

Zilveren Kruis Zorgkantoor Gehandicaptenzorg



Nota van Inlichtingen
Zorginkoopdocument Wlz 2017

Inleiding

Binnen de zorginkoopprocedure is er naast het stellen van verduidelijkende vragen, tevens een mogelijkheid geweest om bezwaar te maken tegen het zorginkoopbeleid. In deze Nota van Inlichtingen treft u beleidsaanpassingen, correcties, verduidelijkingen en aanvullingen aan op het Zorginkoopbeleid Wlz gehandicaptenzorg 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. De antwoorden op vragen die gesteld zijn tijdens onze informatiebijeenkomst voor zorgaanbieders op 1 juni 2016 zijn ook opgenomen.

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 sectoren prevaleren boven de afzonderlijke zorginkoopdocumenten van Zilveren Kruis en maken onderdeel uit van de Zorginkoopprocedure Langdurige zorg 2017 bij Zilveren Kruis. Bovendien prevaleren de afzonderlijke zorginkoopdocumenten van Zilveren Kruis 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 gehandicaptenzorg 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.

Deel 1 – Nota van Inlichtingen Landelijke Inkoopkader WLZ GZ 2017



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

Specifiek voor Zilveren Kruis

Vraag	Antwoord
Hoe luidt de volledige zin bij het laatste bolletje in het kader op pagina 28?	De volledige zin bij het laatste bolletje in het kader moet zijn: 'de zorgaanbieder had over het jaar 2016 een overeenkomst met een van de zorgkantoren.'

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 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. 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 tariefopslag. 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 zorgkantorregio'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 regio-specifieke 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 dit zich 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 gehandicaptenzorg

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.

Versie GZ

97. Het PREZO GZ werk- en denkmodel is op basis van het kwaliteitskader 2.0 van de gehandicaptenzorg ontwikkeld en heeft dus een directe vertaling met die visie. Deelt zorgkantoor deze mening? Wat is nodig om de invoering PREZO als ontwikkelplan te laten goedkeuren?

Zorgkantoren onderschrijven het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Zorgaanbieders kunnen die voorstellen voor ontwikkelplannen indienen die voldoen aan de gestelde eisen, geen betrekking hebben op de reguliere bedrijfsvoering van zorgaanbieders en die bijdragen aan kwaliteit voor de cliënt. In dialoog komen zorgkantoren en zorgaanbieders definitieve ontwikkelplannen overeen.

98. Er wordt gesteld dat het uitdrukkelijk niet de bedoeling is dat familie, vrijwilligers en mantelzorgers de professionele zorg vervangen. Hoe wordt dit precies bedoeld? In het document "Grenzen verkennen" van Vilans (2016) wordt de inzet van bijvoorbeeld vrijwilligers juist gestimuleerd. Op pagina 13 van dat document staat namelijk dat de zorgorganisatie zelf kan bepalen of en waarvoor vrijwilligers (verantwoord) worden ingezet. Vrijwilligers en mantelzorgers zijn van onschatbare waarde om de kwaliteit van leven te bevorderen. Zij mogen echter niet ingezet worden ter vervanging van de professionele medewerker. Geïndiceerde zorg wordt geboden door de zorgaanbieder. Uiteraard kunnen mantelzorgers en vrijwilligers aan onderdelen van de dagelijkse activiteiten bijdragen. Het ligt aan de aard van de zorgvraag, de setting waarin, de afstemming tussen klant, begeleiders en vrijwilligers of mantelzorgers waaruit die activiteiten kunnen bestaan. Maatwerk en professionaliteit zijn daarbij uitgangspunt.

99. Er wordt gesproken over cliënten met een laag ZZP. Wat wordt hier bedoeld? Tot welk zorgzwaartepakket spreken we van een laag ZZP?

In de GZ spreken we van een laag ZZP als het ZZP 1LG en 3LG, 1VG en 2VG en ZG1 betreft.

100. Onder het kopje Subdoel Samenwerking over de domeinenstaat: "Een goed samenspel tussen de verschillende domeinen kan bijdragen aan het vinden van de juiste zorg op de juiste plek." Onze vraag hierbij is hoe zorgkantoor en zorgaanbieders hier elkaar in vinden? In hoeverre kunnen zorgaanbieders hier daadwerkelijk zelf initiatief in nemen? Als wij een oplossing vinden voor een hiaat tussen de Wlz, Wmo en Jeugdwet en wij besluiten dit hiaat op te vullen met deze oplossing, in hoeverre krijgen wij dit dan gefinancierd en door wie?

Op deze vraag kunnen wij op voorhand geen antwoord geven. Dit is afhankelijk van het type knelpunt en de oplossing. Het zorgkantoor kan desgewenst voor dit traject worden benaderd.

101. "Zorgaanbieders maken de uitkomsten van de cliëntervaringsmeting, in samenspraak met de cliëntenraad en/of cliënt organisaties, op locatieniveau voor cliënten inzichtelijk." Wat wordt precies bedoel met 'locatieniveau' en hoe verhoudt zich dit tot de beweging die met het vernieuwde kwaliteitskader wordt gemaakt?

Ter verduidelijking op dit punt wordt in het programma van eisen (bijlage 1) gesteld: In principe gebeurt dit op locatieniveau, tenzij het anders met de cliëntenraad is overeengekomen. Zorgkantoren zullen de ontwikkelingen van het nieuwe kwaliteitskader volgen, dit is echter nog in ontwikkeling.

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 andere 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 middelen 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 anderszins 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 epilepsietoelagen van toepassing?

De voorwaarden voor de toelagen gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) staan vermeld in het Programma van Eisen (bijlage 1). Voor welke grondslagen deze toelagen 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 hospicezorg of aantoonbare bewijzen van voorbereiding voor het behalen van een keurmerk." Waarom gaat uw voorkeur uit naar een hospice met perspekt PREZO keurmerk

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

Het Perspekt 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 budgettronde 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.

Deel 2 - Nota van inlichtingen
Zorginkoopbeleid Zilveren Kruis 2017
Wlz Gehandicaptenzorg

1 Visie en strategie

1.1 Visie op de gehandicaptenzorg

1.2 Strategie Zilveren Kruis gehandicaptenzorg

1.3 Ontwikkelingen in de inkoop van de Wlz gehandicaptenzorg Zilveren Kruis

Vraag	Antwoord
<p>U geeft aan naar aanleiding van de omgevingsanalyse te zien dat het dialoogmodel alleen als instrument niet toereikend genoeg is om zorg en ondersteuning op maat van de cliënt binnen de gehandicaptensector te verbeteren. Kunt u dit nader toelichten en aangeven wat er volgens u ontbreekt?</p>	<p>Het dialoogmodel is er op gericht om de kwaliteit van het huidige aanbod verder te verbeteren ten behoeve van de cliënten bij die zorgaanbieders. Zilveren Kruis wil zo, met de andere zorgkantoren, de persoonsgerichte zorg van bestaande cliënten bij de huidige gecontracteerde aanbieders verbeteren. Zorg op maat verbeteren, betekent dat met een veel breder perspectief moet worden gekeken. Dat er meer keuze moet zijn en dat met cliënten veel vaker, op basis van beschikbare keuze- en kwaliteitsinformatie en zonder kadering door financiële afspraken, wordt gekeken wat de best passende zorg bij de huidige vraag van de cliënt is. Op basis daarvan hebben we er in het inkoopbeleid van 2017 voor gekozen om het dialoogmodel te bestendigen, maar ook nadrukkelijk in te zetten op instrumenten als cliëntondersteuning, kwaliteit voor de cliënt transparant, nieuwe zorgaanbieders en (het experiment) persoonsvolgende bekostiging.</p>
<p>Er staat geschreven dat Zilveren Kruis in de voorbereiding op het zorginkoopbeleid een uitgebreide omgevingsanalyse heeft gedaan. Is de omgevingsanalyse uitgevoerd op het niveau van de zorgkantoren? Kunnen wij die omgevingsanalyse ontvangen?</p>	<p>De omgevingsanalyse die Zilveren Kruis heeft opgesteld was vooral bedoeld om een gedegen fundament te leggen onder de inkoopdoelstellingen en het beleid voor 2017. Een visualisatie van deze analyse en een korte toelichting is opgenomen in 1.3 van het zorginkoopdocument (deel 2). Uitvoerder hebben we er bij stil gestaan in de bijeenkomsten voor cliënten in april en voor zorgaanbieders op 1 juni 2016 jl. De presentaties van deze bijeenkomsten zijn op onze website te vinden. De omgevingsanalyse was verder vooral bedoeld om onze ideeën te onderbouwen en te toetsen bij onze stakeholders en wordt dan verder ook niet beschikbaar gesteld.</p>

	<p>Gerichte vragen over onze analyses kunnen desgewenst aan zorginkopers gesteld worden.</p>
--	--

2 Doelstellingen en beleid gehandicaptenzorg 2017

2.1 Doelstellingen zorginkoopbeleid Zilveren kruis 2017

Vraag	Antwoord
Bij punt 2 boven aan de pagina 46 staat dat zorgaanbieders het sociale netwerk stimuleren van cliënten . De activiteiten die je hiertoe verricht bij cliënten met een PGB worden niet vergoed. Deze activiteiten zijn niet opgenomen in de PGB vergoedingenlijst. Wordt de PGB vergoedingenlijst hierop aangepast?	Dit zorginkoopbeleid Wlz 2017 voor de gehandicaptenzorg heeft betrekking op alle zorg geleverd in Zorg in Natura. Daar waar cliënten kiezen voor een PGB nemen zij zelf verantwoordelijkheid voor het invullen van hun zorgvraag en de wijze waarop zij hun sociale netwerk betrekken bij hun zorgvraag. Deze tekst in het zorginkoopdocument Wlz 2017 van Zilveren kruis Gehandicaptenzorg heeft dan ook geen betrekking op zorglevering aan cliënten met een PGB.

