluiten, kunnen deze cliënten ook kiezen voor Zorg in Natura.

10. Als cliënten in de Wlz ervoor kiezen ... beoordeelt het zorgkantoor of deze zorg in de thuissituatie verantwoord en doelmatig geleverd kan worden. Hoe, wanneer en op grond waarvan wordt dit beoordeeld? Wordt zorg die vóór de goedkeuring wordt geleverd ook vergoed?

Zorgkantoren hebben een toetsingskader Verantwoorde Zorg Thuis opgesteld, aan de hand waarvan zorgaanbieders in overleg met cliënten een zorgplan samenstellen. Wij verwijzen zorgaanbieders hiervoor naar het Voorschrift Zorgtoewijzing waar het toetsingskader Verantwoorde Zorg Thuis onderdeel van is.

11. Hoe de wens van de cliënt inzichtelijk te maken? Bedoelt u hierbij het zorgplan of moet het op een andere manier gezien worden?

Zorgkantoren verwachten van zorgaanbieders dat zij de wensen van de cliënt centraal stellen. Zorgaanbieders blijven zich verdiepen in wat cliënten willen en actief invulling geven aan de zorg die zoveel mogelijk aansluit bij de wensen van de cliënt.

12. Kunnen wij als Zorg in natura aanbieder ook PGB dienstverlening aanbieden in 2017? Hiervoor verwijzen wij u naar het regionale beleid van de zorgkantoren.

13. Er wordt hier gesproken over belemmeringen in wet- en regelgeving. Hoe wordt het verschil in het betalen van de door het CAK geïnde eigen bijdrage voor cliënten met een

WLZ- ZIN keuze en een WLZ-PGB keuze gecompenseerd om de cliëntkeuze niet door financiële prikkels te beïnvloeden.

De financiële prikkels zijn onderwerp van landelijk overleg tussen VWS en veldpartijen. Er bestaat geen compensatie voor deze financiële prikkels.

1.3.1 Clientondersteuning

14. Zorgkantoor vraagt aanbieders hier (cliëntondersteuning) actief naar te verwijzen: deze vraag komt bij andere onderdelen ook terug. Wordt ons gevraagd reclame voor het zorgkantoor te maken? Mag dit verplicht opgelegd worden (zie p 40 afspraak/stand van zaken)? Als het zorgkantoor zich gaat profileren als een verzekeraar, steeds meer zelf in contact treedt met verzekerden/vertegenwoordigers ervan, wat betekent dit dan voor de positie van de zorgaanbieders?

Zorgaanbieders hebben de taak cliënten(raden) juist te informeren. Hierbij gaat het om het belang van de cliënt, niet om de positie van het zorgkantoor of de zorgaanbieder.

15. Er wordt een publieksversie van het inkoopkader gepubliceerd. Wanneer kan dit verwacht worden?

De geplande publicatiedatum is in overleg met ZN gesteld op 15 juli 2016

16. Onder par. 1.3, 6e alinea stelt u dat cliënten zelf kunnen kiezen voor een leveringsvorm die past bij hun persoonlijke situatie. In 2016 hadden wij een cliënt die een contract PGB (Wlz) wilde hebben. Het door ons voorgestelde tarief werd door uw zorgkantoor niet geaccepteerd, omdat er een ander tarief zou gelden. Kunt u voor 2017 duidelijk vastleggen welke tarieven voor welke financiering gelden, zodat daar geen discussie meer over bestaat?

De wijze waarop tarieven voor Zorg in Natura in de Wlz tot stand zijn gekomen, is beschreven in de regionale paragrafen van de verschillende zorgkantoren. Graag verwijzen wij u daar naar. Voor PGB geldt een andere procedure om tot tariefstelling te komen.

1.3.2 Betrokkenheid cliëntenraden

17. Worden door het zorgkantoor aanvullende eisen gesteld aan de cliëntenraad (deelnemerschap, betrokkenheid, duur, etc.) die afwijken van de wet?

Zorgkantoren stellen geen aanvullende eisen ten aanzien van de cliëntenraden.

18. Wij hebben enkel een paar Hospice bedden en daarom geen cliëntenraad. Wij kunnen wel inzichtelijk maken dat de cliënt/familie en andere betrokkenen, betrokken worden/zijn bij de zorg, de evaluatie en de nazorg van familie/ naasten.

Ten aanzien van een cliëntenraad geldt dat wij eisen dat de zorgaanbieder handelt conform artikel 2 van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.

19. Alle wetten, normen en regels moeten worden nageleefd. Een systematische verzameling van alle eisen waaraan voldaan moet worden bestaat niet. Voor cliëntenraden is dit helemaal niet te volgen, ook aanbieders hebben hier moeite mee. Hoe komen we aan een duidelijk kader waaraan we moeten voldoen?

In de inkoopdocumenten met bijbehorende bijlagen faciliteren zorgkantoren zorgaanbieders met inzage in de belangrijkste eisen en wettelijke bepalingen. Overigens verwachten zorgkantoren van professionele zorgaanbieders dat zij weten aan welke wettelijke eisen en regelgeving zij dienen te voldoen.

1.4 Dialoog

20. De dialoog met zorgaanbieders ... prominente plek in de inkoop 2017. Wat betekent "het bieden van ruimte voor regionaal maatwerk" voor ons als individuele aanbieder. Graag illustreren met een voorbeeld.

Door het voeren van de dialoog met individuele zorgaanbieders kunnen zij hun eigen ontwikkelplan passend bij de regio vormgeven in overleg met het desbetreffende zorgkantoor.

1.5 Geen onnodige lasten

21. Er is bewustwording dat de lasten groter worden maar men kijkt uitsluitend naar de gegevens die zelf worden opgevraagd. Door hoge eisen aan de accountant te stellen wordt de aanbieder gedwongen hoge kosten te maken door administratieve vastlegging. Er is dan sprake van verlegging niet van vermindering. In het document is vaker te lezen dat het zorgkantoor ervan uitgaat dat de zorgaanbieder bepaalde zaken regelt, doet of verklaart. De zorgaanbieder moet zelf de site in de gaten houden. Dat heeft alleen betrekking op lastenvermindering voor het zorgkantoor, niet voor de zorgaanbieders. Welke leerervaringen worden bedoeld die tot verbetering in 2017 hebben geleid? Welke informatie is nodig en welke niet meer voor de dialoog? Geef concreet aan wat bedoeld wordt.

Met stakeholders is uitgebreid gesproken over administratieve lasten binnen de Wlz en uitkomsten zijn meegenomen of worden nog verder vorm gegeven met veldpartijen. Zeker ten aanzien van de werkwijze rond zelfanalyse en ontwikkelplannen zijn op gebied van administratieve lasten verbetering doorgevoerd op basis van de ervaringen 2016. Uitgangspunt in de documenten high trust, high penalty. Dit vraagt meer verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en dat is in de inkoopdocument terug te lezen.

22. Kunnen er een aantal voorbeelden gegeven worden van informatie die niet noodzakelijk is, niet te toetsen is, niet op een andere manier te verkrijgen is of reeds beschikbaar is? We dragen graag bij aan het terugdringen van administratieve lasten. Gegevens die we reeds krijgen uit de reguliere bedrijfsvoering vragen we niet apart op. Zoals bijvoorbeeld indicatie- of declaratiegegevens. Ook vragen we geen informatie op waar in het verdere verloop van de inkoopprocedure geen gebruik van gemaakt wordt. We hanteren tevens minder vormeisen.

23. Wat wordt er verstaan onder "enige mate van administratie voor de zorgaanbieder"? En kunt u enkele voorbeelden geven?

Er is altijd wel een vorm van administratie nodig. We proberen echter die zoveel mogelijk te beperken.

24. Wat gaan jullie gedurende het jaar uitvragen, dan kunnen we deze gegevens vastleggen zodat we kunnen rapporteren en niet verrast worden door vragen.

Het zorgkantoor vraagt in het kader van de zorginkoop alleen informatie op die nodig is om de dialoog tussen zorgaanbieder en zorgkantoor gestalte te geven en daadwerkelijk gebruikt wordt door de zorginkopers. Welke informatie opgevraagd wordt staat beschreven in het Zorginkoopdocument. Eventuele andere informatie die opgevraagd wordt vloeit voort uit de door de zorgaanbieder voorgestelde en overeengekomen ontwikkelplannen voor 2017.

1.6 Doelmatigheid

25. Als de contracteerruimte klantgebonden wordt kan dan worden gesproken over een flexibele contracteerruimte?

Er is in de Wlz geen sprake van een klantgebonden contracteerruimte.

26. Hoe moet de zorgplicht van het zorgkantoor geïnterpreteerd worden als in het inkoopdocument Wijkverpleging op p.8 bij acceptatie van verzekerde staat dat weigeren in zorg te nemen kan, na overleg, als het zorgaanbiedersplafond dreigt overschreden te worden?

Zorgkantoren doelen bij de zorgplicht op de Wlz-zorgplicht. Hoe binnen de Wlz omgegaan wordt met eventuele cliëntstops staat verwoord in het Voorschrift Zorgtoewijzing 2016.

27. In de zorginkoop zetten zorgkantoren instrumenten in om ... welke instrumenten worden hier bedoeld?

Zorgkantoren geven voor hun regio's invulling aan deze doelmatigheid. Wij verwijzen zorgaanbieders voor de betreffende instrumenten naar de regionale paragraaf van het desbetreffende zorgkantoor.

28. Prikkel verschillende eigen bijdragen. MPT/wijkverpleging. Voor 2016 blijkt dat de cliënt die wacht op opname (MPT) de lage inkomensafhankelijke bijdrage betaalt. Dit is ongeacht het aantal prestaties dat deze cliënt afneemt. Wij hebben een cliënt die in aanmerking komt voor WLZ opname en waarbij de mantelzorger veel zorgtaken op zich neemt. Deze cliënt neemt tijdens de overbruggingsperiode slecht 1 uur zorg per week af maar betaalt wel de inkomensafhankelijke lage bijdrage. Wijkverpleging zou in dit geval veel gunstiger zijn geweest maar cliënt en partner weten dat opname over enige tijd noodzakelijk is. In het licht van de eigen regie van de cliënt lijkt dit een onwenselijke situatie, hoe kijkt Zilveren Kruis hiernaar? Bent u voornemens om in 2017 iets aan deze scheve situatie te doen?

De prikkels rond eigen bijdragen zijn een gevolg van wet- en regelgeving. Zorgkantoren adresseren dit knelpunt bij VWS. Wij adviseren zorgaanbieders om dit knelpunt ook aanhangig te maken bij hun branchevereniging.

29. In het kader van individuele aanspraken streeft het zorgkantoor er samen met de zorgaanbieders naar om de cliënt zo snel mogelijk op de best passende plek te krijgen, waardoor overplaatsing, onnodige en ondoelmatige (meer)zorg kan worden voorkomen. In de zorginkoop zetten de zorgkantoren instrumenten in om de kosten te beheersen en doelmatige zorg te stimuleren. In hoeverre wordt hier, in het belang van de cliënt, substitutie van zorg toegestaan? En wordt dit dan uitgezonderd van de gepresenteerde herschikkingsregels?

Zorgkantoren willen er samen met zorgaanbieders voor zorgen dat cliënten direct zorg krijgen op de voor hen best passende plek. Met deze aanpak willen wij juist voorkomen dat substitutie van zorg nodig is. Het herschikkingsbeleid is onderdeel van het regionale beleid van de diverse zorgkantoren en wij verwijzen u graag naar de regionale paragraaf om kennis te nemen van het beleid rond herschikking van het desbetreffende zorgkantoor.

2 Inkoopprocedure 2017

30. Ik heb een WLZ overeenkomst. Is deze overeenkomst voldoende voor het opzetten voor een kleinschalig wooncomplex?

Dit is zonder nadere informatie niet vast te stellen. Hiervoor dient u het regionale inkoopbeleid van het betreffende zorgkantoor te raadplegen.

31. Begrijpen wij het goed dat een zorgaanbieder die in 2016 reeds een zelfanalyse heeft ingevuld geen nieuwe zelfanalyse (volledige dan wel light variant) hoeft in te vullen tenzij er een nieuw ontwikkelingsplan wordt ingediend?

Dit klopt zie figuur 2 paragraaf 2.2.4 in het landelijk inkoopkader. Ook bij het indienen van een nieuw ontwikkelplan is de zelfanalyse/zelfanalyse light niet verplicht voor aanbieders die dit in 2016 reeds gedaan hebben.

32. Is het aanleveren van een zelfanalyse verplicht voor het verkrijgen van een overeenkomst?

Nee, niet voor het verkrijgen van een overeenkomst met basistarief.

33. Betreft de tekst bij het stukje contractduur bij bestaande aanbieders alleen bestaande aanbieders die onder categorie 2 vallen of ook die onder 1 vallen?

Dit geldt voor categorie 1 en 2.

34. Wanneer in meerdere regio's zorg wordt geleverd, wordt er dan per regio een overeenkomst opgesteld? Of wordt er één overeenkomst opgesteld voor meerdere regio's?

Dit is regionaal beleid. Zie hiervoor de regionale inkoopkaders.

35. Is hetgeen dat in figuur 2 staat van toepassing op zowel categorie 1 als categorie 2 aanbieders?

Figuur 2 is bestemd voor alle zorgaanbieders die aan de inschrijving meedoen. Afhankelijk van het type zorgaanbieder en de gemaakte afspraken in 2016 is een van de regels van toepassing.

36. Worden er ook al vragen beantwoord voor de deadline van 21 juni? En worden deze vragen ook gepubliceerd in de nota van inlichtingen?

Pas na sluiting van de vragenronde worden de vragen beantwoord en in voorliggend document gepubliceerd.

37. Moet bijlage 2 ook ingevuld worden door bestaande zorgaanbieders, of alleen door nieuwe zorgaanbieders?

Deze bijlage moet ook door bestaande zorgaanbieders ingevuld worden.

38. Wij zijn een zorgaanbieder met éénjarige overeenkomst die voor het eerst ontwikkelafspraken willen maken voor 2017. Is het voor deze categorie zorgaanbieder noodzakelijk om naast een nieuwe zelfanalyse en ontwikkelplannen een ondernemingsplan aan te leveren?

Als u voor het eerst ontwikkelplannen indient, dan moet u ook een volledige zelfanalyse indienen. Zie figuur 2 in het landelijk inkoopkader. Een volledig ondernemingsplan is niet nodig, want u bent een bestaande zorgaanbieder.

39. Wij hebben als zorgaanbieder een overeenkomst met zorgkantoor X in 2016 en willen dit ook graag voor 2017. Op basis van de gegeven definitie vallen wij onder categorie 1. Nu

willen wij naar verwachting ons voor het eerst gaan inschrijven voor het vpt bij zorgkantoor X, blijven wij hiermee onder categorie 1 vallen en worden wij voor dit onderdeel dus niet gezien als nieuwe zorgaanbieder in tegenstelling tot vorig jaar?

U blijft hiermee inderdaad vallen onder categorie 1.

40. Is een bankgarantie bij een negatief eigen vermogen ook voldoende om een contract te krijgen

Nee, een negatief eigen vermogen geldt als reden voor afwijzing. Een bankgarantie ondervangt dit niet.

Bestaande aanbieders

41. Welke documenten moeten wij, als bestaande zorgaanbieder MPT invullen, om naast MPT ook in aanmerking te kunnen komen voor "Verblijf in een instelling", "VPT" en "MPT-behandeling"?

Aan bestaande zorgaanbieders (categorie 1) die in aanmerking willen komen voor afspraken over nieuw zorgaanbod, worden het Landelijke Inkoopkader geen verplichtingen gesteld ten aanzien van de onderbouwing bij de offerte. Paragraaf 2.2.2 in bijlage 5 is alleen van toepassing op categorie 2 aanbieders. Zorgkantoren veronderstellen dat zorgaanbieders hierover reeds in gesprek zijn met hun zorginkopers. Daar waar zorgkantoren het wenselijk vinden om bij de offerte wel een toelichting voor zorgaanbieders categorie 1 te ontvangen, staat dit beschreven in het regionale beleid.

42. Moeten wij als bestaande zorgaanbieder MPT een ondernemingsplan indienen?

Alleen wanneer een bestaande zorgaanbieder in een andere regio zorg wil gaan leveren, moet hij een beknopt ondernemingsplan indienen, waarin aangegeven wordt waarom en hoe hij de zorg wil gaan leveren. Zie ook regionaal beleid.

