

Zilveren Kruis Zorgkantoor Verpleging en Verzorging



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 Verpleging & Verzorging 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.

Het kan dus voorkomen dat de door u gestelde vraag niet (letterlijk) terugkomt in de Nota van inlichtingen.

INHOUDSOPGAVE

	Inleiding	2
	Deel 1 - Inkoopkader langdurige zorg 2017 Verpleging & Verzorging	4
	Leeswijzer	5
1	Uitgangspunten in de zorginkoop 2017	6
2	Inkoopprocedure 2017	11
3	Kwaliteit van leven	20
4	Toelichting beleidsontwikkelingen	23
	Bijlage 1 Programma van Eisen	30
	Bijlage 2 Overeenkomst	34
	Bijlage 3 Bestuursverklaring	39
	Bijlage 5 Bewijsstukken nieuwe aanbieders (inclusief bestaand maar nieuw voor zorgkantoor)	41
	Bijlage 6 protocol crisiszorg	42
	Bijlage 7 Protocol Meerzorg	44
	Bijlage 8 Voorschrift Zorgtoewijzing	46
	Bijlage 9 declaratieprotocol	47
	Deel 2 - Zorginkoopbeleid Zilveren Kruis 2017 Wlz Verpleging & Verzorging	48
1	Visie en strategie	49
2	Doelstellingen en beleid V&V 2017	52
3	Welke zorg kopen wij in?	58
4	Bij wie kopen wij zorg in?	65
5	Hoe kopen wij zorg in?	69
6	Op welke wijze stellen wij de middelen voor 2017 vast?	90
	Deel 3 - Zorginkoopprocedure Wlz Zilveren Kruis 2017 VV/GZ/GGZ	
	Inleiding	93
1	Algemeen	94
2	Algemene voorwaarden deelname inkoopprocedure 2017	98
3	Tijdsplanning inkoopprocedure 2017	99

Deel 1 - Inkoopkader langdurige zorg 2017 Verpleging & Verzorging

Vraag	Antwoord
<p>Kan er ook een digitaal invulbare versie van de instemmingsverklaring beschikbaar gesteld worden. Nu moet huidige versie geprint vervolgens met de HAND ingevuld worden.</p>	<p>De instemmingsverklaring is onderdeel van de digitale zorginkoopapplicatie en wanneer zorgaanbieders in de zorginkoopapplicatie aangeven dat zij een meerjarige overeenkomst hebben gesloten voor 2016-2017, wordt de instemmingsverklaring automatisch klaargezet in de inkoopapplicatie.</p>

Leeswijzer

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

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

1 Uitgangspunten in de zorginkoop 2017

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

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

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

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

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

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

1.2 Client centraal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Kunnen wij als Zorg in natura aanbieder ook PGB dienstverlening aanbieden in 2017?

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

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

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

[De financiële prikkels zijn onderwerp van landelijk overleg tussen VWS en veldpartijen. Er bestaat geen compensatie voor deze financiële prikkels.](#)

1.3.1 Clientondersteuning

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

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

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

[De geplande publicatiedatum is in overleg met ZN gesteld op 15 juli 2016](#)

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

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

1.3.2 Betrokkenheid cliëntenraden

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

[Zorgkantoren stellen geen aanvullende eisen ten aanzien van de cliëntenraden.](#)

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

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

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

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

1.4 Dialoog

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

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

1.5 Geen onnodige lasten

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

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

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

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

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

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

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

1.6 Doelmatigheid

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Inkoopprocedure 2017

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

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

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

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

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

[Nee, niet voor het verkrijgen van een overeenkomst met basistarief.](#)

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

[Dit geldt voor categorie 1 en 2.](#)

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

[Dit is regionaal beleid. Zie hiervoor de regionale inkoopkaders.](#)

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

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

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

[Pas na sluiting van de vragenronde worden de vragen beantwoord en in voorliggend document gepubliceerd.](#)

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

[Deze bijlage moet ook door bestaande zorgaanbieders ingevuld worden.](#)

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

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

39. Wij hebben als zorgaanbieder een overeenkomst met zorgkantoor X in 2016 en willen dit ook graag voor 2017. Op basis van de gegeven definitie vallen wij onder categorie 1. Nu willen wij naar verwachting ons voor het eerst gaan inschrijven voor het vpt bij zorgkantoor X, blijven wij hiermee onder categorie 1 vallen en worden wij voor dit onderdeel dus niet gezien als nieuwe zorgaanbieder in tegenstelling tot vorig jaar?

U blijft hiermee inderdaad vallen onder categorie 1.

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

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

Bestaande aanbieders

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

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

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

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

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

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

Nieuwe aanbieders en bestaand maar nieuw bij ander zorgkantoor

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

Bestaande zorgaanbieders die in een voor hen nieuwe zorgkantoorregio zorg willen gaan leveren (dus bij een ander zorgkantoor dan het zorgkantoor waarmee zij al een Wlz-overeenkomst hebben), vallen onder categorie 2 (zie deel 1 Landelijk Inkoopkader ZN

paragraaf 2.2.2). Voor die nieuwe regio dienen deze zorgaanbieders dus een bedrijfsplan en financieel plan als onderdeel van het ondernemingsplan in te dienen. Hoe met kavels om wordt gegaan is regionale invulling.

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

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

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

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

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

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

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

Voor een definitie van de Wlz uitvoerder verwijzen wij naar de begrippenlijst in de overeenkomst Wlz 2017. In de overeenkomst is een bijlage opgenomen met een overzicht van de regio's en de bijbehorende Wlz-uitvoerder. Het is terecht geconstateerd dat Bijlage 5 ook geldt voor bestaande aanbieders bij een andere Wlz-uitvoerder. De titel van bijlage 5 wordt aangepast.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ontwikkelplannen

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

[De zelfanalyse is in Word en de ontwikkelvoorstellen zijn in Excel beschikbaar.](#)

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

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

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

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

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

[Zie hiervoor paragraaf 2.2.4 van het Landelijke inkoopkader en het regionale beleid van het desbetreffende zorgkantoor.](#)

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

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

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

[Ja, de tariefopslag voor het jaar 2017 wordt opnieuw vastgesteld en kan dus wijzigen.](#)

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

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

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

[Dit is onderdeel van de regionale procedure van het betreffende zorgkantoor.](#)

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

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

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

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

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

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

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

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

Bepaling volume

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

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

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

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

Meerjarige contracten

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

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

69. Wij hebben een meerjarencontract 2016/2017. Wat is, buiten het verlichten van de administratieve last, het voordeel van een meerjarig contract voor een zorgaanbieder?

Wordt er bijvoorbeeld op voorhand een stuk productie ruimte gereserveerd voor deze doorlopende contracten? Het zorgkantoor wist immers dat deze aanbieders ook 2017 op de markt actief zijn

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

70. Kunnen alleen partijen die nog geen meerjarencontract hebben in aanmerking komen voor een tweejarig contract of kunnen ook partijen die een contract voor 2016/2017 hebben bij deze inkoopprocedure een contract voor 2017/2018 krijgen? Zo ja, hoe en onder welke voorwaarden?

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

Bepaling tarief

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zorgkantoren volgen hierin het afbouwscenario van VWS.

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

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

Vastleggen afspraken

77. Wij begrijpen de ontwikkelingen m.b.t. persoonsvolgende bekostiging. Wij vinden het echter niet reëel dat de risico's die persoonsvolgende bekostiging met zich meebrengt volledig bij de zorgaanbieders worden belegd. Is het niet reëler dat zorgkantoren ook hierover meer verantwoordelijkheid gaan dragen dan enkel het publiceren van de uitnutting van de contracteerruimte?

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

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 VV

84. Waarom is speerpunt 3 van vorig jaar, namelijk innovatie, veranderd in "Samenhang in zorg en welzijn"? Dit geeft ons minder de gelegenheid om ons vorige speerpunt van de ontwikkelplannen 2016 inzake innovatie door te zetten en verder door te ontwikkelen.

Ook in 2016 was niveau 3 'samenhang in zorg'. De speerpunten vanuit 2016 kunnen hierop dus voortgezet worden, wanneer hierover overeenstemming is gevonden met het desbetreffende zorgkantoor.

85. Er wordt gevraagd meer en in continuïteit rekening te houden met tal van persoonsgerichte behoeftes. Ook regelmatig toetsen of de financieringsvorm nog wel geschikt is. Aanbieders worden geacht dit in hun beleid mee te nemen en de uitvoering daarop aan te passen. Dit staat haaks op doelmatigheid tenzij het doelbegrip wordt uitgebreid en daarmee de doelmatigheidseisen. Wordt dat gedaan?

Doelmatig wordt door zorgkantoren ook gezien als zo goed als mogelijk aansluiten bij de vraag van de cliënt. Het regelmatig toetsen of hieraan nog wordt voldaan is hier onlosmakelijk aan verbonden.

86. Welk normenkader wordt door het zorgkantoor gehanteerd voor het gevoel van welbevinden?

Zorgkantoren hanteren geen normenkader voor welbevinden.

87. De juridische positie van mantelzorgers en/of vrijwilligers is niet altijd duidelijk geregeld. Of is de cliënt zelf verantwoordelijk voor de gedragingen van deze groep? Risico's ontstaan onder meer bij geld opnemen of bij overlijden. Rekening wordt gehouden met de belastbaarheid van de informele zorg. Hoe wordt de aanbieder geacht dit te doen? Is daarvoor niet teveel inmenging nodig in het leven van mantelzorgers/vrijwilligers?

Clientervaring: Wat de cliënt wil hoeft niet een verbetering van de kwaliteit van zorg te zijn vanuit een IGZ standpunt. Staat hier dat de cliënt bepaalt wat kwaliteit van zorg is en niet een toetsende instantie, zoals de Inspectie? Gezondheid en welbevinden: Een persoonlijke leefstijl kan betekenen dat het minder gezond is. Hoe sluit dit aan op alle eisen, wensen, regels, etc?

De omgang met mantelzorgers en vrijwilligers evenals de rol van zorgaanbieders ten aanzien van een gezonde leefstijl kan inderdaad ingewikkeld liggen. Zorgkantoren vertrouwen er op dat professionele zorgaanbieders hier op verantwoorde wijze invulling aan geven.

88. Essentie: zorgkantoren vinden een persoon met eigen voorkeuren. Kan de visie op persoonsgerichte benadering verder toe gelicht worden?

Zorgkantoren bedoelen hier de visie van de zorgaanbieder op persoonsgerichte benadering zoals toegelicht in hoofdstukken 3.

89. Er zijn vele vormen van **ketenzorg** waarbij financieringsvormen voor extra drempels zorgen. De jaarlijkse wijzigingen leveren daarnaast veel extra kosten op, waar geen compensatie tegenover staat. Hoe wordt aangetoond dat wijzigingen in het belang van de

cliënt zijn als deze drempels niet verdwijnen? Denk aan ziekenhuis DBC vs VVT DBC. Verschuiven van diensten naar andere of meer financiers maakt het voor uitvoerenden complexer om de juiste registratie te kunnen doen. Hoe is dit nog te volgen voor een zorgverlener?

[Dit is inherent aan de politieke keuzes die zijn gemaakt over de transitie. De zorgkantoren kunnen dit niet beïnvloeden.](#)

90. In de voorlaatste alinea wordt gewezen naar een kader. Het kader ontbreekt echter. Graag toevoegen.

[De voorbeelden van innovaties en best practices in hoofdstuk 3 voor de V&V zijn toegelicht in paragraaf 3.1.1, niet in een kader naast de tekst bij niveau 1.](#)

91. In een omgeving van marktwerking worden aanbieders elkaars concurrent. Dat schept geen goede basis om samen te werken tussen gelijkwaardige aanbieders. Uitsluitend opvolgend in de keten is de samenwerking goed te organiseren. Aanbieders met veel specialistische kennis worden nu "gebruikt" door aanbieders die daar niet in investeren. Dit wordt nu door onderlinge tariefafspraken vrij te laten. Geldt dat ook voor 2017?

[Op dit punt vinden in algemene zin geen wijzigingen plaats in 2017.](#)

92. Vorig jaar was het mogelijk om ook nog een eigen onderwerp te kiezen, is dat dit jaar ook nog mogelijk (we hadden een meerjaren ontwikkelplan o.b.v. eigen onderwerp...)

[Het is mogelijk om een eigen onderwerp te kiezen voor de ontwikkelplannen. De in het inkoopkader genoemde onderwerpen zijn suggesties.](#)

93. Binnen W&T wordt op dit moment gewerkt aan een document over de basiskwaliteit/basisveiligheid. Wordt dit alleen vanuit het perspectief van verpleeghuiszorg geschreven of ook voor de leveringsvormen MPT/VPT?

[Het document basiskwaliteit/basisveiligheid is op dit moment nog niet gepubliceerd.](#)

94. De titel van de paragraaf luidt betere wondzorg. Vervolgens wordt enkel ingegaan op preventie en behandeling van decubitus. Mogen ook andere verbeteringen m.b.t. wondzorg als ontwikkelplan worden aangedragen?

[De thema's zijn ter inspiratie benoemd. Als u andere mogelijkheden ziet voor verbetering van de wondzorg is dat ook goede optie.](#)

95. Er zijn zinnen weggefallen in de kaders met het doel bij persoonsvolgend (3.2.1.), Client wordt gezien versterken eigen regie (3.2.3) en cliëntervaring (3.2.4). Wat is de rest van de zin in het doel kader?

[3.2.1 Doel: de cliënt ontvangt persoonsgerichte zorg op een passende plek die integraal van aard is, waarbij de keuze van de cliënt \(voor zorg in de thuissituatie of voor opname in een intramurale instelling, hoe de zorg wordt ingezet en wat de cliënt belangrijk vindt\) leidend is.](#)

[3.2.3 Doel: de cliënt heeft, daar waar mogelijk, eigen regie. De mantelzorger en/of vrijwilliger is geïnformeerd en wordt betrokken, waardoor ook hij/zij de eigen regie van de cliënt kan versterken.](#)

[3.2.4 Doel: de door de cliënt ervaren kwaliteit van leven wordt gemeten. De uitkomsten leiden tot verbetering van de zorg/ondersteuning aan de individuele cliënt en leiden tot inhoudelijke kwaliteitsverbetering van de zorg en ondersteuning door de zorgaanbieder.](#)

96. Het beleid geeft aan er geen mantelzorgers / familie / vrijwilligers ingezet mogen worden voor het verlenen van professionele zorg zoals activiteitenbegeleiding. Vraag A: Onze vraag is of vrijwilligers wel ingezet mogen worden ter ondersteuning of

ondersteunend aan activiteitenbegeleiders? Vraag B: Waar ligt precies de grens? Wat mogen vrijwilligers wel en niet?

In het beleid staat "dat het uitdrukkelijk niet de bedoeling is dat familie/vrijwilligers/mantelzorgers de professionele zorg vervangen (bijvoorbeeld vrijwilligers die werk uitvoeren van activiteitenbegeleiders)." Vrijwilligers kunnen uiteraard wel ter ondersteuning worden ingezet bij activiteitenbegeleiding. Het onderscheid welke we hier bedoelen gaat erom dat activiteitenbegeleiding niet uitsluitend door vrijwilligers kan worden gedaan. Er moeten professionele zorgverleners bij betrokken zijn.

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 locatie niveau 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 locatie niveau, tenzij het anders met de cliëntenraad is overeengekomen. Zie ook 1.4 in het Programma van Eisen.](#)

Vernieuwingsagenda onderwerp 6

104. "Daartoe maak ik afspraken met Wlz... in zorg in natura". Op welke manier borgt het zorgkantoor dat deze partijen voldoen aan dezelfde eisen als gesteld aan ZIN aanbieders?

[Wanneer zorgkantoren PGB-aanbieders contracteren voor Zorg in Natura, dienen zij te voldoen aan dezelfde eisen als andere Wlz-gecontracteerde zorgaanbieders.](#)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[Een PGB-budget van een cliënt kan nooit worden toegekend aan een ZIN-zorgaanbieder.](#)

Vernieuwingsagenda onderwerp 7

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

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

Schoonmaak

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

[De overheveling van hulpmiddelen en woningaanpassingen voor cliënten met een Wlz indicatie vindt niet in 2017 plaats.](#)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zorg onderwijs

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

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

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

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

Waardigheid en Trots

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

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

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

Zorgkantoren hanteren hierbij de factsheet Waardigheid en Trots.

128. In de stukken vinden wij geen duidelijke verwijzing naar de extra middelen 'Waardigheid en Trots'. Blijven deze 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.

Versie specifieke vraag: versie VV van hoofdstuk 4

142. "eind 2016 gaan de zorgkantoren onderzoeken... kan worden beschouwd" Wat betekent deze zin?

Zorgkantoren onderzoeken of het nieuwe kwaliteitskader voldoende is om invulling te geven aan de eis van een werkend kwaliteitssysteem.

143. Zorgorganisaties zijn niet meer verplicht om de CQ-vragenlijst te gebruiken voor het meten van ervaringen van cliënten die verpleeghuiszorg krijgen. Begrijpen wij goed dat dit ook is komen te vervallen voor de leveringsvormen VPT en MPT?

Dit is juist.

144. Er zijn alternatieven meetinstrumenten voor handen t.b.v. het meten van de ervaringen van cliënten. Wanneer de gegevens transparant worden gemaakt, volstaat dan ook een eigen valide meting die met een onderzoeksbureau is opgesteld?

