

Nota van Inlichtingen

behorend bij

Aanvulling 2020 bij het Regionale inkoopkader Wlz 2018-2020

Zorgkantoren Zuid-Holland Noord
en
Amstelland en de Meerlanden



Leeswijzer

Onderstaand treft u de vragen aan die het zorgkantoor Zorg en Zekerheid heeft ontvangen naar aanleiding van de publicatie van de Aanvulling Regionale inkoopkader Wlz 2018-2020 zowel voor bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Dit betreft de aanvulling voor het jaar 2020.

Wanneer een vraag van een zorgaanbieder een individuele situatie betreft, is deze niet meegenomen in de regionale Nota van inlichtingen. De zorgaanbieder wordt verzocht hierop terug te komen tijdens de inkoopdialoog.

Vraag	Paragraaf	Vraag of opmerking zorgaanbieder	Antwoord zorgkantoor
1	2. Inkoopprocedure	P. 5 artikel 2.3: 2.3 Zorgaanbieders met een overeenkomst 2018-2020. Bij onze organisatie is er een nieuwe voorzitter Raad van bestuur ten opzichte van de verklaring voor 2019. Volstaat voor 2020 dan ook enkel de instemmingsverklaring of moet er aanvullende informatie worden aangeleverd?	Naast de instemmingsverklaring verwachten wij een bewijs van de gewijzigde inschrijving bij de Kamer van Koophandel in de vorm van een uittreksel uit het Handelsregister omdat in deze gevallen ook de tekenbevoegdheid wijzigt.
2	2.7 Inkoopdialoog	P.6 artikel 2.7: "Alle zorgaanbieders die in 2020 een geldige overeenkomst hebben, ontvangen een brief inzake prestatie, tarief en financiële omvang van de initiële productieafspraken 2020." Wanneer kunnen wij deze brief tegemoet zien?	Na afloop van de inkoopdialoog wordt de bij de overeenkomst behorende brief inzake prestatie, tarief en financiële omvang van de initiële productieafspraken 2020 vanaf 10 oktober 2019 verstuurd.
3	3.1.2. De kwaliteitsdialoog	blz. 7: gesprek Raad van Toezicht, het zorgkantoor wil in gesprek met de Raad van Toezicht over de veranderopgave. Vindt u niet dat het de verantwoordelijkheid van de bestuurder is om de RvT hierover te informeren. Wij zien hier een extra belasting van zowel de RvT als de bestuurder.	In lijn met de verandering van de langdurige zorg ziet het zorgkantoor ook een rol bij de Raden van Toezicht van de zorgaanbieders. Zij hebben namelijk ook een rol bij de toezicht op kwaliteit. De zorgkantoren willen daarom graag in gesprek met de RvT's, om over deze rol in gesprek te gaan.
4	3.1.2. De kwaliteitsdialoog	In het document Aanvulling 2020 bij het regionale inkoopkader WLZ 2018-2020 geeft u bij paragraaf 3.2.1 de wens aan om met de Raad van Toezicht in gesprek te treden om van gedachten te wisselen over de veranderopgave voor de komende jaren. Het is ons niet duidelijk hoe u dit wil organiseren. Wilt u dit met een aantal leden van Raden van Toezicht van diverse zorgaanbieders in een gezamenlijk overleg organiseren? Of wilt u dit met leden van een Raad van toezicht van zorgaanbieders afzonderlijk laten plaatsvinden. Graag uw toelichting.	In eerste aanleg is het de bedoeling dat het zorgkantoor dit met een aantal leden van één RvT bespreekt. Het gaat immers om de individuele veranderopgave van kwaliteit.