43. Er staat dat bestaande aanbieders met een 2-jarigcontract (2016/2017) alleen de instemmingsverklaring indienen. Dus geen zelfanalyse, ontwikkelplannen, bestuursverklaring en overzicht onderaannemers?

Dit kan juist zijn. Ten behoeve van de inschrijving geldt minimaal de instemmingsverklaring. Voor het ontwikkelplan en de zelfanalyse wordt verwezen naar figuur 2 van het landelijk inkoopkader. Tevens kunnen hiervoor regionale aanvullingen gelden en kan bijvoorbeeld gevraagd worden een overzicht van onderaannemers opnieuw aan te leveren. De bestuursverklaring is bij aanbieders met een meerjarige overeenkomst niet van toepassing.

Nieuwe aanbieders en bestaand maar nieuw bij ander zorgkantoor

44. Is de definitie bestaande/nieuwe aanbieder afhankelijk van het kavel waarvoor je inschrijft? Bijvoorbeeld, als een aanbieder een contract voor MPT bij een ander zorgkantoor dan zorgkantoor X heeft en deze wil bij zorgkantoor X inschrijven voor MPT én VPT. Wordt deze aanbieder dan als bestaande aanbieder categorie 2 gezien of als (volledig) nieuwe aanbieder categorie 3? Of als beiden?

Bestaande zorgaanbieders die in een voor hen nieuwe zorgkantoorregio zorg willen gaan leveren (dus bij een ander zorgkantoor dan het zorgkantoor waarmee zij al een Wlz-overeenkomst hebben), vallen onder categorie 2 (zie deel 1 Landelijk Inkoopkader ZN paragraaf 2.2.2). Voor die nieuwe regio dienen deze zorgaanbieders dus een bedrijfsplan en financieel plan als onderdeel van het ondernemingsplan in te dienen. Hoe met kavels om wordt gegaan is regionale invulling.

45. Vragen over culturele achtergrond, e.d. hoeven geen relatie met zorg te hebben. Hoe worden de gevraagde faciliteiten gefinancierd als daarvoor in het tarief geen vergoeding is opgenomen?

Zorgkantoren willen een gedifferentieerd aanbod inkopen, conform de uitgangspunten van de Wlz. Dit betreft ook aanbod voor specifieke doelgroepen. Zorgaanbieders kunnen zich op dit punt onderscheiden, wij zien echter geen link met kosten of tarifiering.

46. Vraagt het zorgkantoor een uitbreiding van het begrip zorg naar welbevinden en zo ja: hoe komt dat terug in de financiering? Worden deze kosten door de aanbieder aan de betreffende cl. in rekening gebracht of mogelijk te declareren via de Wmo?

Ook binnen de Wlz is het welbevinden van cliënten van belang. Dit is niet enkel het domein van de Wmo. Gezien de cliëntenraadplegingen gericht zijn op het meten van kwaliteit van Leven/bestaan, beschouwt de sector welbevinden ook als thema voor cliënten binnen Wlz.

47. Doordat zorgaanbieders van andere zorgkantorregio's contracteerruimte krijgen in de andere regio's kan er een verschuiving optreden in het regiobudget. Kan dit invloed hebben op het overschrijden van een regiobudget op enig moment. Gelden beperkingen dan ook voor de nieuwe aanbieders of alleen voor de bestaande aanbieders in de regio? Als zorgkantoren PGB-gefinancierde wooninitiatieven uitnodigen voor omzetting naar ZIN, ontstaat er dan een uitbreiding van intramurale capaciteit of gaat deze omzetting ten koste van de bestaande intramurale aanbieders?

Binnen de Wlz willen zorgkantoren zo veel als mogelijk de keuze van de cliënt volgen. Dit geldt voor alle cliënten met een Wlz indicatie en vindt plaats binnen de landelijk contracteerruimte voor de Wlz. De keuzes van cliënten kunnen effect hebben op de (regionale) contracteerruimte en daarmee op zowel bestaande als nieuwe zorgaanbieders.

48. Aan welke eisen die gesteld worden in bijlage 5 moet een aanbieder voldoen die valt onder categorie 2 "Zorgaanbieders die over 2016 al met een van de andere zorgkantoren een Wlz-overeenkomst voor het leveren van Wlz-zorg in natura hebben en deze overeenkomst is niet ontbonden gedurende het contractjaar."?

Bestaande zorgaanbieders die in een voor hen nieuwe zorgkantorregio zorg willen gaan leveren (dus bij een ander zorgkantoor dan het zorgkantoor waarmee zij al een Wlz-overeenkomst hebben), vallen onder categorie 2 (zie deel 1 Landelijk Inkoopkader ZN paragraaf 2.2.2). Voor die nieuwe regio dienen deze zorgaanbieders dus een bedrijfsplan en financieel plan als onderdeel van het ondernemingsplan in te dienen.

Aan bestaande zorgaanbieders (categorie 1) die in aanmerking willen komen voor afspraken over nieuw zorgaanbod, worden het Landelijke Inkoopkader geen verplichtingen gesteld ten aanzien van de onderbouwing bij de offerte. Paragraaf 2.2.2 in bijlage 5 is alleen van toepassing op categorie 2 aanbieders. Zorgkantoren veronderstellen dat zorgaanbieders hierover reeds in gesprek zijn met hun zorginkopers. Daar waar zorgkantoren het wenselijk vinden om bij de offerte wel een toelichting voor zorgaanbieders categorie 1 te ontvangen, staat dit beschreven in het regionale beleid.

49. In de tekst van paragraaf 2.2.2. wordt verwezen naar bijlage 5 "Bewijsstukken nieuwe zorgaanbieders en bestaande aanbieders bij een andere Wlz-uitvoerder". Bijlage 5 zelf heeft echter als titel "Bewijsstukken nieuwe zorgaanbieders" en niet de toevoeging 'en bestaande aanbieders bij een andere Wlz-uitvoerder'. Wie is hier precies de Wlz-uitvoerder?

Voor een definitie van de Wlz uitvoerder verwijzen wij naar de begrippenlijst in de overeenkomst Wlz 2017. In de overeenkomst is een bijlage opgenomen met een overzicht van de regio's en de bijbehorende Wlz-uitvoerder. Het is terecht geconstateerd dat Bijlage

5 ook geldt voor bestaande aanbieders bij een andere Wlz-uitvoerder. De titel van bijlage 5 wordt aangepast.

50. In het landelijk inkoopkader GZ staat dat nieuwe aanbieders in de regio een bedrijfsplan en financieel plan moeten aanleveren als onderdeel van het ondernemingsplan; In bijlage 5 staat dat nieuwe aanbieders in de regio een omgevingsanalyse en bedrijfsplan moeten aanleveren. Wat is nu juist?

Er hoeft geen omgevingsanalyse te worden aangeleverd. Ons inziens wordt in bijlage 5 niet gesproken over een omgevingsanalyse.

51. Bij de definities staat dat een nieuwe zorgaanbieder een zorgaanbieder is die over 2016 geen Wlz-overeenkomst heeft met een zorgkantoor voor het leveren van Wlz-zorg in natura. Een bestaande zorgaanbieder heeft in 2016 al met een van de zorgkantoren een Wlz-overeenkomst voor het leveren van Wlz-zorg in natura. De koppen van de alinea daarboven en daaronder zijn echter 'Nieuwe aanbieders (categorie 2 en 3)' en 'Contractvoorwaarden nieuwe zorgaanbieders (categorie 2 en 3)'. Conform de definitie is een categorie 2 zorgaanbieder echter geen nieuwe aanbieder, maar een bestaande aanbieder. Het niet consequent gebruiken van de term nieuwe en bestaande aanbieders is verwarrend. Kan de tekst hier op aangepast worden?

De kop is verwarrend, maar de tekst geeft goed weer wat de betekenis is van "bestaande" en "nieuwe" zorgaanbieders. Waar we over nieuwe aanbieders spreken, bedoelen we categorie 2 en 3 zijnde nieuwe aanbieders en bestaande aanbieders bij een andere Wlz-uitvoerder. De titel van bijlage 5 wordt aangepast naar: Bewijsstukken nieuwe zorgaanbieders en bestaande aanbieders bij een andere Wlz-uitvoerder.

52. Wij zijn een instelling met franchisenemers door heel Nederland. Op dit moment zijn wij gecontracteerd voor de regio X. We hebben de volgende vraag: Indien wij een offerte willen indienen worden wij dan gezien (voor de regio's niet zijnde X) als een aanbieder in categorie 2?

Als u voor een andere regio inschrijft bij dezelfde Wlz-uitvoerder niet. Als u inschrijft voor een andere regio bij een andere Wlz-uitvoerder bent u bestaande aanbieder bij een andere Wlz-uitvoerder, categorie 2. De regio's en de Wlz-uitvoerder is bijlage 5 van de bestuursverklaring.

53. Moeten bedrijven die ooit al een bezoek hebben gehad van de inspectie alsnog de vragenlijst opnieuw invullen als ze een nieuwe zorgaanbieders willen worden van het zorgkantoor?

Alle nieuwe zorgaanbieders moeten de betreffende vragenlijst invullen, voor zover ze dit nooit eerder gedaan hebben. Een bezoek van de inspectie is geen criterium.

Ontwikkelplannen

54. Is het sjabloon van de Zelfanalyse en de ontwikkelplannen ook in Word en/of Excel beschikbaar?

De zelfanalyse is in Word en de ontwikkelvoorstellen zijn in Excel beschikbaar.

55. Voorstel voor een ontwikkelplan: wordt door het zorgkantoor een minimum aantal ontwikkelafspraken per kwaliteitsniveau verwacht? Of staat het de zorgaanbieder i.o.m. de cliëntenraad vrij om te bepalen hoeveel ontwikkelafspraken worden voorgesteld?

Er is landelijk geen maximum gesteld op het aantal in te dienen ontwikkelplannen. Als u meer ontwikkelafspraken wilt maken dan 5 kunt u hiervoor regels toevoegen in het format of een tweede format indienen.

56. Is er een mogelijkheid om bezwaar te maken tegen de uitkomst van de beoordeling en weging van de ontwikkelingsplannen door het zorgkantoor?

Het streven is dat zorgaanbieder en zorgkantoor in dialoog overeenstemming bereiken over het/de definitieve ontwikkelplan(nen) en de opslag op het basistarief. Indien een zorgaanbieder het niet eens is met de beslissing ten aanzien van de beoordeling van(de resultaten van) de ontwikkelplannen en/of het toegekende percentage, kan hij daartegen bezwaar maken conform de procedure zoals beschreven in het regionale inkoopbeleid van het zorgkantoor.

57. In hoofdstuk 2 van het inkoopdocument staat vermeld dat het zorgkantoor het ontwikkelplan en de opslag van het tarief o.a. bepaalt a.h.v. het effect van de voorgestelde ontwikkelingen voor de cliënt. Het zorgkantoor bepaalt zelf welke weging van toepassing is. Kunt u aangeven aan welke criteria de ontwikkelingsplannen moeten voldoen en op grond waarvan u beoordeelt of de doelstellingen gehaald zijn?

Zie hiervoor paragraaf 2.2.4 van het Landelijke inkoopkader en het regionale beleid van het desbetreffende zorgkantoor.

58. "zorgaanbieder geeft samen met cliënten(raad)" ... Dit is nieuw t.o.v. 2016. Hoe hiermee om te gaan met een meerjaren contract (2016-2017)?

Ook voor het jaar 2016 hebben we gevraagd om aantoonbaar te maken hoe de cliëntenraad betrokken is in het proces. Misschien is hier iets minder expliciet de zelfanalyse genoemd. Als u een tweejarig contract heeft en reeds ontwikkelplannen heeft ingediend, hoeft u niet opnieuw een zelfanalyse te maken .

59. Kunnen de nieuwe of bijgestelde afspraken en resultaten de afspraken over de opslag op het tarief wijzigen?

Ja, de tariefopslag voor het jaar 2017 wordt opnieuw vastgesteld en kan dus wijzigen.

60. Wat zijn in 2017 de vastgestelde financiële kaders? Geldt daarmee voor een deel van het budget dan niet het geld volgt klant principe?

De financiële kaders worden vastgesteld door de NZa. Wij verwijzen zorgaanbieders naar het regionale inkoopbeleid van zorgkantoren voor de wijze waarop de zorgkantoren de financiële middelen inzetten.

61. Mogen er gedurende 2016, na sluiting van de offerte/indieningstermijn, nog ontwikkelplannen worden ingediend?

Dit is onderdeel van de regionale procedure van het betreffende zorgkantoor.

62. Wanneer is er sprake van een definitief ontwikkelplan? Moet deze reeds in de aanbestedingsprocedure vastgesteld zijn, of voor 2017?

Het ontwikkelplan is definitief wanneer er overeenstemming is bereikt tussen zorgaanbieder en zorgkantoor.

63. Wat niet duidelijk is of voortgeborduurd kan worden op de eerder ingeleverde zelfanalyse met de ontwikkelplannen of dat nu weer nieuwe zaken moet worden aangeleverd. Hoe worden deze ontwikkelplannen beoordeeld? Over 2016 zijn per abuis de ontwikkelplannen niet ingediend. We zijn een bestaande aanbieder die al jaren afspraken met het betreffende zorgkantoor heeft. Worden wij nu gezien als een zorgaanbieder die voor het eerst ontwikkelplannen/ ontwikkelafspraken voor 2017 inlevert?

Zie figuur 2 in het landelijk inkoopkader. U wordt hierbij gezien als een bestaande zorgaanbieder die voor het eerst ontwikkelplannen indient. U schetst een specifieke situatie, deze kunt u het beste bespreken met uw eigen zorgkantoor.

64. Wat mij niet duidelijk is of wij nu kunnen voortborduren op de zelfanalyse van de vorige keer met de ontwikkelplannen of dat je nu weer nieuwe zaken moet aanleveren. En hoe dat beoordeeld wordt.

Een nieuwe zelfanalyse is alleen nodig als een aanbieder deze in 2016 niet heeft ingediend en in aanmerking wil komen voor een tariefsopslag. Het is regionaal beleid hoe de ontwikkelplannen worden beoordeeld.

65. Hoeven bij het indienen van de offerte en de ontwikkelplannen 2017 de ontwikkelplannen nog niet SMART worden gemaakt? Dat wil zeggen dat je het tijdspad pas gaat invullen op het moment dat de dialoog heeft plaatsgevonden en de ontwikkelafspraken zijn goedgekeurd?

Het concretiseren (SMART maken) van de voorgestelde ontwikkelplannen in ontwikkelafspraken kan later in dialoog met het zorgkantoor plaatsvinden.

Bepaling volume

66. "Immers, een zorgaanbieder ... (en bij voldoende middelen)." Op welke manier wordt inzichtelijk gemaakt of er voldoende middelen zijn? Zijn er mogelijkheden om maandelijks te rapporteren? Dit is onderdeel van het regionale inkoopbeleid.

De benutting van de regionale contracteerruimte wordt tenminste 4 keer per jaar op de website van de zorgkantoren gepubliceerd.

67. "Om zorgaanbieder comfort te bieden bij deze werkwijze... Op welke manier kan dit meer comfort bieden als vervolgens op geen enkele wijze invloed hierop kan worden uitgeoefend?

De zorgaanbieder weet hoeveel budget er nog beschikbaar is in de regio en welke onzekerheid er bestaat over de financiering van de geleverde of te leveren zorg. De zorgaanbieder kan op basis daarvan zelf keuzes maken hoe hier in de eigen organisatie op te willen anticiperen.

Meerjarige contracten

68. Zijn zorgkantoren voornemens om in 2018 te gaan werken met langer dan tweejarige contracten (5 jaar bijvoorbeeld)?

De zorgkantoren kunnen hier nog niet op vooruit lopen. Op dit moment worden overeenkomsten gesloten voor maximaal twee jaar.

69. Wij hebben een meerjarencontract 2016/2017. Wat is, buiten het verlichten van de administratieve last, het voordeel van een meerjarig contract voor een zorgaanbieder? Wordt er bijvoorbeeld op voorhand een stuk productie ruimte gereserveerd voor deze doorlopende contracten? Het zorgkantoor wist immers dat deze aanbieders ook 2017 op de markt actief zijn

Het sluiten van een meerjarige overeenkomst geeft zorgaanbieders vooral comfort over de overeenkomst met het zorgkantoor en zorgt eveneens voor een verlichting van de inschrijfprocedure bij de inkoop. Het reserveren van productieruimte is niet van toepassing, te meer omdat dit haaks staat op persoonsvolgende bekostiging.