2.2 Uitwerking strategische doelen van Zilveren Kruis op specifieke thema's

2.2.1 De plek van de regioanalyse in het inkoopbeleid

Vraag	Antwoord
Wat verstaat u onder vernieuwend aanbod? Wanneer is iets vernieuwend? In welke context bezien: vernieuwend binnen Nederland, binnen de regio, binnen een plaats, of binnen een zorginstelling? Kunt u concrete voorbeelden van vernieuwend aanbod noemen? Zijn er criteria wanneer aanbod vernieuwend is of niet?	<p>Als definitie van vernieuwend aanbod kan gehanteerd worden: zorgaanbod dat in prestatie termen gelijk is aan dat bij andere zorgaanbieders, maar dat in de uitvoering, context of vormgeving voor cliënten (veelal) positief onderscheidend is ten opzichte van hetzelfde aanbod bij andere zorgaanbieders. Zilveren Kruis wil met deze term laten zien dat niet alleen nieuwe aanbieders voor vernieuwing kunnen zorgen, maar dat er ook veel potentie zit bij bestaande zorgaanbieders. Zilveren Kruis wil deze potentie, waar deze nog niet goed tot uiting komt, hiermee een impuls geven. Dit sluit ook aan bij de brief van de staatssecretaris over Waardig leven met zorg.</p> <p>Voorbeelden die wij afgelopen jaren tegen zijn gekomen, of onderwerpen waar wij graag vernieuwing op zouden zien zijn:</p> <ul style="list-style-type: none">• Innovaties op het gebied van wonen, logeren en deeltijdwonen, bv. door mooie combinaties te maken op het grensvlak met de WMO waardoor nieuwe initiatieven ontstaan waarbij zorginstellingen, gemeenten en vrijwilligersorganisaties de handen ineen slaan. Hierdoor kan

	<p>bijvoorbeeld logeren regionaal geborgd blijven;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meer inzet van domotica en robotica in de zorg, zoals bijvoorbeeld medicijndispensers of hulpmiddelen die toiletgang van cliënten zelfstandig mogelijk maken. Maar ook denken we hierbij aan apps die allerhande mogelijkheden bieden ter ondersteuning van/aan de cliënt, van het onderhouden van contact met klanten tot het uit handen nemen van bepaalde administratieve lasten bij begeleiders en het eenvoudiger toegankelijk maken van het zorgplan. Of de inzet van robots bij bijvoorbeeld autisme. • Oplossingen voor ambulante crisisinterventies waardoor cliënten minder naar (externe) crisisopvang gaan; • Zorgaanbiederoverstijgende behandelprogramma's ontwikkelen om zorg voor klanten op een hoger niveau te krijgen; • Vergroten van de mogelijkheden van opleidingstrajecten in samenwerking met scholen en het MKB om cliënten aan een (betaalde) baan te helpen; • Ontwikkeling aanbod voor cliënten met VG en autisme waar in samenwerking tussen specialisten nieuw aanbod tot stand komt; • Inhoudelijke samenwerkingstrajecten en gecombineerde woon-zorg initiatieven met VV-instellingen rondom ouder wordende VG-clieënten; • Gecombineerde projecten tussen WMO en WLZ bv. op het gebied van integrale vroeghulp. <p>Uiteraard zijn dit slechts voorbeelden en nodigen wij zorgaanbieders vooral uit om zelf met nieuwe ideeën te komen en uit te wisselen, maar net zo belangrijk: om goede ideeën van anderen over te nemen en waar mogelijk zelfs te verbeteren! Of geschikt te maken voor andere doelgroepen. Hopelijk bieden deze voorbeelden enige inspiratie, voor meer voorbeelden verwijzen wij u graag naar Vilans, VGN etc.</p>
<p>Klopt het dat er geen volume plafond meer komt (intramuraal plafond)?</p>	<p>Er is in 2017 inderdaad geen sprake meer van een intramuraal plafond in dagen.</p>

2.2.2 Cliënten hebben een centrale plek in de inkoopprocedure

Vraag	Antwoord
Het is lovenswaardig om de cliënt te betrekken bij de zorginkoop, maar het is soms moeizaam om dit goed voor elkaar te krijgen.	Cliënten betrekken is een zoektocht. Bij de 3 regionale bijeenkomsten die we hebben georganiseerd waren cliënten goed vertegenwoordigd. Ons doel is vooral om de positie van de cliënt te verstevigen in de procedures van de zorginkoop. We halen onderwerpen bij hen op. Ook doen ze een appèl op ons om alle stukken goed leesbaar en begrijpelijk te maken. Verslagen van onze bijeenkomsten met de cliëntenraden staan op onze website. Bij de rol die cliëntenraden willen hebben bij de inkoop geven zij een verschillend beeld. Sommige cliëntenraden geven bij wijze van spreken aan het zorgkantoor graag naast zich te hebben tijdens het inkoopgesprek en andere geven aan dat zij liever niet betrokken willen worden. Kortom: er is sprake van maatwerk juist vanwege de verschillende werkrelaties die cliënten/cliëntenraden hebben met een zorgaanbieder.

2.2.3 Project 'Kwaliteit voor de cliënt transparant'

Vraag	Antwoord
In paragraaf 2.3.3 beschrijft u dat u na de contractering 2016 een tiental aanbieders heeft geselecteerd om de kwaliteitsinformatie van de gehandicaptenzorg voor cliënten inzichtelijk te maken. Wanneer van deze 10 aanbieders één of meerdere afvallen, is er dan ook ruimte voor andere aanbieders om hierbij aan te sluiten. Zo ja, wat zijn hiervoor de criteria?	Het is niet onze verwachting dat een van de geselecteerde en deelnemende partijen aan ons project 'Kwaliteit voor de cliënt transparant' gaat afvallen. Wanneer dat wel het geval mocht zijn, dan stellen wij niet opnieuw een mogelijkheid open voor nieuwe zorgaanbieders om deel te nemen. Wij denken dat dit voor nieuwe en bestaande partijen te veel effort gaat vragen, wat afbreuk doet aan de voortgang.

<p>Hoe verhoudt de kwaliteit van het klanttransparant zich tot de proeftuinen van de kwaliteitskader?</p>	<p>Het project 'Kwaliteit voor de cliënt transparant' richt zich op kwaliteit en keuze informatie inzichtelijk en toegankelijk maken. De proeftuinen zijn gericht op de kwaliteitsverbetering van de zorgaanbieder. Over het project van Zilveren Kruis is bij de inkoop 2016 met de VGN gesproken en er blijft afstemming plaatsvinden.</p>
---	--

2.2.4 Cliënten met een complexe zorgvraag: ketensamenwerking ten behoeve van expertise

2.2.5 De eerste resultaten van de Proeftuinen Meerzorg vragen om een bredere uitrol

Vraag	Antwoord
<p>Hoe zien jullie de ontwikkelingen en het perspectief van Meerzorg?</p>	<p>Momenteel vinden er proeftuinen plaats rond Meerzorg bij een aantal zorgaanbieders. Zilveren kruis is enthousiast over de eerste resultaten en hoopt op een bredere uitrol. We zijn in dit kader vooral inhoudelijk enthousiast over de resultaten bij de proeftuinen en zoekt met andere zorgkantoren momenteel ook naar manieren om procedures zoals beschreven in het protocol te verbeteren, waarbij we meer de nadruk willen leggen op kwaliteit en deze minder administratief belastend maken.</p>

2.2.6 Experiment Zeeuws model in de regio Rotterdam

Vragen ten aanzien van het Experiment Persoonsvolgende bekostiging in de regio Rotterdam worden in een aparte Nota van Inlichtingen gepubliceerd. Deze publicatie vindt uiterlijk 8 juli 2016 plaats op onze website.

3 Welke zorg kopen wij in?

3.1 Zilveren Kruis koopt voor 10 zorgkantoorregio's gehandicaptenzorg in

Vraag	Antwoord
Zitten Rotterdamse aanbieders sowieso in het experiment, of deels?	Zorgaanbieders die zorg willen leveren aan GZ- cliënten met een Wlz indicatie in de regio Rotterdam doen dit in 2017 per definitie onder het betreffende experiment (met uitzondering van PGB). Zie voor de afbakening ook het specifieke zorginkoopbeleid voor het Experiment Persoonsvolgende bekostiging voor de regio Rotterdam 2017.

3.2 De zorg wordt ingekocht in kavels

Vraag	Antwoord
<p>In het inkoopbeleid staat op pagina 53 'Feitelijk is het met bovenstaande systematiek niet meer nodig dat zorgaanbieders op kavels offrenen. Alleen zorgaanbieders die nog niet beschikken over een overeenkomst voor 2017 met Zilveren Kruis (nieuw en bestaand) vragen wij in hun offerte aan te geven in welke kavels zij productieafspraken wensen te maken met Zilveren Kruis en bijbehorende vragen te beantwoorden. Overigens geldt dat wanneer niet conform huidige definities van de kavels wordt geoffreerd Zilveren Kruis bepaalt in welke kavel een zorgaanbieder wordt geplaatst. Zie hoofdstuk 5.2.4 van dit zorginkoopdocument (deel 2) voor verdere toelichting op de offerte.'</p> <p>In de applicatie staat aangegeven: Let op: indien u een offerte voor de sector GZ indient hoeft u deze vraag niet te beantwoorden.</p> <p>Is het de bedoeling dat nu wel of niet aangegeven moet worden voor welke kavels het wenselijk is om productieafspraken te maken?</p>	<p>Bestaande zorgaanbieders bij Zilveren Kruis voor de gehandicaptenzorg vallen met hun volledige productie in een en dezelfde kavel. Uitzondering wordt hierop gevormd door crisiszorg, meerzorg en zorg geleverd in de kavel GZ Rotterdam. Zorgaanbieders die nieuw zorgaanbod willen ontwikkelen hoeven dit alleen in de inkoopapplicatie kenbaar te maken wanneer er sprake is van nieuw zorgaanbod in de kavel GZ Rotterdam (zie zorginkoopdocument Wlz Experiment persoonsvolgende bekostiging GZ Rotterdam). Ander nieuw zorgaanbod wordt na positieve beoordeling van de offerte toegevoegd aan de bestaande afspraken in de bestaande kavel. Op gelijke wijze kunnen zo ook crisis en meerzorgafspraken worden opgesteld in de daarvoor aangewezen kavels. Voor alle duidelijkheid: u hoeft in de offerteapplicatie niet aan te geven in welke regio u zorg gaat leveren.</p>
Mijn vraag is: wanneer komt een zorgaanbieder in aanmerking voor de kavel	Enkel zorgaanbieders die SGLVG of epilepsiezorg bieden komen in de kavel