5	3.1.2. De kwaliteitsdialoog	Het zorgkantoor gaat in gesprek met de zorgaanbieder om continue het kwaliteitsniveau te verbeteren. Wat wordt bedoeld met de zin: "Zodat de zorgaanbieder per 2021 voldoet aan het kwaliteitskader".	Dit jaartal is afkomstig uit het kwaliteitskader van de verpleeghuissector. Voor de Gehandicaptensector geldt een ander jaartal; 2022.
6	3.1.2. De kwaliteitsdialoog	Wens om in gesprek te treden met de RvT (webinar: "om bij signalen in contact te treden met de voorzitter van de RvT"). Vraag: waar komt deze behoefte vandaan? Heeft het ZK signalen dat de RvT haar toezichthoudende functie niet naar behoren vervult of kan vervullen? In de webinar wordt als toelichting gegeven dat dit alleen zal gebeuren bij signalen vanuit de organisatie (CR of OR etc.) maar dat dat gebeurt met "op de hoogte stellen van de aanbieder" ergo dus geen instemming organisatie/RvB nodig?	Het zorgkantoor heeft in een bijeenkomst (georganiseerd door VWS) met de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn (NVTZ), VWS, de Nza en zorgkantoren besproken welke instrumenten er zijn als het aankomt op het toezien van het verbeteren van kwaliteit. Eén de besproken middelen is om in dialoog te treden met de Raad van Toezicht. De toelichting uit de webinar is juist. Wel stelt het zorgkantoor de RvB op de hoogte.
7	3.1.2. De kwaliteitsdialoog	Verwezen wordt naar een kamerbrief waarin het Zorgkantoor een nieuwe rol wordt toebedeeld. Op basis hiervan wenst u in gesprek te gaan met de Raad van Toezicht. Zou u kunnen toelichten waarom voor dit gremium wordt gekozen en wat de meerwaarde daarvan is t.o.v. de dialoog gesprekken met de Raad van Bestuur, staf en directie.	In lijn met de verandering van de langdurige zorg ziet het zorgkantoor ook een rol bij de Raden van Toezicht van de zorgaanbieders. Zij hebben namelijk ook een rol bij het toezicht op kwaliteit. De zorgkantoren willen daarom graag in gesprek met de RvT's, om over deze rol in gesprek te gaan.
8	3.1.2. De kwaliteitsdialoog	U geeft prioriteit aan een viertal thema's. Het gebruik van hulpbronnen noemt u daarin niet, terwijl juist, met domotica en ehealth een steeds belangrijker thema wordt. O.a. ter compensatie van de personeel tekorten. Ook in de discussie over de 85/15% verdeling komt dit aan de orde. Zou het niet goed zijn hier ook prioriteit aan te geven?	Wij geven specifieke aandacht aan deze 4 thema's. Wij zien het gebruik van hulpbronnen etc. juist als middel om de verbeteringen op de 4 thema's mogelijk te maken, waarmee alle onderwerpen van het kwaliteitskader VV onze aandacht heeft.
9	3.2 Huidig zorgaanbod en de ontwikkeling van de zorgvraag in de regio's	blz. 10/11: meer mogelijkheden voor partner-opname. Het zorgkantoor wil meer mogelijkheden voor partner-opname. Hoe wil het zorgkantoor omgaan met de verblijvende partner na overlijden van de geïndiceerde partner (als die mag blijven wonen is er een WLZ-plaats minder beschikbaar, minder inkomsten voor zorgaanbieder bij bijna gelijkblijvende kosten omdat personele bezetting niet direct aangepast kan worden als er een klein aantal zzp-plaatsen vervalt)?	Wij willen graag met de zorgaanbieders kijken hoe wij in deze klantwens kunnen voorzien. Bij de dialoog over dit vraagstuk zullen alle (complexe) vraagstukken meegenomen worden. Wij willen in deze dialoog ook de reeds bestaande landelijke initiatieven meenemen.