70. Kunnen alleen partijen die nog geen meerjarencontract hebben in aanmerking komen voor een tweejarig contract of kunnen ook partijen die een contract voor 2016/2017 hebben

bij deze inkoopprocedure een contract voor 2017/2018 krijgen? Zo ja, hoe en onder welke voorwaarden?

Het is voor aanbieders met een overeenkomst 2016-2017 niet mogelijk om in aanmerking te komen voor een overeenkomst 2017-2018.

Bepaling tarief

71. Uit de grafiek blijkt dat het maximale tarief uit de zorginkoop altijd lager zal uitpakken dan het max. tarief van de NZA. waar blijft dit verschil? Wat gebeurt daarmee?

Zorgkantoren hanteren een tariefpercentage van het maximum NZa tarief om met de beschikbare contracteerruimte zo veel mogelijk Wlz cliënten van zorg te voorzien. Deze maatregel in de tariefstelling wordt toegepast om middelen zo doelmatig mogelijk aan te wenden. Omdat de contracteerruimte en vraag regionaal verschillen kunnen er tussen zorgkantoren verschillen bestaan in het tariefpercentage dat gehanteerd wordt.

72. Ten behoeve van het doen van een zelfanalyse, is het toegestaan voor categorie 2 aanbieders om voor het cliëntenperspectief gegevens te gebruiken van cliëntuitvragen in andere zorgkantoorregio's?

Uit de zelfanalyse moet blijken op welke wijze de zorgaanbieder invulling geeft aan de kwaliteitsthema's zoals beschreven in het landelijke inkoopkader voor de regio waarop de inschrijving/offerte betrekking heeft. Onderbouwing van de zelfanalyse vindt plaats met representatieve gegevens. Indien de input van cliëntuitvragen in andere regio's ook een reëel beeld geeft van de regio dan kan dit gebruikt worden.

73. "Basiskwaliteit op orde" Is de eis "Nieuwe zorgaanbieders hebben op de datum inschrijving de vragenlijst nieuwe zorgaanbieders ingevuld op de site van het CIBG en de inspectie." enkel van toepassing op categorie 3 aanbieders? Of ook op categorie 2 aanbieders?

De vragenlijst is enkel van toepassing op nieuwe zorgaanbieders (categorie 3).

74. Zorgkantoren belonen voor de behaalde resultaten van de zorgaanbieder en de toegevoegde waarde die dit voor de cliënten heeft. Wat bedoelt u met belonen? Aan welke criteria dient er voldaan te worden?

Hiermee wordt de overeengekomen tariefopslag bedoeld. Zorgkantoren lichten in het regionale beleid toe wanneer en onder welke condities zij (delen van) de overeengekomen tariefopslag in het tarief verwerken.

75. Hoe groot wordt via de taakstelling toegepaste korting op de contracteerruimte als gevolg van het niet langer indiceren van de lage ZZP's? Waarop is dit gebaseerd?

Zorgkantoren volgen hierin het afbouwscenario van VWS.

76. Het finale besluit over het tarief ligt bij het zorgkantoor. Is er een procedure vastgesteld als zorgkantoor en zorgaanbieder het niet eens zijn?

Het streven is dat zorgaanbieder en zorgkantoor in dialoog overeenstemming bereiken over de definitieve ontwikkelplan(nen) en de opslag op het basistarief. Indien een zorgaanbieder het niet eens is met de beslissing ten aanzien van de beoordeling van (de resultaten van) de ontwikkelplannen en/of het toegekende percentage, kan hij daarentegen bezwaar maken conform de procedure zoals beschreven in het regionale inkoopbeleid van het zorgkantoor

Vastleggen afspraken

77. Wij begrijpen de ontwikkelingen m.b.t. persoonsvolgende bekostiging. Wij vinden het echter niet reëel dat de risico's die persoonsvolgende bekostiging met zich meebrengt

volledig bij de zorgaanbieders worden belegd. Is het niet reëler dat zorgkantoren ook hierover meer verantwoordelijkheid gaan dragen dan enkel het publiceren van de uitnutting van de contracteerruimte?

De risico's voor aanbieders zijn afhankelijk van het gekozen model per zorgkantoor. Wij verwijzen u naar het regiospecifieke beleid van het voor u relevante zorgkantoor

78. Wat betekent dit toekenningspercentage voor de keuze van de cliënt in de praktijk van de zorgaanbieder?

Dat betekent dat er ruimte wordt gecreëerd om recht te kunnen doen aan de keuze van de cliënt. De initiële afspraak is bedoeld om de huidige zorg aan cliënten te kunnen continueren. Doordat niet het volledige volume wordt vastgelegd in afspraken met zorgaanbieders, is er ruimte om de keuze van de cliënt recht voor een zorgaanbieder te kunnen doen.

79. Stuk over budget onzekerheid voor aanbieders; 'geleverde zorg wordt pas vergoed nadat de cliënt voor hem heeft gekozen (en bij voldoende middelen)' wat als de cliënt voor ons kiest en er zijn niet voldoende middelen?

Zorgkantoren vangen tekorten in de contracteerruimte in eerste instantie zelf en in tweede instantie gezamenlijk op. Wanneer er macro sprake is van een tekort in de contracteerruimte 2017 treden de zorgkantoren hierover in gesprek met VWS om naar oplossingen te zoeken.

80. Publiceert zorgkantoor over de regionale uitnutting van de contracteerruimte of uitnutting op een ander niveau?

Hiervoor verwijzen wij u naar het regionale beleid van de zorgkantoren.

Afspraak gedurende het jaar

81. Het Zorgkantoor behoudt zich het recht voor om alsnog met nieuwe zorgaanbieders een productieafspraken en overeenkomst WLZ 2017 aan te gaan. A. Hoe verhoudt zich dit tot het financieren van eventuele overproductie van bestaande zorgaanbieders die daarmee ook de knelpunten oplossen in de bestaande zorgbehoefte? B. Hoe verhoudt zich dit tot het niet volledig toekennen van het volume aan zorgaanbieders die conform de inkoopprocedure een contract krijgen?

A: Wij benadrukken dat het hier in beide gevallen aan geleverde zorg aan WLZ geïndiceerde cliënten gaat. Of /hoe zorgkantoren hier mee om gaan is onder andere afhankelijk van de prioritering in regionaal beleid en beschikbare regionale contracteerruimte. B: Het niet volledig toekennen van het volume geeft ruimte om persoonsvolgend te kunnen financieren en aan de wens van de cliënt te voldoen.

Instemmingverklaring

82. Wij maken bezwaar tegen de eis dat een aanbieder met een meerjarenovereenkomst 2016/2017 in de instemmingverklaring de bepalingen van de overeenkomst 2017 moet aanvaarden.

De Instemmingsverklaring is opgenomen omdat de voorwaarden van de inkoopprocedure 2017 ook toepasselijk zijn op de zorgaanbieders die in 2016 een tweejarige overeenkomst hebben gesloten. Dit wordt met de Instemmingsverklaring nog eens bevestigd. Het is onderwerp van het regionale inkoopbeleid van zorgkantoren hoe in 2016 geborgd is dat zorgaanbieders met een tweejarige overeenkomst ook aan de voorwaarden 2017 gebonden zijn. Tevens heeft u via deze nota van inlichtingen de mogelijkheid gekregen om bezwaar te maken tegen hetgeen is opgenomen in overeenkomst 2017.

3 Kwaliteit en persoonsgerichte GGZ

83. Kwaliteit van leven is persoonsgebonden, welk normenkader hanteert het zorgkantoor voor wat kwaliteit van leven is?

Het zorgkantoor hanteert geen normenkader voor kwaliteit van bestaan/leven. De cliënt bepaalt wat kwaliteit is.

4 Toelichting beleidsontwikkelingen

Vernieuwingsagenda onderwerp 4

102. Er staat dat er voor cliënten relevante onderdelen van het inkoopbeleid openbaar worden gemaakt op hun respectievelijke websites. Wat zijn relevante onderdelen van de zorginkoop voor cliënten? Door wie wordt dit bepaald?

Zorgkantoren maken samen met NPCF en andere belangenorganisaties een publieksversie voor cliënten en cliëntenraden. Wij verwijzen zorgaanbieders, cliënten en cliëntenraden graag naar deze publieksversie.

103. Hoe wordt de privacy van respondenten in cliëntervaringsonderzoeken gewaarborgd, indien de resultaten op locatieniveau gepubliceerd dienen te worden? Dit speelt met name bij kleine groepen respondenten en kleine locaties. Volstaat het om de resultaten van de cliëntervaringsonderzoek inzichtelijk te maken voor de direct betrokken cliënten en de lokale cliëntenraad en in samenspraak met hen het verbeterplan op te stellen? Bij openbare publicatie van de resultaten kan de privacy van respondenten van kleine groepen cliënten of kleine locaties in het geding komen.

Zorgaanbieders maken de uitkomsten van de cliëntervaringsmeting, in samenspraak met de cliëntenraad en/of cliëntorganisaties inzichtelijk. In principe gebeurt dit op locatieniveau, tenzij het anders met de cliëntenraad is overeengekomen. Zie ook 1.4 in het Programma van Eisen.

Vernieuwingsagenda onderwerp 6

104. "Daartoe maak ik afspraken met Wlz... in zorg in natura". Op welke manier borgt het zorgkantoor dat deze partijen voldoen aan dezelfde eisen als gesteld aan ZIN aanbieders? Wanneer zorgkantoren PGB-aanbieders contracteren voor Zorg in Natura, dienen zij te voldoen aan dezelfde eisen als andere Wlz-gecontracteerde zorgaanbieders.

105. Er is daarnaast geconstateerd dat... opgepakt gaan worden. Op welke termijn worden deze vraagstukken opgepakt?

Graag verwijzen wij zorgaanbieders naar het programma Waardigheid & Trots en de brief van VWS 'Waardig Leven met Zorg'.

106. Welke kaders gelden voor het omzetten van een PGB naar ZIN.

PGB-zorgaanbieders die een Wlz-overeenkomst willen sluiten, dienen hiervoor te voldoen aan de inkoopvoorwaarden en productspecificaties. Bovendien is de cliëntwens daarin leidend.

107. Zorgkantoren onderschrijven de doelstelling van de staatssecretaris om op basis van de wens van de cliënt PGB initiatieven om te zetten naar Zorg in Natura....etc. Wat is dan nog het verschil tussen PGB en zorg in natura?

Bij een PGB koopt een cliënt zelf zijn zorg in en maakt afspraken met zorgverleners, passend bij zijn wensen/voorkeuren. Zorg in Natura wordt voor cliënten ingekocht door de zorgkantoren.

108. Welke andere belemmeringen kunnen er zijn voor aanbieders of cliënten om de stap van PGB naar ZIN te maken?

Graag verwijzen zorgkantoren zorgaanbieders naar het overleg tussen VWS en veldpartijen (zoals verwoord in 'Waardig Leven met Zorg').

109. Indien een cliënt er voor kiest om de pgb om te zetten in zorg in natura, komt dan het PGB-budget van deze cliënt ten gunste van de bestaande zorgaanbieder die de zorg in natura levert. Wel kan besproken worden pgb-financiering van PGB-initiatieven desgewenst om te zetten in zorg in natura” als cliënten daarvoor kiezen.

Een PGB-budget van een cliënt kan nooit worden toegekend aan een ZIN-zorgaanbieder.

Vernieuwingsagenda onderwerp 7

110. Specialistische zorg bij een gericht en bij een beperkt aantal aanbieders ... Deze tekst lijkt haaks te staan op de wens om klantgericht, rekening houdend met de wens van de klant, te contracteren. Hoe kijkt het zorgkantoor hiernaar?

Vanuit kwaliteit van zorg moet deze zorg, die gepaard gaat met bijzondere expertise, geconcentreerd geleverd worden om de kwaliteit hiervan te kunnen borgen. Deze zorgvraag is relatief gering van omvang en zorgaanbieders hebben een bepaalde omvang nodig om het deskundigheidsniveau van deze zorg op niveau te houden.

Schoonmaak

111. Vanaf 2017 is schoonmaak ook onderdeel van de Wlz bij een MPT. Worden er ook hulpmiddelen en/of woningaanpassingen overgeheveld naar de Wlz in 2017 of later?

De overheveling van hulpmiddelen en woningaanpassingen voor cliënten met een Wlz indicatie vindt niet in 2017 plaats.

112. Vanaf 2017 valt de schoonmaak ook voor MPT klanten onder de Wlz. Het budget voor schoonmaak wordt gelijk gesteld aan het budget op jaarbasis dat in 2017 voor PGB klanten geldt. Waarom wordt het PGB budget ook voor naturazorg gehanteerd? Aanbieders die deze zorg zelf leveren kunnen dit niet doen tegen een PGB tarief en dit heeft tot gevolg minder inzet van uren schoonmaak. Is dit een bewuste keuze en zo ja kunt u dit motiveren?

In de voorlopige kaderbrief Wlz 2017 van Vws van d.d. 13 juni jl. wordt al aangegeven dat Schoonmaak aan MPT cliënten per 2017 overgaat van de Wmo naar de Wlz. Zoals in hoofdstuk 4 van het Landelijke Inkoopkader aangegeven wachten de zorgkantoren voor een nadere uitwerking van het beleid op schoonmaak de beleidsregels van de Nza af op dit punt. Deze beleidsregels voor 2017 worden naar verwachting half juli 2016 beschikbaar gesteld door de NZa. Op basis daarvan wordt het beleid op schoonmaak later verder gepubliceerd en indien van toepassing ingebed in het voorschrift zorgtoewijzing en de rekenmodule.

113. Conform het artikel van het landelijke ZN-inkoopdocument moet bij het leveren van een MPT een onderaannemer voor module schoonmaak lid zijn van brancheorganisatie OSB of SIEV. Wij leveren MPT met zelfstandige zorgverleners (ZZP-ers) die door zorgkantoren als onderaannemers worden beschouwd. Wij gaan ervan uit dat u bij deze eis aan zorgaanbieders denkt die binnen het MPT de module schoonmaak in onderaanneming geven aan (schoonmaak-)bedrijven. Is onze zienswijze correct dat deze eis niet van toepassing is voor ZZP-ers zoals b.v. ook een WTZI-toelating in artikel 9.1. van de ZN-overeenkomst Wlz 2016?

De SIEV en OSB sluiten lidmaatschap van ZZP-ers niet uit. Wij handhaven daarom deze eis ook voor ZZP-ers. Ter verduidelijking stellen zorgkantoren dat voor wat betreft schoonmaak, deze in onderaanneming kan worden geleverd. Onderaannemers voor enkel de prestatie schoonmaak dienen lid te zijn van de brancheorganisatie OSB of SIEV. Dit geldt ook voor ZZP'ers die enkel ingezet worden voor de prestatie Schoonmaak. Een Wtzi toelating is voor ZZP'ers die enkel schoonmaak leveren en schoonmaakbedrijven niet verplicht. Wanneer zorgverlenende ZZP'r naast zorgtaken ook schoonmaaktaken verrichten binnen de Wlz, is een lidmaatschap van de OSB of SIEV niet noodzakelijk.

114. Wat als de cliënt de schoonmaak van de zorgorganisatie weigert in het geval dat hij of zij zelf huurt (VPT/MPT)?

Cliënten met een MPT en VPT hebben per 2017 recht op schoonmaak vanuit de Wlz. Wanneer de cliënt met een MPT/VPT de schoonmaak niet wenst af te nemen dient dit vastgelegd te worden in het zorgplan.

115. Wordt de zorgaanbieder gedwongen schoonmaak te organiseren, iets wat niets met zorg te maken heeft? Wat volgt hierna? Schilderen, onderhoud?

Wlz zorgaanbieders leveren veelal voor hun intramurale en/of VPT cliënten al schoonmaak. Dat de wetgever dit nu ook gelijk trekt voor cliënten binnen de Wlz met zorg thuis in de vorm van MPT is ons inziens heel logisch.

116. Hoe kunnen zorgaanbieders in aanmerking komen voor de losse module schoonmaak? Moeten wij dit bij de inschrijving aangeven?

Landelijk hebben de zorgkantoren gesteld dat zorgaanbieders die door het zorgkantoor gecontracteerd worden voor het leveren van het MPT ook verantwoordelijk zijn voor het organiseren van de schoonmaak aan deze cliënt wanneer dit van toepassing is. Een definitieve uitwerking van de inkoop op de prestatie Schoonmaak geven zorgkantoren na het beschikbaar komen van de Beleidsregel MPT voor 2017.