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. Zorgorganisaties kunnen voor het registreren van cliëntervaringen ook andere meetinstrumenten gebruiken.

145. Wanneer je als zorgaanbieder deelneemt aan een Pilot-project Waardigheid en Trots, hebben we dan een vrijstelling voor het aanleveren van kwaliteitsgegevens?

Waardigheid en Trots kent vele pilotprojecten. Slechts indien VWS expliciet vrijstelling heeft verleend voor aanleveren van kwaliteitsgegevens, geldt een vrijstelling.

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 epilepsietoeslagen van toepassing?

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

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

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

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

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

Aanvullende voorwaarden palliatieve zorg

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

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

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

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

158. 'Indien er zorg geleverd wordt in een hospice, dan gaat onze voorkeur uit naar een hospice met: het Perspekt keurmerk palliatieve zorg of het Perspekt PREZO keurmerk 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 budgetronde op 1 november van dat jaar. Nieuwe aanvragen ingediend op of na 1 augustus kunnen pas in het volgende jaar worden meegenomen. Het zorgkantoor is gehouden aan de formele budgettrondes van de NZa, maar anticipeert hierop door te inventariseren of er nog meerzorgaanvragen te verwachten zijn en deze te begroten. Voor de mogelijkheden in de nacalculatie geldt de betreffende NZa beleidsregel. Of bij de nacalculatie nog mogelijkheid bestaat tot vergoeding van Meerzorg is mede afhankelijk van de beschikbare regionale contracteerruimte van het zorgkantoor en is daarmee onderdeel van regionaal beleid van het zorgkantoor.

Hoofdstuk 2-blz 6-voetnoot 8

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

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

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

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

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

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

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

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

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

218. Wanneer worden bijlage 7 en 8 gepubliceerd?

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

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

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

Bijlage 8 Voorschrift Zorgtoewijzing

Paragraaf 5.3-blz 28

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

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

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

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

Bijlage 9 declaratieprotocol

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

[Voor de verwerking van tariefswijzigingen gedurende het jaar, verwijzen wij naar het regionale beleid van de zorgkantoren.](#)

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

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

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

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

Deel 2 - Zorginkoopbeleid Zilveren Kruis 2017 Wlz Verpleging & Verzorging

1 Visie en strategie

1.1 Lange termijn visie Zilveren Kruis op de langdurige zorg

Vraag	Antwoord
Nu speelt kwaliteit een beperkte rol Vraag: Hoezo speelt kwaliteit nu een beperkte rol? Wat wordt hiermee bedoeld?	In het belang van de Wlz-cliënt willen wij aan kwaliteit van zorg in toenemende mate inkoopvoorwaarden gaan stellen.

1.2 Strategie Langdurige Ouderenzorg Zilveren Kruis

Vraag	Antwoord
In het midden van de pagina wordt gesteld, dat Zilveren Kruis de Zorgstandaard Dementie (juli 2013) conform bijlage 1 Programma van eisen hanteert. Kunt u aangeven waar in bijlage 1 naar deze Zorgstandaard wordt verwezen?	Op pagina 6 in bijlage 1 onder het kopje 'ZZP's 4VV, 5VV en 7VV' wordt verwezen naar de Zorgstandaard Dementie (juli 2013).
47 Tekst: De uitkomstindicatoren worden overgedragen aan Vilans... Wat betekent dit voor de zorgaanbieder?	Dit betekent voor zorgaanbieders dat de continuïteit/beschikbaarheid van het instrument gewaarborgd is.
Vraag: Wie zijn de onafhankelijke organisaties in Kennemerland die cliëntenondersteuning bieden en hoe wordt hun onafhankelijkheid gewaarborgd? Op welke wijze waarborgt Zilveren Kruis hun eigen service hierin?	Op onze website kunt u nadere informatie vinden over onafhankelijke cliëntondersteuning. Hier kunt u ook vinden welke organisaties gecontracteerd zijn voor onafhankelijke cliëntondersteuning. Om de onafhankelijkheid te waarborgen moeten de aanbieders onder andere verklaren dat de cliëntondersteuners geen belangen hebben bij - of relatie met een zorgaanbieder en/of zorgkantoor. Zilveren Kruis biedt ook cliëntondersteuning aan haar cliënten en vindt het belangrijk dat cliënten de zorg krijgen die past bij hun zorgvraag en aansluit op de wensen en behoeften van de cliënt.
Er wordt gesproken over de klantreis en dat de eerste in 2016 is afgerond. Kunnen wij inzicht in deze klantreis krijgen?	Zilveren Kruis verwerkt de bevindingen rond deze klantreis rond dementie momenteel voor gebruik bij onze cliëntondersteuning. Wanneer de versie voor zorgaanbieders beschikbaar is, publiceren wij deze op onze website.

<p>Zilveren Kruis heeft de palliatieve zorg als speerpunt gemaakt en biedt een eigen instrument. Er wordt niets gezegd over de aansluiting bij het Nationaal programma palliatieve zorg. Zijn instrumenten die daar ontwikkeld worden ook acceptabel voor Zilveren Kruis?</p>	<p>Vanuit het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg (voorloper van NPPZ/Palliantie) zijn veel goede voorbeelden voortgekomen en de Zorgmodule Palliatieve Zorg. Middels implementatie van deze goede voorbeelden of (delen uit) de Zorgmodule kunnen zorgaanbieders de kwaliteit van palliatief terminale zorg zeer goed invullen. Wij nodigen zorgaanbieders uit om het gesprek aan te gaan met hun zorginkoper over de ontwikkelafspraken die hiervoor gemaakt kunnen worden.</p>
<p>Wij hebben ... instrument ontwikkeld om kwaliteit van palliatieve zorg inzichtelijk te maken. Wij lezen over een apart instrument voor dementie, voor palliatieve zorg en nog een nieuw te ontvangen instrument in het kader van kwaliteit in z'n algemeenheid. Hoe verhoudt dit zich tot administratieve lasten verlichting? (naast de extra meerzorg registratie, partnerkamer registratie, de schoonmaak die erbij komt)</p>	<p>Met de instrumenten wil Zilveren Kruis bijdragen aan een verlichting van de administratieve lasten, doordat metingen goed ondersteund worden. In samenwerking met de Associatie Hospicezorg Nederland en verpleeghuizen heeft Zilveren Kruis een instrument, in de vorm van een app, ontwikkeld om de kwaliteit van palliatieve zorg inzichtelijk te maken. De toegevoegde waarde van het instrument is dat er inzicht is in de symptomen die de patiënt ervaart in de palliatief terminale fase. De prioriteiten van patiënten en naasten staan centraal, zodat de zorgverleners optimale zorg en begeleiding kunnen bieden en de kwaliteit van leven in de laatste levensfase verbeterd kan worden. Via de Associatie Hospicezorg Nederland kan meer informatie over de app worden verkregen en hoe deze kan worden gebruikt in de praktijk (www.ahzn.nl).</p>

1.3 Ontwikkelingen in de inkoop van de Wlz V&V Zilveren Kruis

Vraag	Antwoord
In het Zorginkoopdocument Wlz 2017 VV (pagina 50) schrijft Zilveren Kruis dat er een uitgebreide omgevingsanalyse is gedaan in de voorbereiding op het zorginkoopbeleid. Is de omgevingsanalyse uitgevoerd op het niveau van de zorgkantoren? Kunnen wij die omgevingsanalyse ontvangen?	De omgevingsanalyse die Zilveren Kruis heeft opgesteld was vooral bedoeld om een gedegen fundament te leggen onder de inkoopdoelstellingen en het beleid voor 2017. In de bijeenkomsten voor cliënten in april en voor zorgaanbieders op 1 juni 2016 jl. hebben wij hierbij uitvoerig stilgestaan. De presentaties van deze bijeenkomsten zijn op onze website te vinden. Gerichte vragen over onze analyses kunnen desgewenst aan zorginkopers gesteld worden. De presentaties waarin de informatie is vastgelegd, vinden zorgaanbieders ook op de website. De uitwerking op regionaal niveau is vervat in de regionale paragrafen (onder paragraaf 3.4 van deel 2 van het Zorginkoopdocument Wlz 2017 V&V).
Kunt u nader toelichten waarom een tekort in 2016 op de subsidieregeling ELV effect kan hebben op de beschikbare financiële middelen van de Wlz 2017?	De subsidieregeling ELV wordt per 2017 overgeheveld naar de Zvw. Wanneer middelen in 2016 worden toegevoegd aan het financiële kader van de subsidieregeling, wordt dat bedrag naar verwachting gekort op de contracteerruimte 2017.

2 Doelstellingen en beleid V&V 2017

2.1 Doelstellingen zorginkoopbeleid Zilveren Kruis 2017

2.1.1 De cliënt heeft keuzevrijheid

Vraag	Antwoord
'In het voorwoord en ook verder in het document komt regelmatig het begrip persoonsvolgendheid aan de orde. Kunt u precies definiëren wat dit inhoud en wat er precies in de experimenten('t Gooi & Kennemerland) wordt onderzocht ?	In paragraaf 2.1.1 (deel 2) is het onderzoek in het kader van het experiment 'Leven zoals ik wil' verwoord.
Waar zit het CIZ in het verhelderen van de vraag van de cliënt?	Het CIZ beoordeelt de zorgvraag van de cliënt en of deze daarmee toegang krijgt tot de Wlz. Vervolgens is het aan de cliëntondersteuner en zorgaanbieder om samen met de cliënt alle voorkeuren op andere terreinen aansluitend op de zorgvraag in kaart te brengen om het daarbij best passende zorgaanbod te formuleren en aan te bieden.
In de alinea die begint met de kop: 'Experiment 'Leven zoals ik wil: radicale verandering in verpleeghuiszorg' ' geeft u aan dat Zilveren Kruis in de zorgkantorregio's Kennemerland en 't Gooi een experiment gaat uitvoeren met persoonsvolgende zorg. T.a.v. de regio Kennemerland: Stelt u dit experiment open voor meerdere zorgaanbieders in de regio's? Zo ja, hoe komen zorgaanbieders in aanmerking voor deelname? Zo nee, met welke zorgaanbieder gaat u dit experiment uitvoeren? Op welke gronden heeft u deze aanbieder geselecteerd?	De kern van het Experiment 'Leven zoals ik wil' is een vroegtijdige inventarisatie bij een beperkt aantal cliënten (nieuwe Wlz-cliënten) van de door hen gewenste levensinvulling en aansluitend een passend (zorg)aanbod op maat, zodat cliënten hun leven kunnen blijven leiden zoals zij dat willen. De cliënt kiest dus uiteindelijk het zorgaanbod en de door hem gewenste zorgaanbieder. Zilveren Kruis selecteert geen zorgaanbieders, de cliënt kan kiezen uit Wlz-gecontracteerde zorgaanbieders en waar nodig kan Zilveren Kruis gedurende het jaar 2017 met nieuwe zorgaanbieders contracten sluiten indien deze voldoen aan alle voorwaarden voor 2017.

2.1.2 Goede Zorg zichtbaar maken

Vraag	Antwoord
p. 53 Tekst: Goede zorg zichtbaar maken. Hoe verhoudt het project 'goede zorg zichtbaar maken' zich tot de ontwikkelingen die plaatsvinden binnen het kwaliteitskader?	Zilveren Kruis heeft nauw contact met VWS en Actiz over de voortgang en (voorlopige) resultaten van het project Goede Zorg Zichtbaar maken. Resultaten die voortkomen uit het project kunnen op die manier complementair zijn aan of invulling geven aan uitkomstindicatoren bij het nieuwe kwaliteitskader 1.0. Zilveren Kruis vraagt de organisaties die deelnemen aan Goede Zorg Zichtbaar maken ook nadrukkelijk alert te zijn op de samenhang en mogelijke verbindingen met relevante ontwikkelingen op het thema Kwaliteit, zodat gezamenlijk kan worden besloten hoe hiermee om te gaan.

2.1.3 De cliënt ontvangt zorg en ondersteuning die is afgestemd op zijn wensen en behoeften

2.1.4 De cliënt ontvangt zorg op een plek die maakt dat hij zijn leven kan leiden zoals hij wil

Vraag	Antwoord
Onder Regioanalyses (pagina 54) schrijft Zilveren Kruis dat gedurende het jaar afspraken worden gemaakt, die schriftelijk worden vastgelegd, zodat aanbieders eerder in het jaar duidelijkheid krijgen over de productieafspraken. Bedoelt u met "duidelijkheid" in deze zin "zekerheid"? Wordt op meer momenten in het jaar de productie "vastgeklikt"? Kunt u in een voorbeeld schetsen hoe dit in zijn werk gaat en op welke momenten gedurende het jaar een aanbieder zekerheid aan de afspraken kan ontlenen?	Met duidelijkheid bedoelt Zilveren Kruis in dit geval inzicht. Op basis van dit inzicht kan een zorgaanbieder tijdig bepalen of hij/zij bijsturing nodig acht. De productie wordt in ieder geval definitief afgesproken tijdens de herschikking 2017. Zorgaanbieders krijgen echter pas zekerheid over de productieafspraken wanneer bij de nacalculatie 2017 blijkt dat de productierealisatie gelijk is aan en/of past binnen de definitieve productieafpraak 2017 gemaakt bij herschikking 2017.
Vraag: Onder Regioanalyses (pagina 54) schrijft u dat gedurende het jaar afspraken worden gemaakt, die schriftelijk worden vastgelegd en bij de herschikking 2017 worden geformaliseerd. Hoe vaak vinden deze afspraken plaats?	Bij deze passage doelt Zilveren Kruis niet op een frequentie van overleggen, maar op (eventuele) productieafspraken

In hoeverre is rekening gehouden met ontwikkelingen op de woningmarkt bij het stimuleren van VPT en/of MPT?	Zilveren Kruis ziet een aantal prikkels, waaronder de ontwikkelingen op de woningmarkt, die VPT en/of MPT onaantrekkelijker maken dan alternatieven in bijvoorbeeld wijkverpleging. Bovendien zijn lang niet alle woningen geschikt om zware zorg in te leveren. Zilveren Kruis adresseert deze prikkels bij VWS en andere stakeholders en hoopt zo bij te dragen aan een oplossing.
---	--

Vraag	Antwoord
U schrijft op pagina 55 dat Zilveren Kruis zorgaanbieders uitnodigt om oplossingen in de bestaande thuissituatie van cliënten te organiseren. Is VPT/MPT volgens u altijd doelmatig en kwalitatief verantwoord in een bestaande thuissituatie?	Om te kunnen beoordelen welke zorg doelmatig en kwalitatief verantwoord geleverd kan worden, is het Toetsingskader Verantwoorde Zorg Thuis opgesteld. Wij gaan er vanuit dat zorgaanbieders bij een aanvraag voor zorg thuis altijd beoordelen of de zorg verantwoord en doelmatig geleverd kan worden. Wij gaan hierbij ook uit van de professionele inschatting van de zorgaanbieder.
Over het stimuleren van VPT en MPT. Voor zover mogelijk pakt Zilveren Kruis andere knelpunten rond VPT en/of MPT gezamenlijk aan. Vraag: Welke andere knelpunten rond VPT en/of MPT ziet Zilveren Kruis?	Andere knelpunten dan de systeemprikkels die rond VPT en/of MPT bestaan, kunnen regionaal bepaald zijn. Daarover gaat Zilveren Kruis met zorgaanbieders in gesprek.
U schrijft (bijvoorbeeld op pagina 55) dat de wens van de cliënt centraal staat en koppelt dat veelal aan de bestaande thuissituatie van de cliënt. In welke verhouding moeten wij dat zien met het bieden van kwalitatief verantwoorde zorg? Als een aanbieder twijfelt over verantwoorde inzet van zorg thuis, ook al is dat de uitdrukkelijke wens van de cliënt, dan bepaalt het zorgkantoor op basis van het toetsingskader of wel of geen zorg thuis geleverd kan worden. De kans bestaat dat het beleid (wens cliënt uitgangspunt) zal leiden tot een snellere toekenning van zorg thuis. Vrijwaart deze toekenning de zorgaanbieder als de kwaliteit van zorg niet voldoende blijkt en hij daarvoor gewaarschuwd heeft?	Conform het toetsingskader Verantwoorde Zorg Thuis is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor een toets op basis van dat toetsingskader. Wanneer een zorgaanbieder zorglevering in de thuissituatie niet verantwoord acht, wordt van de zorgaanbieder verwacht dat hij dit meldt aan de cliënt (en diens familie) en in overleg met de cliënt komt tot hetzij een passend ander zorgaanbod, hetzij een verwijzing van de cliënt naar een andere zorgaanbieder die dit wel verantwoord kan leveren. Een toekenning vrijwaart een zorgaanbieder dus niet.