specialistische zorg? Wij zijn van mening dat wij ook specialistische zorg bieden.	Specialistisch. Plaatsing in de kavel Specialistisch vindt alleen plaats op zorgaanbiederniveau. Oftewel: Zilveren Kruis plaatst aanbod van zorgaanbieders met specialistisch aanbod volledig in de kavel Specialistisch en niet slechts een deel van hetgeen de zorgaanbieder levert. Uitzondering hierop betreft de prestatie Crisis.
Het keuze-kavel heeft alle zorgvormen, geldt dit ook voor het specialistische kavel?	Dit geldt ook voor de kavel Specialistisch.
Wat zijn voor het zorgkantoor de criteria geweest om enkel zorgaanbieders met een SGLVG of epilepsie aanbod toe te laten in het specialistisch kavel?	De reden waarom Zilveren Kruis alleen SGLVG en Epilepsie aanbieders heeft aangemerkt voor de kavel Specialistisch, komt voort uit de beperkte keuze die wij voor cliënten zien die aangewezen zijn op deze zorg.
Indien een aanbieder Crisiszorg biedt, klopt het dat deze zorg in het kavel Specialistisch valt en diens overige GZ-productie in het kavel Keuze ?	Deze stelling is juist. Enkel voor de prestatie Crisis is de uitzondering gemaakt dat deze naast de kavel Keuze kan bestaan. Zorgaanbieders in de keuze Kavel die ook crisiszorg bieden vallen enkel voor hun crisisprestaties in de kavel Specialistisch.
Indien een aanbieder SGLVG zorg biedt, komt dan ook diens overige GZ - productie in het kavel Specialistisch ? Of valt die in de Keuze kavel ?	Zorgaanbieders die SGLVG zorg bieden vallen met hun volledige productie onder de kavel Specialistisch.
In de specialistische kavel worden SGLVG en epilepsie als specialistische functies genoemd. Is dit een limitatieve opsomming of kunnen ook andere specialistische functies in het deze kavel gecontracteerd worden?	In de kavel Specialistisch gaat het, met uitzondering van de crisisprestaties, om zorgaanbieders met een specialistische aanbod en niet om losse specialistische functies/prestaties. De zorgaanbieders die een SGLVG of Epilepsie aanbod hebben vallen dan ook met hun volledige productie onder deze kavel Specialistisch, daarmee betreft dit een limitatieve opsomming.
Geldt het specialistische kavel voor aanbieders die zorg aanbieden, i.h.k.v. dagbesteding (bijv. H8.. serie) en behandelprestaties? Onze organisatie levert een specifieke behandelproduct vandaar.	Tot de kavel Specialistisch hoort alle zorg geleverd door zorgaanbieders die een SGLGV of epilepsie aanbod hebben.

<p>Waarom kan er niet gekozen worden om van het keuze kavel naar het specialistische kavel te gaan terwijl dit andersom wel mogelijk is?</p>	<p>Omdat de kavel Specialistisch andere kenmerken in zich heeft die gepaard gaat met andere garanties. Tevens is het in het kader van de persoonsvolgendheid ons doel zo min mogelijk zorg in de kavel Specialistisch te plaatsen.</p>
<p>De zorgaanbieder garandeert dat de onderaannemer aan alle eisen voldoet die in de inkoopprocedure zijn gesteld. Indien een onderaannemer waar een zorgaanbieder al jarenlang een deel van de zorg uitbesteedt en deze onderaannemer heeft onder verscherpt toezicht gestaan en is in gesprek geweest met het zorgkantoor over financiële problemen waardoor de continuïteit van zorg bij betreffende onderaannemer in gevaar is geweest heeft dit dan gevolgen voor de kavellindeling van de zorgaanbieder?</p>	<p>Dit kan inderdaad gevolgen hebben. De zorginkoper van Zilveren Kruis beoordeelt de huidige situatie van de betreffende onderaannemer voor de contracterende instelling conform het geformuleerde beleid voor de restrictiekavel, alvorens de terugkoppeling op de offerte te geven op 26 augustus 2016. Mocht dit leiden tot plaatsing in de restrictiekavel, dan merken wij op dat zorgaanbieders altijd gedurende het jaar omgezet kunnen worden naar de keuzekavel wanneer de kwaliteit en/of financiële situatie weer als stabiel wordt beoordeeld door Zilveren Kruis.</p>
<p>Indien voorgaande vraag met ja wordt beantwoordt wordt dan gehele productieafspraken in een restrictiekavel geplaatst of alleen de zorg die door de onderaannemer wordt verleend?</p>	<p>Zorgaanbieders worden m.u.v. crisis en Meezorg altijd volledig in een kavel geplaatst. Zorgaanbieders worden dan ook, wanneer van toepassing, met hun volledige afspraak in de restrictiekavel geplaatst.</p>
<p>Indien de productieafspraken door Zilveren Kruis in de restrictiekavel wordt geplaatst is een meerjarencontract mogelijk?</p>	<p>Met zorgaanbieders in de kavel Restrictie kan ook een meerjarige overeenkomst 2017-2018 worden gesloten, indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - geen van de in het landelijke inkoopkader geformuleerde uitsluitingsgronden voor een meerjarige overeenkomst van toepassing zijn (zie 2.2.5 van het landelijke inkoopkader (deel 1)) èn - de zorgaanbieder bereid is om transparant te zijn over zijn kwaliteitsgegevens zoals geformuleerd onder 5.4 van het zorginkoopdocument van Zilveren Kruis voor de gehandicaptenzorg (deel 2).
<p>Is tariefopslag mogelijk indien de productie door Zilveren Kruis in de restrictiekavel wordt geplaatst?</p>	<p>Plaatsing in de kavel Restrictie is geen uitsluitingsgrond voor het overeenkomen van een tariefopslag, wanneer aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan.</p>

<p>Als je kijkt naar de communicerende vaten van de PGB en zorg in natura, hoe verhoudt zich dat tot de nieuwe kavelindeling?</p>	<p>Als uitgangspunt voor deze kavelindeling stellen we dat alle leveringsvormen gelijk zijn. PGB is een gelijkwaardig alternatief wat buiten deze zorginkoopprocedure valt.</p>
<p>Wordt de kavelindeling regionaal losgelaten?</p>	<p>Ja, de aard van de zorgaanbieder en aard van het aanbod zijn in het inkoopbeleid 2017 het uitgangspunt voor de verkaveling. Onze inschatting is dat 90% van de productie in de keuze-kavel wordt geleverd.</p>
<p>Is kwaliteit niet geborgd wanneer je als aanbieder met een locatie onder toezicht staat?</p>	<p>Zilveren Kruis stelt niet dat er geen goede kwaliteit geleverd wordt wanneer er 1 locatie onder toezicht staat. Of wij een aanbieder als niet-stabiel ervaren in relatie tot de kavel Restrictie heeft te maken met aard en de omvang van eventuele maatregelen van de IGZ.</p>
<p>Betreft de zinsnede dat uitbreiding van gecontracteerde zorg die buiten eigen zorgkantoor wordt geleverd in principe niet mogelijk is. Op grond van welke criteria wordt beoordeeld dat uitbreiding wel mogelijk is?</p>	<p>Er is hier bewust gekozen voor 'in principe'. Zilveren Kruis wil geen nieuwe afspraken maken voor de kavel Bovenregionaal. Tot op heden denken wij dat de enige uitzondering hierop gevormd zou kunnen worden door cliënten met een complexe zorgvraag waarvoor wij binnen onze regio's niet (tijdig) in een passend aanbod kunnen voorzien.</p>
<p>Ten aanzien van de Meerzorg Kavel: voor zittenden cliënten hoeft voor 2017 niet geoffreerd te worden. Indien er geen zittende cliënten zijn kan het kavel geopend worden indien een cliënt zich meldt of indien voor een zittende cliënt opschaling nodig is. Hoef je als zorgaanbieder dus ook voor deze groep cliënten niet te offeren?</p>	<p>De kavel Meerzorg GZ is bedoeld voor die zorg aan cliënten waarvoor een meerzorgbeschikking is afgegeven of afgegeven wordt, geldig in 2017. Voor zorgaanbieders die reeds cliënten met Meerzorg in zorg hebben en over een afspraak voor de kavel Meerzorg GZ beschikken in 2016, loopt deze bij het indienen van een offerte automatisch door naar 2017. Zorgaanbieders die nog geen afspraak hebben voor de kavel Meerzorg, maar deze wel verwachten, dienen in de offerte applicatie aan te geven voor deze kavel een afspraak te willen maken. Wanneer er voor 2017 initieel geen afspraak tot stand komt voor de kavel Meerzorg, maar er gedurende 2017 toch een positieve beschikking wordt afgegeven, kan de kavel Meerzorg in overleg met de zorginkoper open worden gesteld.</p>

3.3 Bijzonderheden ten aanzien van specifieke zorgvormen

Vraag	Antwoord
<p>Zijn er ontwikkelingen op het gebied van het vervoerscomponent voor specifieke groepen?</p>	<p>In aanvulling op 3.3 in het zorginkoopdocument van Zilveren Kruis lichten wij toe dat wij de knelpunten die zorgaanbieders ervaren bij het vervoer aan specifieke doelgroepen onder de aandacht hebben gebracht bij VWS en NZa. Als gevolg daarvan zijn wij hierover met de NZa in gesprek geweest en zij hebben aangegeven de problematiek serieus te nemen. Gezien de complexiteit in afbakening van doelgroepen verwacht Zilveren Kruis echter voor 2017 helaas geen aanpassing van de beleidsregels op dit punt.</p>
<p>Naast het aandachtspunt omtrent de WLZ-indiceerbaren speelt ook het knelpunt Behandeling groep bij kinderen in KDC's. Dit lijkt niet te passen in MPT. Hier moet ook een uitspraak over komen.</p>	<p>Het knelpunt voor wat betreft de inzet van Behandeling groep voor kinderen die thuis wonen hebben wij nadrukkelijk op ons netvlies staan. Zilveren Kruis werkt momenteel aan een voorstel om de inzet van behandeling groep bij MPT en PGB cliënten toegankelijker te maken waar nodig. Dit vraagt echter nog afstemming met de andere zorgkantoren. Voor wat betreft de cliënten met de status Wlz indiceerbaren komt er op zeer korte termijn meer duidelijkheid over afspraken met betrekking tot het 'vangnet'. Zilveren Kruis heeft er vertrouwen in dat de inzet van behandeling groep voor deze cliënten onder het vangnet gecontinueerd kan worden. Uitsluitel over het 'vangnet' volgt naar verwachting in juli 2016.</p>