117. Begrijpen wij goed dat wanneer een cliënt een MPT heeft de schoonmaakkosten niet hieruit betaald hoeven te worden?

Landelijk hebben de zorgkantoren gesteld dat zorgaanbieders die door het zorgkantoor gecontracteerd worden voor het leveren van het MPT ook verantwoordelijk zijn voor het organiseren van de schoonmaak aan deze cliënt wanneer dit van toepassing is. Een definitieve uitwerking van de inkoop op de prestatie Schoonmaak geven zorgkantoren na het beschikbaar komen van de NZa-Beleidsregel MPT voor 2017.

118. Gaat het zorgkantoor nu ook contracten met schoonmaak organisaties aan of bieden zorgaanbieders deze dienstverlening aan (zelf of in onderaannemerschap)

Zorgkantoren maken de afspraak met zorgaanbieders die MPT zorg leveren. Zij kunnen deze dienstverlening zelf dan wel via onderaannemers aanbieden.

119. Wat zijn de rechten omtrent schoonmaak bij de huidige cliënten MPT die nu nog huishouding via de Wmo krijgen? Blijven deze cliënten voor huishouding in de Wmo? Of geldt schoonmaak vanuit de WLZ alleen voor nieuwe cliënten? Of komt hier een overgangsregeling voor? Moeten die Wmo-indicaties uiteindelijk ook worden omgezet (zo ja wanneer) en weet de gemeente dit?

Cliënten met een Wlz-indicatie hebben per 2017 recht op schoonmaak vanuit de Wlz, zowel huidige als nieuwe cliënten met een MPT zullen deze vanuit de Wlz ontvangen in 2017.

120. Betekent de toevoeging van de huishoudelijk zorg aan het MPT dat hiervoor ook extra budget per dag beschikbaar wordt gesteld, bovenop het ZZP tarief?

Zoals geformuleerd in hoofdstuk 4 van het Landelijke inkoopkader wordt het financiële kader op cliëntniveau voor schoonmaak gelijk gesteld aan dat van PGB cliënten. Dit budget zit niet in het huidige MPT kader per cliënt. Een definitieve uitwerking vindt plaats na afgifte van de beleidsregels 2017 door de NZa.

121. Hoe verhoudt het product "schoonmaak" zich tot het product HH dat via de gemeente wordt vergoed? Op welke wijze vullen zij elkaar aan of sluiten ze elkaar uit?

Zij sluiten elkaar uit. De schoonmaak die door het zorgkantoor wordt gefinancierd kan alleen worden gegeven aan cliënten met een Wlz-indicatie. De gemeente financiert de schoonmaak voor cliënten met een Wmo indicatie.

122. Onze organisatie is gericht op intramurale zorg en levert alleen de leveringsvorm MPT aan cliënten in het kader van overbrugging. Geldt deze regeling ook in geval van overbruggingszorg.

Ja, het organiseren van schoonmaak geldt zowel bij MPT als bij overbruggingszorg.

123. De cliënt wordt dan geleid naar een ZIN zorgaanbieder die ook schoonmaak aanbiedt." Vraag: houdt dit in dat wij overbruggingszorgcliënten kwijt kunnen raken wanneer wij geen huishoudelijke hulp gaan aanbieden?

Deze passage heeft enkel betrekking op cliënten die een MPT ontvangen en die alleen schoonmaak verzilveren. Dan geleiden de zorgkantoren de cliënt door naar een Zorg in Natura zorgaanbieder die ook schoonmaak levert. In alle ander gevallen geldt dat zorgaanbieders die door het zorgkantoor gecontracteerd worden voor het leveren van MPT ook verantwoordelijk zijn voor het organiseren van schoonmaak bij de cliënt indien dit van toepassing is. Zorgaanbieders kunnen dit uitbesteden in onderaanneming. Zorgaanbieders die niet bereid zijn om schoonmaak in het kader van MPT of overbruggingszorg te organiseren voor cliënten kunnen feitelijk geen MPT en/of overbruggingszorg meer leveren.

Zorg onderwijs

124. Onderdeel 4.5 eerste zin: deze zin loopt niet, er ontbreekt een of meer woorden. Kunt u aangeven hoe de zin moet luiden?

Waar in deze zin 'verantwoordelijk' staat, moet staan 'verantwoordelijkheid'.

125. Wat is ervoor nodig om financiering mogelijk te maken en welke gegevens zijn hiervoor aan te leveren om dit als ontwikkelplan te laten goedkeuren?

Voor onderwijs en zorg is een gedragslijn opgesteld in hoofdstuk 4. Dit onderwerp komt niet in aanmerking voor een ontwikkelplan.

Waardigheid en Trots

126. Wanneer moeten de voorstellen W&T voor 2017 ingediend worden bij het Zorgkantoor?

Voorstellen voor W&T 2017 vallen niet onder deze inkoopprocedure. Het antwoord op uw vraag kunt u vinden in de Factsheet van W&T over dit onderwerp. In de factsheet wordt de datum 1 oktober 2017 genoemd.

127. 'In het document schrijft u niet over de extra middelen W&T die ook voor 2017 beschikbaar zijn (gelden voor deskundigheidsbevordering en zinvolle daginvulling). Welke procedure gaat u hiervoor volgen?

Zorgkantoren hanteren hierbij de factsheet Waardigheid en Trots.

128. In de stukken vinden wij geen duidelijke verwijzing naar de extra middelen 'Waardigheid en Trots'. Blijven deze middelent in 2017 extra middelen naast het voorliggende inkoopbeleid 2017?

Ja, dit betreffen ook in 2017 extra middelen. Van 2016 tot en met 2020 worden deze middelen ingezet voor een zinvolle daginvulling voor bewoners en het versterken van de deskundigheid van personeel.

Wlz behandeling

129. Het declareren van behandeling individueel op basis van de beleidsregel MPT naast een ZZP of VPT exclusief behandeling is in het document in beginsel alleen mogelijk voor de consultatie van de SOG H335 of AVG arts H336; echter in regeling is de nza de GZ-psycholoog vergeten. NZA gaat dit repareren in hun beleidsregels 2017; gaat zorgkantoor dit ook doen?

Wanneer de NZa de beleidsregels voor 2017 bekend maakt, beoordelen zorgkantoren of en zo ja, welke wijzigingen hieruit voortkomen voor het inkoopbeleid 2017. Wanneer dat nodig is, voeren de zorgkantoren wijzigingen door.

130. MPT behandeling declareren naast een ZZP of VPT excl. behandeling is mogelijk voor de consultatie van de SOG/AVG arts door huisartsen. Op dit moment kunnen we deze prestaties nog niet declareren ivm technische redenen (koppeltabel), gaat dit in 2017 mogelijk worden?

Er wordt gewerkt aan een (landelijke) oplossing om dit technisch mogelijk te maken voor 2017.

131. Er wordt in het inkoopdocument aangegeven dat behandeling beschikbaar moet worden gemaakt voor alle Wlz-klanten, en dat er verbeteringen nodig zijn in het behandelaanbod in de keten. Voor Wlz-cliënten waar de huisarts de behandelend arts is geldt dat de huisarts de SO kan inschakelen. Wlz-behandeling omvat meer dan alleen de medische zorg bijvoorbeeld ook de gedragswetenschapper. Op dit moment kunnen andere behandelaren niet laagdrempelig worden ingeschakeld. Is het mogelijk dit voor 2017 de inzet van andere behandelaren meer laagdrempelig te maken?

De inhoud van deze paragraaf in hoofdstuk 4 van het landelijke inkoopkader heeft als doel de inzet van andere behandeling toegankelijk te maken. De uitwerking op dit punt volgt nog, dus over laagdrempeligheid kunnen nog geen uitspraken gedaan worden.

132. In de laatste alinea wordt de inzet van behandeling individueel beperkt: Inzet SOG is alleen mogelijk voor consultatie door de huisarts en bij de overige behandelprestaties is vooraf toestemming nodig van het zorgkantoor en voor een maximaal aantal uren gedurende een afgebakende periode. Wat wordt verstaan onder overige behandelprestaties? en is de interpretatie juist dat inzet SOG alleen via consultatie kan of valt dit ook onder de overige behandelprestaties? Wordt ook de prestatie reiskosten behandelaren gecontracteerd?

Onder de andere behandelprestaties wordt verstaan alle prestaties samenhangende met de functie behandeling individueel niet zijnde de H335 of H336.

133. In de 2e alinea geeft het zorgkantoor aan dat de toegang tot WLZ behandeling voor cliënten op korte termijn moet worden verbeterd. Echter in de alinea daarna wordt de toegang toe behandeling individueel fors beperkt in verhouding tot beleidsregel. Wat is hiervan de reden? Graag toelichting.

De Wlz gaat ervan uit dat iedere cliënt aanspraak kan maken op Wlz-behandeling. Dit is echter nog niet goed geregeld in regelgeving en financiering. Om dit goed te regelen loopt een landelijk onderzoek hoe dit in de toekomst vorm te geven. Vooruitlopend op de uitkomsten van dit onderzoek trachten de zorgkantoren met het geformuleerde beleid in 2017 te regelen dat cliënten met een ZZP/VPT zonder behandeling ook aanspraak kunnen maken op Wlz- behandeling. Dit kan echter niet onbeperkt, daarom sluiten wij aan bij de inhoud van de beleidsregels op dit punt en de financiering van Wlz-behandeling bij pakketten incl BH en MPT.

134. De mogelijkheden tot de inzet van Behandeling MPT voor Wlz-cliënten. Deze beleidslijn moet onderdeel gaan uitmaken van het Voorschrift Zorgtoewijzing 2017. Wat is hiervan de stand van zaken?

Het Voorschrift Zorgtoewijzing 2017 verschijnt eind 2016.

135. Als een verblijfscliënt met een indicatie exclusief behandeling een kortdurend behandel traject nodig heeft, kunnen we deze behandeling dan dus declareren als MPT? Zodra er voor een cliënt uitdrukkelijk (vooraf) toestemming is gegeven door het zorgkantoor en er afspraken zijn gemaakt over de inzet van uren en de periode, kan de component behandeling voor een verblijfscliënt op een plek exclusief behandeling, tijdelijk als H-code gedeclareerd worden naast het ZZP/VPT exclusief behandeling. Zie hoofdstuk 4 voor landelijke beleidslijn.

136. Hebben alle cliënten met een Wlz indicatie sowieso ook recht op behandeling? Alle cliënten binnen de Wlz hebben in principe recht op Wlz behandeling op basis van hun indicatiestelling. Met uitzondering van die indicaties (laag) die niet meer geïndiceerd worden binnen de Wlz.

137. Hoe wordt de toegankelijkheid van de functie Wlz Behandeling bevorderd; dit mede met het oog op het niet doorgaan van de bezuinigingen op de Wlz in 2017? Het niet doorgaan van de bezuinigingen in de Wlz heeft geen invloed op de toegankelijkheid van de functie behandeling in de Wlz.

138. Welke beleidslijn hanteren de zorgkantoren in 2017 voor cliënten die reeds een ZZP met BH hebben en deze functie ook geleverd krijgen? Blijft behandeling volledig onder de Wlz vallen?

Er is een onderzoek gaande naar de positionering en de financiering van de behandel functie in de Wlz. Vooralsnog blijft behandeling onder de Wlz vallen. Zie verder landelijk en regionaal beleid voor het maken van afspraken over plekken incl. en excl. behandeling.

139. MPT behandeling declareren naast een ZZP of VPT exclusief behandeling is in beginsel alleen mogelijk voor de consultatie van de SOG (H335) door huisartsen. Voor het kortdurend aanvullend declareren van de overige behandelprestaties is uitdrukkelijk vooraf toestemming nodig van het zorgkantoor voor de inzet van een x aantal uren voor een afgebakende periode. Waarom kiest het zorgkantoor er voor om dit in 2017 dit voortaan altijd te doen. In 2016 is het namelijk zo dat dat behandeling als onderdeel van overbruggingszorg VPT of MPT onder voorwaarden zonder toestemming vooraf van het zorgkantoor kan worden aangevraagd in de AAT.

Zorgkantoren kiezen deze werkwijze in het licht van het onderzoek naar Wlz-behandeling.

140. Wij zouden voor 2017 graag afspraken willen maken voor behandeling in de Wlz. Deze afspraken hebben wij momenteel niet. Hoe kunnen we hier voor 2017 wel op inschrijven?

Hiervoor dient u het regionale beleid te raadplegen van het desbetreffende zorgkantoor inzake nieuw zorgaanbod bij bestaande zorgaanbieders (categorie 1 of 2).

141. Geldt het beschreven uitgangspunt ook voor cliënten die overbruggingszorg ontvangen exclusief behandeling?

Nee, dit beleid is alleen van toepassing voor cliënten waarvoor een ZZP of VPT exclusief behandeling wordt gedeclareerd. Voor behandeling bij overbruggingszorg gelden de

spelregels voor behandeling bij overbruggingszorg zoals verwoord in het voorschrift Zorgtoewijzing.

Bijlage 1 Programma van Eisen

Paragraaf 1.1

146. In artikel 1.1 lid 1 wordt verwezen naar de Blz, klopt het dat het de Wlz is? En dat verwezen wordt naar het artikel over CAK?

Blz staat voor het Besluit langdurige zorg.

147. Hier staat dat voor ingrijpende wijzigingen in het **zorgplan** zowel de cliënt als zorgaanbieder moeten tekenen. Het tekenen van het zorgplan is geen wettelijke verplichting. Een wijziging van het zorgplan moet wel met instemming van de cliënt plaatsvinden, dat kan echter ook zonder handtekening. Wlz legt hier dus een extra verplichting op terwijl het doel is dat je met instemming van de cliënt werkt. Kan deze formulering aangepast worden? Zie ook: <http://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/veel-gestelde-vragen/item/evalueren-met-je-client-handtekening-nodig-de-feiten.html>

De gedachte achter het ondertekenen door cliënt en zorgverleners is dat de cliënt betrokken is bij de gemaakte afspraken en zich daarin herkent en dat de zorgverlener zijn of haar afspraken nakomt. In de Algemene Leveringsvoorwaarden Wlz 2016 (opgesteld door Actiz, BTN, LOC, NPCF en Consumentenbond) staat (artikel 12): De zorgaanbieder legt het zorgleefplan ter ondertekening voor aan de cliënt. Indien de cliënt het zorgleefplan niet ondertekent omdat de gemaakte afspraken hierin zijns inziens niet goed zijn weergegeven, vindt overleg plaats tussen cliënt en zorgaanbieder en past de zorgaanbieder het zorgleefplan zo nodig aan. Indien geen overeenstemming wordt bereikt over het zorgleefplan of de cliënt om een andere reden het zorgleefplan niet ondertekent dan vermeldt de zorgaanbieder dit in het zorgleefplan. De tekst van het PvE is in lijn met bovenstaande. Daar waar zorgaanbieder de overeenstemming anderzins aantoonbaar kan maken volstaat dat ook.

Paragraaf 1.2

148. De zorgaanbieder meet tweejaarlijks de cliëntervaring. Hierbij worden de landelijke instrumenten gebruikt. Bedoeld het zorgkantoor hier de CQ, deze is nu namelijk niet meer verplicht? Volstaat nu enkel de meting van de zelfevaluatie?

Hoewel het gebruik van de CQi-vragenlijst niet meer verplicht is, blijven zorgorganisaties wel verantwoordelijk om de ervaringen van hun cliënten transparant te maken.

Zorgorganisaties kunnen uiteraard gewoon gebruik blijven maken van de CQi-vragenlijst, maar voor het meten van cliëntervaringen ook andere meetinstrumenten gebruiken. Een nadere toelichting staat in hoofdstuk 4 paragraaf 2 van het Landelijke inkoopkader VV.

Paragraaf 1.3

149. Bij punt 1.3 lid 2 wordt gesproken over ontwikkelplannen. Worden hier de ontwikkelplannen van de zorginkoop bedoeld of die, die voortkomen uit de uitkomsten van de kwaliteitsmeting?

Er wordt bedoeld op de ontwikkelplannen in het kader van de zorginkoop.

Paragraaf 1.4

150. In artikel 1.4.3. wordt gesproken over deze informatie... Welke informatie wordt hier bedoeld?

Het gaat hierbij over de uitkomsten van de cliëntervaringsmeting

151. Zorgaanbieders moeten aan de geformuleerde voorwaarden en richtlijnen voldoen....: Zorg wordt in de modelovereenkomst van het zorgkantoor als volgt omschreven:

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg conform de bepalingen in het besluit zorgverzekering verband houden met de behoefte aan de geneeskundige zorg, niet gepaard gaand met verblijf, geen kraamzorg betreft. Uitgaande van deze definitie hoeft de aanbieder niet te voldoen aan alle eisen rondom informatievertrekking, etc. Is dit ook zo hard te maken?