<p>U schrijft op pagina 55 dat Zilveren Kruis zorgaanbieders uitnodigt om oplossingen in de bestaande thuissituatie van cliënten te organiseren. Wij nemen aan dat dat ook een intramuraal appartement kan zijn. Klopt dat?</p>	<p>Wanneer een cliënt al intramuraal opgenomen is en zijn/haar zorg wenst voort te zetten, gaan wij er van uit dat de cliënt op zijn/haar plek is en financieren wij de zorg, passend binnen de kaders van voorliggend zorginkoopbeleid Wlz 2017 V&V.</p>
<p>U schrijft op pagina 55 dat het uitgangspunt bij de zorginkoop is dat zorg aan nieuw instromende cliënten zoveel mogelijk in de vorm van scheiden van wonen en zorg (VPT of MPT) wordt aangeboden. Zilveren Kruis heeft de overtuiging dat het merendeel van de nieuwe cliënten graag zorg in hun bestaande thuissituatie willen ontvangen en geeft daarom voorrang in deerschikking aan productieafspraken in VPT en MPT. Welke betekenis moeten wij geven aan de bestaande thuissituatie in relatie tot deerschikking van VPT en MPT? VPT en MPT kunnen ook geboden worden binnen de muren van een zorglocatie, die intramurale capaciteit heeft omgezet in scheiden van wonen en zorg. Als iemand daarheen verhuist is er sprake van een nieuwe thuissituatie, maar niet van de bestaande thuissituatie. Komt VPT/MPT productie in een nieuwe thuissituatie op dezelfde wijze in aanmerking voorerschikking als VPT/MPT productie die is gerealiseerd in een bestaande thuissituatie?</p>	<p>Wanneer de cliënt een bewuste keuze heeft gemaakt voor een nieuwe thuissituatie waarin zorg geleverd wordt op basis van VPT of MPT, komt die zorg op dezelfde wijze in aanmerking voorerschikking als VPT/MPT in een bestaande thuissituatie.</p>
<p>U schrijft op pagina 55 dat Zilveren Kruis zorgaanbieders uitnodigt om oplossingen in de bestaande thuissituatie van cliënten te organiseren. Op andere plaatsen spreekt u van de woonomgeving en thuissituatie van cliënten. Is er in het inkoopbeleid verschil tussen de "bestaande" thuissituatie en de woonomgeving van een cliënt?</p>	<p>Waar u 'thuissituatie' leest, kunt u ook 'woonomgeving' lezen en omgekeerd.</p>

<p>In het inkoopbeleid staat aangegeven dat uitgangspunt bij de inkoop is dat zorg aan nieuw instromende cliënten zoveel als mogelijk in de vorm van scheiden van wonen en zorg (MPT en VPT) moet worden aangeboden. De volgende vragen hierover:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wordt het omzetten van bestaande intramurale capaciteit naar VPT/MPT door het zorgkantoor gezien als "thuis". 2. Ervaart de cliënt het ontvangen van VPT/MPT in een bestaande intramurale setting als "Thuis". 3. Bestaande intramurale capaciteit is in beginsel niet gebouwd voor VPT/MPT. Creëert het zorgkantoor, door het min of meer afdwingen van omzetting intramurale capaciteit naar VPT/MPT, hier een financieel probleem voor zorgaanbieders? 	<p>Daar waar cliënten bewust kiezen voor het huren van een appartement in een (voormalige) woonzorglocatie, kan de zorgaanbieder, passend bij de zorgvraag en de wensen/behoefte van cliënten, hieraan invulling geven via verschillende leveringsvormen, passend bij de vraag en (financiële) situatie van de cliënt. 1. omzetting van bestaande intramurale capaciteit naar VPT/MPT is 'thuis' als dat voor de cliënt 'thuis' is. 2. deze vraag kan de cliënt beantwoorden. 3. Zilveren Kruis gaat graag in gesprek met zorgaanbieders aan de hand van hun plannen om zoveel mogelijk zorg via scheiden van wonen & zorg vorm te geven.</p>
<p>ZK geeft aan geen meerbedskamers meer in te kopen; wat betekent dit voor echtparen die zorgaanbieder samen op wil nemen en het tweepersoonsbed? Wat houdt dit nu concreet in, in relatie tot de vergoeding?</p>	<p>Echtparen kunnen uiteraard ook opgenomen worden op een tweepersoonskamer, wanneer een zorgaanbieder geen specifieke echtparenkamer vrij heeft en het betreffende echtpaar dat ook zelf wil.</p>
<p>Op pagina 56 staat beschreven dat Zilveren Kruis vanaf 2017 alleen nog maar 1 persoonskamers vergoedt. Is het mogelijk in gesprek te gaan over afbouwscenario's?</p>	<p>Zorgaanbieders zijn sinds inkoopjaar 2015 op de hoogte van deze ontwikkeling. Zij hebben daarover reeds in eerder stadium afbouwscenario's kunnen afspreken met hun zorginkoper. Afspraken over nieuwe afbouwscenario's liggen niet voor de hand.</p>

<p>Zilveren Kruis stelt dat slechts bij uitzondering en onder voorwaarden meerbedskamers vergoed worden.</p> <p>Daarenboven hebben wij de vraag wat de juridische grondslag is om het vergoeden van zorg voor een cliënt op een meerbedskamer te beperken, waarbij de cliënt een zorgleveringsovereenkomst met de zorgaanbieder heeft afgesloten.</p>	<p>Al sinds inkoopjaar 2015 heeft Zilveren Kruis de afbouw van zorg op meerbedskamers in haar inkoopprocedure opgenomen. Onze ervaring is dat cliënten bij voorkeur in een eigen kamer zorg ontvangen. Van zorgaanbieders mag verwacht worden dat zij tegemoet komen aan de wensen van de cliënt (en diens mantelzorger). Zilveren Kruis handhaaft haar beleid rond meerbedskamers. Zilveren Kruis verwoordt in paragraaf 2.1.4 dat het wel mogelijk is om een uitzondering te maken voor specifieke cliënten met een bijzondere en/of dringende medische noodzaak, die beiden akkoord zijn gegaan met verblijf op een tweepersoonskamer, blijkend uit het ondertekende, met medewerking van de mantelzorger/partner tot stand gekomen, zorgplan van beide cliënten. Zorgaanbieders kunnen deze casuïstiek schriftelijk indienen bij hun zorginkoper ter accordering. De zorginkoper geeft expliciet schriftelijk toestemming wanneer hij/zij akkoord is.</p>
---	---

2.2 Landelijke kwaliteitsthema's en doelstellingen

Vraag	Antwoord
<p>De tabel op blz. 57 bevat m.i. een fout. de criteria Gezondheid en welbevinden en Interventies rondom probleemgedrag vallen onder Ervaren kwaliteit van leven door de cliënt en niet onder Samenhangende Zorg</p>	<p>In de tabel op pagina 57 zijn per abuis de kwaliteitsthema's Gezondheid & Welbevinden en Interventies rondom Probleemgedrag onder niveau 3 (samenhangende zorg) opgenomen. Deze kwaliteitsthema's horen inderdaad onder niveau 2 (ervaren kwaliteit van leven door de cliënt).</p>

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

2.3.1 Betrokkenheid cliënten(raden) bij zorginkoopproces

2.3.2 Waardigheid en Trots

3 Welke zorg kopen wij in?

3.1 Zilveren Kruis koopt voor 10 zorgkantoorregio's V&V-zorg in

3.2 De zorg wordt ingekocht in kavels

Vraag	Antwoord
4.1. Meerzorg-----> hoe komen wij zo nodig in 2017 in aanmerking als we (tot dusverre) in 2016 geen beschikking meerzorg hebben ontvangen omdat we daar niet voor in aanmerking (denken te) komen.	De kavel Meerzorg V&V 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 beschikken in 2016, koopt 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 opengesteld worden.
Om in aanmerking te komen voor het kavel Meerzorg dienen zorgaanbieders dit in de offerte aan te geven. Dient deze aanvraag dan separaat bij de offerte te worden ge-upload? (in de offerteapplicatie staat het tabblad kavels niet open voor zorgaanbieders met een meerjarenafpraak).	Zorgaanbieders met een meerjarige overeenkomst 2016-2017 kunnen in de offerteapplicatie opnemen dat zij voor nieuwe kavels in aanmerking willen komen. De kavel Meerzorg V&V kan ook gedurende het jaar 2017 voor zorgaanbieders opengezet worden.
Het aanvragen van een beschikking Meerzorg kent een forse administratieve last. Is de verwachting dat de regeling administratief zal worden verlicht?	De wet- en regelgeving rond Meerzorg is nog volop in beweging, getuige het openstellen van Meerzorg voor de V&V en GGZ. Momenteel vinden proeftuinen plaats rond Meerzorg bij een aantal zorgaanbieders. Zilveren Kruis is enthousiast over de eerste resultaten bij de proeftuinen en zoekt met andere zorgkantoren momenteel ook naar manieren om procedures te verbeteren, waarbij we meer de nadruk willen leggen op kwaliteit en de procedure minder administratief belastend willen maken.

3.3 Bijzonderheden ten aanzien van specifieke zorgvormen

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

3.3.2 De mogelijkheden tot de inzet van Behandeling MPT voor Wlz-cliënten

Vraag	Antwoord
Met betrekking tot de inzet van Behandeling MPT (pagina 61) stelt u dat het in beginsel niet wenselijk om plekken structureel om te zetten van exclusief naar inclusief behandeling. Kunt u uitleggen waarom u nu afwijkt van uw uitgangspunt in de zorginkoopprocedure 2016 dat het voor cliënten, die hun ZZP intramuraal of in de vorm van een VPT in combinatie met Behandeling MPT verzilveren, te prefereren is een ZZP zonder behandeling om te zetten in een pakket inclusief behandeling?	Daar waar individuele cliënten een zwaardere zorgvraag krijgen, waardoor de structurele inzet van behandeling noodzakelijk is en geleverd kan worden in de woonomgeving van de cliënt, blijkt uit het zorg- en behandelplan van de cliënt, prefereert Zilveren Kruis nog steeds omzetting van een ZZP zonder behandeling in een ZZP inclusief behandeling voor die individuele cliënt. Zilveren Kruis werkt echter niet mee aan het structureel (voor groepen cliënten) omzetten van exclusief naar inclusief behandeling, omdat dit leidt tot (ongewenste) ondoelmatigere zorglevering, waarbij bovendien mogelijk niet voor alle cliënten behandelinzet noodzakelijk is.
Met betrekking tot de inzet van Behandeling MPT (pagina 61) stelt u dat het in beginsel niet wenselijk om plekken structureel om te zetten van exclusief naar inclusief behandeling. Kunt u aangeven of dit al gevolgen heeft voor 2016? Is dit nieuwe uitgangspunt al van toepassing?	Zilveren Kruis heeft op dit punt haar beleid ongewijzigd voortgezet vanuit 2016. Er is dus geen sprake van een nieuw uitgangspunt.
Maakt de behandeling van cliënten met een ZZP nog deel uit van het integrale tarief of gaat dit via de nieuwe kavel behandeling MPT	In welke mate de behandeling van cliënten met een Wlz-indicatie onderdeel uitmaakt van hun ZZP, is afhankelijk van de wijze waarop zij hun ZZP/zorgprofiel verzilveren.
Naar aanleiding van declaratiegedrag kan Zilveren Kruis ramingen opvragen. Kan meer gedetailleerd aangegeven worden welk declaratiegedrag hier aanleiding toe kan geven?	Declaratiegedrag van zorgaanbieders dat in zekere mate afwijkt van dat van andere zorgaanbieders kan aanleiding zijn tot het opvragen van ramingen.

<p>Zilveren Kruis geeft aan het niet wenselijk te vinden om plekken structureel om te zetten van "zonder behandeling" naar "met behandeling". Hoe verhoudt deze wens zich tot het landelijk inkoopkader waarin MPT behandeling bovenop ZZP/VPT zonder behandeling wordt ontmoedigd?</p>	<p>Landelijk loopt er momenteel vanuit VWS een onderzoek naar behandeling binnen de Wlz. De verwachting is echter niet dat dit op korte termijn tot een oplossing voor het vraagstuk rond Wlz-behandeling zorgt. Zilveren Kruis is echter van mening dat de toegang tot Wlz-behandeling voor de cliënten op korte termijn moet worden verbeterd. Omdat de contracteerruimte beperkt is en in afwachting van de uitkomst van het onderzoek naar behandeling binnen de Wlz, werkt Zilveren Kruis niet mee aan structurele omzetting van plaatsen van exclusief behandeling naar inclusief behandeling. Voor levering van behandeling aan individuele cliënten, verwijzen wij zorgaanbieders naar het eerdere antwoord daarover (zie hierboven).</p>
---	---

3.3.3 Incidentele GGZ-b cliënten en GGZ-b afdelingen/locaties in de V&V

Vraag	Antwoord
<p>p. 62 Tekst: Deze zorg blijft naar verwachting deel uit maken... per 01-01-2018 gewijzigd. Wat betekent dit voor de continuïteit van zorg aan deze doelgroep?</p>	<p>Omdat nog onzeker is hoe in overgangsrecht wordt voorzien voor huidige cliënten met een GGZ-b-indicatie, raden wij V&V-zorgaanbieders aan om, waar dat mogelijk is, voor cliënten actief een herindicatie aan te vragen naar een V&V-ZZP om de zorg aan cliënten op de door hun gekozen locatie te kunnen blijven waarborgen voor de toekomst.</p>

3.3.4 Schoonmaak MPT

Vraag	Antwoord
<p>Welke risico's zijn verbonden aan het feit dat zowel vanuit de Wmo als vanuit de Wlz Schoonmaak wordt gefinancierd?</p>	<p>Voor Wlz-clieënten komt Schoonmaak per 2017 uit de Wlz. Er is geen samenloop mogelijk met de Wmo. Zorgaanbieders dienen hierop bedacht te zijn qua organisatie en administratie.</p>

3.4 Regioparagrafen

Vraag	Antwoord
<p>U wilt (pagina 62) de ontwikkelrichting van het zorgaanbod in de diverse regio's ook op hoofdlijnen en in relatie tot het inkoopbeleid inzichtelijk maken voor andere belanghebbenden in de regio. Gaat u het inzicht in het volume en de verschuivingen bijvoorbeeld gelijktijdig met de benutting van de contracteerruimte publiceren? Wordt het voor aanbieders mogelijk hier hun beleid op te baseren (als in de regio al veel volume wordt omgezet, kan het een niche worden om intramurale zorg te blijven bieden)?</p>	<p>Afspraken over volume zijn onderdeel van de contractuele relatie die Zilveren Kruis met zorgaanbieders heeft en derhalve worden die niet aan derden inzichtelijk gemaakt. Wel willen we de gewenste en daadwerkelijke ontwikkelrichting van het zorggebruik inzichtelijk maken om hierover in de regio het gesprek te kunnen voeren (niet alleen met zorgaanbieders, maar ook met gemeenten, corporaties etc.). Zilveren Kruis verwacht dat intramurale zorg slechts voor een hele beperkte groep cliënten (met een zeer zware zorgvraag, of de allerkwetsbaarsten) nodig blijft. Die zorgvraag kan worden ingevuld door zorgaanbieders met een geschikte setting en de benodigde (zorg- en behandel)expertise.</p>
<p>U wilt (pagina 62) de ontwikkelrichting van het zorgaanbod in de diverse regio's ook op hoofdlijnen en in relatie tot het inkoopbeleid inzichtelijk maken voor andere belanghebbenden in de regio. Hoe gaat u dat doen? Blijft het bij een momentopname per jaar in de zorginkoopprocedure? Worden deze inzichten openbaar?</p>	<p>De zorginkoper van Zilveren Kruis is in gesprek met stakeholders en zorgaanbieders in een regio om te bewerkstelligen dat het zorgaanbod afgestemd wordt op de zorgvraag van cliënten. Dit is een continu proces dat bovendien meerdere jaren omvat. De gesprekken voeren we aan de hand van de regioanalyses, de gewenste ontwikkeling van de zorgkosten in de betreffende regio en de mate waarin de daadwerkelijke ontwikkeling van de zorgkosten bijdraagt aan de gewenste ontwikkelrichting.</p>
<p>Met welke stakeholders (pagina 62) bent u in de regio's in gesprek over de verwachte ontwikkelingen rond de zorgvraag, regiospecifieke inzichten en geplande ontwikkelingen rond het zorgaanbod?</p>	<p>Stakeholders in een regio kunnen zijn: Wlz-zorgaanbieders (van de verschillende sectoren), gemeenten, aanbieders van wijkverpleging, aanbieders van Wmo-ondersteuning, buurtteams, corporaties, vastgoedbeheerders, belangenbehartigers van cliënten. Deze lijst is niet volledig en afhankelijk van de situatie in een (deel)regio.</p>
<p>Kunt u uitleggen hoe u aan de hand van de gesprekken met aanbieders en stakeholders en het monitoren van de zorgkostenontwikkeling de persoonsvolgendheid van de bekostiging van zorg wil vergroten (pg 62)?</p>	<p>Met zorgaanbieders en stakeholders zijn we in gesprek over de mate waarin invulling wordt gegeven aan de zorgvraag in de betreffende (deel)regio. Daar waar bijsturing nodig is, zijn betrokken partijen met elkaar in overleg om de voorwaarden voor een juiste ontwikkelrichting te scheppen.</p>

3.4.1 De zorgkantoorregio's van Zilveren Kruis in totaalcijfers en legenda

3.4.2 Zorgkantoorregio Amsterdam

3.4.3 Zorgkantoorregio Apeldoorn/Zutphen

3.4.4 Zorgkantoorregio Drenthe

Vraag	Antwoord
Op welke wijze gaat het Zorgkantoor extra aandacht besteden aan de leveringsvormen VPT en MPT met als doel het stimuleren van deze leveringsvormen?	Zilveren Kruis geeft prioriteit aan VPT en MPT in de beschikking om deze leveringsvormen te stimuleren.
In uw regiovisie signaleert u voor de regio Drenthe een tekort aan huisartsen. Tegelijkertijd geeft u op pagina 102 aan niet mee te willen werken aan het omzetten van ZZP's van exclusief naar inclusief behandeling. Wij achten dit tegenstrijdig en niet in het belang van de client.	Zilveren Kruis werkt in principe noch mee aan het omzetten van ZZP's van exclusief naar inclusief behandeling, noch aan het omzetten van VPT en/of MPT naar Intramuraal. Het bovenstaande vormt het uitgangspunt bij de bespreking van dit onderwerp met de zorginkoper. Zilveren Kruis is van mening dat oplossingen voor problemen in enige regio een structureel karakter moeten hebben. In het belang van cliënten, die bij voorkeur langer thuis willen blijven wonen, moet dus een oplossing aan de kant van de huisartsen gevonden worden.