3.3.1 Voor de inzet van crisisplekken werkt Zilveren Kruis met een eigen crisisregeling

3.3.2 De mogelijkheden tot de inzet van behandeling MPT voor Wlz cliënten

3.3.3 Het declareren van de prestatie Verblijf tijdelijk voor cliënten die logeren

3.3.4 Schoonmaak MPT

3.3.5 Regionale knelpunten

4 Bij wie kopen wij zorg in?

4.1 Wij kopen gehandicaptenzorg in bij bestaande zorgaanbieders

4.1.1 Ook bestaande zorgaanbieders komen in aanmerking voor afspraken over nieuw zorgaanbod

Vraag	Antwoord
Moeten zorgaanbieders die al beschikken over een overeenkomst met Zilveren Kruis voor Wlz zorg die nieuw zorgaanbod willen ontplooiën in 2017 hierop een toelichting geven bij de offerte?	Ter verduidelijking en in aansluiting op de categorieën aanbieders zoals beschreven in het Landelijke inkoopkader (zie 2.2.2 deel 1): - zorgaanbieders categorie 1 moeten een toelichting geven op eventueel nieuw zorgaanbod bij de indiening van de offerte 2017. Zilveren Kruis verwacht met deze toelichting inzicht te krijgen in het te ontwikkelen aanbod. Zorgaanbieders kunnen voor de inhoud gebruik maken van hetgeen aangegeven bij 'bedrijfsplan' in Bijlage 5 'bewijsstukken nieuwe zorgaanbieders'. - Zorgaanbieders categorie 2 dienen bij de offerte een toelichting mee te sturen zoals geformuleerd onder nieuw zorgaanbod in tabel 2 van Bijlage 5 'bewijsstukken nieuwe zorgaanbieders'

4.1.2 Zilveren Kruis stelt een eis aan de minimale omvang van zorglevering

4.1.3 Zorgaanbieders die in onze regio zorg leveren contracteren wij bij voorkeur rechtstreeks

4.2 Zilveren Kruis biedt ruimte aan nieuwe zorgaanbieders

4.3 Gebruik maken van derden voor de levering van zorg kent een meldplicht

Vraag	Antwoord
Bij onderaanneming zijn er inmiddels twee momenten dat wij opgave doen van de onderaannemers die wij contacteren. Op het moment, van zorginkoop als bijlage bij de offerte en na afloop van het jaar bij het invullen van Digimv. Is dit volgens het zorgkantoor, in het kader van administratieve lastenverlichting, niet voldoende om met deze twee momenten te volstaan?	Het zorgkantoor moet voorafgaand aan het inzetten van onderaannemers geïnformeerd worden over de inzet daarvan. Dit vragen wij omdat we uitdrukkelijk niet in kunnen stemmen met de inzet van een onderaannemer waarmee wij of anderen negatieve ervaringen hebben. Het achteraf melden via Digimv zou in het kader van de administratieve lasten een mooie verlichting zijn, maar volstaat helaas niet.

5 Hoe kopen wij zorg in?

5.1 Inkoopraming en contracteerruimte 2017

Vraag	Antwoord
Heeft het recent aangekondigde niet doorgaan van de bezuiniging van 500 miljoen nog gevolgen voor het beschikbare budget en/of de tariefstelling?	Zilveren Kruis had in haar zorginkoopbeleid voor 2017 niet geanticipeerd op de mogelijke korting van 500 miljoen voor 2017. Het definitief vervallen van deze korting, heeft dan ook geen effect op het inkoopbeleid 2017 van Zilveren Kruis.

5.2 Hoe bepalen we het volume?

5.2.1 Het geld-volgt-klant model is van toepassing op de keuze kavel

Vraag	Antwoord
In principe komt de initiële productieafspraken binnen het geld-volgt-klant model voor de kavel keuze tot stand door 97% van de volumes voortkomende uit de AW319 over periode 1-6 van 2016 te nemen. Vraag hierbij is als productiegroei zich voordoet in bijv. het 2e deel van deze periode, dan wordt dit onvoldoende doorvertaald naar de uitkomst voor het hele jaar? In hoeverre bent u bereid hiermee toch rekening houden?	Zilveren Kruis is niet voornemens hier rekening mee te houden. Gezien het geld-volgt-klant model in de keuze Kavel wordt eventuele productiegroei eind 2016 in 2017 direct meegenomen op basis van de declaraties, echter niet in het initiële budget.
In het zorginkoopbeleid Zilveren Kruis 2017 Wlz gehandicaptenzorg geeft u het volgende aan: Zorgaanbieders dienen in 2017 hun zorginkoper te informeren wanneer er: - 5 cliënten in aantal gaan muteren tussen leveringsvormen, en - ledere voorgenomen groei boven 103% van de aantallen cliënten in het Initieel budget (blz. 59) Hoe gaat u deze informatieplicht in de praktijk vorm geven, zonder dat dit leidt tot onnodige administratieve lasten voor de zorginstelling?	Zilveren Kruis heeft besloten de uitwerking van de informatieplicht zoals genoemd onder 5.2.1 anders vorm te geven. In 2017 integreren wij deze informatieplicht in de periodieke zorgkostenbeoordeling zoals u die nu van ons gewend bent. Dit betekent dat u in tegenstelling tot hetgeen beschreven, niet op eigen initiatief mutaties vooraf bij Zilveren Kruis hoeft te melden, maar dat wij u vragen bij de periodieke beoordeling van de zorgkosten uw verwachte mutaties (positief en negatief) concreet te maken in een prognose. Op deze manier borgen wij een betere inschatting te kunnen maken van de verwachte kostenontwikkeling in 2017. Tevens geeft dit de zorginkoper gelegenheid de zorgaanbieder te bevragen op overwegingen (van cliënten) bij de

	<p>verwachte mutaties. De periodieke beoordeling van de zorgkosten vindt in principe tweemaandelijks plaats.</p> <p>Met deze wijziging is de eerder genoemde 103% van het IB als referentiepunt komen te vervallen.</p> <p>De rol van informatieplicht bij herschikking, zoals geformuleerd onder 6.2 in de prioriteitstelling blijft in aangepaste vorm gehandhaafd. Mutaties die door de zorgaanbieder niet zijn meegenomen in de periodieke zorgkostenbeoordeling komen als gevolg van bovenstaand beleid te vallen onder prioriteit 4.</p>
<p>In par. 5.2.1 wordt beschreven dat Zilveren Kruis een meldplicht introduceert bij een mutatie in leveringsvorm van meer dan 5 cliënten of bij een groei boven 103% van het aantal cliënten. Is deze meldplicht niet in tegenspraak met het geld-volgt-klant-model waarbij de zorgaanbieder alle cliënten kan opnemen die voor hen kiezen? En kunt u aangeven waarom voor deze meldplicht is gekozen?</p>	<p>Zie voorgaand antwoord met betrekking tot het gewijzigde beleid rondom de informatieplicht.</p> <p>Zilveren Kruis is van mening dat een informatieplicht niet haaks staat op de persoonsvolgende bekostiging. Reden om een informatieplicht te integreren in de zorgkostenbeoordeling is niet om de keuze van de cliënt te beïnvloeden, maar om de overwegingen van cliënten en aanbieders te kennen en om goede inzage te hebben in de verwachte kostenontwikkeling.</p>
<p>Moet de informatieplicht , waarbij mutaties dan wel groei gemeld wordt, gezien worden als een verzoek om toestemming, dan wel als een mededeling?</p>	<p>De informatieplicht, ook in de bijgestelde vorm, moet gezien worden als een mededeling. Uitgangspunt is dat de keuze van de cliënt gevolgd wordt. Zilveren Kruis vraagt zorgaanbieders vooraf informatie te geven over mutaties (groei, krimp en verschuivingen tussen leveringsvormen) om zo de gelegenheid te hebben zorgaanbieders actief te bevragen op de aard, wenselijkheid en impact van de voorgenomen mutatie en de eventueel daarmee gepaard gaande risico's.</p>
<p>Realiseert het zorgkantoor dat de informatieplicht betreffende 5 cliënten per leveringsvorm dan wel een grotere groei dan 103% voor grotere zorginstellingen een behoorlijke verhoging van de administratieve lastendruk met zich meebrengt?</p>	<p>Zilveren Kruis realiseert zich dat ook de bijgestelde informatieplicht enige administratieve druk met zich meebrengt. Het integreren in de periodieke zorgkostenbeoordeling maakt deze administratieve lasten al substantieel minder. Zilveren Kruis is van mening dat zij zorgaanbieders in een systeem met andere financiële onzekerheden goed moet kunnen</p>

	<p>informereren. Actuele en correcte informatie is hierbij essentieel. Ons inziens weegt de administratieve last bij deze informatieplicht op tegen de inzage die het geeft in de kosten en de ruimte voor ondernemen die dit nieuwe model met zich meebrengt.</p>
<p>Moet er achteraf nog melding gemaakt worden van een grotere mutatie dan 5 cliënten per leveringsvorm, dan wel boven 103% groei? Dit is namelijk niet altijd vooraf in te schatten. Of volstaat de realisatie via de AW319 en AW320 dan voor het zorgkantoor?</p>	<p>Zoals aangegeven bij de prioriteitstelling van de herschikking 2017 volstaat het achteraf melden via AW319/320 niet.</p>
<p>Het definitief voor 2017 af te spreken volume hangt af van de keuze van de cliënt, voor zover passend binnen de beschikbare contracteerruimte. Welke contracteerruimte wordt hier bedoeld? Die van de zorgaanbieder, het zorgkantoor, de regio dan wel landelijk</p>	<p>Het betreft hier de totale contracteerruimte zoals deze binnen de tien regio's van Zilveren Kruis voor 2017 specifiek voor de gehandicaptenzorg wordt aangemerkt.</p>
<p>Om als zorgaanbieder inzicht te krijgen op de ontwikkeling van de contracteerruimte is het van belang dat het zorgkantoor de publicatie zorgkosten eerder op de website zet. Nu is dit ruim 2 maanden na het einde van de maand. U heeft op 16 juni de kosten P03 gepubliceerd. Zorgaanbieders moeten binnen 2 weken na einde van de maand de AW319 hebben ingediend. Waarom heeft het zorgkantoor vervolgens 2 maanden nodig om te publiceren?</p>	<p>Zilveren Kruis onderschrijft de constatering dat de publicatie van de zorgkosten door Zilveren Kruis tot op heden circa 9-10 weken na afloop van de periode plaatsvond. In dit zorginkoopdocument voor 2017 beschrijven we bewust onze eigen informatieplicht richting zorgaanbieders. Na ontvangst van de gedeclareerde zorg bij Zilveren Kruis hebben wij echter nog tijd nodig om deze te verwerken en te beoordelen, dit vraagt nog enkele weken in onze keten. Zilveren Kruis streeft er naar in 2017 uiterlijk 7 weken na afloop van de betreffende periode de zorgkosten te publiceren. Wij onderzoeken momenteel de mogelijkheden om dit proces te versnellen.</p>
<p>Zilveren Kruis kiest er voor om bij een verwachte overschrijding op de contracteerruimte het geld-volgt klant model niet direct om te zetten naar een vast volume afspraak, maar te publiceren over welk deel van het volume alle zorgaanbieders in deze kavel risico lopen. Dit risico betreft dan een percentage van de (verwachte) geleverde intramurale volumes in 2017 en niet op volumes op de VPT en MPT prestaties in deze kavel. Dit wordt gedaan om zo lang als mogelijk de keuze</p>	<p>Uitgangspunt in het zorginkoopdocument 2017 is dat de keuze van de cliënt voorop staat. Om die reden hebben we in de wijze van inkopen ook alle leveringsvormen aan elkaar gelijk gesteld. Gezien het beperkte aandeel MPT en VPT binnen de gehandicaptenzorg bij Zilveren Kruis heeft het bij een overschrijding toepassen van een procentuele korting ook op de zorg geleverd in MPT en VPT maar een marginaal effect op de korting. Omdat we als Zilveren Kruis de afgelopen jaren nadrukkelijk ingezet</p>