Zorgaanbieder moeten aan alle voorwaarden en vereisten voldoen zoals opgenomen in de inkoopdocumenten met bijlagen, waaronder ook de overeenkomst. Dit betekent dat dus ook aan de in de vraag genoemde vereisten voldaan moet worden.

152. Voor welke sector is de observatietoeslag van toepassing?

Conform de beleidsregel CA BR 1607 zorgzwaartepakketten is de toeslag observatie alleen van toepassing voor cliënten met een VG of LVG grondslag.

153. Voor welke sector zijn de gespecialiseerde epilepsietoeslagen van toepassing?

De voorwaarden voor de toeslagen gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) staan vermeld in het Programma van Eisen (bijlage 1). Voor welke grondslagen deze toeslagen gedeclareerd kunnen worden staat beschreven in de beleidsregel CA-BR 1607.

154. Kan een ZZP 10 V&V ook worden verzilverd middels de leveringsvorm MPT?

Een ZZP 10 V&V kan ook worden verzilverd middels de leveringsvorm MPT.

155. In het programma van eisen wordt op pagina 9 een productspecificatie ZZP VG gegeven. Wij blijven het bijzonder vinden dat wanneer er sprake is van verblijf zonder behandeling, de behandelaar toch verantwoordelijk is. In onze ogen is het, bij verblijf zonder behandeling, de verantwoordelijkheid van de cliënt om hierin keuzes te maken. Kunt u uitleggen waarom bij ZZP 1 en 2, verblijf zonder behandeling, een gedragsdeskundige als verantwoordelijke staat genoemd, terwijl dit altijd exclusief behandeling is?

In tabel 1 Productspecificaties ZZP VG staat bij de lage ZZP's exclusief behandeling dat ook de huisarts verantwoordelijk kan zijn. Zorgkantoren veronderstellen binnen de Wlz dat de gedragswetenschapper en de huisarts samenwerken. Afhankelijk van de aard van de behandelvraag en opzet van de zorgaanbieder kunnen verantwoordelijkheden belegd zijn.

Aanvullende voorwaarden palliatieve zorg

156. Wat is het minimaal aantal 1 persoonskamers ten behoeve van het geven van palliatieve zorg?

We hanteren geen minimum aantal 1 persoonskamers. Met een setting met meerdere éénpersoonskamers wordt bedoeld dat palliatieve zorg in principe altijd in geclusterde setting wordt geleverd.

157. U stelt: "13. Er is sprake van een setting met meerdere éénpersoonskamers." Doelt u hier specifiek op hospices? Of sluit u hiermee cliënten thuis wonen in een 1-kamer studio uit?

Deze passage heeft betrekking op aanvullende voorwaarden voor het leveren van zorg in een instelling. Daarmee doelen wij op hospices, bijna-thuis-huizen en palliatieve units bij een verpleeghuislocatie. De voorwaarden voor het leveren van zorg thuis zijn opgenomen onder paragraaf 4.2 van het Voorschrift Zorgtoewijzing.

158. 'Indien er zorg geleverd wordt in een hospice, dan gaat onze voorkeur uit naar een hospice met: het Perspekt keurmerk palliatieve zorg of het Perspekt PREZO keurmerk hospiczorg of aantoonbare bewijzen van voorbereiding voor het behalen van een keurmerk.' Waarom gaat uw voorkeur uit naar een hospice met perspect PREZO keurmerk

hospice zorg? Verwacht u dat u in de toekomst hospices verplicht stelt om zich specifiek voor dit keurmerk te certificeren?

Het Perspect en PREZO keurmerk zijn momenteel de enige keurmerken voor deze vormen van zorg. Gezien de kwetsbaarheid van de cliënten aan wie palliatieve zorg geboden wordt, willen zorgkantoren zo veel mogelijk zekerheid dat de kwaliteit en randvoorwaarden voor goede zorg geborgd zijn. Deze keurmerken geven hier een indicatie van evenals van het feit dat zorgaanbieders bewust werken aan goede palliatieve zorg. Zorgkantoren lopen niet vooruit op het mogelijkere verplicht stellen van keurmerken in de toekomst.

159. U stelt: "11. De vaststelling van de palliatief terminale fase gebeurt altijd en aantoonbaar in overleg met de (huis)arts." In de praktijk blijkt dat in sommige situaties de (huis)arts niet bereid is de palliatief terminale fase vast te stellen. Wat is de visie van het zorgkantoor op dergelijke situaties en welke ruimte biedt u zorgaanbieders in deze?

Juist in een palliatief terminale fase is afstemming tussen huisarts en (wijk)verpleegkundige essentieel, daarom vinden zorgkantoren die afstemming noodzakelijk, in het belang van de cliënt. De huisarts is, op grond van de professionele standaarden voor de beroepsgroep, degene die de palliatief terminale fase vaststelt en een terminaalverklaring afgeeft.

160. Bij ZZZ 10 V&V staan 12 aanvullende voorwaarden voor palliatieve zorg beschreven. Hieraan is tussen haakjes "extramuraal" toegevoegd. Vanwaar deze toevoeging? Voor 2016 herkennen wij deze aanvullende voorwaarden als 'productspecificaties' behorende bij ZZZ 10 VV. Wat maakt het verschil tussen 'productspecificaties' en 'aanvullende voorwaarden'?

De aanduiding 'extramuraal' doelt op het feit dat deze productspecificaties ook als uitgangspunt dienen te worden beschouwd voor het leveren van palliatieve zorg thuis. Voor de PTZ maakt het feitelijk niet uit of we over aanvullende voorwaarden of productspecificaties spreken. We hebben de opzet van het document gewijzigd. De aanvullende voorwaarden voor de PTZ zijn wel uitgebreid t.o.v. 2016.

161. Voorafgaande goedkeuring MPT-behandeling voor overige behandelprestaties door zorgkantoor:

- welke criteria worden gehanteerd?
- welke procedure, adm. voorschriften van toepassing zodanig dat adm. lasten ook echt beperkt blijven ?

De criteria voor het declareren van MPT behandeling naast het ZZZ voor de overige behandelprestaties moeten nog nader uitgewerkt worden in het Voorschrift Zorgtoewijzing 2017. De criteria die tenminste van toepassingen zijn, zijn de volgende:

- de inzet is tijdelijk van aard;
- het betreft uitdrukkelijk Wlz behandeling, niet zijnde behandeling op de achtergrond;
- de aanvraag voor de inzet van behandeling wordt voorzien van een onderbouwing van de behandelaar;
- de in te zetten behandeling voldoet aan de omschrijving van de desbetreffende beleidsregel en indien van toepassing het Programma van Eisen.

162. Alle cliënten binnen de Wlz hebben recht op behandeling. Hiertoe wordt via MPT behandeling de mogelijkheid geboden om behandeling te declareren naast een ZZZ of VPT exclusief behandeling voor in beginsel consultatie van de SOG/AVG-arts door huisartsen. De vragen zijn: Waar is het recht op behandeling te bekostigen, Wlz of Zvw of beide? Wie is de behandelaar? Voor cliënten met een ZZZ/VPT zonder behandeling is dat de huisarts en voor een cliënt met een ZZZ/VPT met behandeling de SOG. Komt hier verandering in?

Wanneer een V&V-cliënt op dit moment zijn Wlz-indicatie in VPT, MPT (of ZZP zonder behandeling) verzilvert, is de eigen huisarts medisch eindverantwoordelijk voor de zorg geleverd aan de cliënt. Wanneer dit een ZZP inclusief behandeling betreft is de SOG verantwoordelijk. Omdat zowel in de Wlz als in de Zvw rechten tot bekostiging van behandeling zijn opgenomen, loopt op dit moment een onderzoek in opdracht van VWS naar de behandelcomponent in de Wlz. De resultaten van het onderzoek worden eind 2016 verwacht. Wanneer de resultaten van het onderzoek daartoe aanleiding geven, komt er mogelijk verandering in de diverse wijzen waarop behandeling wordt vergoed.

Bijlage 2 Overeenkomst

Deel III Definities

163. In de overeenkomst staat bij begrippen: Zorgcoöperatie: Samenwerkingsverband van beroepsbeoefenaren, die als instelling wordt beschouwd in het kader van de WTZi.

Waarom is de zorgcoöperatie in de definitie beperkt tot beroepsbeoefenaren? Ook zorgaanbieders kunnen lid zijn van een zorgcoöperatie. Wilt u de definitie uitbreiden?

Deze definitie wordt niet uitgebreid. De definitie is opgenomen om af te bakenen wanneer er sprake is van onderaanneming in het geval meerdere beroepsbeoefenaren samenwerken. Wanneer beroepsbeoefenaren zich organiseren in een coöperatie is nu bepaald dat er geen sprake is van onderaanneming.

164. Kan een nieuwe zorgaanbieder een dochterstichting zijn van een stichting die reeds een contract heeft met het Zorgkantoor (mits aan alle voorwaarden voor een nieuwe zorgaanbieder is voldaan)?

Dit is inderdaad mogelijk wanneer de inschrijvende zorgaanbieder aan alle voorwaarden voldoet en het past in het regionale inkoopbeleid dat meerdere juridische entiteiten binnen een concern ieder een overeenkomst krijgen.

Deel III Artikel 2

165. Wat wordt bedoeld onder het garanderen van continuïteit van zorg? Is dit alleen van toepassing op al reeds in zorg zijnde cliënten? En hoe verhoudt deze garantie t.o.v. het productieplafond waar zorgaanbieders aangehouden zijn?

Het garanderen van de continuïteit van zorg is alleen van toepassing op al reeds in zorg zijnde cliënten. Zorgaanbieders gaan deze verantwoordelijkheid aan bij het in zorg nemen van de cliënt. In het Voorschrift Zorgtoewijzing wordt een nadere uitwerking gegeven op dit punt.

Deel III Artikel 3

166. Begrijpen wij goed dat de treeknormen voor m.p.t. en overbruggingszorg 6 weken zijn?

In de treeknorm hebben zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ZN afspraken gemaakt over maatschappelijk aanvaardbare wachttijden in de zorg. Het streven is dat zo veel mogelijk cliënten binnen de treeknorm zorg ontvangen. Voor extramurale zorg is dat zes weken.

Deel III Artikel 4

167. Zorgaanbieders dienen het zorgkantoor te informeren over een cliëntenstop conform de hierover met het zorgkantoor gemaakte afspraken. Welke afspraken worden hier bedoeld?

Bedoeld wordt hetgeen hierover is opgenomen in de overeenkomst, artikel 4 'Cliëntenstop' en het Voorschrift Zorgtoewijzing.

Deel III Artikel 5

168. Art 5 Bijlage 8 is (nog) niet beschikbaar? Dan graag voorbehoud om later te kunnen reageren.

Zorgkantoren verwijzen voor het Voorschrift zorgtoewijzing naar de momenteel geldige versie voor 2016. Zoals in voetnoot op pagina 3 van de Overeenkomst Wlz 2017 aangegeven, vinden aanpassingen plaats na raadpleging van de desbetreffende branchepartijen.

DEEL III artikel 9

169. Voor onderaannemers is de WTZI verplicht. Is dit ook van kracht voor bestaande onderaannemers of geldt deze voorwaarde alleen voor nieuwe onderaannemers?
[Zorgkantoren maken bij deze eis voor onderaannemers geen onderscheid naar bestaande en nieuwe.](#)

170. Art. 9 lid 1 laatste volzin: Kunt u aangeven op welke wijze een aanbieder kan onderzoeken of er sprake is van een onderzoek van fraude bij de onderaannemer bij enig Zorgkantoor? Is het mogelijk dat het Zorgkantoor de zorgaanbieder actief informeert op het moment dat sprake is van een fraudeonderzoek bij een onderaannemer?
[Het is voor zorgkantoren in het algemeen niet toegestaan om specifieke informatie hierover te delen met derden.](#)

171. Indien een zorgaanbieder gedurende 2017 een melding voor de inzet van een nieuwe onderaannemers doet bij het zorgkantoor binnen welke termijn kan de aanbieder hierop dan een reactie verwachten? Of kan de aanbieder dit als geen bezwaar beschouwen indien er binnen bijvoorbeeld twee weken geen reactie komt vanuit het zorgkantoor?
[Wij verwijzen naar het beleid van het regionale zorgkantoor.](#)

172. Is het noodzakelijk dat een zorgaanbieder, leverancier van specialistische (medische) dienstverlening, welke voor onze organisatie de volledige behandel functie levert, een WTZI-toelating heeft.
[Het is een aanvullende eis die de zorgkantoren landelijk stellen. De zorgkantoren mogen vereisten stellen, aanvullend op wetgeving. Degene die zorg levert heeft een WTZI-toelating nodig.](#)

173. Graag maken wij van de mogelijkheid gebruik als deelnemer aan de zorginkoopprocedure een vraag te stellen over 'onderaanneming' en de daarop van toepassing zijnde regels, alsmede de daarmee verband houdende overeenkomsten. Onze vraag is waarom volgens ZN / Zorgkantoor een onderaannemer (bijvoorbeeld een onderneming die diensten op het gebied van o.a. fysiotherapie – paramedische zorg - verleent aan een zorginstelling, welke laatste beschikt over een WTZI vergunning) dient te beschikken over een WTZI vergunning, en op welke wettelijke grondslag dit is gebaseerd. De meeste zorgkantoren (en achterliggend ZN) stellen de eis dat de onderaannemer dient te schikken over een vergunning vanuit de WTZI. Zie artikel 9.1 van de modelovereenkomst 2016 en 2017 van ZN. Onze vraag is: waarop baseert ZN of het Zorgkantoor dat een onderaannemer over een WTZI vergunning zou moeten beschikken?
[Het is een aanvullende eis die de zorgkantoren landelijk stellen. De zorgkantoren mogen vereisten stellen, aanvullend op wetgeving. Degene die zorg levert heeft een WTZI-toelating nodig.](#)

174. Wat is de definitie van een onderaannemer? Uit de bijlagen is dat voor mij niet duidelijk. Is een werkmaatschappij die valt onder dezelfde holding een onderaannemer? Kan je als zorgaanbieder ook onderaannemers inhuren nadat de offerteperiode is gesloten? Waar ligt de grens tussen onderaanneming en samenwerking?
[Conform de Wlz-overeenkomst 2017, deel III \(algemeen deel\), is er sprake van onderaanneming indien een zorgaanbieder \(de hoofdaannemer\) \(een deel van\) de daadwerkelijke zorg aan een andere zorgorganisatie, zorgverlener of zzp'er \(de onderaannemer\) door contracteert die namens de hoofdaannemer de zorg verleent. Er is geen sprake van onderaanneming in geval van 'volle dochters' \(beschrijving van dit begrip is te vinden in de overeenkomst bijlage 2\) en in geval leden van een zorgcoöperatie zorg verlenen in naam van die coöperatie. Ook gedurende het jaar 2017 mogen nieuwe](#)

onderaannemers ingezet worden onder voorwaarde dat de hoofdaannemer deze meldt en het desbetreffende zorgkantoor hiermee instemt. E.e.a. conform de bepalingen in de overeenkomst

175. Wat wordt er precies bedoeld met "nadere informatie over de onderaannemer", die de hoofdaannemer eventueel aan het zorgkantoor moet geven?

Zonder volledig te willen zijn kan hierbij gedacht worden aan informatie over de locatie waar de zorg verleend, continuïteit van zorg, deskundigheid en bekwaamheid personeel of informatie over de organisatie-inrichting, waaronder uittreksel KvK.

176. Wanneer bij levering van zorg en behandeling de functie behandeling bij een andere instelling wordt ingekocht, geldt dan het principe van onderaannemerschap?

Ja, conform de definitie van onderaanneming in de overeenkomst Wlz 2017.

Deel III Artikel 10

177. Voor GGZ aanbieders is het de afgelopen jaren niet mogelijk geweest de jaarrekening voor 1 juni van het daarop volgende jaar te deponeren. Hiervoor is landelijk uitstel gegeven. Hoe gaat het zorgkantoor hiermee om?

Als er landelijke afspraken zijn om uitstel te geven voor het deponeren van jaarrekeningen, dan conformeren de zorgkantoren zich hieraan.