3.4.5 Zorgkantoorregio Flevoland

3.4.6 Zorgkantoorregio 't Gooi/Almere

3.4.7 Zorgkantoorregio Kennemerland

Vraag	Antwoord
Bij het zorgaanbod in de regio Kennemerland wordt door Zilveren Kruis geen leemte gezien in het zorgaanbod waarop actief moet worden ingespeeld. Wij zijn het hier niet mee eens daar alleen naar het gemiddelde wordt gekeken van de gehele regio. Er is wel degelijk een onderscheid te maken tussen de subregio's Midden-Kennemerland en Zuid-Kennemerland. Vraag: Op welke wijze houdt Zilveren Kruis hier rekening mee bij de zorginkoop?	De zorginkoper van Zilveren Kruis gaat in gesprek met zorgaanbieders in de regio om voor de (sub)regio's passende productieafspraken te maken en aan de hand van de regioanalyse eventuele verschillen tussen subregio's bespreekbaar te maken, waarna hij/zij aan de hand van de zorgkostenontwikkeling volgt of de gemaakte afspraken leiden tot een passender zorgaanbod voor cliënten in de regio.

3.4.8 Zorgkantoorregio Rotterdam

Vraag	Antwoord
In de regioanalyse van Zorgkantoorregio Rotterdam (p.76) staat beschreven dat de intramurale capaciteit mogelijk wordt verplaatst naar gebieden met een relatief hoge bevolkingsdichtheid van 80+ bewoners. Heeft dit al concrete gevolgen voor beschikbare intramurale capaciteit voor 2017 binnen de regio Rotterdam?	De zorginkoper in de regio maakt daarover met de betreffende zorgaanbieders afspraken.

3.4.9 Zorgkantoorregio Utrecht

Vraag	Antwoord
4e alinea staat het volgende vermeld: In het landelijk gebied van de regio Utrecht ervaren zorgaanbieders knelpunten bij het leveren van 24-uurszorg (met name de onplanbare zorg) vanwege de grote reisafstanden. Zilveren Kruis gaat hierover in gesprek binnen de desbetreffende (deel)regio's. In hoeverre zoekt Zilveren Kruis samenhang en afstemming met de zorgverzekeraars?	In het gesprek in de desbetreffende deelregio willen wij aandacht besteden aan de mate waarin zorgaanbieders die zowel voor Wijkverpleging als voor Wlz bij Zilveren Kruis gecontracteerd zijn, het synergievoordeel van die contracten gezamenlijk kunnen inzetten voor betere, doelmatige en efficiënte 24-uurs zorg.

<p>In regioparagraaf Utrecht wordt gesteld dat het aantal 80 jarigen in o.a. gemeente Nieuwegein en Vianen een grote procentuele stijging laat zien. Het huidig zorgaanbod wordt als voldoende verondersteld. Hoe wil Zilveren Kruis omgaan met de toekomstverwachting (naar 2025) toe, naast meer ontwikkeling MPT en VPT? De strategische keuzes rondom vastgoed voor de toekomst staan nu op de agenda en hebben direct effect op hoe in de regio in de toekomst aan de zorgvraag tegemoet kan worden gekomen.</p>	<p>Zilveren Kruis verwacht dat cliënten in de nabije toekomst steeds vaker zorg in de door hun gekozen thuissituatie en woonomgeving willen ontvangen. Vanuit die ontwikkeling stellen wij ons met onze zorginkoop ten doel om dat mogelijk te maken. Cliënten krijgen bovendien op latere leeftijd dan voorheen een Wlz-indicatie, waardoor weliswaar een grotere vergrijzing verwacht wordt, maar daar een dalende vraag naar intramurale zorg tegenover staat. Graag gaan wij met zorgaanbieders in gesprek over hun plannen om het scheiden van wonen en zorg in de komende 4 jaar verder in de organisatie door te voeren.</p>
<p>Ontwikkeling zorgvraag. In 3.4 schrijft u dat u voor iedere regio een regioanalyse heeft laten uitvoeren. Wij zijn met name geïnteresseerd in onze eigen regio Utrecht en daarbinnen naar onze eigen gemeente Utrechtse Heuvelrug. Is uw analyse (op dit lokale niveau) ook voor ons beschikbaar?</p>	<p>De zorginkoper bespreekt de regioanalyse met de zorgaanbieders in de betreffende zorgkantorregio, waar nodig ook toegespitst op eventuele subregio's en/of Wmo-regio's.</p>

3.4.10 Zorgkantorregio Zaanstreek-Waterland

3.4.11 Zorgkantorregio Zwolle

Vraag	Antwoord
<p>Op pagina 83 worden de conclusies weergegeven voor wat betreft de zorgkantorregio Zwolle. Is een termijn aan te geven wanneer de consequenties van de conclusies voor de individuele zorgaanbieder worden besproken?</p>	<p>De zorginkoper van de regio is hierover al in gesprek met zorgaanbieder en vervolgt de samenwerking in de regio in de diverse gesprekken (waaronder het inkoopgesprek) met alle betreffende zorgaanbieders.</p>

4 Bij wie kopen wij zorg in?

4.1 Wij kopen V&V-zorg in bij bestaande zorgaanbieders

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

Vraag	Antwoord
<p>p. 84 Tekst: Ook bestaande zorgaanbieders komen in aanmerking voor afspraken over vernieuwend zorgaanbod. Hoe kunnen wij als bestaande zorgaanbieder bijdragen in een breder zorgaanbod en welke vormen denkt Zilveren Kruis aan? Wat is vernieuwend zorgaanbod? Wat wordt er verstaan onder nieuwe leveringsvormen? Graag voorbeelden aanleveren.</p>	<p>Bestaande zorgaanbieders van Zilveren Kruis kunnen in gesprek met hun zorginkoper over eventueel vernieuwend zorgaanbod dat zij willen/kunnen bieden. Als definitie van vernieuwend zorgaanbod kan worden gehanteerd: zorgaanbod dat in prestatie termen gelijk is aan dat bij andere zorgaanbieders, maar dat in de uitvoering, context, vormgeving of plaats 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 zorgaanbieders voor vernieuwing kunnen zorgen, maar dat er ook veel potentieel aanwezig is bij bestaande zorgaanbieders. Zilveren Kruis wil een impuls geven aan de potentie, voor zover deze nog niet goed tot uiting komt. 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 waarop wij graag vernieuwing zouden zien:</p> <ul style="list-style-type: none">- het leveren van zorg op basis van de leveringsvorm VPT of MPT (in zorg in natura) die de zorgaanbieder tot nu toe nog niet leverde- zorgaanbod op een plek waar tot nu toe nog geen/onvoldoende zorg beschikbaar is (door innovaties op het gebied van wonen bijvoorbeeld)- meer inzet van domotica en robotica in de zorg (bijvoorbeeld via apps of medicijndispensers)- gecombineerde projecten tussen Wmo en Wlz. <p>Dit zijn slechts voorbeelden en wij nodigen zorgaanbieders vooral uit om zelf met</p>

	<p>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! Hopelijk bieden deze voorbeelden enige inspiratie, voor meer voorbeelden verwijzen wij zorgaanbieders graag naar bijvoorbeeld Vilans of Actiz.</p>
<p>Moeten zorgaanbieders die al beschikken over een overeenkomst met Zilveren Kruis voor Wlz-zorg die vernieuwend zorgaanbod willen ontplooiën in 2017 hierop een toelichting geven bij de offerte?</p>	<p>Zorgaanbieders uit categorie 1 moeten een toelichting geven op eventueel vernieuwend zorgaanbod bij de indiening van de offerte 2017 voor zover zij daarbij zorg gaan leveren in andere kavels en/of regio's dan de kavel(s) waarvoor zij reeds een overeenkomst hebben met Zilveren Kruis. Zilveren Kruis verwacht met deze toelichting inzicht te krijgen in het te ontwikkelen zorgaanbod. Zorgaanbieder kunnen voor de inhoud gebruik maken van hetgeen aangegeven bij 'bedrijfsplan' en 'financieel plan' in bijlage 5 'bewijsstukken nieuwe zorgaanbieders'.</p>

4.1.2 [Zilveren Kruis stelt een eis aan de minimale omvang van de levering](#)

Vraag	Antwoord
<p>U stelt: • Minimale levering Met ingang van 2017 hanteert Zilveren Kruis een ondergrens van €100.000 per zorgaanbieder voor de minimale omvang van de financiële waarde van de productieafpraak." Geldt dit ook voor aanbieders in 2017 nieuw in de regio? Dus categorie 2 aanbieders? Want aan hen wordt een maximaal budget van 100.000 toegekend. Logischerwijs zal de benutting van dit document een groeimodel kennen. Hierdoor is het zeer onwaarschijnlijk dat deze aanbieder voor 2018 kan voldoen aan deze eis als dezelfde rekenmethodiek gebruikt wordt. We maken hier nadrukkelijk bezwaar tegen.</p>	<p>Conform paragraaf 4.1.2 zijn een uitzondering op deze regel zorgaanbieders die in 2016 voor het eerst gecontracteerd zijn door Zilveren Kruis. Dit betreft zorgaanbieders in categorie 2 en 3 (bestaande zorgaanbieders bij andere zorgkantoren en nieuwe zorgaanbieders). Deze hebben tot 1 juni 2017 de gelegenheid om de ondergrens te behalen. Indien deze grens niet behaald wordt, sluit Zilveren Kruis met deze zorgaanbieders geen contract voor 2018. Nieuwe zorgaanbieders die in het jaar 2017 voor het eerst een Wlz-overeenkomst hebben met Zilveren Kruis, hebben tot 1 juni 2018 de gelegenheid om de ondergrens te halen en Zilveren Kruis sluit met hen geen contract voor 2019 als zij de ondergrens niet behalen.</p>

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

4.2 Zilveren Kruis biedt ruimte aan nieuwe zorgaanbieders

Vraag	Antwoord
<p>Op pagina 85 schrijft u dat Zilveren Kruis nieuwe aanbieders de gelegenheid wil geven om initiatieven te ontplooiën voor de kavels VPT en MPT. U schrijft daarbij ook dat het uw taak is om bij de contractering van nieuw aanbod doelmatigheid in acht te nemen. Nieuwe initiatieven zijn prima, maar hoe moeten wij deze ontwikkeling zien in relatie tot ons eigen aanbod van VPT/MPT in onze (aanleun)woningen? Als nieuwe initiatieven betekent dat nieuwe aanbieders in deze complexen gaan concurreren en VPT/MPT kunnen gaan aanbieden, dan is dat ons inziens alles behalve doelmatig. Hoe kijkt u daar tegenaan? Wat is in deze situatie uw insteek?</p>	<p>Zilveren Kruis vindt doelmatige zorg ook zorg die passend is bij de cliënt. Van (nieuwe) zorgaanbieders verwachten wij dat zij een zorgaanbod doen dat past bij de wensen/behoefte en zorgvraag van de cliënt, op de plek van voorkeur van de cliënt. Daarbij staat keuzevrijheid van cliënten voorop, maar deze mag niet ten koste van alles gaan (zoals ook de staatssecretaris verwoordt in zijn brief 'Waardig Leven met Zorg').</p>

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

Vraag	Antwoord
<p>U schrijft: "Indien Zilveren Kruis binnen twee weken geen reactie stuurt op de betreffende melding, kan de zorgaanbieder dit als geen bezwaar beschouwen."</p> <p>Dit vinden wij een erg vreemde regeling. Dit zou betekenen dat het starten van zorg door een onderaannemer pas na 2 weken gestart kan worden. In sommige gevallen is dit zeer ongunstig voor de betreffende cliënt!</p> <p>Is het bij spoedsituaties in overleg mogelijk om af te wijken van deze regel?</p>	<p>Zorgaanbieders nemen contact op met hun zorginkoper, nadat zij de nieuwe onderaannemer hebben aangemeld, conform de procedure beschreven in de overeenkomst Wlz 2017. In het geval van inzet van nieuwe onderaannemers waarbij sprake is van spoedsituaties dient dit ook te gebeuren.</p>

4.4 Vernieuwend zorgaanbod

Vraag	Antwoord
<p>Zilveren Kruis geeft hier aan dat VPT/MPT gestimuleerd wordt door vernieuwend aanbod mogelijk te maken buiten de eigen regio. Welke concrete, stimulerende rol ziet het Zorgkantoor voor zichzelf weggelegd in relatie tot het bevorderen MPT/VPT (woningcorporaties, gemeenten etc?)</p>	<p>Zilveren Kruis stimuleert VPT en MPT door in deerschikking prioriteit te geven aan VPT en MPT. Bovendien laten wij nieuwe zorgaanbieders toe op VPT en MPT-kavels. Daarnaast voeren wij landelijk het gesprek om prikkels in de Zvw en Wlz zo vorm te geven dat cliënten op basis van hun wensen/behoefte/zorgvraag kunnen kiezen (waarbij de leveringsvorm automatisch volgt uit de wensen/behoefte/zorgvraag van de cliënt).</p>

5 Hoe kopen wij zorg in?

Vraag	Antwoord
<p>Bepaling van het volume. U schrijft: de middelen die daarmee onverdeeld blijven worden in deerschikking 2017 verdeeld op basis van de keuze van de cliënt. Kunt u concreet beschrijven op basis van welke uitgangspunten deze extra middelen verdeeld gaan worden? In de regioanalyse zien wij dit niet terug.</p>	<p>De wijze waarop Zilveren Kruis in deerschikking vaste (bindende) productieafspraken maakt, is beschreven in hoofdstuk 5 van deel 2.</p>
<p>Er staat beschreven: Waar en wanneer deze experimenten los zouden komen te staan met het landelijke inkoopkader 2017, worden betrokken zorgaanbieders actief geïnformeerd en staat de aard en inhoud beschreven in het regionale beleid van het betreffende zorgkantoor. Vraag aan Zilveren Kruis : staat experiment pvk van Zorgaanbieder X in 2017 los ?</p>	<p>Zilveren Kruis kan dergelijke experimenten niet beoordelen zonder plan van aanpak en/of aanvullende relevante informatie. Graag verwijzen wij individuele zorgaanbieders naar hun zorginkoper om deze vraag voor te leggen.</p>

5.1 Inkoopraming en contracteerruimte 2017

Vraag	Antwoord
<p>Wordt de contracteerruimte (pagina 88) en gedurende het jaar de benutting daarvan per sector en per zorgkantoorregio gepubliceerd? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>De meeste zorgaanbieders leveren zorg in meerdere zorgkantoorregio's van Zilveren Kruis. Om zorgaanbieders niet voor elke (Zilveren Kruis) zorgkantoorregio waar zorg geleverd wordt een budgetformulier, herschikking en nacalculatie formulier te laten invullen, hebben zorgaanbieders de mogelijkheid om bij de NZa op één zorgkantoorregio in te dienen. Hierdoor sluit de contracteerruimte verdeling van de NZa naar de individuele Zilveren Kruis zorgkantoorregio's niet meer aan bij de zorgkantoorregio waar de middelen daadwerkelijk worden ingezet. De NZa is zich bewust van de historisch scheef gegroeide verdeling en staat mede daarom overheveling tussen zorgkantoorregio's toe. Bij de verdeling van het landelijke kader over de zorgkantoorregio's wordt gebruik gemaakt van het nieuwe verdeelmodel. Dit model sluit beter aan bij de verdeling van het aantal cliënten met een Wlz-indicatie. De wijze waarop het landelijke kader voor de contracteerruimte zin wordt verdeeld over de zorgkantoren is hiervan afhankelijk. De financiële consequenties per regio zijn op dit moment nog niet vastgesteld en zullen volgen uit een aanwijzing van het Ministerie van VWS. Wanneer daarover meer duidelijkheid bestaat, informeert Zilveren Kruis zorgaanbieders daarover. Zilveren Kruis houdt zelf met de kavelstructuur zicht op de toedeling naar zorgkantoorregio en delen de beschikbare financiële middelen zo juist toe naar de individuele Zilveren Kruis zorgkantoorregio's. Via de publicatie van de zorgkosten deelt Zilveren Kruis het resultaat van deze verdeling naar zorgkantoorregio met zorgaanbieders .</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 wij 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</p>