10	3.2 Huidig zorgaanbod en de ontwikkeling van de zorgvraag in de regio's	Partneropname/echtparen kamers. Opname is mogelijk van echtparen bij de zorgaanbieder. Hier zijn verschillende varianten denkbaar: o Partner 1 heeft (hoge) WLZ indicatie, partner 2 heeft geen indicatie (wordt ZZP 0) -> wat te doen bij overlijden/vertrek partner met WLZ indicatie? o Partners hebben beiden indicatie Vraag: blijft het beleid rond partner opname ongewijzigd van kracht? Is er een tegemoetkoming voor derving inkomsten mogelijk in geval van ZZP 0 voor achterblijvende partner, immers deze bewoner bezet een plek die anders ingenomen zou worden door een hogere ZZP. De in de aanvulling genoemde oplossing (fonds koepelniveau p.11) komt volledig en eenzijdig voor rekening van de zorgaanbieder.	Wij willen graag met de zorgaanbieders kijken hoe wij in deze klantwens kunnen voorzien. Bij de dialoog over dit vraagstuk zullen alle (complexe) vraagstukken meegenomen worden. Wij willen in deze dialoog ook de reeds bestaande landelijke initiatieven meenemen.
11	3.2 Huidig zorgaanbod en de ontwikkeling van de zorgvraag in de regio's	P. 10 artikel 3.2: 'Een andere ontwikkeling die het zorgkantoor signaleert is dat er meer vraag is naar de mogelijkheid voor een partner-opname (echtparenkamers). " Als zorgaanbieder herkennen wij het signaal niet dat er een toename is in de vraag naar partnerkamers. Waarop baseert het zorgkantoor deze toename? En speelt deze toename bij de gehele populatie of bij specifieke doelgroepen (som of pg)? Wij willen hierbij opmerken dat opname van een echtpaar waarbij één van de partners een PG indicatie heeft niet onze voorkeur geniet omwille van de veiligheidsrisico's voor de andere partner.	Het is goed om per situatie hierover met elkaar (aanbieder en zorgkantoor; waar nodig met de client/partner) in gesprek te treden, daarnaast is het van belang alle aspecten samen met de cliënt en partner af te wegen. Op basis van signalen (voornamelijk PG) van klantadvies lijkt er een (mogelijke) toename te zijn. Dat een partneropname in bepaalde situaties complex kan zijn (h)erkent het zorgkantoor.
12	3.2 Huidig zorgaanbod en de ontwikkeling van de zorgvraag in de regio's	P.11 artikel 3.2.: U beschrijft hier een oplossingsrichting om vanuit de instellingskoepel zelf (intern fonds) partneropname op één van de locaties mogelijk te maken. Op welke wijze kan het Zorgkantoor ook een faciliterende rol spelen om partneropname mogelijk te maken?	Het zorgkantoor kan op basis van de klantwens met betrekking tot de partner de mogelijkheden verkennen met de zorgaanbieder. Belangrijk hierbij is dat zorgaanbieder, cliënt en partner leren kennen en het gesprek blijven voeren. De rol van het zorgkantoor is het gesprek faciliteren.
13	3.2 Huidig zorgaanbod en de ontwikkeling van de zorgvraag in de regio's	Een oplossingsrichting is een fonds op koepelniveau. Onduidelijk op welk niveau u spreekt over een koepel. Betreft dit een regionale of een organisatie.	De tekst is geschreven met als voorbeeld een fonds op organisatieniveau.