<p>van de cliënt in het jaar te kunnen blijven volgen en zorgaanbieders niet te belemmeren in hun ondernemerschap. We laten de VPT en MPT prestaties buiten beschouwing omdat we een prikkel op het versterken van de eigen regie van de cliënt willen blijven geven.</p> <p>Geld volgt klant principe geldt, maar als de klant nu bewust kiest voor intramurale zorg in een ZZP (en bewust niet voor VPT of MPT? Kunt u dit toelichten waarom er voor deze oplossing is gekozen?</p>	<p>hebben op VPT en MPT als doelmatige alternatieven voor intramurale opname en omdat we het blijven bieden van een extramuraal alternatief voor cliënten binnen de Wlz willen stimuleren hebben we er voor gekozen deze zorg buiten de procentuele korting te houden.</p>
<p>Is het naast de publicatie van de benutting van de contracteerruimte ook mogelijk om periodiek informatie te verstrekken inzake regionale wachtlijsten per doelgroep?</p> <p>Kent u de regioscan van Menzis? Bent u voornemens om soortgelijke informatie met de zorgaanbieder te delen?</p>	<p>Zilveren Kruis is niet voornemens om periodiek informatie te verstrekken over de wachtlijsten per doelgroep. Het kan wel informatie zijn die wij in de ketenoverleggen voor cliënten met een complexe zorgvraag inbrengen (zie Deel 2, paragraaf 2.3.4 van het zorginkoopbeleid Wlz GZ 2017).</p>

5.2.2 Het 'budget' model geldt voor een drietal kavels in 2017

Vraag	Antwoord
<p>De initiële budgetafspraken is gebaseerd op de realisatie over de periode 1-6 2016. Op welke wijze worden eventuele bijstellingen in de herschikking 2016 vertaald naar het Initiële budget 2017?</p>	<p>Zoals geformuleerd onder 5.2.2 werkt de definitieve herschikking 2016 niet door in de initiële productieafspraken 2017. Voor alle kavels waarvoor een geld-volgt-klant model van toepassing is doen deze afwijkingen ook niet echt ter zake. Zorgaanbieders met afspraken in de kavel Specialistisch en Bovenregionaal kunnen, wanneer er sprake is van substantiële afwijkingen ten opzichte van de herschikking 2016, bezwaar maken tegen het initiële budget zoals dat teruggekoppeld wordt op 26 augustus 2016. Continuïteit van zorg aan bestaande cliënten is voor deze kavels een uitgangspunt.</p>
<p>In paragraaf 5.2.2. stelt u dat voor de bepaling van de initiële afspraak in het budgetmodel de volumes uit de AW319 van periode 1-6 genomen worden. De niet-bezette dagen Crisiszorg worden echter niet aangeleverd in de AW319. Op welke wijze wordt de initiële afspraak van deze zorg bepaald, wanneer de afspraak gemaakt is dat voor Crisiszorg de beschikbaarheid</p>	<p>Het klopt dat hier in het zorginkoopdocument niet concreet op in wordt gegaan. De initiële afspraak voor crisis kent een toekenning van 100% in de kavel Specialistisch. Het betreft hier echter niet 100% van de AW319, maar 100% van het aantal overeengekomen crisisplekken voor 2017. Zie Deel 2, paragraaf 3.3.1 van het zorginkoopbeleid Wlz GZ 2017.</p>

gefinancierd wordt in plaats van de bezettingsgraad?	
--	--

5.2.3 De Meerzorg kavel kent een eigen inkoopmodel

Vraag	Antwoord
Bij de Meerzorg 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?	De kavel Meerzorg kent inderdaad een optie tot het korten op de tarieven in deze kavel indien de gereserveerde ruimte voor Meerzorg niet toereikend blijkt te zijn voor 2017. Deze korting is niet gemaximeerd, maar het is de afgelopen twee jaar 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.

Ten aanzien van Figuur 5

Vraag	Antwoord
In principe komt de afspraak tot stand door 97% van de volumes over periode 1-6 van 2016 te nemen. Dit is zes maanden. Wordt dit vervolgens nog met de factor 2 vermenigvuldigd?	Voor zover verzuimd in het zorginkoopdocument Wlz 2017 voor de gehandicaptenzorg te vermelden betreft het hier een lineaire extrapolatie van de volumes voortkomende uit de AW319 van periode 1-6 van 2016.

5.2.4 Wat moeten zorgaanbieders in de offerte 2017 aangeven over het verwachte volume?

Vraag	Antwoord
Met bestaande zorgaanbieders die nieuw zorgaanbod offren, worden na beoordeling 1-afspraken gemaakt. Hoe staat dit in verhouding tot de informatieplicht (p. 59), want er ontstaat direct groei t.o.v. de eerste afspraak? Moeten bestaande zorgaanbieders ook een ondernemingsplan indienen?	Bestaande zorgaanbieders die nieuw aanbod willen ontwikkelen dienen een toelichting bij te voegen bij de offerte. Deze toelichting dient elementen van een ondernemingsplan te bevatten. Zie hiervoor 2.2.2 en bijlage 5 van het landelijke inkoopkader (deel 1) en 4.1.1 van het zorginkoopdocument van Zilveren Kruis (deel 2). Zilveren Kruis maakt met zorgaanbieders in het inkoopgesprek afspraken over de informatieplicht bij de voorgenomen mutaties. Zoals eerder gesteld is het referentiepunt van 103% van het initiële budget hierbij komen te vervallen.

5.2.5 Voorwaarden aan de in te kopen prestaties 2017

5.2.6 Zorgaanbieders ontvangen een terugkoppeling op de ingediende offerte 2017

5.3 Hoe komen wij tot ontwikkelafspraken en wordt het tarief vastgesteld?

5.3.1 We komen weer in dialoog tot afspraken over het tariefpercentage

5.3.2 De zelfanalyse als basis voor verbetering

Vraag	Antwoord
In par. 5.3.2. wordt met betrekking tot het beoordelingskader van de zelfanalyse verwezen naar paragraaf XX van het Landelijk Inkoopkader. Welk paragraafnummer wordt hier bedoeld?	Per abuis is hier 'XX' opgenomen. De verwijzing die Zilveren Kruis hier wilde maken is een verwijzing naar paragraaf 2.2.4 van het Landelijk Inkoopkader (deel 1).
Wij willen bijlage 4a (zelfanalyse light) toevoegen als bijlage alleen kunnen wij deze niet uploaden. Wel dient bijlage 4b toegevoegd te worden (alleen deze bijlage is niet van toepassing aangezien wij een tweejarige overeenkomst hebben).	Landelijk is gesteld dat alle tariefsopslagen 2017 onderbouwd moeten zijn door een ontwikkelplan. Zilveren Kruis vraagt daarom alle zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een opslag op het tarief een voorstel voor het ontwikkelplan 2017 bij te voegen bij de offerte. Dit geldt ook voor aanbieders met een tweejarige overeenkomst. Vandaar dat dit in onze inkoopapplicatie als verplichte bijlage is aangemerkt. Het ontwikkelplan kan voor zorgaanbieders grotendeels gelijk zijn aan dat van 2016. Indien zij ontwikkelafspraken hebben gemaakt met een meerjarig perspectief dan, moeten voor 2017 wel weer nieuw resultaten overeen worden gekomen. Hoe niet verplichte bijlagen kunnen worden toegevoegd staat beschreven in de handleiding bij onze inkoopapplicatie zoals gepubliceerd op onze website.