	<p>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>Op pagina 88 houdt u zich het recht voor aanpassingen te doen in het gepubliceerde inkoopbeleid. Als u besluit aanpassingen te doen, heeft dat dan andere gevolgen voor aanbieders met een meerjarenovereenkomst dan voor aanbieders met een eenjarige overeenkomst? Zo ja - welke, zo nee - waarom niet?</p>	<p>De gevolgen van beleidsaanpassingen zijn voor alle zorgaanbieders gelijk, ongeacht de soort overeenkomst die zij met Zilveren Kruis voor 2017 willen/zijn aan(ge)gaan.</p>
<p>Op pagina 88 houdt u zich het recht voor aanpassingen te doen in het gepubliceerde inkoopbeleid. Als u besluit aanpassingen te doen, krijgen de aanbieders dan gelegenheid hun ontwikkelplannen aan te passen, omdat bepaalde doelen wellicht niet meer te realiseren zijn?</p>	<p>Met name rond de 3 niveaus van kwaliteit en de kwaliteitsthema's streven wij consistentie in de kwaliteitsverbeteringen voor cliënten na. Het ligt niet in de verwachting dat zorgaanbieders als gevolg van wijzigingen in het gepubliceerde inkoopbeleid doelen rond ervaren kwaliteit van leven door de cliënt niet meer kunnen realiseren.</p>
<p>Op pagina 88 houdt u zich het recht voor aanpassingen te doen in het gepubliceerde inkoopbeleid. Kan een van de aanpassingen zijn de contractering van nieuwe aanbieders te beperken?</p>	<p>Het beperken van de contractering van nieuwe zorgaanbieders ligt niet voor de hand, gezien de maatschappelijke roep om meer keuzevrijheid voor cliënten en in grotere mate persoonsvolgende bekostiging die Zilveren Kruis mede door het contracteren van nieuwe zorgaanbieders denkt te kunnen invullen.</p>
<p>Op pagina 88 houdt u zich het recht voor aanpassingen te doen in het gepubliceerde inkoopbeleid. Als u besluit aanpassingen te doen, krijgen de aanbieders dan gelegenheid hun offerte aan te passen?</p>	<p>Zilveren Kruis maakt eventuele wijzigingen na sluiting van de offertetermijn rechtstreeks bekend aan partijen die een offerte hebben ingediend, voorzien van de impact die de wijzigingen eventueel hebben op de ingediende offerte.</p>
<p>De inkoopraming (pagina 88) is niet gepubliceerd. Wanneer komt die beschikbaar?</p>	<p>De inkoopraming publiceert Zilveren Kruis naar verwachting aan het einde van 2016, uiterlijk voor de verzending van de budgetformulieren 2017 naar de NZa.</p>

Over de onzekerheid over de voor Zilveren Kruis beschikbare contracteerruimte. Vraag: Heeft het nadrukkelijke voorbehoud voor de genoemde tariefpercentages en percentages voor de bepaling van het initieel budget te maken met de voorgenomen bezuiniging van 500 mio van de overheid? Zo nee, waar is dit voorbehoud van op gebaseerd?	Het nadrukkelijk voorbehoud maakt Zilveren Kruis in verband met allerlei mogelijke wettelijke en andere wijzigingen (waaronder ook de voorgenomen bezuiniging) die invloed kunnen hebben op het beleid en/of de beschikbare contracteerruimte voor Wlz-zorg.
Onder 5.1 wordt nog gesproken over het toepassen van overheidsmaatregelen in 2017. Inmiddels is aangegeven dat de korting in 2017 van 500mln van de baan is. Heeft dit nog invloed op de (verdeling van) contracteerruimte zoals nu vastgesteld door Zilveren Kruis Zorgkantoor?	Gezien de grote beleidsonzekerheid had Zilveren Kruis in haar zorginkoopbeleid voor 2017 niet geanticipeerd op de eventuele korting van 500 miljoen voor 2017. Het definitief vervallen van de korting, heeft dan ook geen effect op het zorginkoopbeleid 2017 van Zilveren Kruis.
Maakt PGB onderdeel uit van de contracteerruimte die per zorgkantoorregio beschikbaar is?	Sinds 2015 is PGB opgenomen in de Wlz en is daarmee geen subsidieregeling meer, maar maakt het onderdeel uit van de contracteerruimte die aan de verschillende zorgkantoorregio's wordt toebedeeld door de NZa.

5.2 Hoe bepalen wij het volume?

5.2.1 Het geld volgt klant-model

Vraag	Antwoord
U gebruikt in hoofdstuk 5 (pagina 88 ev) "vaste volumeafspraken", "bindende volumeafspraken" en "vaste (bindende) volumeafspraken" door elkaar. Is er verschil tussen vaste en bindende volumeafspraken?	Daar waar staat 'vaste volumeafspraken' dienen zorgaanbieders te lezen: 'vaste (bindende) volumeafspraken'.
Op pagina 88 schrijft u dat een nadrukkelijk voorbehoud wordt gemaakt voor de genoemde tariefpercentages en percentages voor de bepaling van het Initieel Budget. Welke percentages bedoelt u met "percentages" voor de bepaling van het Initieel Budget?	Hiermee bedoelen wij de volume percentages op basis waarvan wij de initiële afspraak 2017 vaststellen. Voor alle V&V-kavels geldt als percentage op dit moment 92%, voor de Meezorg V&V-kavel is dat 100%.

<p>Op pagina 89 staat: Zilveren Kruis kiest ervoor om bij een verwachte overschrijding van de contracteerruimte in de eerste helft van het jaar 2017 het geld volgt klant-model niet om te zetten naar een vaste volumeafspraken, maar om in plaats daarvan te publiceren over welk deel van het intramurale volume zorgaanbieders risico lopen. Hoe kan een individuele aanbieder in een bepaalde zorgkantoorregio op basis van een algemeen percentage ten aanzien van het risico over het intramuraal volume, met inachtneming van de doelen zoals beschreven in de regioparaagraaf, bepalen of dat risico ook voor zijn individuele situatie van toepassing is?</p>	<p>Op grond van de regioanalyse en de zorgkostenontwikkeling zijn de zorginkopers van Zilveren Kruis op regelmatige basis met zorgaanbieders in gesprek. In de zorgkostenontwikkeling kunnen individuele afspraken over VPT, MPT en vernieuwend zorgaanbod vastgelegd worden. Voor de reguliere (intramurale) zorg beschouwt Zilveren Kruis alle zorgaanbieders als gelijk, dus het algemene percentage ten aanzien van het risico over de intramurale volumes is voor iedere zorgaanbieder gelijk.</p>
<p>Zilveren Kruis kiest voor een geld volgt klant-model, maar stelt op pagina 89 dat bij de beschikking prioriteit wordt gegeven aan de kavels VPT en MPT. Geld volgt klant, maar als de klant kiest voor intramurale zorg is het niet zeker dat dat ook gefinancierd gaat worden. Kunt u dat uitleggen?</p>	<p>Op pagina 55 van het zorginkoopdocument Wlz 2016 V&V leest u dat Zilveren Kruis de overtuiging heeft dat het merendeel van de nieuwe cliënten graag zorg in hun bestaande thuissituatie wil ontvangen en dat wij daarom voorrang geven aan productieafspraken in VPT en MPT. Wanneer een cliënt nadrukkelijk kiest voor intramurale opname volgen wij de keuze van de cliënt. Daarbij zijn wij van mening dat het huidige niveau van de productieafspraken voor intramurale zorg ruimschoots toereikend is om in de opnamewensen van nieuwe cliënten te kunnen voorzien.</p>
<p>Op pagina 89 geeft u aan dat Zilveren Kruis per maand (vanaf periode 4 van 2017 of zoveel eerder wanneer de cijfers over periode 1 van 2017 verwerkt zijn) op haar website aangeeft of de naar jaarbasis (verwachte) geëxtrapoleerde productierealisatie nog past binnen de beschikbare contracteerruimte 2017. Welke rechten kunnen aanbieders ontlenen aan hun geleverde productie als u er niet in slaagt de cijfers tijdig te publiceren en de geëxtrapoleerde productierealisatie niet blijkt te passen binnen de contracteerruimte?</p>	<p>Zorgaanbieders verklaren zich akkoord met het inkoopbeleid door het indienen en ondertekenen van de offerte voor 2017. Daarnaast spreken zij periodiek hun zorginkoper over de verwachte (geëxtrapoleerde) productierealisatie en de risico's die zij lopen wanneer hun productierealisatie wordt geëxtrapoleerd naar jaarbasis. De maandelijkse publicatie van de naar jaarbasis geëxtrapoleerde productierealisatie vormt een bevestiging van de afspraken die zorgaanbieders met hun zorginkoper maken. Aan de door zorgaanbieders geleverde productie kunnen derhalve geen rechten worden ontleend tot het moment dat Zilveren Kruis overgaat tot het maken van vaste (bindende) volumeafspraken.</p>

<p>U bent voornemens om bij een verwachte overschrijding van de contracteerruimte te publiceren over welke deel van het intramurale volume zorgaanbieders risico lopen. De praktijk tot nu toe is, dat deze informatie 3-4 maanden komt na afloop van de betreffende periode. Dat is rijkelijk laat om risico's te onderkennen en daarop te anticiperen. Welke maatregelen gaat Zilveren Kruis treffen om tot een tijdiger publicatie te komen van de risico's voor zorgaanbieders?</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 wij 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>Door prioriteit te geven aan aanvullende productieafspraken voor de kavels VPT en MPT creëert u ongelijkheid in het systeem, waardoor de keuze van de cliënt in het gedrang komt. Hoe gaat u cliënten garanderen, dat er voor hen vrijheid van keuze blijft om te kiezen voor het intramurale aanbod, VPT of MPT?</p>	<p>Uitgangspunt in het zorginkoopdocument 2017 is dat de keuze van de cliënt voorop staat. Om die reden hebben wij het geld volgt klant-model voor alle kavels toegepast. Gezien het beperkte aandeel van VPT en MPT binnen de V&V bij Zilveren Kruis hebben wij de afgelopen jaren nadrukkelijk ingezet op VPT en MPT als doelmatige alternatieven voor intramurale opname. Omdat we zorglevering in de thuissituatie van de cliënt binnen de Wlz willen stimuleren, hebben wij er voor gekozen om VPT en MPT prioriteit te geven in deerschikking 2017.</p>
<p>Op pagina 89 staat: Zilveren Kruis kiest ervoor om bij een verwachte overschrijding van de contracteerruimte in de eerste helft van het jaar 2017 het geld volgt klant-model niet om te zetten naar een vaste volumeafpraak, maar om in plaats daarvan te publiceren over welk deel van het intramurale volume zorgaanbieders risico lopen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publiceert u het risico per aanbieder, per gemeente, per Wmo-regio, per zorgkantoor of voor Zilveren Kruis als geheel? 	<p>Zilveren Kruis publiceert dit risico voor het geheel van haar zorgkantoorregio's. De zorginkoper is in gesprek met de individuele zorgaanbieder en bespreekt met hem/haar op welke wijze de zorgaanbieder invulling geeft aan de wensen van de cliënten en daarmee de wijze waarop de zorgaanbieder risico's voor zichzelf (en andere zorgaanbieders) zoveel mogelijk beperkt.</p>

<p>Op pagina 89 geeft u aan dat Zilveren Kruis per maand op haar website aangeeft of de naar jaarbasis (verwachte) geëxtrapoleerde productierealisatie nog past binnen de beschikbare contracteerruimte 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gaat u daarbij uit van deelbudgetten per leveringsvorm of één budget voor alle leveringsvormen? <p>Een onderscheid tussen leveringsvormen is immers niet van belang in het geld volgt klant-model en de totale contracteerruimte is voor Zilveren Kruis doorslaggevend.</p>	<p>Zilveren Kruis hanteert een model met meerdere sectoren en meerdere kavels, waarbij voor de V&V-sector het onderscheid tussen de leveringsvormen (zorgsoorten) en de regio's bepalend zijn. Bovendien hanteren wij het onderscheid in leveringsvormen in de herschikking om prioriteit te kunnen geven aan zorg in de thuissituatie van cliënten. Zilveren Kruis kan daarnaast in de tweede helft van 2017 overgaan tot het maken van vaste (bindende) volumeafspraken, die per prestatie, zorgsoort en/of regio kan worden doorgevoerd. Uiterlijk in de herschikking 2017 maken wij voor alle kavels een vaste (bindende) volumeafpraak.</p>
<p>in & 5.2.1. laatste alinea staat vermeld: Zilveren Kruis Kiest ervoor om bij een verwachte overschrijding van de contracteerruimte in de eerste helft van het jaar 2017 het geld-volgt klantmodel niet om te zetten naar een vaste volumeafpraak, maar om in plaats daarvan te publiceren over welk deel van het intramurale volume zorgaanbieders risico lopen. Zilveren Kruis wil deze cijfers maandelijks publiceren (bij dreigende overschrijding). Op welk moment wil Zilveren Kruis deze gegevens 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 wij 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>Bij de inkoop wordt een percentage van 92% gehanteerd over de geëxtrapoleerde productie over periode jan-juni 2016. Dat betekent dat zorgaanbieders, 8% van het budget moeten voorschieten als zij dezelfde productie in 2017 willen realiseren als in 2016. Deze voorfinanciering brengt zeer grote financiële risico's met zeer mee, waar Raden van Toezicht bij de vaststelling van begrotingen steeds vaker tot afkeuringen zullen overgaan omdat de financiële risico's te groot worden voor zorgorganisaties. Is het ZK zich hiervan bewust?</p>	<p>Het effect van dit zorginkoopbeleid op de voorfinanciering door zorgaanbieders is zeer klein, aangezien Zilveren Kruis voor 2017 geen substantiële wijzigingen verwacht in het betaalbeleid ten opzichte van dat voor 2016.</p>

<p>De zorgintensiteit / complexiteit neemt in rap tempo verder toe bij klanten met Wlz indicatie.</p> <p>De beschikbaar gestelde budget (max 97% van NZa tarief) houdt hier geen rekening mee. Hierdoor neemt de zorgdruk verder toe, wat de klant zal gaan merken. Is de klant er niet meer bij gebaat om het toegekende percentage van de NZa tarieven te verhogen.?</p> <p>Het motto is (de afgelopen jaren) "meer zorg/klanten met minder geld. Wanneer is ook voor het zorgkantoor de grens van het toelaatbare bereikt?</p>	<p>Zilveren Kruis zet een lager percentage dan het maximum NZa-tarief in om doelmatigheid te bereiken en uit de beschikbare contracteerruimte 2017 meer cliënten van Wlz-zorg te kunnen voorzien dan mogelijk is bij het maximum Nza-tarief. De zorgintensiteit/complexiteit wordt beoordeeld door het CIZ en wordt vertaald naar een passend zorgprofiel voor de cliënt.</p>
<p>Het toekenningspercentage voor de kavels met een geld volgt klant-model is voor de initiële productieafspraken voor 2017 gesteld op 92% van de naar jaarbasis geëxtrapoleerde productierealisatie op basis van de AW319 tot en met periode 6 van 2016 (peildatum 8 augustus 2016).</p> <p>Vraag: op welke wijze neemt het ZK eventuele (verwachte) volume stijgingen of dalingen om in de periode 7 t/m 12.</p>	<p>Zilveren Kruis neemt eventuele (verwachte) volume stijgingen of dalingen in periode 7 tot en met 12 niet mee. Gezien het geld volgt klant-model voor alle kavels wordt een eventuele productiegroei eind 2016 in 2017 meegenomen op basis van de declaraties, echter niet in de initiële productieafspraken. Voor de volledigheid melden wij nogmaals dat de afspraak over de volumes in 2017 die wij uiterlijk 1 november 2016 met zorgaanbieders maken, de initiële productieafspraken, geen zekerheid biedt voor de definitief te maken productieafspraken 2017.</p>
<p>Zilveren Kruis kiest ervoor om bij een verwachte overschrijding van de contracteerruimte in de eerste helft van het jaar 2017 (...) te publiceren over welk deel van het intramuraal volume zorgaanbieders risico lopen. Kunt u met een voorbeeld toelichten hoe een individuele zorgaanbieder in een bepaalde regio op grond van deze publicatie kan nagaan of en in hoeverre hij risico op ongefinancierde zorg loopt?</p>	<p>Aan de hand van de publicatie van de zorgkosten lezen zorgaanbieders met welk % de contracteerruimte wordt overschreden en daarmee kunnen zij bepalen welk % van hun intramurale budget mogelijk ongefinancierd blijft. Hierover zijn zorgaanbieders gedurende het jaar ook in gesprek met hun zorginkoper. De publicatie van de zorgkosten is slechts een bevestiging van de ontwikkeling van de zorgkosten.</p>