178. Art 10 lid 2 Welke voornemens van maatregelen van de IGZ worden hier bedoeld?

Hier wordt bedoeld op maatregelen die de IGZ wettelijk kan toepassen als bijvoorbeeld verscherpt toezicht, aanwijzing en sluiting.

179. In art. 10 lid 2 is bepaald dat het Zorgkantoor over de besteding van de RAK tenminste geïnformeerd wil worden. Daarnaast wordt in deze bepaling nog steeds vermeld dat het Zorgkantoor en de zorgaanbieder in onderling overleg de RAK voor een specifiek doel kunnen inzetten. Wij zijn van mening dat besluitvorming over de inzet van de RAK enkel is voorbehouden aan de raad van bestuur en de raad van toezicht van een instelling. Graag ontvangen we de bevestiging dat het Zorgkantoor geen formele rol heeft ten aanzien van de RAK van instellingen.

Zolang de besteding van de RAK plaatsvindt binnen de wettelijke kaders die hiervoor zijn opgesteld, heeft het zorgkantoor hier geen formele rol in. Zoals in het artikel staat willen zorgkantoren wel geïnformeerd zijn over de besteding om bovenstaande te kunnen toetsen en behouden zij zich het recht voor om hierover het gesprek met zorgaanbieders aan te gaan.

180. In art. 10 lid 5 gaat het over informatievoorziening in de jaarrekening. In het landelijke voorgeschreven format voor de jaarrekening worden de opbrengsten verkregen uit zorgverlening verricht door onderaannemers niet separaat opgenomen. Omwille van concurrentiegevoelige informatie willen wij deze gegevens ook niet openbaar maken. In de Nvl Wlz inkoop 2016 is aangegeven dat deze gegevens niet hoeven te worden opgenomen in een openbaar rapport, maar enkel tussen het Zorgkantoor en de zorgaanbieder moeten worden uitgewisseld. We nemen aan dat deze werkwijze mag worden gehandhaafd. Kunt u dat bevestigen?

Deze werkwijze wordt gehandhaafd.

181. Kan hier worden toegevoegd: 'binnen de geldende privacy wet- en regelgeving'

Zorgkantoren zijn in brede zin gebonden aan de wettelijke eisen ten aanzien van privacy.

Er is geen reden om de voorgestelde tekst aan dit artikel toe te voegen.

182. Kan hier worden toegevoegd: 'voor zover het WLZ zorg betreft
Deze Overeenkomst Wlz 2017 heeft enkel betrekking op Wlz-zorg.

183. Banken en Wfz eisen het inbrengen van eigen vermogen bij renovatie en/of nieuwbouw. Deze eigen inbreng zal ten laste van de RAK gaan. Dient ook hiervoor het zorgkantoor geïnformeerd te worden?

Het zorgkantoor dient ook hier conform artikel 10 lid 2 over geïnformeerd te worden.

Deel III Artikel 11

184. Wat is het BEP model?

BEP staat voor de beschrijving van bedrijfsregels iWlz.

Deel III Artikel 12

185. Vorig jaar is aan de bevoegdheid in art. 12 lid 3 een maximum verbonden (Nvl 2016: termijn van 5 jaar voor onverschuldigde betaling). We gaan ervan uit dat dat nog steeds geldt. Klopt dat? In onderhavige bepaling wordt namelijk nog uitgegaan van 'enig voorafgaand jaar'.

Het zorgkantoor behoudt zich het recht voor om tot een termijn van vijf jaar terug te controleren en als gevolg van die controles vorderingen in te stellen.

186. Ten opzichte van de overeenkomst 2016 en 2016-2017 is in lid 1 de tekst "met inachtneming van de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit" vervallen. Tegelijkertijd is in lid 2 "door onder andere het verstrekken van de gevraagde gegevens" toegevoegd. Dit betekent dat zorgaanbieders zijn gehouden alle gevraagde gegevens te verstrekken ook als dat voorbijgaat aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. Wij maken hier bezwaar tegen. Wij verzoeken u de zinsnede "met inachtneming van de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit" weer op te nemen in artikel 12 lid 1 van de overeenkomst.

Zorgkantoren zien geen grond deze bepaling aan te passen, omdat zorgkantoren hiertoe wettelijk al zijn gehouden op grond van artikel 7.8 in de Rlz.

187. Het zorgkantoor publiceert het controleprotocol uiterlijk 1 jan 2017. Is er nog inspraak in het protocol mogelijk?

Zoals in voetnoot op pagina 3 van de Overeenkomst Wlz 2017 aangegeven, vinden aanpassingen in de aangehaalde documenten plaats na raadpleging van de desbetreffende branchepartijen.

Deel III Artikel 14

188. Overproductie komt voor eigen rekening en risico van de zorgaanbieder. Vraag: Dit is toch niet waar en komt toch alleen tot stand via overleg en consultatie tussen zorgkantoor en zorgaanbieder? Waarom staat het hier dan zo expliciet? Er kunnen toch altijd uitzonderlijke situaties bestaan?

Binnen de Wlz bestaan er verschillen momenten waarop zorgkantoren aanvullende afspraken kunnen maken met zorgaanbieders. Feit blijft dat overproductie een risico voor de zorgaanbieder betreft tot het moment dat er aanvullende afspraken zijn gemaakt of aanvullende financiering na de nacalculatie mogelijk blijkt.

189. Zorgkantoren publiceren minimaal ieder kwartaal over de uitnutting van de contracteerruimte. Op welke data precies kunnen wij deze informatie verwachten?

Publicatie van de uitnutting van de contracteerruimte is regionaal beleid van de zorgkantoren. Wij verwijzen naar de regionale paragraaf van het desbetreffende zorgkantoor.

Deel III Artikel 19

190. Art. 19 lid 1: Garantstelling is geen vastomlijnd begrip en kan heel ruim worden opgevat. Kunt u derhalve aangeven in welke gevallen volgens u vooraf schriftelijke toestemming van het Zorgkantoor is vereist? Daarnaast nemen we aan dat met het begrip 'derden' geen aan de zorgaanbieder gelieerde ondernemingen worden bedoeld. Klopt dat? Algemeen wordt bedoeld de situatie dat de zorgaanbieder zich (financieel) garant stelt voor een derde, zijnde een niet binnen het concern van de zorgaanbieder vallende juridische entiteit. Het is niet mogelijk vooraf aan te geven in welke situaties vooraf toestemming gevraagd moet worden omdat het vaak afhankelijk zal zijn van een specifieke situatie en de aard en omvang van de betrokken zorgaanbieder.

Deel III Artikel 21

191. Aangezien ten behoeve van het Zorgkantoor in lid 2 van artikel 21 gevolgschade wordt uitgesloten verzoeken wij u nogmaals deze beperking ook toe te voegen aan de vrijwaringsbepaling in lid 1 t.b.v. de zorgaanbieder. Dit in het kader van gelijkwaardigheid. Zorgkantoren zien geen grond deze bepaling nader aan te vullen.

Algemene opmerkingen over de overeenkomst

192. Kan hier worden toegevoegd: 'partijen kunnen indien overschrijding dreigt aanvullende afspraken maken inzake de productie'. Kan daarnaast worden opgenomen dat het zorgkantoor de inspanningsverplichting heeft om de uitstroom bij overproductie te faciliteren?

Gezien de tekst van artikel 2 lid 1 kan de voorgestelde tekst niet toegevoegd worden.

193. Kan worden toegevoegd: in het kader van redelijkheid en billijkheid?

Deze tekst wordt niet overgenomen. Redelijkheid en billijkheid zijn algemeen geldende beginselen in het civiele recht. Bij de intentie en afbakening van de overeenkomst onder deel III worden de redelijkheid en billijkheid al als algemeen uitgangspunt genomen.

194. Kan ipv 'de zorgaanbieder' en 'het zorgkantoor' gesproken worden van 'één der partijen' en 'de andere partij'? Kan worden gesproken van 'partijen' ipv 'zorgkantoor'? Zorgkantoren zien geen grond tot aanpassing van dit artikel.

Bijlage 3 Bestuursverklaring

195. Waarom wordt specifiek navraag gedaan of je een nieuwe aanbieder bent voor een vpt? Wij zijn namelijk volgens de eerdere definitie een bestaande aanbieder die naar verwachting voor het eerst vpt willen gaan leveren. Volgens jullie definitie worden wij dan niet gezien als nieuwe aanbieder. De wijze waarop dit nu wordt uitgevraagd brengt verwarring.

Dit is abusievelijk blijven staan. De toevoeging ZZP/VPT wordt verwijderd.

196. Indien deze nog in behandeling is, is het dan toegestaan om het bewijs van aanvraag aan te leveren en de VOG RP na te zenden?

Een VOG RP dient op het moment van inschrijving overgelegd te kunnen worden. Een bewijs van de aanvraag hiertoe volstaat echter ook. Voordat eventueel een overeenkomst Wlz 2017 wordt aangeboden dient een VOG RP te kunnen worden overlegd met het zorgkantoor.

197. Wat is de geldigheidstermijn van een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP) voor bestaande aanbieders?

De VOG RP is een momentopname en geldt als een van de voorwaarden in de inschrijvingsprocedure. Een VOG RP wordt altijd aangevraagd voor een specifiek doel en mag niet ouder zijn dan 1 januari 2016 ((bijlage 1 bij de bestuursverklaring). Bestaande zorgaanbieders hoeven de VOG RP niet bij inschrijving in te dienen, zorgkantoren gaan er in het kader van high trust, high penalty van uit dat over een geldige VOG RP beschikt wordt. Dit geldt ook als organisatie wijzigingen bij de zorgaanbieder een nieuwe aanvraag noodzakelijk maakten.

Pagina 3

198. Bij bullit vier wordt gevraagd aan te kruisen dat 'De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is alsmede gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit).' De zorgaanbieder participeert in één van de verbeterprojecten Waardigheid en Trots van VWS (Meten en verantwoorden van kwaliteit) en is in dit kader vrijgesteld van de verplichting dat een onafhankelijk getoetst of erkend kwaliteitssysteem moet worden gehanteerd. De NZa heeft de zorgkantoren hiervoor ruimte geboden. Onze vraag: Kunnen wij volstaan bij deze bullit n.v.t. in te vullen?

In deze situatie is het belangrijk om bij dat onderdeel aan te geven dat de zorgaanbieder daarvoor vrijstelling heeft van VWS in het kader van het verbeterproject W&T.

Pagina 7

199. Wat is vigerend? In hoeverre heeft de nieuwe concept Governance code 2017 nog invloed op eventuele latere eisen die tussentijds verlangd gaan worden?

"Vigerend" wil zeggen "het op dit moment geldende ofwel van toepassing zijnde".

Zorgkantoren zijn gehouden de landelijke wet- en regelgeving te volgen en toe te passen.

200. Is het mogelijk om de toelating WTZi pas na de inschrijving rond te hebben? De WTZi hanteert een lange verwerkingstermijn en daardoor zal de toelating niet op tijd kunnen worden geregeld.

'Het beschikken over een WTZi toelating is verplicht bij inschrijving. Dit is in de bestuursverklaring opgenomen, vervolgens is in bijlage 5 in de tabel weergegeven dat hierop geen uitstelbaarheid van toepassing is.

Bijlage 2

201. Als we nu op bijlage 2 'nee' aanvinken, maar in de loop van 2017 toch wel met een onderaannemer willen gaan werken, is dat dan nog steeds mogelijk? Uiteraard na dit gemeld te hebben aan het zorgkantoor, zoals dit staat benoemd bij punt 4 in de Bestuursverklaring.

Dit is in de loop van het jaar nog mogelijk in overleg met de zorginkoper. Zie ook de relevante artikelen in de overeenkomst over dit onderwerp.

Bijlage 5 Bewijsstukken nieuwe aanbieders (inclusief bestaand maar nieuw voor zorgkantoor)

202. Er staat zeer summier aangegeven waaraan het financieel plan moet voldoen; een toelichting op de financiële positie en een realistische omzetprognose. Is het mogelijk dat u een voorbeeld aandraagt van de structuur van het financiële plan? Informatie is nu te summier.

Er is geen voorbeeld omdat de procedure is vereenvoudigd. Voorgaande jaren hebben wij verwezen naar de formats van de Kamer van Koophandel.

203. De nieuwe zorgaanbieder moet de volgende stukken aanleveren, organisatie-inrichting, missie en strategie, bedrijfsplan en financieel plan. In 2016 hebben we ook aanbesteed en kregen toen de opmerking dat in het ondernemingsplan een omgevingsanalyse opgenomen moet zijn. Deze moet een duidelijk beeld geven van de factoren die van invloed zijn op het bedrijfsplan, maar waar de organisatie geen directie invloed op kan uitoefenen. Is deze omgevingsanalyse voor de inkoop in 2017 niet meer nodig?

Deze omgevingsanalyse is niet meer nodig. De eisen aan het ondernemingsplan zijn vereenvoudigd.

204. Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist. De huidige informatie van onze accountant is dat wij vanwege de beperkte omvang niet gehouden zijn aan de regeling AO/IC. Welke wet- en regelgeving hanteert het zorgkantoor om te bepalen of deze regeling wel vereist is?

De Regeling CA-NR-1656: AO/IC Wlz-zorgaanbieders 2016 en de nog te publiceren regeling voor 2017 zijn van toepassing.

Bijlage 6 protocol crisiszorg

Paragraaf 2.2-blz 5

205. Voor de VV is in uitzonderlijke gevallen verlenging van de crisisopname met maximaal 2 weken mogelijk met nog eens maximaal 2 weken (in totaal dus 4). Toegevoegd is een extra punt: Verlenging van de crisisopnamen voor nog eens twee weken (V&V) dient via het beveiligde notitieverkeer bij zorgkantoor aangevraagd te worden. Maximaal dus 6 weken. Vraag: Klopt dat? Kennelijk moet de 2e keer via notitieverkeer worden aangevraagd. Hoe zit dat dan met de eerste verlenging? Is hier ook een vormvereiste voor? Dit is niet juist. De aanvraag via het beveiligde notitieverkeer geldt voor de eerste verlenging van 2 weken. Er is geen mogelijkheid tot nogmaals een verlenging. Wij passen bijlage 6 Protocol crisiszorg, paragraaf 2.2, punt 4 aan.

Paragraaf 3.4-blz 13

206. Zorgaanbieder crisisopname meldt lege bedden aan het zorgkantoor in het kader van verantwoording". Vraag: Wat bedoelt het Zorgkantoor hiermee, en is er een vormvereiste van de melding? Dit stond overigens exact zo in het protocol 2016. Echter het meldingsformat hoeven we nu niet meer in te sturen. Zorgaanbieders verantwoorden zich over lege bedden. De werkwijze van de verschillende zorgkantoren is niet gewijzigd ten opzichte van 2015.

207. "Zorgaanbieder crisisopname meldt lege bedden aan het zorgkantoor in het kader van verantwoording". Vraag: Wat bedoelt het Zorgkantoor hiermee, en is er een vormvereiste van de melding? Wij verwijzen u naar het regionale beleid van het zorgkantoor.

208. Onder paragraaf 2.2 wordt gesproken over 'uitzonderlijke gevallen' waarin crisisopname kan worden verlengd (VV). Kunt u deze uitzonderlijke gevallen nader concretiseren? Dit n.a.v. verschillende interpretaties van de term in 2016. Het gaat hierbij om individuele casuïstiek. Indien u te maken heeft met een situatie waarbij verlenging van de crisisopname noodzakelijk is kunt u hierover contact opnemen met uw zorgkantoor.

209. Bij ons betreffen alle huidige crisisopnames opnames binnen eerstelijnsverblijf (subsidieregeling) vanwege de inzet van curatieve behandeling. Komt dit beeld overeen met het landelijke beeld inzet crisiszorg onder Wlz? Nee, er is een duidelijk onderscheid tussen crisisopname Wlz en eerstelijnsverblijf. Indien op het moment van de crisisopname een Wlz indicatie wordt verwacht, is sprake van een crisisopname onder Wlz.

210. Wanneer een zorgaanbieder een cliënt opneemt op een crisisbed en deze cliënt uiteindelijk geen Wlz indicatie krijgt, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor de gemaakte kosten. Wij maken bezwaar tegen dit beleid. Wanneer een cliënt op een crisisplek geen Wlz indicatie krijgt bestaat er geen wettelijke grondslag om de geleverde zorg aan deze cliënt te financieren vanuit de Wlz. Dit is geen beleid van de zorgkantoren, maar een wettelijke bepaling die uitwerking krijgt in de beleidsregels van de NZa. Wanneer cliënten zijn opgenomen op een crisisplek, maar geen Wlz-indicatie krijgen, valt het geleverde verblijf onder de Wmo. Gemeenten hebben met de overheveling van de begeleiding per 01-10-2015 de verantwoordelijkheid gekregen voor deze zorg en maken daarover afspraken met zorgaanbieders.