5.3.3 Zorgaanbieder stellen zelf een ontwikkelplan voor

Vraag	Antwoord
Kun je als zorgaanbieder bij het indienen van de ontwikkelplannen een voorstel doen voor de bijbehorende tarief toeslag?	Ja. Zoals in het Zorginkoopbeleid van Zilveren Kruis voor de gehandicaptenzorg beschreven onder paragraaf 5.3.3 (2e alinea) vragen wij zelfs expliciet aan zorgaanbieders, naast een inhoudelijk voorstel voor een ontwikkelplan, ook een voorstel te doen voor de tariefsopslag per individuele ontwikkelafpraak in het

	<p>ontwikkelplan. Dit beleid is specifiek voor Zilveren Kruis. Bijlage 4b Voorstel Ontwikkelplan 2017 zoals beschikbaar gesteld in onze inkoopapplicatie voorziet in de mogelijkheid om dit voorstel voor tariefsopslag bij de ontwikkelafpraak te vermelden.</p>
<p>Er van uitgaande dat één ontwikkelplan uit meerdere afzonderlijk te meten resultaten bestaat. Mag dan voor elk resultaat een eigen opslag% op het tarief bepaald worden? Of geldt er slechts één opslag% per ontwikkelplan en zou je dan het plan moeten splitsen in meerdere plannen als je toch per afzonderlijk resultaat graag een opslag% wil indienen?</p>	<p>Een ontwikkelplan bestaat uit meerdere ontwikkelafspraken. Iedere afzonderlijke ontwikkelafpraak kent een eigen resultaat met daaraan gekoppeld een tariefpercentage, dat de zorgaanbieder zelf kan voorstellen. Het is mogelijk om voor één ontwikkelafpraak verschillende resultaten met een verschillende ambitie voor te stellen en daaraan tariefopslagen te koppelen. Bij beoordeling wordt logischerwijs het percentage toegekend wat gekoppeld is aan het behaalde resultaat van de betreffende ontwikkelafpraak. Het totaal aan voorgestelde opslagen voor het gehele ontwikkelplan mag niet meer dan 3% betreffen.</p> <p>Zie ook voorgaand antwoord. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat een onderdeel van de ontwikkelafpraak uit samengestelde delen bestaat, met elk een eigen tariefpercentage. In dat geval dient de afspraak in onderdelen opgesplitst te worden.</p>
<p>Wij hebben een tweejarige overeenkomst. Enkele afspraken in het ontwikkelplan hebben een einddatum eerder dan eind 2017. Kunnen wij volstaan met een verdieping/aanvulling op deze ontwikkelplannen voor de afspraak 2017?</p>	<p>De tariefsopslag van 3% voor 2017 moet ook voor aanbieders met een meerjarencontract onderbouwd zijn met een ontwikkelplan. Voor aanbieders die al ontwikkelafspraken hebben die doorlopen in 2017 vragen wij enkel een nieuw beoogd resultaat 2017 met een voorstel voor de opslag. De totale opslag 2017 kan niet meer zijn dan 3%.</p>
<p>Wij hebben een tweejarige overeenkomst en hebben in de ontwikkelplannen afspraken voor 2016 én 2017 gemaakt. Volgens afspraak hebben we begin juni de tussenevaluatie ingediend. Moeten wij ondanks het feit dat de ontwikkelafspraken voor 2 jaar zijn gemaakt een nieuw formulier ontwikkelafspraken voor 2017 indienen?</p>	<p>Wij verwachten van aanbieders die ontwikkelafspraken hebben gemaakt met een meerjarig karakter alleen kort in het format het nieuwe resultaat voor 2017 formuleren, voorzien van een voorstel voor de tariefsopslag. Zorgaanbieders kunnen dus volstaan met het indienen van die inhoud in het format 2017 zodat de inkoper weet wat de inhoud en de ambitie voor</p>

	2017 wordt.
Hoeveel ontwikkelafspraken dienen er gemaakt te worden?	Het aantal ontwikkelafspraken is in het Landelijke inkoopkader niet gemaximeerd. Het format geeft ruimte aan maximaal 5 ontwikkelafspraken. Zilveren Kruis vindt dit een mooi uitgangspunt voor het maximaal overeen te komen aantal ontwikkelafspraken. Zorgaanbieders moeten echter dat aantal ontwikkelafspraken voorstellen wat past bij hun organisatie, prioriteiten en slagkracht.
Kunnen de ontwikkelingsafspraken met een meerjarig karakter die voor 2016 afgesproken zijn worden meegenomen naar 2017 of dienen er nieuwe afspraken gemaakt te worden?	Deze ontwikkelafspraken kunnen vanzelfsprekend meegenomen worden naar 2017. Zilveren Kruis en zorgaanbieder komen dan weer een nieuw resultaat voor 2017 overeen.

5.3.4 Voorstel voor ontwikkelplan in de offerte

Vraag	Antwoord
In par. 5.3.4 wordt geschreven dat de minimale eisen waaraan het ontwikkelplan moet voldoen staan verwoord in par. 2.2.5 van het Landelijk Inkoopkader. Is deze verwijzing wel juist? Moet dit niet par. 2.2.4 zijn?	Het is juist dat de minimale eisen aan het ontwikkelplan bij indiening van de offerte staan verwoord in 2.2.4 van het Landelijke inkoopkader (deel 1). In 2.2.5 wordt beschreven waaraan deze moeten voldoen bij het definitief vaststellen voor 2017.
Vorig jaar moesten de kosten van de investering, die door de instelling werden gedaan voor een bepaald ontwikkelplan minstens 50% van de opslag bedragen. Geldt deze regel nu weer? Zo nee, wat zijn dan de (concrete) criteria waarop de weging van een ontwikkelplan wordt beoordeeld.	Zilveren Kruis beoordeelt het ontwikkelplan 2017 volgens het beoordelingskader zoals verwoord onder 2.2.5 in het Landelijke Inkoopkader. Het tweede punt stelt dat de ambitie en inspanning in verhouding moeten staan met de aard, omvang en verbetercapaciteit van de zorgaanbieder. Zilveren Kruis gebruikt de gegeven uit het ontwikkelplan aangaande 'investeringen' als een van de indicatoren om dat te beoordelen. De beoordeling van Zilveren Kruis vindt niet plaats aan de hand van een puntentelling of vaste weging, maar vanuit een gemeenschappelijk referentiekader bij eerder genoemd beoordelingskader.

<p>In 5.3.4 wordt het voorstel ontwikkelplan genoemd. Op pagina 48 paragraaf 2.3.2 schrijft Zilveren Kruis: "Naast het beter toerusten en bevragen van cliënten voor de zorginkoopprocedure 2017 zien wij cliënten graag actief betrokken bij de totstandkoming en gedurende de dialoog over de ontwikkelplannen. Omdat wij de ontwikkelplannen benaderen vanuit de vraag: 'Wat levert het op voor de cliënt?' is de visie daarop van de cliënten(raad) nodig. Cliëntenraden moeten vooral zelf, in samenspraak met hun zorgaanbieder bezien hoe zij het contact hierover met het zorgkantoor vorm willen geven.' Is de mate waarin de cliënten(raden) betrokken zijn bij de ontwikkelplannen een criterium dat meeweegt bij de beoordeling van de ontwikkelplannen? Kunt u uw keuze toelichten?"</p>	<p>Zilveren Kruis gaat er van uit dat zorgaanbieders hun cliënten(raden) betrekken bij het komen tot een voorstel voor een ontwikkelplan 2017. Zorgaanbieders kunnen dan ook verwachten dat zorginkopers in de dialoog over het ontwikkelplan expliciet vragen naar de rol van cliënten (raden) in de totstandkoming van de plannen. Zilveren Kruis wil die ontwikkelafspraken overeenkomen die iets opleveren voor cliënten. In onze optiek bepalen dan ook alleen cliënten (of hun vertegenwoordigers) of de juiste ontwikkelafspraken worden gemaakt en de juiste resultaten worden beoogd. De mate waarin cliënten(raden) worden betrokken is geen criterium, voorwaarde is dat ze betrokken worden. Uitgangspunt is dat zorgaanbieder en cliënten (raden) samen een wijze van participatie overeenkomen die bij hen past, zoals gesteld kan dit per zorgaanbieder daarom verschillen.</p>
<p>Hoe gaan jullie om met de kwaliteit van de ontwikkelafspraken en hoe wordt deze kwaliteit beloond?</p>	<p>Waar Zilveren Kruis idealiter zou betalen voor kwaliteit in plaats van voor kwaliteitsverbetering ontbreekt het ons tot op heden aan een objectieve maat om deze kwaliteit te duiden. Tot die tijd kiest Zilveren Kruis er voor om in het belang van de cliënt de beweging te belonen in plaats van de feitelijk toegenomen kwaliteit.</p>
<p>Wanneer je als zorgaanbieder met meerdere zorgkantoren te maken hebt, is het dan mogelijk om dan bij de inkoop en ontwikkelplannen hiermee rekening te houden? Is er uniformiteit mogelijk?</p>	<p>We willen als zorgkantoren dit zo goed als mogelijk doen binnen de kaders en tijdlijnen van ons eigen regionale inkoopbeleid. Voor bovenregionale zorgaanbieders is afgesproken dat in principe afstemming plaatsvindt.</p>

Ter illustratie op de wijze waarop Zilveren Kruis verwacht ontwikkelplannen ingediend te krijgen publiceert Zilveren Kruis in de bijlage een paar voorbeelden om het niveau van uitwerking te illustreren.

5.3.5 De dialoog over de ontwikkelafspraken

Vraag	Antwoord
In het inkoopdocument wordt benoemd dat de definitieve beoordeling van de ontwikkelafspraken in januari 2018 plaats vindt en dat in de nacalculatie een eventuele correctie plaats vindt. Indien er sprake is van een correctie is dit dan alleen een mededeling of volgt er nog een gesprek met de zorgaanbieder waarin de correctie wordt toegelicht?	Uitgangspunt voor het dialoogmodel is dat zorgaanbieders en zorginkopers van Zilveren Kruis met regelmaat in gesprek zijn over de gemaakte ontwikkelafspraken en de vorderingen daarop. Het niet behalen van een ontwikkelafpraak is dan ook iets wat de inkoper samen met de zorgaanbieder constateert en waarover zij in gesprek zijn. De definitieve besluitvorming vindt echter plaats door Zilveren Kruis. Voor wat betreft de hoogte van de correctie geldt dat deze gelijk staat aan de financiële waarde van de met de niet behaalde ontwikkelafpraak gepaarde tariefsopslag * definitieve volumes in de nacalculatie 2017.

5.3.6 Nieuwe zorgaanbieders

5.4 Meerjarencontracten met aanbieders die transparant zijn over kwaliteit

Vraag	Antwoord
Indien we in aanmerking willen komen voor een tweejarig contract dienen we gegevens over inzet van deskundigheid te delen. Hoe moet die inzet en deskundigheid aangetoond/gedeeld worden?	Wanneer Zilveren Kruis deze inzage wil, vragen wij zorgaanbieders een format in te vullen en te retourneren.
Is 50% het maximale wat een aanbieder als initiële toekenning kan krijgen op overeengekomen tariefsopslag 2017?	Nee, de zorgaanbieders die participeren in het project Kwaliteit voor de cliënt transparant ("Meerjaren-plus") hebben een initiële toekenning van 100% van de overeengekomen tariefsopslag 2017.