<p>Stel dat een aanbieder conform de zin (zijnde de ingekochte volumes voor de intramurale prestaties voortkomend uit de naar jaarbasis geëxtrapoleerde realisatie op basis van de productierealisatie uit de AW319 tot en met periode 6 van 2016, peildatum 8 augustus 2016) een volume van 300 voor de intramurale prestaties heeft gerealiseerd. Klopt het dan dat initieel budget volgens het geld volgt klant-model voor 2017 92% daarvan (volume 276) wordt ingekocht? Klopt het dat deze aanbieder in 2017 maximaal een volume van 300 kan produceren? Klopt het dat alle aanbieders van intramurale zorg in 2017 100% van het ingekochte intramurale volume kunnen realiseren? Is het voor een individuele aanbieder mogelijk een hoger volume dan 300 in de definitieve productieafspraken 2017 te realiseren als er voldoende contracteerruimte is? Voorgaande graag beantwoorden vanuit de veronderstelling dat er meer dan voldoende cliënten zijn die intramurale zorg wensen.</p>	<p>De naar jaarbasis geëxtrapoleerde realisatie op basis van de productierealisatie uit de AW319 tot en met periode 6 van 2016 (op peildatum 8 augustus 2016) vormt de basis voor de initiële productieafspraken. Omdat sprake is van een geld-volgt-klant model, krijgt een zorgaanbieder geen garantie over de initiële productieafspraken. Dit betekent dat pas nadat de keuze van de cliënt duidelijk is, doch uiterlijk in de herschikking 2017 (op 1 november 2017) duidelijkheid bestaat over de hoogte van de herschikkingsovereenkomsten 2017 en in de nacalculatie over de definitieve productieafspraken voor 2017 op grond van de keuze van de cliënt. Zilveren Kruis veronderstelt dat een groot deel van de (nieuwe/wachtende) cliënten bij voorkeur gebruik maken van zorg in hun eigen thuissituatie (via VPT of MPT). Wij nodigen zorgaanbieders dan ook van harte uit om zorg te leveren conform de wens van de cliënt.</p>
<p>Op pagina 89 schrijft u eerst dat door aanbieders door de publicatie van productierealisatie vroegtijdig duidelijkheid hebben over het productieniveau dat verwerkt kan worden in de definitieve productieafspraken en daarna schrijft u dat bij een verwachte overschrijding van de contracteerruimte zorgaanbieders met een intramuraal volume risico lopen. Wat is waar?</p>	<p>Beide zijn waar. Aan de hand van de zorgkostenmonitoring krijgen zorgaanbieders inzicht in de totale benutting van de contracteerruimte en via een percentage maakt Zilveren Kruis inzichtelijk welk % van de intramurale volumes een eventuele overschrijding van die contracteerruimte vertegenwoordigt. Uiterlijk bij de herschikking 2017 worden immers afspraken gemaakt, passend binnen de contracteerruimte waarbij prioriteit gegeven wordt aan productieafspraken in VPT en MPT en vernieuwend zorgaanbod. Zorgaanbieders lopen dus risico over de intramurale volumes.</p>

<p>Op pagina 89 staat: Zilveren Kruis kiest ervoor om bij een verwachte overschrijding van de contracteerruimte in de eerste helft van het jaar 2017 het geld volgt klant-model niet om te zetten naar een vaste volumeafspraken, maar om in plaats daarvan te publiceren over welk deel van het intramurale volume zorgaanbieders risico lopen. Lopen zorgaanbieders hier een risico of cliënten die zouden willen kiezen voor intramuraal verblijf, maar daar dan geen mogelijkheid meer voor hebben?</p>	<p>Cliënten kunnen altijd kiezen voor de leveringsvorm van hun voorkeur/wensen passend bij hun zorgvraag. Zorgaanbieders lopen daarbij het (financiële) risico dat zij (doordat zij niet aansluiten bij de wensen/behoefte van cliënten, die bij voorkeur hun zorg in hun eigen thuissituatie geleverd krijgen) daardoor aan meer cliënten intramurale zorg leveren dan noodzakelijk. Zilveren Kruis is namelijk van mening dat cliënten bij voorkeur thuis hun zorg ontvangen, maar wil de mogelijkheid voor intramurale opname wel open houden voor die cliënten die dat echt willen.</p>
<p>Op pagina 89 geeft u aan dat Zilveren Kruis per maand op haar website aangeeft of de naar jaarbasis (verwachte) geëxtrapoleerde productierealisatie nog past binnen de beschikbare contracteerruimte 2017, zodat zorgaanbieders ook vroegtijdig in het jaar duidelijkheid hebben over het productieniveau dat verwerkt kan worden in de definitieve productieafspraken 2017. Wij maken hieruit op dat het productieniveau dat door een zorgaanbieder is gerealiseerd in de betreffende periode gegarandeerd is voor de rest van het jaar. Klopt dat?</p>	<p>Dit is niet juist. Het geld-volgt-klant model geeft geen enkele garantie over het gerealiseerde productieniveau tot het moment dat de afspraken worden omgezet in definitieve productieafspraken (herschikking 2017).</p>
<p>Op pagina 89 geeft u aan dat Zilveren Kruis per maand (vanaf periode 4 van 2017 of zoveel eerder wanneer de cijfers over periode 1 van 2017 verwerkt zijn) op haar website aangeeft of de naar jaarbasis (verwachte) geëxtrapoleerde productierealisatie nog past binnen de beschikbare contracteerruimte 2017. In periode 4 geeft u duidelijkheid over de cijfers over periode 1. Waarom moet dat zo lang op zich laten wachten? Bent u bereid toe te zeggen deze publicatieperiode in 2017 te verkorten tot 4 weken?</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 wij 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>Op pagina 89 geeft u aan dat Zilveren Kruis per maand op haar website aangeeft of de naar jaarbasis (verwachte) geëxtrapoleerde productierealisatie nog past binnen de beschikbare contracteerruimte 2017. Is dat steeds op de eerste dag van de maand? Zo nee, welke verwachting heeft u omtrent de dag van publicatie?</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 wij 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>Waarom kiest Zilveren Kruis ervoor het toekenningspercentage van 92% in het geld volgt klant-model (pagina 89) te baseren op de productierealisatie tot en met periode 6 van 2016? Waarom stapt u af van een toekenningspercentage op basis van de productieafpraak in de herschikking 2016?</p>	<p>De productierealisatie tot en met periode 6 van 2016 is op een eerder moment beschikbaar dan de productieafpraak in de herschikking 2016. Bovendien voorkomen we op deze manier dat we incidentele correcties op de productieafpraak in de herschikking 2016 moeten corrigeren voor de bepaling van het initiële budget voor 2017.</p>
<p>client ontvangt zorg en ondersteuning afgestemd op behoeften en wensen passend binnen de contracteerruimte die beschikbaar is. Op welke manier bewaakt ZK de toereikendheid van de contracteerruimte voor haar verzekerden in combinatie met de toestroom van nieuwe toetreders, geld volgt klant model, contracteren van nieuw zorgaanbod?</p>	<p>Zilveren Kruis publiceert de gedeclareerde zorgkosten aan de hand van de declaraties in de AW319 van alle (nieuwe en bestaande) zorgaanbieders op haar website en vermeld daarbij welk risico zorgaanbieders lopen wanneer de contracteerruimte overschreden wordt.</p>

<p>Het landelijk inkoopkader 2017 (Bron: inkoopdocument Wlz 2017:9,11) overlapt onze kernwaarden, missie en visie en we omarmen ze daarom zeker. In het inkoopdocument wordt benoemd dat een uitgangspunt ook is invulling te geven aan principes als persoonsvolgende bekostiging (Bron: inkoopdocument Wlz 2017:11). Wij hebben vragen over dit principe, en met name de wijze van financiering van de zorglevering (in het bijzonder ZZP's), en de specifieke zorgvraag van de cliënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In hoeverre wijzigt de ZZP-financiering in 2017 t.o.v. de huidige situatie? - Hoe verhoudt de ZZP-financiering zich t.o.v. het geld volgt klant-model? (Een diversiteit in zorgvraag binnen de ZZP-clianten met eenzelfde indicatie is een feit). - Dus: In hoeverre wordt er binnen een ZZP indicatie/financiering rekening gehouden met mogelijk extra te leveren zorg die de cliënt wenst/vraagt/nodig heeft (indien deze extra zorg niet zal leiden tot een andere zzp-indicatie en de cliënt wel wenst intramuraal verzorgd te willen blijven worden?) 	<p>De ZZP-financiering is voortdurend aan verandering onderhevig. Op dit moment maakt het CIZ de omslag van indicatiestelling in ZZP's naar indicatiestelling in een zorgprofiel. De NHC maakt een steeds groter deel uit van het tarief, waardoor uiteindelijk in 2018 de vergoeding voor kapitaallasten volledig afhankelijk is van de aanwezigheid van een cliënt. Daar waar voor 2017 wijzigingen te verwachten zijn, volgt Zilveren Kruis de landelijke beleidswijzigingen en informeren wij zorgaanbieders daarover zodra deze bekend zijn. De methodiek van ZZP's gaat uit van gemiddelden en zorgaanbieders kunnen zo binnen het ZZP van een cliënt invulling geven aan die wisselende zorgvraag. Via het geld volgt klant-model geeft Zilveren Kruis invulling aan persoonsvolgende bekostiging. In het huidige financieringssysteem is een koppeling tussen persoonsvolgende zorg en bekostiging gelegd via het ZZP van de cliënt. Zorgaanbieder en cliënt (en diens mantelzorger) maken afspraken over de zorg die de zorgaanbieder levert binnen de kaders van het ZZP van de cliënt, passend bij de wens/zorgvraag van de cliënt. Daarbij wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij minimaal de noodzakelijke zorg leveren en dat zorglevering verantwoord plaatsvindt, daarbij zoveel mogelijk aansluitend bij de wens/zorgvraag van de cliënt.</p>
<p>per maand (vanaf periode \$ 2017 of zoveel eerder) geeft Zilveren Kruis op haar website aan of de naar jaarbasis de geëxtrapoleerde productie realisatie nog past binnen de beschikbare contracteerruimte 2017. Betreft dit actuele informatie of informatie met 2 tot 3 maanden vertraging?</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 wij 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>Midden op pagina 90 wordt gesteld dat er een aparte afslag plaats gaat vinden als gevolg van extramuralisering van lage ZZP's als er een grotere uitstroom dan 8 % plaatsvindt.</p> <p>De vraag is: Waar wordt deze 8 % over berekend : over het totale intramurale budget of het budget van lage ZZP's van de organisatie ?</p>	<p>Dit betreft de eventueel grotere uitstroom op de lage ZZP's en de verlaging van het budget op die lage ZZP's wordt daarmee bedoeld. Omdat naar verwachting geen nieuwe cliënten instromen en met deze uitstroom invulling wordt gegeven aan de extramuraliseringsopgave, komt geen budgetruimte beschikbaar voor zorg aan cliënten met een hoog ZZP (4VV of hoger).</p>
<p>Heeft u uw inkoopmodel en werkwijze met betrekking tot het intramuraal volume juridisch laten beoordelen? Zo ja, gaat u dat juridisch onderzoek/advies publiceren?</p>	<p>Zilveren Kruis hanteert voor de kavels intramuraal een geld-volgt-klant model, wat een gebruikelijk inkoopmodel is binnen de inkoop van Wlz-zorg (en voorheen AWBZ-zorg). Zilveren Kruis laat jaarlijks een juridische toets uitvoeren op haar zorginkoopbeleid. De uitkomsten van deze toets zijn verwerkt in het zorginkoopdocument. Een onderzoek/advies publiceren wij niet afzonderlijk.</p>
<p>Betreffende de extramuraliseringsopgave lage ZZPs waarbij ZZP's worden ingevuld dmv een MPT of VPT rijst de vraag in hoeverre cliënten die reeds een intramurale invulling geven aan hun indicatie met verblijf, gevraagd kunnen worden dit in te zetten dmv een MPT of VPT aangezien dit ook voor hen vaak financieel nadelige gevolgen heeft. Hoe kijkt Zilveren Kruis hier tegenaan?</p>	<p>Cliënten die hun lage ZZP op grond van het overgangsrecht uit 2015 in intramurale vorm verzilveren, kunnen dit blijven doen. Omzetting van hun intramurale zorg naar zorg via VPT of MPT is niet aan de orde, omdat het overgangsrecht niet in die optie voorziet.</p>
<p>2e alinea staat vermeld: de initiële afspraak binnen het geld-volgt-klantmodel komt tot stand door 92% van de volumes voortkomend uit de naar jaarbasis geëxtrapolerde realisatie op basis van de productierealisatie uit de AW319 tot en met periode 6 uit 2016 (peildatum 8 augustus 2016). Is deze berekening inclusief de overproductie of is wordt deze berekening gedaan a.h.v. het afgesproken budgetplafond?</p>	<p>De initiële afspraak komt tot stand op basis van de naar jaarbasis geëxtrapolerde realisatie op basis van de aangeleverde geaccordeerde productierealisatie uit de AW319 tot en met periode 6 uit 2016 (peildatum 8 augustus 2016).</p>
<p>Op pagina 90 staat: Omdat nagenoeg geen instroom van deze cliënten meer plaatsvindt, stelt Zilveren Kruis de definitieve productieafpraak op de lage ZZP's in de herschikking 2017 neerwaarts bij wanneer</p>	<p>De zorginkoper van Zilveren Kruis is in gesprek met zorgaanbieders over hun zorgaanbod in de diverse regio's van Zilveren Kruis. Daar waar zorginkoper en zorgaanbieder overeenkomen dat een deel</p>

<p>sprake is van grotere uitstroom van cliënten dan 8%. De daarmee eventueel vrijvallende financiële ruimte komt niet beschikbaar voor productierealisatie op de overige intramurale prestaties, maar voor productierealisatie in VPT en MPT en aanvullende productieafspraken voor vernieuwend zorgaanbod als gevolg van de hogere prioritering van VPT, MPT en vernieuwend zorgaanbod in de herschikking 2017. Er is geen kavel vernieuwend zorgaanbod; hoe kan je aanspraak maken op dit budget voor vernieuwend zorgaanbod?</p>	<p>van hun zorgaanbod vernieuwend is, maken zij daarover afspraken die vastgelegd worden bij de monitoring van de zorgkostenontwikkeling gedurende 2017 en verwerkt worden in de herschikking van 2017.</p>
<p>Klopt het dat aanbieders die door de totale productierealisatie gedwongen intramurale capaciteit moeten inleveren (omdat niet de wens van de cliënt die kiest voor intramuraal verblijf wordt gehonoreerd, maar de wens van de cliënten die kiezen voor VPT/MPT voorgaan) aan cliënten VPT/MPT kunnen aanbieden in hetzelfde appartement in dezelfde zorglocatie? Wat is hier de win/win situatie? Op welke manier wordt hier invulling gegeven aan de persoonsvolgendheid?</p>	<p>Daar waar cliënten bewust kiezen voor het huren van een appartement in een (voormalige) woonzorglocatie, kan de zorgaanbieder, passend bij de zorgvraag en de wensen/behoefte van cliënten, hieraan invulling geven via verschillende leveringsvormen, passend bij de zorgvraag en (financiële) situatie van de cliënt.</p>
<p>Stel dat blijkt dat aanbieders van intramurale zorg een opnamestop moeten doorvoeren om financiële risico's te vermijden. Hoe verhoudt dat zich tot de wens van cliënten die kiezen voor intramuraal verblijf?</p>	<p>Zilveren Kruis is van mening dat de bestaande afspraken voor intramurale zorg toereikend zijn om in de wens van nieuwe cliënten tot intramurale opname te voorzien. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij zoveel mogelijk aan de echte keuze en zorgvraag van de cliënt invulling geven.</p>
<p>Op pagina 90 verwijst u naar het budgetmodel. Vorig jaar koos u voor een budgetmodel vanuit de volgende motivatie: "De keuze voor een budgetmodel komt voort uit het feit dat Achmea de persoonsvolgende bekostiging vorm wil geven door rekening te houden met de mutatiegraad binnen de V&V zonder onnodige financiële onzekerheid ten aanzien van de initiële afspraak voor de zorgaanbieder." Op basis waarvan bent u tot het inzicht gekomen dat onnodige financiële onzekerheid niet meer aan de orde is c.q. niet meer relevant is?</p>	<p>Uit onze omgevingsanalyse komt naar voren dat keuzevrijheid van cliënten ook maatschappelijk belangrijk is en dit leidt tot diverse initiatieven (waaronder ons Experiment 'Leven zoals ik wil': radicale verandering in de verpleegzorg) om de zorg nog meer persoonsvolgend te financieren. Daarbij past een geld-volgt-klant model beter dan een budgetmodel. Een neveneffect daarvan is helaas grotere financiële onzekerheid voor zorgaanbieders, die wij zoveel mogelijk weg willen nemen door op regelmatige basis over de zorgkostenontwikkeling in gesprek te zijn.</p>