14	4.2. Tarieven 2020	Het zorgkantoor wil het tariefpercentage voor het MPT laten aansluiten bij de verbeteropdracht. Aanbieders worden in de gelegenheid gesteld dit te bespreken tijdens de inkoopronde. Wat wordt er van de aanbieder verwacht om aan te leveren/voor te bereiden voor het inkoopgesprek, in het geval het percentage onder de 93% ligt, om de mixverzwaring aan te tonen?. Hoe worden productiemix, opleidingsniveau en (voorliggende) zorgvraag gedefinieerd? Welke parameters / kengetallen worden hiervoor gebruikt?	Het zorgkantoor wil tijdens de inkoopdialoog bespreken welke ontwikkelingen een aanbieder ziet in relatie tot klantwens, zorgzwaarte en de inzet van welk personeel. In dialoog wordt besproken met aanbieders die een prijspercentage <93% hebben of een aanpassing van het MPT-tarief nodig is. De kengetallen hebben betrekking op de mix van zorg (welke ZZP's), het personeel en met de zorgvraag bedoelt het zorgkantoor de indicaties van cliënten in zorg.
15	4.2. Tarieven 2020	De GZ tarieven VPT en MPT laten een bandbreedte zien. Hoe worden de tarieven voor 2020 vastgesteld?	De tarieven voor extramurale zorg komen in de inkoopdialoog aan de orde indien < 93%.
16	4.2. Tarieven 2020	Kunt u de onderbouwing van de tariefverlaging naar 96,25% voor GZ en niet voor de andere sectoren toelichten? Voor zover bekend wordt het landelijk verdeelmodel nog niet per 2020 geëffectueerd. Dit wordt wel als argument aangevoerd, net zoals het landelijk gemiddelde.	Ten opzichte van de landelijke tarieven in de GZ is het maximum tariefpercentage van het zorgkantoor van Zorg en Zekerheid het hoogste GZ-tariefpercentage in Nederland. Mede door de (te verwachten) consequenties van het verdeelmodel is deze aanpassing noodzakelijk.
17	4.2. Tarieven 2020	MPT gesprek mogelijk bij tarief <93%. Wij heeft in 2019 tarief% gekregen van 93,5% en dat zou het dan ook worden voor 2020. Vraag: Is het ook mogelijk om hierover in gesprek te gaan tijdens de inkoopronde?	Conform inkoopbeleid worden MPT-tarieven vanaf 93% niet aangepast.
18	4.2. Tarieven 2020	Graag willen wij als zorgaanbieder informeren en of de vraag stellen of het mogelijk is voor volgend jaar andere tarieven / hogere tarieven te hanteren dan de tarieven die we nu voor dit jaar hebben afgesproken. In vergelijking met de tarieven met een ander zorgkantoor waar we ook contract hebben, hebben we gezien dat de zorgkantoor Zorg en zekerheid een stuk onder ligt. Graag willen wij deze vraag meegeven of we voor het jaar 2020 meekunnen dingen voor een hogere tarieven voor de producten die we bij het zorgkantoor Zorg en Zekerheid willen inkopen.	De tarieven voor extramurale zorg (MPT) komen in de inkoopdialoog aan de orde indien < 93%.

19	4.2. Tarieven 2020	P. 12 artikel 4.2: "Om voornoemde reden wil het zorgkantoor zorgaanbieders met een tariefpercentage lager dan 93% in de gelegenheid stellen dit te bespreken tijdens de inkoopronde." Wordt de mogelijkheid om een dergelijk gesprek aan te gaan ook geboden aan aanbieders met een tariefpercentage vanaf 93%? Ook deze hebben te maken met de veranderopgave en mixverzwaring.	Conform inkoopbeleid worden MPT-tarieven vanaf 93% niet aangepast.
20	4.2. Tarieven 2020	In paragraaf 4.2 Tarieven 2020 staat vermeld dat tarieven 2020 = tarieven 2019 met uitzondering van het voorbehoud onder 4.1. Dit laatste is op dit moment nog onduidelijk en onbekend. Moet hier nu de conclusie uit worden getrokken dat in termen van sterke loonstijgingen, een cao die afloopt medio 2019 er geen vertaling komt in verhoging van de tarieven 2020? Dit zou in het meest ongunstige geval kunnen betekenen dat er bezuinigingen moeten worden door gevoerd. Dit kan toch niet de bedoeling zijn?	De NZa stelt maximum tarieven vast in de beleidsregels 2020 die uiterlijk 1 juli 2019 worden gepubliceerd door de NZa.
21	4.4 Functie behandeling	In het document Aanvulling 2020 bij het regionale inkoopkader WLZ 2018-2020 paragraaf 4.4 Functie behandeling: De toelichting is voor ons niet duidelijk. Kunt u de mening van het zorgkantoor specifiek toelichten.	Het zorgkantoor vraagt in het regionale inkoopdocument 2020 specifiek aandacht voor de inrichting en uitvoering van de functie behandeling nu er niets is gewijzigd in de bekostiging.
22	4.4 Functie behandeling	Indien de cliënt onder verantwoordelijkheid van de huisarts zijn Wlz-zorg ontvangt bestaat er de mogelijkheid om via de leveringsvorm MPT H335 te ontvangen. Betekent dit dat in 2020 de prestatie H335 niet meer indicatie vrij is? Op dit moment is de H335 indicatie vrij naast het MPT. Met andere woorden wordt de H335 onderdeel van de rekenmodule?	De NZa beleidsregels voor 2020 waarin onder voorwaarden gebruik van de H335/ H336 naast een ZZP/ VPT zonder behandeling kan worden ingezet, wordt uiterlijk 1 juli 2019 gepubliceerd door de NZa.