211. Worden met alle, voor 2017, gecontracteerde zorgaanbieders productie afspraken over crisiszorg gemaakt? Bijlage 6, Crisiszorg in de Wlz, paragraaf 3.1

Met welke zorgaanbieders afspraken worden gemaakt betreft regionaal beleid van het betreffende zorgkantoor.

212. Onze ervaring is dat de inhoud van het crisiszorgdocument niet of onvoldoende bekend bij is huisartsen. Huisartsen zijn vaak niet op de hoogte van de voorwaarden m.b.t. crisiszorg, met alle gevolgen van dien. Huisartsen lijken dan ook onvoldoende geïnformeerd over de mogelijkheden en onmogelijkheden van crisiszorg. Onze vraag is of het zorgkantoor hierin een voorlichtingsactie gaat ondernemen richting de huisartsen?

Het Protocol Crisiszorg is een landelijk protocol dat beschikbaar is op de websites van zorgkantoren. Het genoemde knelpunt is bij de zorgkantoren bekend en zij onderzoeken nog hoe zij de bekendheid van deze regeling o.a. via de zorgverzekeraar kunnen verbeteren. Daarnaast vragen wij zorgaanbieders de huisartsen waarmee zij samenwerken te informeren over de landelijke en regionale afspraken bij crisis.

Bijlage 7 Protocol Meerzorg

213. Aanvragen kunnen het hele jaar worden ingediend. Alleen het kan zijn dat het pas veel later wordt meegenomen in de budgettrondes. Hoe wordt dit nu precies geregeld? Kan er nog bij de nacalculatie vergoeding worden verkregen voor Meerzorg met terugwerkende kracht?

In het protocol Meerzorg staat vermeld: Aanvragen kunnen gedurende het hele jaar bij het zorgkantoor worden ingediend. Nieuwe aanvragen ingediend voor 1 augustus, worden meegenomen in de tweede budgetronde op 1 november van dat jaar. Nieuwe aanvragen ingediend op of na 1 augustus kunnen pas in het volgende jaar worden meegenomen. Het zorgkantoor is gehouden aan de formele budgettrondes van de NZa, maar anticipeert hierop door te inventariseren of er nog meerzorgaanvragen te verwachten zijn en deze te begroten. Voor de mogelijkheden in de nacalculatie geldt de betreffende NZa beleidsregel. Of bij de nacalculatie nog mogelijkheid bestaat tot vergoeding van Meerzorg is mede afhankelijk van de beschikbare regionale contracteerruimte van het zorgkantoor en is daarmee onderdeel van regionaal beleid van het zorgkantoor.

Hoofdstuk 2-blz 6-voetnoot 8

214. Zijn de kosten die de zorgaanbieder moet betalen voor CCE-advies niet veel te hoog? Wellicht hoger dan de te verkrijgen vergoeding vanuit de regeling Meerzorg. Vindt het Zorgkantoor dit redelijk en behoren deze kosten niet door het zorgkantoor betaald te worden? Het advies wordt immers door hen gevraagd.

Deze kosten zijn door het CCE bepaald. Het CCE doet een toetsing in het kader van de Beleidsregel 'Meerzorg' van de NZa. Dit kost de zorgaanbieder € 1.170,- (prijspeil 2016). Het CCE gebruikt dit geld om de toetsingen te bekostigen.

215. Gezien de urgentie van de Meerzorg, zijn de termijnen waarop het Zorgkantoor moet reageren of niet genoemd of erg lang. Wat is de termijn na aanvraag waarop het zorgkantoor moet reageren? Wat te doen als de cliënt al is overleden voordat antwoord is verkregen? Is er dan met terugwerkende kracht declaratie mogelijk voor de Meerzorg die dan al is gegeven?

Zorgkantoren dienen binnen 8 weken te reageren op een aanvraag voor Meerzorg.

Declaratie kan plaatsvinden vanaf de datum waarop de beschikking wordt toegekend.

216. Het protocol Meerzorg omvat een zeer administratief belastende procedure waaraan voldaan moet worden om voor meerzorg in aanmerking te komen. Overwegen de zorgkantoren om deze procedure te vereenvoudigen gezien de hoge administratieve lasten die hiermee gepaard gaan? Zo nee, waarom niet?

Op landelijk niveau wordt in proeftuinen GZ gezocht naar mogelijkheden voor een meer doelmatige insteek en sturing op de voor Meerzorg beschikbare middelen. Zorgkantoor volgt de afspraken die landelijk hierover worden gemaakt.

217. Vraag betreffende bijlage 7 - protocol Meerzorg (deel II, hs. 1) en bijlage 7c - aanvraagsjabloon meerzorg MPT. In par. 1.1 worden de randvoorwaarden genoemd waaronder een client recht kan hebben op meerzorg. Het betreft hier slechts enkele zorgprofielen (bij de VV-indicaties bijvoorbeeld alleen 7VV en 8VV). In het aanvraagsjabloon kan echter elk VV-profiel worden ingevuld. Staan deze andere zorgprofielen nu toch ook open voor meerzorg? (criteria par. 1.3)

Het recht op meerzorg is wettelijk geregeld en is in de V&V alleen van toepassing op 7VV en 8VV.

218. Wanneer worden bijlage 7 en 8 gepubliceerd?

Deze bijlagen zijn reeds in 2016 gepubliceerd en staan bij de inkoopdocumenten 2016. Deze bijlagen kunnen gedurende de looptijd van de overeenkomst worden geactualiseerd, na raadpleging van de branchepartijen (zie voetnoot pagina 3 van de Overeenkomst Wlz 2017).

219. Binnen onze organisatie worden cliënten met een indicatie LG grondslag opgenomen, die worden omgekat naar een VV6 of lager. In de praktijk kan de zorg voor deze cliënten financieel niet uit. Wanneer de cliënt met een LG indicatie opgenomen zou worden, is de vergoeding namelijk hoger dan omgekat naar VV6 of lager. Deze cliënten komen ook niet in aanmerking voor de meerzorg regeling. Aangezien het veelal om parkinson cliënten gaat en dit één van onze expertisegebieden is, is onze vraag of er andere financieringsmogelijkheden bestaan om de extra zorg vergoed te krijgen.

In deze Nota van Inlichtingen gaan we niet in op aanbieder specifieke vraagstukken. In algemene zin geldt dat alleen wanneer u afspraken heeft gemaakt voor het leveren van ZZP's LG, u deze kunt declareren. Cliënten met een zorgprofiel LG 5,6 en 7 kunnen in aanmerking komen voor het toekennen van meerzorg. Dat geldt ook voor ZZP's V&V 7 en 8. Het zorgprofiel is het uitgangspunt voor toegang tot de meerzorgregeling, niet het gedeclareerde ZZP. Voor Parkinson patiënten bestaat geen aparte toeslag.

Bijlage 8 Voorschrift Zorgtoewijzing

Paragraaf 5.3-blz 28

220. De instelling waar de cliënt wil worden opgenomen krijgt het geïndiceerde (reguliere) zorgprofiel toegewezen. Deze instelling is vanaf dat moment dossierhouder. Deze afspraak wordt vastgelegd in het integrale zorgplan. In een aantal situaties hebben wij nog geen integraal zorgplan op het moment van toewijzing of vlak daarna. Bv iemand is in zorg bij een andere aanbieder en wij zetten de indicatie t.b.v. overbruggingszorg op hun naam, dan is er nog geen integraal zorgplan. Wat wordt er nu precies bedoeld en hoe om te gaan in situaties wanneer dit nog niet mogelijk is?

Zorgaanbieders gaan in gesprek met cliënten op het moment dat zij dossierhouder voor deze cliënt zijn en leggen afspraken vast in een integraal zorgplan. Ook tijdens de overbruggingsperiode is de dossierhouder verantwoordelijk voor het leveren van adequate zorg, waarvoor geen integraal zorgplan noodzakelijk is, maar wel een zorgplan met een beschrijving van de zorg die geleverd wordt tijdens die overbruggingsperiode.

221. Voorschrift zorgtoewijzing wordt geactualiseerd, bedoelt u najaar 2016?

De verwachting is dat het Voorschrift Zorgtoewijzing eind 2016 wordt geactualiseerd. Zolang er geen geactualiseerde versie is, blijft de meest recente versie van toepassing.

Bijlage 9 declaratieprotocol

222. p. 4: Bij punt 7 staat: Indien er sprake is van tussentijdse aanpassing van de tarieven door de NZa of het zorgkantoor, dan worden deze niet met terugwerkende kracht in het declaratieverkeer toegepast. Bij punt 8 staat: Na een tussentijdse aanpassing van de tarieven hanteert het zorgkantoor, met inachtneming van een redelijke termijn t.b.v. de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder, de nieuwe tarieven in het declaratieverkeer. Wij zijn gewend dat de tarieven gedurende het jaar in het declaratieverkeer niet wijzigen, maar in de nacalculatie worden meegenomen. Is dit in 2017 gewijzigd?

Voor de verwerking van tariefswijzigingen gedurende het jaar, verwijzen wij naar het regionale beleid van de zorgkantoren.

223. p. 5: Bij Artikel 6 Bevoorschotting staat bij punt 3 dat het zorgkantoor de declaraties van de subsidieregelingen Extramurale Behandeling en Eerstelijns verblijf betaalt op basis van de ingediende declaraties. Subsidieregeling Eerstelijns verblijf wordt in 2017 niet meer naar het zorgkantoor gedeclareerd, maar naar de zorgverzekeraar. Waarom staat deze hier dan vermeld?

De subsidieregeling Eerstelijns Verblijf wordt inderdaad met ingang van 01-01-2017 overgeheveld naar de Zvw. De subsidieregeling Extramurale Behandeling blijft nog wel in stand. Wij passen dit aan in het concept Declaratieprotocol Wlz 2017.

224. Moeten de extreme kosten geneesmiddelen en materialen in 2017 op cliëntniveau via AW319 gedeclareerd worden of via de nacalculatie

Dit gaat in 2016 via de nacalculatie. De beleidsregels 2017 zijn nog niet beschikbaar. Wij weten niet of dit in 2017 anders gaat lopen.

INHOUDSOPGAVE - DEEL 2

	Inleiding	49
1	Hoe kijken wij naar de GGZ in de Wlz?	49
1.1	Cliënten staan centraal in het inkoopbeleid van Zilveren Kruis	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.2	Zilveren Kruis ziet kwaliteit van leven en volwaardig burgerschap als belangrijkste aandachtspunten voor GGZ-cliënten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.3	Ontwikkelingen in de GGZ gaan vooral over instroom en uitstroom	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2	Wat wil Zilveren Kruis bereiken met het GGZ inkoopbeleid in 2017?	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.1	Doelstellingen zorginkoopbeleid Zilveren kruis 2017 zijn gericht op het centraal stellen van de cliënt	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.2	Landelijke kwaliteitsthema's en doelstellingen vormen de basis voor de dialoog over kwaliteitsverbetering	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.3	Zilveren Kruis geeft verdieping aan de kwaliteitsthema's uit het Landelijk Inkoopkader	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.3.1	Betrokkenheid van cliënten(raden) en familie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.3.2	Op basis van vignettenmethode samenhangende zorg realiseren voor cliënten met EPA	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.3.3	Separaties voorkomen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.3.4	Herstel ondersteunende zorg is afgestemd op de wensen en behoeften van de cliënt	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3	Welke zorg kopen wij in?	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.1	Zilveren Kruis koopt voor tien zorgkantoorregio's GGZ in	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.2	De zorg wordt ingekocht in kavels per zorgkantoorregio	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4	Bij wie kopen wij zorg in?	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.1	We kopen GGZ in bij bestaande zorgaanbieders	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.2	Meldplicht bij gebruikmaking van derden voor de levering van zorg	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5	Hoe kopen wij zorg in?	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.1	Inkoopraming en contracteerruimte 2017	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.2	Het volume bepalen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.2.1	Voor het bepalen van het initieel volume voor intramurale GGZ met behandeling hanteren wij een geld-volgt-klant model	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.2.2	Initieel volume voor Meerzorg bepalen met een eigen inkoopmodel	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.2.3	Samenvatting van de wijze waarop Zilveren Kruis in 2017 het initieel volume bepaalt	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.2.4	Zorgaanbieders tekenen de bestuursverklaring in de digitale inkoopapplicatie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.2.5	Zorgaanbieders ontvangen een terugkoppeling van de offertebeoordeling door Zilveren Kruis	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3	Het tariefpercentage vaststellen met een dialoogmodel	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3.1	Zelfanalyse als startpunt voor ontwikkelafspraken	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3.2	Zorgaanbieders stellen zelf ontwikkelafspraken voor	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3.3	Zorgaanbieders dienen ontwikkelplan in met offerte	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3.4	Dialoog over ingediend ontwikkelplan	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3.5	Monitoring van de ontwikkelafspraken	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.4	Meerjarencontracten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- 6 Hoe verloopt het inkoopproces?** Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
- 6.1 Beleid op naleving gemaakte afspraken **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 6.2 In de herschikking worden productie- en tariefafspraken bijgesteld **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 6.2.1 Kavel GGZ Intramuraal (geld-volgt-klant model) **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 6.2.2 Kavel GGZ Meerzorg **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 6.3 Bij de nacalculatie worden de productie- en tariefafspraken over 2017 definitief vastgesteld **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

1 Hoe kijken wij naar de GGZ in de Wlz?

1.3 Ontwikkelingen in de GGZ gaan vooral over instroom en uitstroom (blz.44)

Vraag of opmerking van zorgaanbieder	Antwoord van Zilveren Kruis
<p><i>Op een tweetal plaatsen wordt gesteld dat er in 2017 geen nieuwe ggz-cliënten instromen. Zie de pagina's 44 en 50. Dit klopt als je uitgaat van de cliënten die op 31-12-2014 een ZZP-B indicatie hadden en in het kader van het overgangsrecht een 3-jarige toegang tot de WLZ hebben gekregen. Echter de cliënten die in 2014 in klinische zorg zijn gekomen op basis van de ZVW bereiken in 2017 onafgebroken 3 jaar klinische zorg in de ZVW. Dit betekent dat er per 2017 wel degelijk nieuwe cliënten zullen instromen in de WLZ op basis van artikel 3.2.2 van deze Wet. Is er in de beschikbare kaders voor 2017 wel voldoende rekening gehouden met instroom van nieuwe ggz-cliënten?</i></p>	<p>Na drie jaar aaneengesloten verblijf met behandeling en een indicatie voor ZZP GGZ-b valt opname in een GGZ-instelling onder de Wlz. Er is (naar verwachting beperkt) nieuwe instroom mogelijk. Vanaf 1 januari 2017 kunnen enkel cliënten instromen vanuit de ZvW als ze 3 jaar met behandeling in een GGZ-instelling hebben verbleven op basis van een dbc (diagnose-behandelcombinatie). Deze cliënten hebben al een keuze gemaakt voor een zorgaanbieder en zorgaanbod.</p> <p>Bij het vaststellen van de contracteerruimte voor de GGZ houden wij rekening met deze instroom. Doordat wij een geld-volgt-klant model hanteren, is er zolang het binnen de door Zilveren Kruis vastgestelde contracteerruimte voor de GGZ past, ruimte voor de instroom van deze nieuwe cliënten.</p>

5 Hoe kopen wij zorg in?

5.2 Het volume bepalen

5.2.2 Initieel volume voor Meerszorg bepalen met een eigen inkoopmodel

Vraag of opmerking van zorgaanbieder	Antwoord van Zilveren Kruis
<i>Bij de Meerszorg kavel wordt er niet gecorrigeerd op volume bij een te hoog volume en een niet toereikend contracteerruimte, maar wordt het tarief naar beneden bijgesteld? Is er een maximum gesteld aan deze tariefskorting?</i>	De kavel Meerszorg kent inderdaad een optie tot het korten op de tarieven in deze kavel indien de gereserveerde ruimte voor Meerszorg niet toereikend blijkt te zijn voor 2017. Deze korting is niet gemaximeerd, maar het is de afgelopen twee jaar in de gehandicaptensector niet nodig gebleken een korting op de tarieven toe te passen. Zilveren Kruis benadrukt het toepassen van een korting niet wenselijk te vinden en alles in het werk te stellen om deze te voorkomen.