<p>Met betrekking tot de definitieve productieafspraken intramuraal schrijft u op pagina 90 "Vanaf dat moment geldt feitelijk een budgetmodel." Begrijpen wij goed dat het budgetmodel, zoals dat van toepassing is in de inkoopprocedure 2016 vanaf dat moment van toepassing is?</p>	<p>Het budgetmodel is in ieder geval uiterlijk bij de herschikking 2017 van toepassing.</p>
<p>Op pagina 90 staat: "...passend binnen de bestaande productieafspraken van de betreffende zorgaanbieder voor 2016 (zijnde de ingekochte volumes voor de intramurale prestaties voortkomend uit de naar jaarbasis geëxtrapoleerde realisatie op basis van de productierealisatie uit de AW319 tot en met periode 6 van 2016, peildatum 8 augustus 2016)." Wij zijn van mening dat wij in 2016 een hogere productieafspraken kunnen realiseren op basis van de geldende inkoopprocedure dan de productierealisatie tot en met periode 6 van 2016? Graag uw reactie.</p>	<p>Zilveren Kruis maakt slechts productieafspraken voor intramurale zorg tot het niveau van de huidige intramurale productieafspraken. Bij de levering van zorg aan cliënten wil Zilveren Kruis de wensen en behoeften van cliënten als uitgangspunt nemen. V&V-zorgaanbieders zijn volop bezig om vorm te geven aan de extramuralisering van de lage ZZP's om zo het langer thuis wonen te bevorderen. Dit gaat gepaard met zogenaamde 'overcapaciteit'. Ongeacht de vraag of een zorgaanbieder al dan niet overcapaciteit heeft, zien wij het aantal cliënten en de duur waarvoor cliënten gebruik maken van Wlz-zorg, afnemen. Zilveren Kruis gaat er van uit dat zorgaanbieders hun zorgaanbod laten aansluiten bij de wensen/behoeften en zorgvraag van de cliënt.</p>
<p>Op pagina 90 staat: Op de kavels Intramuraal maken wij maximaal definitieve productieafspraken 2017 passend binnen de bestaande productieafspraken van de betreffende zorgaanbieder voor 2016 (zijnde de ingekochte volumes voor de intramurale prestaties voortkomend uit de naar jaarbasis geëxtrapoleerde realisatie op basis van de productierealisatie uit de AW319 tot en met periode 6 van 2016, peildatum 8 augustus 2016). Wat is nu precies de maximale productieafspraken die in 2017 kan worden gemaakt?</p>	<p>Voor de intramurale kavels maakt Zilveren Kruis voor 2017 productieafspraken op basis van de keuze van de cliënt, maar tot maximaal het niveau (100%) van de naar jaarbasis geëxtrapoleerde realisatie op basis van de productierealisatie uit de AW319 tot en met periode 6 van 2016 (peildatum 8 augustus 2016). Zorgaanbieders krijgen echter geen budgetgarantie, dus mochten cliënten voor andere zorgaanbieders kiezen, dan maakt Zilveren Kruis productieafspraken tot en met het lagere realisatieniveau. Zorgaanbieders lopen dus risico over de productierealisatie die zij intramuraal leveren, gezien de prioriteit die Zilveren Kruis geeft aan zorglevering via VPT en MPT.</p>

<p>Op pagina 90 staat: Zodra Zilveren Kruis in de tweede helft van het jaar in de totaal naar jaarbasis geëxtrapoleerde zorgkosten een (dreigende) overschrijding constateert, maken wij een vaste (bindende) volumeafspraken met alle zorgaanbieders. Dit is dus het geval als het totaal van de zorgkosten van alle leveringsvormen/kavels samen de beschikbare contracteerruimte (bijna) overschrijden. Klopt dat?</p>	<p>Dit is niet juist. Zilveren Kruis kiest ervoor om in de eerste helft van 2017 geen vaste (bindende) volumeafspraken te maken om zorglevering in VPT en MPT en vernieuwend zorgaanbod de ruimte te geven tot wasdom te komen. Effect daarvan kan zijn dat het totaal van de zorgkosten van alle leveringsvormen/kavels de beschikbare contracteerruimte overschrijden. Om zorgaanbieders tijdig inzicht te geven in de risico's die zij lopen op de intramurale kavels daarbij, publiceren wij maandelijks het percentage waarmee de contracteerruimte wordt overschreden.</p>
<p>Kunt u de zin "Op de kavels intramuraal maken wij maximaal in de herschikingsronde 2017" nader toelichten en uitwerken in een voorbeeld?</p>	<p>De basis voor de initiële afspraak vormen de ingekochte volumes voor de intramurale prestaties voortkomend uit de naar jaarbasis geëxtrapoleerde realisatie op basis van de productierealisatie uit de AW319 tot en met periode 6 van 2016, peildatum 8 augustus 2016. Wanneer op 8 augustus 2016 blijkt dat een zorgaanbieder bijvoorbeeld 100 dagen ZZP 5VV naar jaarbasis geëxtrapoleerd produceert, vormt die de basis voor de initiële afspraak, die 92 bedraagt (92%). Deze 100 is tevens het maximaal definitief in te kopen volume bij de herschikking 2017 voor de intramurale kavels.</p>
<p>Als er overschrijding van het macrokader ontstaat a.g.v. groei van VPT/MPT volgt er een korting op Wlz-zzp. Hoe wordt deze korting toegepast. Generieke korting voor alle zorgaanbieders die Wlz-zzp leveren?</p> <p>Wat is de volgorde bij een korting op Wlz-zzp. Bijstelling productieafspraken tot maximaal het niveau 2016 of generieke korting?</p>	<p>Wanneer onvoldoende middelen resteren nadat in de herschikking aanvullende productieafspraken in VPT en MPT en vernieuwend zorgaanbod zijn gehonoreerd, dan worden aanvullende productieafspraken naar rato van de nog beschikbare contracteerruimte toegekend voor de intramurale kavels. Wanneer de contracteerruimte toereikend is, maakt Zilveren Kruis voor de intramurale kavels maximaal tot de bestaande productieafspraken voor de intramurale volumes zoals vastgelegd in de terugkoppeling van de initiële productieafspraken 2017.</p>
<p>Als er geen overschrijding van het macrokader dreigt, en het geld volgt cliënt model blijft intact, kan dan ook de productie Wlz-zzp groeien?</p>	<p>Dit is mogelijk, maar voor de volledigheid merkt Zilveren Kruis op dat zij de kans op onderschrijding van de beschikbare contracteerruimte, gezien de ruime mogelijkheden voor nieuw zorgaanbod en nieuwe zorgaanbieders, gering zal zijn.</p>

5.2.2 De kavel Meerzorg V&V kent een eigen inkoopmodel

Vraag	Antwoord
<p>Bij overproductie op Meerzorg in 2017 wordt dit passend gemaakt in de contracteerruimte door een procentuele afslag op de tarieven voor Meerzorg. Dit is onacceptabel! Dit gaat uiteindelijk ten koste van de goede behandeling van cliënten met zeer complexe zorg. Deze overproductie zal toch door allen gedragen moeten worden.</p> <p>Vraag: Is Zilveren Kruis het hiermee eens?</p>	<p>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 2 jaar bij de sector Gehandicaptenzorg 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.</p>
<p>Het kavel Meerzorg verloopt in 2016 zeer moeizaam wegens allerlei beperkingen van administratieve en financiële aard.</p> <p>Vraag: Hoe is hierop dan een voorspelling te doen voor 2017 die realistisch is?</p>	<p>Bij welke voorspelling dan ook, is sprake van een aantal onzekere factoren.</p>

5.2.3 Wat geven zorgaanbieders aan in de offerte 2017 over het verwachte volume?

Vraag	Antwoord
<p>Op blz. 115 wordt in de 2de alinea aangegeven dat aanbieders met een meerjarenovereenkomst alleen een instemmingsverklaring hoeven te tekenen. Kavels aanvinken zou dan niet nodig zijn.</p> <p>Op blz. 91 worden onder 'meerjarige overeenkomst' aangegeven dat betreffende aanbieders wel moeten aangeven voor welke kavels zij een offerte indienen.</p> <p>Een en ander lijkt niet in overeenstemming met elkaar of is op zijn minst onduidelijk.</p> <p>Kunt u een en ander nader toelichten en aangeven wat nu de bedoeling is?</p>	<p>V&V-zorgaanbieders die een Wlz-overeenkomst 2016-2017 hebben gesloten, kunnen volstaan met het indienen van de instemmingsverklaring en het ontwikkelplan. Wanneer die V&V-zorgaanbieders echter in aanmerking willen komen voor een afspraak over nieuw zorgaanbod, dienen zij daarvoor wel de nieuwe kavel(s) aan te vinken en een toelichting te geven in en de benodigde bijlagen ('bedrijfsplan' en 'financieel plan') te uploaden bij de offerte.</p>

Op pagina 92 schrijft u: Afspraken met nieuwe zorgaanbieders voor de kavels Intramuraal liggen niet in de rede, gezien de extramuraliseringsopgave en het stimuleren van langer thuis blijven van Wlz-cliënten. Moeten wij hieruit opmaken dat het eventueel wel kan of dat het uitgesloten is? Onder welke omstandigheden is het eventueel mogelijk?	Zilveren Kruis is van mening dat vernieuwend zorgaanbod nagenoeg altijd mogelijk is in VPT en MPT en maakt daarom geen afspraken met nieuwe zorgaanbieders voor de kavels Intramuraal.
---	--

5.2.4 Voorwaarden aan de in te kopen prestaties 2017

5.2.5 Zorgaanbieders ontvangen een terugkoppeling op de ingediende offerte 2017

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

Vraag	Antwoord
U schrijft op pagina 93 "Dit betreft een continuering van het basistarief ten opzichte van 2016". Dat zou betekenen dat het tarief 2017 hetzelfde is als in 2016. Klopt dat of bedoelt u continuering van de tariefsverlaging tot 94%?	Zilveren Kruis continueert het basistarief ten opzichte van 2016. Dat basistarief is ingevuld als een tariefpercentage van het maximum-Nza-tarief. Als basistarief (en dus het tariefpercentage) hanteert Zilveren Kruis net als in 2016 voor 2017 een tariefpercentage van 94% van het maximum-Nza-tarief per prestatie.
De tariefafspraken 2017 zijn gebaseerd op 94% tot maximaal 97% (de ontwikkelplannen kunnen 3% opleveren). Hoe kunnen we in aanmerking komen voor de overige 3%?	Zilveren Kruis hanteert een tariefpercentage van maximaal 97% voor de V&V om invulling te geven aan doelmatige inzet van de beschikbare contracteerruimte 2017. Op die manier kunnen met dezelfde middelen meer cliënten geholpen worden. Zorgaanbieders kunnen niet in aanmerking komen voor een hoger tariefpercentage dan 97%.

5.3.1 Wij komen weer in dialoog tot afspraken over het tariefpercentage

5.3.2 De zelfanalyse als basis voor verbetering

5.3.3 Zorgaanbieders stellen zelf een ontwikkelplan voor

Vraag	Antwoord
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?	Wij verwachten van zorgaanbieder die ontwikkelafspraken hebben gemaakt met een meerjarig karakter alleen een korte formulering van het nieuwe resultaat voor 2017 in het format, voorzien van een voorstel voor de tariefsopslag. Zorgaanbieders kunnen dus volstaan met het indienen van die inhoud in het format 2017 zodat de zorginkoper weet wat de inhoud en de ambitie voor 2017 wordt.
Kunnen plannen Waardigheid & Trots ook voor de inkoop worden ingediend, aangezien ook de bedoeling was om inkoop en W&T tot elkaar te laten komen?	Dit is mogelijk voor zover de plannen voor Waardigheid & Trots leiden tot kwaliteitsverbetering voor de cliënt en voor zover ze voldoen aan de doelstellingen en criteria die Zilveren Kruis hanteert bij de beoordeling van de ontwikkelafspraken. Zorgaanbieders kunnen hun plannen voor Waardigheid & Trots zoveel mogelijk opstellen met de ontwikkelafspraken vanuit zorginkoop in het achterhoofd.
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.

5.3.4 Voorstel voor ontwikkelplan in de offerte

Vraag	Antwoord
Moet de zelfanalyse light en het ontwikkelplan samen met de offerte ingediend worden voor 1 augustus? Ik had begrepen dat alleen de vaststellingsovereenkomst voor 1 augustus ingediend moest zijn en dat de overige documenten via de zorginkoper ingediend konden worden. Of moeten deze wel via het portaal maar mag het ook na 1 augustus zijn?	Daar waar bestaande V&V-zorgaanbieders van Zilveren Kruis met een meerjarige overeenkomst 2016-2017 in staat zijn om het ontwikkelplan samen met de offerte in te dienen, heeft dit de voorkeur van Zilveren Kruis. Een zelfanalyse (light) is facultatief. Dit geldt ook voor bestaande V&V-zorgaanbieders van Zilveren Kruis met een eenjarige overeenkomst voor 2016 inclusief ontwikkelafspraken 2016. De zelfanalyse en het ontwikkelplan van de andere V&V-

	<p>zorgaanbieders (nieuwe zorgaanbieders, bestaande zorgaanbieders bij andere zorgkantoren en bestaande zorgaanbieders van Zilveren Kruis zonder ontwikkelafspraken 2016) moeten ook samen met de offerte uiterlijk 1 augustus zijn ingediend, wanneer zij in aanmerking willen komen voor een tariefsopslag.</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>

5.3.5 De dialoog over de ontwikkelafspraken

Vraag	Antwoord
<p>Er wordt gesproken over regelmatige overleggen over de ontwikkelafspraken. Welk frequentie wordt hiermee bedoeld? Kan hier concreter aangegeven worden hoe vaak en in welke periode de overleggen zullen plaatsvinden?</p>	<p>De zorginkoper van Zilveren Kruis gaat minimaal met de zorgaanbieder (en bij voorkeur de cliëntenraad) in overleg om de ontwikkelafspraken vast te stellen, de voortgang te bespreken, de ontwikkelafspraken voorlopig te beoordelen en de ontwikkelafspraken definitief te beoordelen. Bij het vaststellen van de ontwikkelafspraken voor 2017 kunnen zorgaanbieder en zorginkoper al afspraken maken over de vervolgoverleggen wanneer een zorgaanbieder en/of cliëntenraad daar behoefte aan heeft.</p>

5.3.6 Nieuwe zorgaanbieders

5.4 Meerjarencontracten met zorgaanbieders die transparant zijn over kwaliteit

Vraag	Antwoord
<p>Op pagina 98 geeft u aan "Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij relevante kwaliteitsgegevens beschikbaar stellen aan het zorgkantoor. Dit betreft ten minste het accorderen voor doorlevering van de CQ-gegevens 2014 en 2015 voor inzage door Zilveren Kruis (...)". Voor 2015 is echter besloten door de tripartiete partijen (waaronder ZN) dat de CQ-gegevens van meetjaar 2015 niet centraal worden bewerkt</p>	<p>Zilveren Kruis verbindt meerjarenafspraken aan het thema transparantie. Zilveren Kruis verwacht van zorgaanbieders dat zij bereid zijn relevante kwaliteitsgegevens beschikbaar te stellen aan het zorgkantoor. Het is juist dat in tegenstelling tot de jaren 2013 en 2014, er in 2015 geen doorlevering van de CQ-informatie mogelijk is aan het zorgkantoor via 'accorderen', omdat de gegevens niet op een centrale wijze worden</p>

<p>en openbaar gemaakt. Aangezien de zorgorganisatie de CQ-index in 2015 heeft gemeten is er voor ons geen mogelijkheid om de gegevens van 2015 te 'accorderen voor doorlevering'. Hoe houdt het zorgkantoor hier rekening mee?</p>	<p>bewerkt en beschikbaar gesteld. Voor de CQ-gegevens 2015 en/of 2016 vraagt Zilveren Kruis aan zorgaanbieders alsnog om de CQ-gegevens op locatieniveau beschikbaar te stellen. Echter, de wijze waarop deze gegevens aan het zorgkantoor beschikbaar worden gesteld staat de zorgaanbieder nog steeds vrij. Dit kan bijvoorbeeld via het opsturen van de CQ-rapportage.</p>
<p>Het zorgkantoor wil in 2017 een meerjarenovereenkomst sluiten voor twee jaar met die zorgaanbieders die bereid zijn hun beschikbare kwaliteitsgegevens te delen. U geeft aan dat u daarbij de in de 'Bestuurlijke Afspraken Kwaliteitsinformatie' vastgelegde uitgangspunten hanteert. Deze afspraken zijn volgens ons van belang omdat de gevraagde gegevens over privacygevoelige cliëntgegevens gaan. Waar zijn deze 'Bestuurlijke Afspraken Kwaliteitsinformatie' te vinden?</p>	<p>Graag verwijzen wij zorgaanbieders naar de Bestuurlijke Afspraken Kwaliteitsinformatie zoals deze zijn vastgelegd tussen Actiz, BTN en ZN in 2015.</p>