5.5 Voorlopige terugkoppeling: vastlegging van uitkomsten inkoopgesprek

6 Op welke wijze stellen we de productieafspraken voor 2017 bij?

Vraag	Antwoord
Wordt de voorschotsystematiek gehandhaafd in 2017?	Het bevoorschottingsbeleid is nog niet bekend. Dit beleid volgt najaar 2016, maar wij verwachten voor 2017 consistentie in het beleid 2016. Zilveren Kruis wil in dit beleid recht doen aan continuïteit van zorg aan bestaande cliënten en volgt in ieder geval landelijke afspraken over bevoorschotting.

6.1 Naleving gemaakte afspraken

6.2 Herschikking 2017

Vraag	Antwoord
Tariefsopslagen zijn niet deelbaar tenzij de resultaten als zodanig zijn geformuleerd. Kan de zorgaanbieder een opslag opdelen waarbij per deel een smart geformuleerde afspraak wordt gemaakt ?	<p>Zorgaanbieders voorzien hun voorstel voor de ontwikkelafpraak van een voorstel voor de tariefopslag. De zorgaanbieder kan daarbij per onderdeel van de ontwikkelafspraken kiezen voor</p> <ul style="list-style-type: none">- één resultaat met één opslag- meerdere resultaten met een verschillend ambitieniveau en daarbij behorende tariefsopslagen. <p>Alleen indien bij het initieel vaststellen van de ontwikkelafspraken in oktober 2016 meerdere tariefpercentages worden gekoppeld aan één ontwikkelafpraak, dan kunnen deze bij de beoordeling ook als zodanig (getrapt) worden toegekend wanneer het bijbehorende resultaat behaald wordt. Wanneer er slechts één resultaat is geformuleerd, is er maar één opslag die niet deelbaar is. In de beoordeling kan een resultaat alleen wel of niet behaald zijn en wordt de tariefopslag op basis daarvan geheel wel/niet toegekend. Het totaal aan voorgestelde opslagen voor het gehele ontwikkelplan mag niet meer dan 3% betreffen.</p> <p>Voorbeeld: 1 van de ontwikkelafspraken betreft het verbeteren van de eigen regie, gemeten in % klanten dat positief is. Bij een resultaat</p>

	<p>van 25% klanten dat positief is, betreft de opslag 0,2%, bij 35% is de opslag 0,4% en bij 50% is de opslag 1%.</p> <p>Indien de zorgaanbieder minder dan 25% resultaat haalt, dan is de ontwikkelafpraak niet gehaald.</p>
<p>Over de herschikking 2017. In augustus 2015 ontvangen wij de herschikking 2015. Dit geeft de zorgaanbieder het voordeel dat al voorafgaand aan het budgetformulier NZa al bekend is waar de zorgaanbieder aan toe is. Wordt deze procedure ook zo in 2017 gevolgd?</p>	<p>Zilveren Kruis loopt nog niet vooruit op de herschikking 2017, anders dan geformuleerd in het zorginkoopbeleid 2017 voor de gehandicaptenzorg. Voor wat betreft de tijdlijn kunnen wij alleen aangeven dat in het kader van de persoonsvolgendheid het wenselijk is zo laat mogelijk in het jaar te herschikken. Wanneer de beleidsregels van de NZa ongewijzigd blijven, geldt 1 november van dat betreffende jaar als uiterste datum waarop de definitieve afspraken overeengekomen worden.</p>
<p>Zilveren Kruis schrijft dat het niet mogelijk is om overeengekomen resultaten gedurende 2017 bij te stellen, de wijze waarop de resultaten behaald worden kunnen in overleg met de zorginkoper van Zilveren Kruis wel aangepast worden. Het kan echter voorkomen dat voortschrijdend inzicht er toe leidt dat er beter andere gelijkwaardige afspraken kunnen worden geformuleerd die recht doet aan de ingezette ontwikkeling. Geeft Zilveren Kruis hiermee aan dat dit niet bespreekbaar is? Kunt u dit toelichten?</p>	<p>Het is op basis van de vraagstelling lastig beoordelen waarop bedoeld wordt of wat de zorgaanbieder met de vraagstelling voor ogen heeft. Zilveren Kruis komt voor 2017 wederom resultaten bij ontwikkelafspraken met zorgaanbieders overeen.</p> <p>Zorgaanbieders doen zelf voorstellen wat zij aan verbetering willen bereiken en hoe zij dit willen aanpakken. Zilveren Kruis snapt dat er gedurende het jaar dingen kunnen gebeuren waarop de wijze waardoor resultaten behaald worden bijgesteld moeten worden. Gezien de totstandkoming van de ontwikkelplannen en de wijze van beoordeling doet Zilveren Kruis geen concessies aan het afgesproken resultaat.</p> <p>Waar we aan de voorkant alle ruimte geven aan de zorgaanbieders om te komen met voorstellen op maat, zijn we aan de achterkant strikt en hanteren we het principe van afspraak is afspraak.</p>

6.2.1 Geld-volgt-klant model

Vraag	Antwoord
Er ontstaat spanning wanneer er sprake is van een steunpunt waar 24-uurszorg geleverd wordt waar een minimale omvang van cliënten voor nodig is en wanneer cliënten dan vertrekken naar een andere zorgaanbieder kan er geen 24-uurszorg meer geleverd worden.	Met dit nieuwe zorginkoopbeleid willen wij de keuze van de cliënt voorop stellen, wat nu geschetst wordt kan inderdaad een effect zijn. Dit is een risico wat we als Zilveren Kruis niet kunnen tegenhouden. De keuze van de cliënt staat voorop.
In par. 6.2.1 stelt u dat wanneer eerder in het jaar de procentuele korting op de intramurale volumes groter dreigt te worden dan 1,5%, u verwacht het geld-volgt-klant-model reeds om te zetten naar vaste volumes. Op welke wijze wordt er in deze situatie recht gedaan aan de persoonsvolgende bekostiging?	Wanneer bij een dreigende overschrijding van de contracteerruimte groter dan 1,5% over wordt gegaan naar vaste volume afspraken, dan volgt het geld niet meer de cliënt (voor zover meer zorg wordt geleverd dan wordt afgesproken) en stopt helaas de persoonsvolgende. Afhankelijk van het moment waarop dit plaats zou vinden, kan het natuurlijk wel zo zijn dat er in de beschikking en/of nacalculatie 2017 mogelijkheden zijn om alsnog recht te doen aan keuzes van cliënten.
In par. 6.2.1 stelt u dat wanneer de middelen niet toereikend zijn, er een procentuele korting op de intramurale volumes wordt toegepast tot naar verwachting maximaal 1,5% Kunt u een nadere toelichting geven op het begrip 'naar verwachting maximaal'? Welke garanties kunnen er ten aanzien van dit percentage gegeven worden?	Er is bewust gekozen voor 'naar verwachting maximaal' in deze, omdat Zilveren Kruis nog niet weet wat het effect is van de nieuwe meer persoonsvolgende wijze van bekostigen. Het genoemde percentage moet daarom gezien worden als een uitgangspunt. We kunnen echter niet uitsluiten dat we in 2017, met bijvoorbeeld informatie over nog te verwachten verschuivingen in de kosten, er voor kiezen om bij 1,5% niet over te gaan tot vaste volumes als wij bijvoorbeeld in de daarop volgende perioden een ander beeld verwachten.
U geeft aan dat de maximale neerwaartse tariefstelling 1,5% bedraagt. Het is mogelijk dat aanbieders in de bedrijfsvoering hierop anticiperen waardoor de kwaliteit van zorg niet conform de productspecificaties zou kunnen zijn. Hoe zorgt u er voor dat het risico tot het minimum wordt beperkt?	Uw aanname is onjuist: de korting van 1,5% vindt niet plaats op de tariefstelling, maar op de verwachte volumes voor 2017. Zorgaanbieders mogen enkel die zorg leveren waarvoor zij aan de betreffende productspecificaties zoals genoemd in het Programma van Eisen (bijlage 1) en hetgeen geformuleerd in de beleidsregels van de NZa kunnen voldoen.

6.2.2 Budgetmodel

Vraag	Antwoord
In de herschikking 2017 wordt bij het budgetmodel niet gesproken over eventuele bijstelling in het geval van een beargumenteerde overschrijding van de afspraken door de zorgaanbieder. Hoe gaat het zorgkantoor met zulke overschrijdingen om. Wat adviseert het zorgkantoor in dit soort gevallen om te doen.	Zilveren Kruis kan zich deze situatie eigenlijk alleen voorstellen bij de kavel Specialistisch. Wanneer er valide argumenten zijn kunnen deze met de zorginkoper besproken worden.

6.2.3 Meerzorg kavel

6.2.4 Prioritering in de herschikking 2017 vindt plaats in lijn met het inkoopmodel en aard van de kavel

Vraag	Antwoord
Volgens de grafiek op blz 72 wordt overproductie bij de herschikking toegekend op basis van het wel of niet voldoen aan de informatieplicht. Realiseert het zorgkantoor dat daarmee een perverse prikkel wordt geïntroduceerd om vooral zoveel mogelijk toename van productie te melden. Ook, al is de kans relatief klein dat de groei ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt. Niet melden kan immers betekenen dat er bij de herschikking "gestraft" wordt.	Zilveren Kruis is zich bewust van deze perverse prikkel. Wij zijn echter ook van mening dat we in dit nieuwe systeem samen met de zorgaanbieder verantwoordelijkheid nemen om de keuze van de cliënt zo veel als mogelijk te volgen. Zilveren Kruis verwacht dan ook dat onze professionele zorgaanbieders reële inschattingen met ons zullen delen. Risico van een te optimistische voorstelling van zaken kan betekenen dat Zilveren Kruis geen betrouwbare prognoses kan maken en ten onrechte het geld volgt klant model moet stopzetten. Aangezien daadwerkelijk geleverde zorg meeweegt in de herschikking hebben zorgaanbieders er, zeker met voorgaande meegewogen, geen belang bij een hogere prognose op te geven dan zij feitelijk verwachten. Wanneer wij constateren dat dit wel plaatsvindt spreken wij zorgaanbieders hier op aan.