23	4.4 Functie behandeling	P13 Regionale Aanvulling: Component behandeling hangt samen met zorgvraag, maar niet met de locatie: Geldt dit alleen voor MPT of wordt in 2020 het ook intramuraal doorgevoerd? P10 Regionale Aanvulling: “Beleidsuitgangspunt is daar waar sprake is van vervangende nieuwbouw er toekomstbestendig en flexibel gebouwd moet worden. Dat betekent o.a. dat beschikbare capaciteit ook voor zorg uit andere domeinen en voor andere doelgroepen geschikt – en beschikbaar is.” Wat wordt verstaan onder doelgroepen en domeinen? Verwacht het zorgkantoor dat er meerdere zorgaanbieders in een nieuwe locatie komen?	De NZa beleidsregels voor 2020 waarin onder voorwaarden gebruik van de H335/ H336 naast een een ZZP/ VPT zonder behandeling kan worden ingezet, wordt uiterlijk 1 juli 2019 gepubliceerd. Het tweede deel van de vraag betreft continuering van beleid 2019.
24	4.4 Functie behandeling	P. 13 artikel 4.4: “Voor die cliënten waar de zorgvraag van dien aard is dat de behandelcomponent via de prestatie H335/H336 wordt geleverd geldt dat er geen limiet is voor de leveringsduur van de prestatie. Hiermee komt per direct de maximering van zes maanden (Voorschrift Zorgtoewijzing) te vervallen.” Betekent per direct vanaf 1 januari 2020 of is het vervallen van de maximering al in 2019 van kracht?	Het vervallen van de maximering is al in 2019 van kracht.
25	4.4 Functie behandeling	P. 13 artikel 4.4: Geldt het vervallen van de maximering van 6 maanden voor nieuwe cliënten of ook voor de cliënten die reeds in zorg zijn?	Voor alle cliënten (bestaand en nieuw).
26	4.4 Functie behandeling	Verwezen wordt naar de prestatie H335/H336. Benoemd wordt dat de Maximering van 6 maanden per direct komt te vervallen. Wordt daarmee bedoeld dat deze maximering vanaf heden al niet meer van toepassing is?	Het vervallen van de maximering is al in 2019 van kracht.
27	Algemene vraag	Contracteerruimte: de hoogte van de contracteerruimte staat nog niet definitief vast. Hoe worden aanbieders meegenomen en betrokken in de gevolgen van de definitieve contracteerruimte en wanneer wordt dit verwacht?	Formeel gezien weet het zorgkantoor rond Prinsjesdag meer over de contouren van de contracteerruimte, pas medio december is het definitief bekend. In dialoog wordt dit met zorgaanbieders besproken. Indien er zeer rigoreuze wijzigingen zijn dan kan het zorgkantoor ervoor kiezen een voorlichtingsbijeenkomst te organiseren.