5.5 Voorlopige terugkoppeling: vastlegging van uitkomsten inkoopgesprek

6 Op welke wijze stellen wij de middelen voor 2017 vast?

6.1 Beleid op naleving gemaakte afspraken

6.2 Herschikking 2017

6.2.1 Geld volgt klant-model

6.2.2 Meerzorg kavel

6.2.3 Prioritering in de herschikking 2017

Vraag	Antwoord
<p>Op pagina 102 stelt u ten aanzien van de herschikking dat indien de contracteerruimte niet toereikend is een procentuele korting wordt toegepast op de intramurale volumes. Op pagina 90 stelt u "Zodra Zilveren Kruis in de tweede helft van het jaar in de totaal naar jaarbasis geëxtrapoleerde zorgkosten een (dreigende) overschrijding constateert, maken wij een vaste (bindende) volumeafpraak met alle zorgaanbieders." Hoe verhouden deze passages zich tot elkaar. Als vaste volumeafspraken zijn gemaakt, kunnen aanbieders die VPT/MPT leveren ook geen aanvullende productieafspraken meer maken.</p>	<p>Wanneer vaste volumeafspraken gemaakt zijn, kunnen inderdaad geen aanvullende productieafspraken meer gemaakt worden. Zilveren Kruis wil met dit inkoopmodel bereiken dat initiatieven op basis van VPT of MPT en vernieuwend zorgaanbod tot wasdom kunnen komen in 2017. Daartoe stelt Zilveren Kruis het maken van vaste volumeafspraken uit tot minimaal de tweede helft van 2017 (maar uiterlijk de herschikking 2017) en krijgen VPT, MPT en vernieuwend zorgaanbod voorrang boven intramurale zorg bij het maken van die vaste volumeafspraken.</p>
<p>Op pagina 102 stelt u ten aanzien van de herschikking dat indien de contracteerruimte niet toereikend is een procentuele korting wordt toegepast op de intramurale volumes. Dit betekent dat de intramurale volumes van alle aanbieders evenredig worden gekort. Is het niet logischer te kijken naar de lokale/regionale situatie, de inspanningen van de betreffende aanbieder en de bijdrage die door de aanbieder wordt geleverd aan de doelen van Zilveren Kruis en op basis daarvan een korting te bepalen per aanbieder?</p>	<p>Vanuit het belang van de individuele cliënt koopt Zilveren Kruis in toenemende mate persoonsvolgend in. Daarbij is het zorgaanbod volgend aan het belang van de cliënt. Daar waar zorgaanbieders een belangrijke bijdrage leveren aan het langer thuis blijven wonen van cliënten of zorg leveren op plaatsen waar tot nu toe nog geen Wlz-zorg leverbaar was, is de zorginkoper van Zilveren Kruis in gesprek met zorgaanbieders (aan de hand van de regioanalyse) om te komen tot een goede inschatting van het leveren van zorg via VPT of MPT en via vernieuwend zorgaanbod. Daar waar zorg geleverd wordt in een bestaande, niet vernieuwende (intramurale) setting, is Zilveren Kruis van</p>

	<p>mening dat zorgaanbieders gelijk zijn en past daarom een procentuele korting op de intramurale volumes toe.</p>
<p>In & 6.2.3. geeft Zilveren Kruis aan dat er allereerst definitieve afspraken gemaakt worden voor de kavels VPT en MPT, dan volgen de afspraken mbt vernieuwend aanbod en als laatste volgt de afspraak mbt het intramurale aanbod. Wij vragen ons af hoe het Zilveren Kruis kijkt naar vernieuwend aanbod. Wordt dit landelijk of regionaal bekeken of aanbod vernieuwend is?</p>	<p>Zilveren Kruis beoordeelt op regionaal niveau of zorgaanbieders vernieuwend zorgaanbod leveren. Zorgaanbieders gaan daarover het gesprek aan met hun zorginkoper aan de hand van de regioanalyse.</p>
<p>Op pagina 102 schrijft u bij de prioritering in de herschikking "Wij willen bereiken dat cliënten hun zorg in beginsel thuis ontvangen en kunnen kiezen uit de leveringsvormen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uit welke leveringsvormen kunnen cliënten kiezen? • Omvat dat ook de leveringsvorm intramuraal? • In de praktijk kiezen cliënten veelvuldig op financiële gronden (te betalen Eigen Bijdrage) voor een bepaalde leveringsvorm van zorg (ZZP versus VPT, MPT versus wijkverpleging). De betaalbaarheid van de zorgvorm speelt dus een belangrijke rol voor de cliënt. Hoe gaat u daarmee om? 	<p>Cliënten kunnen, naast VPT en MPT, ook kiezen uit de leveringsvorm intramuraal. Daarbij is Zilveren Kruis echter van mening dat het huidige niveau van de productieafspraken voor intramurale zorg ruimschoots toereikend is om in de opnamewens van nieuwe cliënten te voorzien. Zilveren Kruis adresseert de prikkel die uitgaat van het ontbreken van de eigen bijdrage voor Wijkverpleging bij VWS en andere belanghebbenden.</p>
<p>Prioritering in de herschikking 2017 Vraag: Wat te doen wanneer er (sub) regionaal wachtlijsten bestaan voor de intramurale zorg? Er zal dan van 2016 naar 2017 (sub)regionale uitbreiding nodig zijn van de intramurale capaciteit. Fixatie op de definitieve productieafspraken van 2016 is dan niet mogelijk.</p>	<p>Zilveren Kruis verwacht dat spreiding van beschikbare intramurale capaciteit onderdeel is van het gesprek met de zorginkoper aan de hand van de regioanalyse en de zorgkostenontwikkeling. Gezien de ontwikkeling dat de cliënt meer keuzevrijheid krijgt, cliënten langer thuis willen blijven wonen en de opnameduur voor Wlz-zorg steeds korter wordt, verwachten wij dat de huidige intramurale productieafspraken ruimschoots toereikend zijn om invulling te kunnen geven aan de vraag.</p>
<p>Tekst: er worden def. productieafspraken gemaakt op basis van de regioparagraaf. Welke soort afspraken zijn dit, en hoe kunnen we dit monitoren?</p>	<p>Productieafspraken over vernieuwend zorgaanbod komt tot stand in gesprek tussen zorgaanbieder en zorginkoper aan de hand van de regioanalyse. De zorginkoper legt deze productieafspraken vast in de zorgkostenraming en maakt deze definitief bij de herschikking 2017.</p>

<p>Op pagina 102 schrijft u bij de prioritering in de herschikking “Wij willen bereiken dat cliënten hun zorg in beginsel thuis ontvangen en kunnen kiezen uit de leveringsvormen.” Wij gingen er vanuit dat Zilveren Kruis de wens van cliënten wil volgen, maar hier geeft u nadrukkelijk aan dat u wil bereiken dat cliënten hun zorg in beginsel thuis ontvangen. Waarom wilt u de cliënten, wellicht tegen hun wens in, uit de intramurale zorg houden?</p>	<p>Zilveren Kruis verwacht dat cliënten in de nabije toekomst steeds vaker zorg in de door hun gekozen thuissituatie en woonomgeving willen ontvangen. Vanuit die ontwikkeling stellen wij ons ten doel om zorg in te kopen die naar de cliënt gebracht wordt, passend bij de keuze die de cliënt wil maken. Wanneer cliënten bewust kiezen voor intramurale zorg, volgen wij de keuze van de cliënt. Daarbij is Zilveren Kruis echter van mening dat het huidige niveau van de productieafspraken voor intramurale zorg ruimschoots toereikend zijn om in de opnamewens van nieuwe cliënten te voorzien.</p>
<p>Waarom stelt u de wensen van individuele klanten wel centraal en de inspanningen van individuele aanbieders niet? Aanbieders hebben allemaal te maken met dezelfde inkoopprocedure en spelregels, terwijl aannemelijk is dat de ene aanbieder meer bijdraagt aan gewenste veranderingen, dan andere aanbieders. Door een procentuele korting op intramurale volumes treft u ook de aanbieders die in 2017 een deel van hun intramurale volume hebben omgezet in vernieuwend zorgaanbod, VPT of MPT. Graag uw reactie.</p>	<p>Vanuit het belang van de individuele cliënt koopt Zilveren Kruis in toenemende mate persoonsvolgend in. Daarbij is het zorgaanbod volgend aan het belang van de cliënt. Daar waar zorgaanbieders een belangrijke bijdrage leveren aan het langer thuis blijven wonen van cliënten of zorg leveren op plaatsen waar tot nu toe nog geen Wlz-zorg leverbaar was, is de zorginkoper van Zilveren Kruis in gesprek met zorgaanbieders (aan de hand van de regioanalyse) om te komen tot een goede inschatting van het leveren van zorg via VPT of MPT en via vernieuwend zorgaanbod. Daar waar zorg geleverd wordt in een bestaande, niet vernieuwende (intramurale) setting, is Zilveren Kruis van mening dat zorgaanbieders gelijk zijn en past daarom een procentuele korting op de intramurale volumes toe.</p>
<p>Op pagina 102 staat in de alinea boven “Nacalculatie” dat eventuele aanvullende productieafspraken worden meegenomen in de herschikking 2016. Dat moet nemen wij aan 2017 zijn. Klopt dat?</p>	<p>Dit is juist.</p>

6.3 Nacalculatie

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

Inleiding

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

1 Algemeen

1.1 Algemeen kader

Vraag	Antwoord
<p>In 2016 bleek dat declaraties werden afgekeurd omdat in uw systeem een ander tarief stond dan in ons systeem. Dit bleek een afrondingsprobleem te zijn. Hoe gaat u in 2017 voorkomen dat dit probleem zich weer voordoet?</p>	<p>De te declareren tarieven worden bepaald door de NZa en bevestigd middels de tariefsbeschikking. Het te declareren tarief is gelijk aan de som van het afgesproken tarief (in het budgetformulier) en de NHC component (o.b.v. de kapitaalslasten). Afgelopen jaar was de NZa te laat met het beschikbaar stellen van de tariefsbeschikkingen en hebben wij de te declareren tarieven zelf berekend. Doordat de wijze van afronding anders was, zijn er tariefsverschillen ontstaan. Wij hebben de NZa duidelijk gemaakt wat de consequentie is van het te laat beschikbaar stellen van de tariefsbeschikkingen. Voor 2017 verwachten wij dat de NZa de tariefsbeschikkingen tijdig beschikbaar stellen. Hierdoor hebben zowel de zorgaanbieder als wij dezelfde basis voor de inrichting van onze declaratiesystemen.</p>
<p>Wanneer wordt de tekst van het regio-gebonden (Zilveren Kruis) deel van de overeenkomst bekend? Pas als wij die tekst kennen, kunnen we aangeven of we ermee akkoord kunnen gaan. Wij maken bezwaar tegen onvoorwaardelijk akkoord moeten gaan met de inhoud van de overeenkomst, zolang die niet geheel bekend is.</p>	<p>Zilveren Kruis publiceert op korte termijn de definitieve teksten van de overeenkomst en de meerjarenovereenkomst 2017-2018.</p>
<p>Op pag. 105 geeft u aan "Zilveren Kruis sluit ter vervulling van deze wettelijke zorgplicht overeenkomsten met zorgaanbieders en houdt daarbij rekening met de sociale context van de verzekerde (de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging, de culturele achtergrond en de seksuele gerichtheid van de verzekerden)". Betekent dit dat instellingen met een unieke niche hierin voorrang krijgen op hun intramurale productie om in deze behoefte voor cliënten te voorzien.</p>	<p>Op grond van het gelijkheidsbeginsel behandelt Zilveren Kruis niche-spelers op dezelfde manier als andere zorgaanbieders. Wij kunnen ons wel voorstellen dat de keuzes die cliënten maken als gevolg van die verschillen in de sociale context van cliënten anders zijn. Door middel van het geld-volgt-klant model voor alle kavels kunnen wij die keuze van de cliënt volgen. Voor alle cliënten geldt echter dat wij hun zorgvraag zoveel mogelijk in de thuissituatie (via VPT of MPT) in willen vullen en geen hogere intramurale afspraken maken dan de bestaande productieafspraken.</p>

1.2 Inkopend zorgkantoor

1.3 Contactgegevens

1.3.1 Website zorginkoopbeleid

1.3.2 Website digitale zorginkoopapplicatie

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

1.3.3 E-mail adres

1.4 Professionele inkoopprocedure

1.5 Onderwerp inkoopprocedure en kavelindeling

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

1.6 Doelstelling zorginkoopprocedure 2017

Vraag	Antwoord
<p>Wordt contracteerruimte per zorgkantoorregio ingezet (pagina 107), zoals die ook per zorgkantoorregio wordt toegekend door de NZa? Zo nee, waarom niet en hoe dan wel?</p>	<p>De meeste zorgaanbieders leveren zorg in meerdere zorgkantoorregio's van Zilveren Kruis. Om zorgaanbieders niet voor elke (Zilveren Kruis) zorgkantoorregio waar zorg geleverd wordt een budgetformulier, herschikking en nacalculatie formulier te laten invullen, hebben zorgaanbieders de mogelijkheid om bij de NZa op één zorgkantoorregio in te dienen. Hierdoor sluit de contracteerruimte verdeling van de NZa naar de individuele Zilveren Kruis zorgkantoorregio's niet meer aan bij de zorgkantoorregio waar de middelen daadwerkelijk worden ingezet. De NZa is zich bewust van de historisch scheef gegroeide verdeling en staat mede daarom overheveling tussen zorgkantoorregio's toe. Bij de verdeling van het landelijke kader over de zorgkantoorregio's wordt gebruik gemaakt van het nieuwe verdeelmodel. Dit model sluit beter aan bij de verdeling van het aantal cliënten met een Wlz-indicatie. De wijze waarop het landelijke kader voor de contracteerruimte zin wordt verdeeld over de zorgkantoren is hiervan afhankelijk. De financiële consequenties per regio zijn op dit moment nog niet vastgesteld en zullen volgen uit een aanwijzing van het Ministerie van VWS. Wanneer daarover meer duidelijkheid bestaat, informeert Zilveren Kruis zorgaanbieders daarover. Zilveren Kruis houdt zelf met de kavelstructuur zicht op de toedeling naar zorgkantoorregio en delen de beschikbare financiële middelen zo juist toe naar de individuele Zilveren Kruis zorgkantoorregio's. Via de publicatie van de zorgkosten deelt Zilveren Kruis het resultaat van deze verdeling naar zorgkantoorregio met zorgaanbieders .</p>

1.7 De overeenkomst

Vraag	Antwoord
Wij maken bezwaar tegen de eis (pagina 107) dat een aanbieder met een meerjarenovereenkomst 2016/2017 in de instemmingsverklaring de bepalingen van de overeenkomst 2017 moet aanvaarden? Als wij dat doen hebben we feitelijk te maken met twee overeenkomsten die elkaar overlappen, de overeenkomst 2016-2017 en de overeenkomst 2017 en dat is juridisch niet handig. Wij wensen vast te houden aan de bestaande overeenkomst. Gaat u daarmee akkoord?	De overeenkomst 2016-2017 blijft van kracht. Door ondertekening van de instemmingsverklaring verklaart de zorgaanbieder zich akkoord met het Zorginkoopdocument Wlz V&V 2017 en bijbehorende bijlagen.

1.8 Definities bestaande en nieuwe zorgaanbieders

2 Algemene voorwaarden deelname inkoopprocedure 2017

2.1 Bestuursverklaring en bewijsmiddelen

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 zorgaanbieders Zilveren Kruis niet met indiening van hun offerte op voorhand machtigt tot indiening namens hen. Daardoor behouden zorgaanbieders, conform de NZa-beleidsregel, de mogelijkheid om het budgetformulier eenzijdig in te dienen.
Op pagina 111 schrijft u met betrekking tot de indiening van het budgetformulier: “De deelnemers behoudt het recht om een verschil van inzicht voor te leggen.” Kunt u aangeven aan wie wij dat verschil van inzicht met (juridische) betekenis voor kunnen leggen?	Deelnemers kunnen een verschil van inzicht voorleggen aan de Nza door middel van een eenzijdige indiening bij de NZa op grond van de betreffende beleidsregel.

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 offrenen

3.1.3 Offerte indienen per sector/ hoofdgrondslag

3.1.4 Nieuwe/ bestaande zorgaanbieders

Vraag	Antwoord
<p>U schrijft op pagina 114: "Bestaande zorgaanbieders van Zilveren Kruis kunnen in de offertemodule volstaan met het aangeven voor welke kavels zij in aanmerking wensen te komen, zie hiervoor de sectorspecifieke onderdelen."</p> <p>En op pagina 115: "Nieuwe zorgaanbieders dienen in hun ondernemingsplan reële aantallen kenbaar te maken omdat Zilveren Kruis een beeld wil krijgen van de verwachte te leveren productie."</p> <p>Conform de definitie op pagina 20 van hetzelfde document (deel 1) zijn ook aanbieders die nu geen contract hebben met Zilveren Kruis, maar wel met een ander zorgkantoor bestaande aanbieders:"</p> <p>Definitie 'Bestaande zorgaanbieders': zorgaanbieders die over 2016 al met een van de zorgkantoren een Wlz-overeenkomst voor het leveren van Wlz-zorg in natura hebben en deze overeenkomst is niet ontbonden gedurende het contractjaar."</p> <p>Dit maakt het onduidelijk of aanbieders categorie 2 (dus wel contract met een ander zorgkantoor, maar nog niet met Zilveren Kruis) wel of geen reële aantallen kenbaar dienen te maken in hun ondernemingsplan.</p> <p>Vraag: moeten aanbieders die wel een contract met een ander zorgkantoor hebben, maar nog niet met Zilveren Kruis, wel of niet reële aantallen kenbaar maken in hun ondernemingsplan?</p>	<p>Conform de bijlage 'Bewijsstukken nieuwe zorgaanbieders' dienen zorgaanbieders die wel een Wlz-overeenkomst hebben, maar met een ander zorgkantoor dan Zilveren Kruis (categorie 2), in hun offerte kenbaar te maken voor welke kavels zij in aanmerking willen komen en welke (reële) productie zij verwachten te leveren in de regio's van Zilveren Kruis (dat laatste als onderdeel van het ondernemingsplan).</p>

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 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?	Per abuis is bij de reactie na het stellen van een vraag op de website de tekst van de inkoopprocedure van 2016 blijven staan. De nota van Inlichtingen wordt gepubliceerd op 1 juli 2016. Zorgaanbieders kunnen hun vragen stellen tot en met 21 juni 2016. Deze tekst is inmiddels aangepast.

3.4 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