6.3 Nacalculatie

Deel 3 - Zorginkoopprocedure Wlz Zilveren Kruis 2017 VV/GZ/GGZ

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 GZ (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

Vraag	Antwoord
<p>Bij de bijlagen vinden wij wel een overeenkomst voor 2017, maar geen meerjarenovereenkomst 2017-2018. Wilt u de volledige tekst van de overeenkomst 2017-2018 publiceren?</p>	<p>Zilveren Kruis publiceert op korte termijn de Wlz-overeenkomst 2017-2018.</p>

1.2 Inkopend zorgkantoor

1.3 Contactgegevens

1.3.1 Website zorginkoopbeleid

1.3.2 Website digitale zorginkoopapplicatie

Vraag	Antwoord
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?	Het formulier verwijst naar bijlage 5 bij de Bestuursverklaring waarin een overzicht wordt gegeven van de zorgkantoorregio's. Zoals in bijlage 5 weergegeven heeft Zilveren Kruis in 10 regio's de zorgkantoorfunctie. Met zorgaanbieders wordt altijd een overeenkomst gesloten vanuit een van deze (regionale) 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.

1.3.3 E-mail adres

1.4 Professionele inkoopprocedure

1.5 Onderwerp inkoopprocedure en kavelindeling

Vraag	Antwoord
Dienen wij de aanvraag van extreme zorgkosten materiaal en geneesmiddelen nog aan te melden of aan te vragen. ?	Voor het aanvragen van extreme zorgkosten voor materiaal en geneesmiddelen bestaat een aparte aanvraagprocedure en deze 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

1.6 Doelstelling zorginkoopprocedure 2017

1.7 De overeenkomst

1.8 Definities bestaande en nieuwe zorgaanbieders

2 Algemene voorwaarden deelname inkoopprocedure 2017

2.1 Bestuursverklaring en bewijsmiddelen

Vraag	Antwoord
Voldoet een kwaliteitscertificaat als voorwaarde voor een goed kwaliteitssysteem?	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 GZ ook hoofdstuk 4 van het Landelijke Inkoopkader.

2.2 Voorbehouden inkoopprocedure 2017

2.3 Overige voorwaarden

2.3.1 Beleidsregels NZa

2.3.2 Tarieven

2.3.3 Gemaakte kosten

2.3.4 Leveringsvoorwaarden deelnemer

2.3.5 Indiening budgetformulier

Vraag	Antwoord
Op pagina 111 schrijft u: "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.	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.

2.3.6 Rechtbank Den Haag

2.3.7 Geen schorsende werking

3 Tijdsplanning inkoopprocedure 2017

3.1 STAP 1 - Bekendmaking zorginkoopbeleid 2017 en openstelling offertemodule

3.1.1 Basis offerte

3.1.2 Eisen aan wijze van offereën

3.1.3 Offerte indienen per sector/ hoofdgrondslag

3.1.4 Nieuwe/ bestaande zorgaanbieders

3.1.5 Digitale offerte

Vraag	Antwoord
"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?	In de bestuursverklaring in de digitale zorginkoopapplicatie is een onjuiste verwijzing opgenomen. De juiste verwijzing is: Landelijk Inkoopkader Hoofdstuk 2, paragraaf 2.2.

3.1.6 Inlognaam en wachtwoord

3.2 STAP 2 - Mogelijkheid om verhelderende vragen te stellen/bezwaren te uiten over het inkoopdocument en het inkoopbeleid

3.2.1 Standaardvragenformulier

3.2.2 Onduidelijkheden, onjuistheden en bezwaren

3.3 STAP 3 - Publicatie Nota van Inlichtingen

Vraag	Antwoord
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	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.

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?	
--	--

3.4 STAP 4 - Sluitingstermijn indienen offertes

3.5 STAP 5 - Beoordelingsfase

3.5.1 Toelichting offerte

3.5.2 Geschiktheidseisen, uitsluitingsgronden, Programma van Eisen

3.5.3 Toetsingskader nieuwe zorgaanbieders

3.5.4 Bewijsstukken Programma van Eisen

3.5.5 .Beoordeling offerte

3.6 STAP 6 - Terugkoppeling voorlopige uitkomst beoordeling offertes

3.6.1 Mededeling van de voorgenomen beslissing

3.6.2 Eerste vervaltermijn

3.7 STAP 7 - Start inkoopgesprekken en dialoog ontwikkelafspraken

3.8 STAP 8 - Vaststelling en communicatie initiële productieafpraak 2017 Sluiting overeenkomst en productieafpraak

3.8.1 Toezending overeenkomst 2017 en 2017-2018

Vraag	Antwoord
Wat verstaat Zilveren Kruis onder afwijkende afspraken (stap 8 inzake 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?	Er kan sprake zijn van afspraken tussen de zorgaanbieder en Zilveren Kruis, die naar hun 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.
--	---

3.9 STAP 9 - Ondertekende overeenkomst en budgetformulier retour

3.10 STAP 10 en 11 - Verwerking budgetformulieren

- 3.10.1 Beoordeling budgetformulieren door Zilveren Kruis
- 3.10.2 Afronding, ondertekening overeenkomst 2017
- 3.10.3 Ondertekening en indiening budgetformulier 2017 bij NZa

Bijlage 11 - Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2016

Bijlage 12 - Zilveren Kruis GZ experimenteert met een persoonsvolgend inkoopmodel

Bijlage – voorbeelden niveau uitwerking ontwikkelafspraken

Ontwikkelplan 2017								
Niveau en kwaliteitsthema van de voorgestelde ontwikkelafpraak	Aard vd afspraak? Nieuw / voortzetting 2016	Doelstelling van de ontwikkelafpraak	Globaal plan van aanpak - Wat is de voorgenomen aanpak? - Wat zijn belangrijke mijlpalen?	(Financiële) investeringen	Beoogde resultaat Wat levert het op aan merkbaar resultaat voor de cliënt?	Aantoonbaarheid - Hoe wordt resultaat aantoonbaar of aannemelijk gemaakt? - Wanneer wordt er gemeten?	Bijlage toegevoegd? Ja / Nee	Naam bijlage(n)
Niveau 2 - persoonsgerichte zorg - versterken eigen regie	Voortzetting van afspraak 2016	Voor eind 2017 is de eigen regie van de ernstig en midden verstandelijk beperkte cliënten vergroot door de werkwijze "XXX".	<ul style="list-style-type: none"> - Gehele jaar door worden ervaringsdeskundigen door cursuscentrum geschoold/getraind/begeleid in het geven van de training 'XXX' aan begeleiders (vanaf april 2016). - Scholingen voor begeleiders door ervaringsdeskundigen, gedragskundigen en teamcoaches (vanaf april 2016). - Begeleiders van 50 locaties in 2017 volgen een verdiepende scholing 'XXX'. - 2e meting "Clientenraadpleging" (december 2017) 	zie bijlage	cliënt ervaart meer regie.	De ervaren regie van de cliënt (domein negen in vragenlijst "clientenraadpleging") is in de eerste meting (december 2016) hoger dan de 0-meting (mei 2016). De 2e meting (eind 2017) is hoger in vergelijking met de 1e meting in 2016. De uitslagen worden per meting d.m.v. rapportages uitslagen "clientenraadpleging" zichtbaar gemaakt.	Ja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investeringsbijlage. 2. Informatie versterkend begeleiden en scholing.

<p>Niveau 2 - persoonsgericht e zorg - versterken eigen regie</p>	<p>Nieuw</p>	<p>Binnen de organisatie is een ontwikkeling richting zelfsturende teams ingezet. Dit betekent dat verantwoordelijkheden zo veel mogelijk in (multidisciplinaire) teams gelegd worden met de bedoeling dat hierdoor meer regelruimte ontstaat. Deze lokale regelruimte wordt gebruikt om in te spelen op de wensen van de individuele cliënten op locatie.</p>	<p>Alle teams hebben een ontwikkeltraject naar zelfsturende teams aan de hand van de vastgestelde kaders en richtlijnen. De teams worden hierin begeleid door een pool van teamcoaches. De projectgroep zelfsturende teams monitort de voortgang en rapporteert hierover in het managementteam. Q1 -> formele invoering afgerond Q2, 3 en 4 -> evalueren en bijsturen</p>	<p>zie bijlage</p>	<p>Cliënt ervaart meer mogelijkheden om keuzes te maken en aan te geven wat men belangrijk vindt. Daardoor neemt de ervaren eigen regie toe.</p>	<p>Het instrument "Clientenraadpleging" wordt gebruikt als meetinstrument. De vragen uit "clientenraadpleging" worden vertaald naar 10 thema's waarop de organisatie kan sturen. De effecten voor cliënt van zelfsturende teams wordt zichtbaar in het thema "Keuzes"</p> <p>Op thema "Keuzes" wordt in 2017 door minimaal 50% van de cliënten goed of top gescoord. Dat is een verbetering van 10% tov 2015, meting 2016 is nog niet bekend.</p>	<p>Nee</p>	
--	--------------	--	---	--------------------	--	---	------------	--

<p>Niveau 2 - persoonsgericht e zorg - persoonsgericht e zorg</p>	<p>Nieuw</p>	<p>De cliënt met moeilijk leesbaar gedrag wordt beter begrepen door de professional. Het gedrag van de cliënt wordt beter leesbaar en agressieve uitingen van cliënten nemen af.</p>	<p>Aan de hand van Methodiek XXX wordt in 2017 een tweetal teams intensief geschoold en begeleid. Een traject bestaat uit een 0-meting, 8 besprekingen met de teams + voorbereidende activiteiten en een 1-meting.</p> <p>o Q4 2016: Woningen en / of dagbestedingslocaties worden geselecteerd</p> <p>o Jan 2017 – april 2017 uitvoeren traject binnen 1e team</p> <p>o Juni 2017 – september 2017 uitvoeren traject binnen 2e team</p> <p>o Oktober en november 2017 - evaluatie</p>	<p>zie bijlage</p>	<p>Het spanningsniveau van cliënten gaat door dit traject omlaag, waardoor moeilijk leesbaar gedrag (agressie) afneemt en de kwaliteit van leven toeneemt.</p>	<p>Het traject laat in december 2017 een verbetering op 3 van de 5 onderstaande metingen/ analyses zien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. verhoging van de score op de door de cliënt zelf aangegeven verbeterpunten, gemeten door 0 en 1-meting; 2. verlaging van aantal mic-meldingen op gebied van moeilijk leesbaar gedrag; 3. verlaging van aantal momenten dat een cliënt "rood scoort" (=hoge mate van spanning) in de stoplichtenrapportage; 4. verlaging / vermindering van de gedragsregulerende medicatie; 5. verlaging van het aantal keer dat Vrijheidsbeperkende Maatregelen gerelateerd aan moeilijk leesbaar gedrag (agressie) is toegepast. 	<p>Ja</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uitleg Methodiek 2. Projectplan
--	--------------	--	--	--------------------	--	--	-----------	---