5.3 Het tariefpercentage vaststellen met een dialoogmodel

5.3.5 Monitoring van de ontwikkelafspraken (blz. 59)

In het kader in deze paragraaf staat als tweede punt genoemd: initiële toekenning tariefopslag wordt vastgelegd in het budgetformulier 2017 van november 2016. Dit punt komt te vervallen. Zoals in de tekst staat kennen we initieel het basistarief toe en beoordelen we bij de herschikking 2017 of zorgaanbieders hun ontwikkelafspraken nakomen en of de bijbehorende tariefopslag wordt toegekend.

Deel 3 – Nota van inlichtingen
Zorginkoopprocedure Zilveren Kruis Wlz
2017 VV/GZ/GGZ

INHOUDSOPGAVE - DEEL 3

	Inleiding	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1	Algemeen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	1.1 Algemeen kader	54
	1.2 Inkopend zorgkantoor	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	1.3 Contactgegevens	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	1.3.1 Website zorginkoopbeleid	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	1.3.2 Website digitale zorginkoopapplicatie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	1.3.3 E-mail adres	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	1.4 Professionele inkoopprocedure	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	1.5 Onderwerp inkoopprocedure en kavelindeling	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	1.6 Doelstelling zorginkoopprocedure 2017	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	1.7 De overeenkomst	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	1.8 Definities bestaande en nieuwe zorgaanbieders	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2	Algemene voorwaarden deelname inkoopprocedure 2017	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	2.1 Bestuursverklaring en bewijsmiddelen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	2.2 Voorbehouden inkoopprocedure 2017	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	2.3 Overige voorwaarden	57
	2.3.1 Beleidsregels NZa	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	2.3.2 Tarieven	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	2.3.3 Gemaakte kosten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	2.3.4 Leveringsvoorwaarden deelnemer	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	2.3.5 Indiening budgetformulier	57
	2.3.6 Rechtbank Den Haag	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	2.3.7 Geen schorsende werking	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3	Tijdsplanning inkoopprocedure 2017	58
	3.1 STAP 1 - Bekendmaking zorginkoopbeleid 2017 en openstelling offertemodule	58
	3.1.1 Basis offerte	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.1.2 Eisen aan wijze van offrenen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.1.3 Offerte indienen per sector/ hoofdgrondslag	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.1.4 Nieuwe/ bestaande zorgaanbieders	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.1.5 Digitale offerte	58
	3.1.6 Inlognaam en wachtwoord	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.2 STAP 2 - Mogelijkheid om verhelderende vragen te stellen/bezwaren te uiten over het inkoopdocument en het inkoopbeleid	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.2.1 Standaardvragenformulier	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.2.2 Onduidelijkheden, onjuistheden en bezwaren	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.3 STAP 3 - Publicatie Nota van Inlichtingen	58
	3.4 STAP 4 - Sluitingstermijn indienen offertes	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.5 STAP 5 - Beoordelingsfase	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.5.1 Toelichting offerte	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.5.2 Geschiktheidseisen, uitsluitingsgronden, Programma van Eisen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.5.3 Toetsingskader nieuwe zorgaanbieders	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.5.4 Bewijsstukken Programma van Eisen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.5.5 Beoordeling offerte	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	3.6 STAP 6 - Terugkoppeling voorlopige uitkomst beoordeling offertes	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- 3.6.1 Mededeling van de voorgenomen beslissing **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 3.6.2 Eerste vervalttermijn **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 3.7 STAP 7 - Start inkoopgesprekken en dialoog ontwikkelafspraken **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 3.8 STAP 8 - Vaststelling en communicatie initiële productieafpraak 2017 Sluiting
overeenkomst en productieafpraak 58
- 3.8.1 Toezending overeenkomst 2017 en 2017-2018 58
- 3.9 STAP 9 - Ondertekende overeenkomst en budgetformulier retour **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 3.10 STAP 10 en 11 - Verwerking budgetformulieren **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 3.10.1 Beoordeling budgetformulieren door Zilveren Kruis **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 3.10.2 Afronding, ondertekening overeenkomst 2017 **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
- 3.10.3 Ondertekening en indiening budgetformulier 2017 bij NZa **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

1 Algemeen

Vraag	Antwoord
<p>In Bijlage 2 Overeenkomst staat over tegenstrijdigheden: Bij tegenstrijdigheden geldt dat deel I in rangorde voorgaat op Deel II en dat Deel II voorgaat op Deel III inclusief bijlagen/addenda, tenzij uitdrukkelijk anders is aangegeven.</p> <p>Op pagina 7 van het Zorginkoopdocument staat daarover: Bij tegenstrijdigheden tussen zorginkoopdocumenten geldt de volgende rangorde, tenzij anders aangegeven:</p> <ul style="list-style-type: none">• Meest recente antwoorden op de Nota van Inlichtingen• Deel 3 - Zorginkoopprocedure Zilveren Kruis Wlz 2017 VV/GZ/GGZ (inclusief bijlagen)• Deel 2 - Zorginkoopbeleid Zilveren Kruis 2017 Wlz V&V (inclusief bijlagen)• Overeenkomst• Deel 1 - Inkoopkader langdurige zorg 2017 Wlz V&V ('Landelijk Inkoopkader') (inclusief bijlagen) <p>Kunt u aangeven wat de volgorde bij tegenstrijdigheden is?</p>	<p>Bij tegenstrijdigheden in het beleid gaat</p> <ol style="list-style-type: none">1) deze Nota van Inlichtingen voor op2) Deel 3 (inclusief bijlagen),3) Deel 2 en4) Deel 1 (inclusief bijlagen). <p>Bij tegenstrijdigheden binnen de overeenkomst is de volgorde:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Deel I,2 Deel II en3. deel III.

1.1 Algemeen kader (blz. 66)

Vraag	Antwoord
<p><i>In 2016 bleek dat declaraties werden afgekeurd omdat in uw systeem een ander tarief stond dan in ons systeem. Dit bleek een afrondingsprobleem te zijn. Hoe gaat u in 2017 voorkomen dat dit probleem zich weer voordoet?</i></p>	<p>De te declareren tarieven worden bepaald door de NZa en bevestigd middels de tariefsbeschikking. Het te declareren tarief is gelijk aan de som van het afgesproken tarief (in het budgetformulier) en de NHC component (o.b.v. de kapitaalslasten). Afgelopen jaar was de NZa te laat met het beschikbaar stellen van de tariefbeschikkingen en hebben wij de te declareren tarieven zelf berekend. Doordat de wijze van afronding anders was, zijn er tariefsverschillen ontstaan. Wij hebben de NZa duidelijk gemaakt wat de consequentie is van het te laat beschikbaar stellen van de tariefsbeschikkingen. Voor 2017 verwachten</p>

	wij dat de NZa de tariefsbeschikkingen tijdig beschikbaar stellen. Hierdoor hebben zowel de zorgaanbieder als wij dezelfde basis voor de inrichting van onze declaratiesystemen.
<i>Wanneer wordt de tekst van het regio-gebonden (Zilveren Kruis) deel van de overeenkomst bekend? Pas als wij die tekst kennen, kunnen we aangeven of we ermee akkoord kunnen gaan. Wij maken bezwaar tegen onvoorwaardelijk akkoord moeten gaan met de inhoud van de overeenkomst, zolang die niet geheel bekend is.</i>	Zilveren Kruis publiceert op korte termijn de definitieve teksten van de overeenkomst en de meerjarenovereenkomst 2017-2018.
<i>U geeft aan: "Zilveren Kruis sluit ter vervulling van deze wettelijke zorgplicht overeenkomsten met zorgaanbieders en houdt daarbij rekening met de sociale context van de verzekerde (de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging, de culturele achtergrond en de seksuele gerichtheid van de verzekerden)". Betekent dit dat instellingen met een unieke niche hierin voorrang krijgen op hun intramurale productie om in deze behoefte voor cliënten te voorzien.</i>	Op grond van het gelijkheidsbeginsel behandelt Zilveren Kruis niche-spelers op dezelfde manier als andere zorgaanbieders. Wij kunnen ons wel voorstellen dat de keuzes die cliënten maken als gevolg van die verschillen in de sociale context van cliënten anders zijn. Door middel van het geld-volgt-klant model voor alle kavels kunnen wij die keuze van de cliënt volgen. Voor alle cliënten geldt echter dat wij hun zorgvraag zoveel mogelijk in de thuissituatie (via VPT of MPT) in willen vullen en geen hogere intramurale afspraken maken dan de bestaande productieafspraken.

1.3 Contactgegevens

1.3.2 Website digitale zorginkoopapplicatie (blz. 67)

Vraag of opmerking van zorgaanbieder	Antwoord van Zilveren Kruis
<i>Het formulier in de zorginkoopapplicatie vraagt om in te vullen om aan te geven in welke regio je je als zorgaanbieder wil inschrijven en refereert hieraan een bijlage 5. Er is geen bijlage 5 bij de inkoopdocumenten en er is een wijziging dit jaar. Je hoeft je als zorgaanbieder toch niet meer in een regio in te schrijven. Is deze bijlage dan wel de juiste?</i>	Het formulier verwijst naar bijlage 5 bij de Bestuursverklaring waarin een overzicht wordt gegeven van de zorgkantoorregio's. Zoals in bijlage 5 weergegeven bestaat Zilveren Kruis feitelijk uit een tiental zorgkantoren. Met zorgaanbieders wordt altijd een overeenkomst gesloten vanuit een van deze zorgkantoren. Bestaande zorgaanbieders vinden het contracterende zorgkantoor op hun overeenkomst Wlz 2016. De verwijzing in het formulier naar de betreffende bijlage 5 is hiermee wel correct.

1.5 Onderwerp inkoopprocedure en kavelindeling (blz. 67)

Vraag of opmerking van zorgaanbieder	Antwoord van Zilveren Kruis
<i>Dienen wij de aanvraag van extreme zorgkosten materiaal en geneesmiddelen nog aan te melden of aan te vragen?</i>	Voor het aanvragen van extreme zorgkosten voor materiaal en geneesmiddelen bestaat een aparte aanvraagprocedure en maakt geen onderdeel uit van deze inkoopprocedure. Informatie hierover vinden zorgaanbieders op de website van Zilveren Kruis. Zie: https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/nieuws/Paginas/Zorginkoop%202015/Nieuwe-werkwijze-beleidsregel-“Vergoeding-extreme-kosten-zorggebonden-materiaal-en-geneesmiddelen”.aspx

2 Algemene voorwaarden deelname inkoopprocedure 2017

2.1 Bestuursverklaring en bewijsmiddelen (blz. 69)

Vraag of opmerking van zorgaanbieder	Antwoord van Zilveren Kruis
<i>Voldoet een kwaliteitscertificaat als voorwaarde voor een goed kwaliteitssysteem?</i>	In de bestuursverklaring is het voor 2017 nog steeds een eis dat er een erkend kwaliteitssysteem wordt gebruikt welke onafhankelijk wordt getoetst. Een kwaliteitscertificaat is een uiting van het feit dat deze toetsing heeft plaatsgevonden. Zie voor een nadere toelichting op de ontwikkelingen rond het gebruik van een kwaliteitssysteem binnen de GGZ ook hoofdstuk 4 van het Landelijke Inkoopkader.

2.3 Overige voorwaarden

2.3.5 Indiening budgetformulier (blz. 72)

Vraag	Antwoord
<i>U schrijft: "Deelnemers gaan door indiening van een offerte ermee akkoord dat Zilveren Kruis, wanneer Zilveren Kruis met de zorgaanbieder niet tot een akkoord kan komen over de invulling van de productieafspraken (tarief en volume), kan overgaan tot een indiening van het budgetformulier bij de NZa. Door deelname aan de inkoopprocedure machtigt de zorgaanbieder Zilveren Kruis op voorhand tot indiening indien een dergelijk geval zich voordoet." Wij maken hier bezwaar tegen en willen de mogelijkheid, conform de NZa-beleidsregel, blijven houden om het budgetformulier eenzijdig in te dienen.</i>	In de NZa beleidsregels is vastgelegd dat de budgetformulieren tijdig, dat wil zeggen voor 1 november van enig jaar, dienen te worden ingediend. Om het proces voor wat betreft de indiening van de budgetformulieren tijdig af te ronden, mag Zilveren Kruis het betreffende formulier eenzijdig indienen, om te voldoen aan de eisen zoals gesteld in de NZa-beleidsregels op dit punt. Zilveren Kruis past haar inkoopprocedure op dit punt aan, zodat de zorgaanbidders Zilveren Kruis niet met indiening van hun offerte op voorhand machtigt tot indiening namens hen. Daardoor behouden zorgaanbidders, conform de NZa-beleidsregel, de mogelijkheid om het budgetformulier eenzijdig in te dienen.
<i>U schrijft met betrekking tot de indiening van het budgetformulier: "De deelnemers behoudt het recht om een verschil van inzicht voor te leggen." Kunt u aangeven aan wie wij dat verschil van inzicht met (juridische) betekenis voor kunnen leggen?</i>	Deelnemers kunnen een verschil van inzicht voorleggen aan de NZa door middel van een eenzijdige indiening bij de NZa op grond van de betreffende beleidsregel.

3 Tijdsplanning inkoopprocedure 2017

3.1 STAP 1 - Bekendmaking zorginkoopbeleid 2017 en openstelling offertemodule

3.1.3 Digitale offerte (blz. 76)

Vraag	Antwoord
<i>"De zorgaanbieder verklaart dat een of meerdere vragen in de bestuursverklaring niet met 'ja' of 'akkoord' beantwoord is, omdat de zorgaanbieder gebruik maakt van de mogelijkheid voor nieuwe zorgaanbieders om conform Landelijk Inkoopkader Hoofdstuk 2, paragraaf xx later aan de gestelde eisen te gaan voldoen." Naar welke paragraaf verwijst deze tekst?</i>	In de bestuursverklaring in de digitale zorginkoopapplicatie is een onjuiste verwijzing opgenomen. De juiste verwijzing is: Landelijk Inkoopkader Hoofdstuk 2, paragraaf 2.2.

3.3 STAP 3 - Publicatie Nota van Inlichtingen (blz. 78)

Vraag	Antwoord
<i>In stap 3 van de inkoopprocedure stelt u dat u er naar streeft uiterlijk 1 juli 2016 de Nota van Inlichtingen te publiceren. In de reactie die na het stellen van een vraag op uw website verschijnt dat Zilveren Kruis de Nota van Inlichtingen op 3 juli 2016 zal publiceren. Waarom is deze datum al opgeschoven voordat de vragenprocedure is gesloten? Wij maken bezwaar tegen het verschuiven van de datum, omdat het ons beperkt in de tijd die beschikbaar is om de Nota van Inlichtingen door te nemen (vaak een omvangrijk document) en alles tijdig te verwerken. Gaat u de Nota van Inlichtingen toch op 1 juli 2016 publiceren?</i>	Per abuis is bij de reactie na het stellen van een vraag op de website de tekst van de inkoopprocedure van 2016 blijven staan. De nota van Inlichtingen wordt gepubliceerd op 1 juli 2016. Zorgaanbieders kunnen hun vragen stellen tot en met 21 juni 2016. Deze tekst is inmiddels aangepast.

3.8 STAP 8 Vaststelling en communicatie initiële productieafspraken 2017 Sluiting overeenkomst en productieafspraken

3.8.1 Toezending overeenkomst 2017 en 2017-2018 (blz. 82)

Vraag	Antwoord
<i>Wat verstaat Zilveren Kruis onder afwijkende afspraken (stap 8 inzake</i>	Er kan sprake zijn van afspraken tussen de zorgaanbieder en Zilveren Kruis, die naar hun

<p><i>overeenkomst)? Ons inziens worden afspraken over capaciteitsontwikkeling (bijvoorbeeld reductie van intramurale capaciteit) op een andere wijze vastgelegd en vervallen deze niet door deze passage. Klopt dat?</i></p>	<p>aard meerjarig zijn. Indien deze afspraken zijn vastgelegd in het zorgaanbiedergebonden deel van de overeenkomst maken deze onderdeel uit van die overeenkomst. De overeenkomst van 2016 vervalt van rechtswege na 31 december 2016, met uitzondering van afspraken die door hun aard meerjarig zijn overeengekomen. U dient de meerjarige afspraken die vastgelegd zijn in het zorgaanbiedergebonden deel van de overeenkomst 2016 en meerjarige afspraken die op andere wijze zijn vastgelegd, wel actief aan te geven bij Zilveren Kruis. Indien u dat verzuimt, dan vervallen deze afspraken.</p>
---	--