

Samen waarde toevoegen voor klanten

Aanvulling 2019 Inkoopkader Wet langdurige zorg 2018 -2020 voor bestaande zorgaanbieders

Aanvulling op het inkoopkader voor de contractering
van zorgaanbieders die voor 2018 al een overeenkomst
hebben met een van de zorgkantoren voor het leveren
van Wlz-zorg

Zorgverzekeraars Nederland
1 juni 2018

Inhoudsopgave

0.	Inleiding	3
1.	Wat zijn de beleidsmatige ontwikkelingen in 2019?	4
1.1	In de dialoog blijft de kwaliteitsverbetering voor de klant centraal staan	4
1.2	Voor 2019 zijn geen extra middelen voor ontwikkelruimte voor GZ en GGZ beschikbaar	5
2.	Hoe maken we afspraken met zorgaanbieders voor 2019?	6
2.1	Welk zorgkantoor contracteert welke zorg?	6
2.2	Hoe komen we tot het tariefpercentage voor 2019?	7
2.3	Hoe komen we tot afspraken over het volume?	7
2.4	Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	7
3.	Welke procedure geldt voor zorginkoop 2019?	8
3.1	Welk tijdpad geldt voor de procedure 2019?	8
3.2	Wat moet ik doen voor een overeenkomst Wlz 2019-2020?	8
4.	Extra middelen voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg	10
4.1	Welke extra middelen zijn er voor de verpleeghuiszorg?	10
4.2	Hoe zit het met het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg?	10
4.3	Hoe zit het met het ontwikkelbudget vanuit de transitie-middelen?	15
5.	Bijlagen	17

o. Inleiding

Het landelijke inkoopkader 2018-2020 blijft van toepassing, de aanvullingen zijn opgenomen in dit document

De zorgkantoren hebben hun zorginkoopbeleid voor drie jaar gepubliceerd. Dit inkoopkader blijft van toepassing. Daar waar relevant gelden de jaartallen die in het landelijk inkoopkader 2018-2020 worden genoemd ook voor de contractering 2019 en 2019-2020, tenzij in dit document anders is vermeld. Er zijn enkele nieuwe ontwikkelingen die vragen om een aanvulling op het bestaande inkoopbeleid. Deze zijn vastgelegd in dit document. Het is verstandig voor de (voorbereiding op de) inkoop 2019 beide documenten te lezen. Specifiek verwijzen we naar hoofdstuk 4 voor de extra middelen kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Beleidsthema's binnen de Wlz lichten we nader toe in een apart landelijk beleidskader Wlz

Om het inkoopkader logisch en actueel te houden kiezen we er voor om niet alle achtergronden en informatie over relevante beleidsthema's in het inkoopdocument op te nemen. In het beleidskader geven we meer achtergronden bij specifieke onderwerpen binnen de Wlz en lichten we ons actuele beleid verder toe. Na publicatie van beleidsregels actualiseren we het beleidskader. We verwachten in september 2018 een actuele versie te publiceren.

1. Wat zijn de beleidsmatige ontwikkelingen in 2019?

1.1 In de dialoog blijft de kwaliteitsverbetering voor de klant centraal staan

We vertrouwen zorgaanbieders in hun streven naar betere kwaliteit voor klanten

Wij vertrouwen erop dat zorgaanbieders de regie pakken op kwaliteitsverbetering voor hun klanten en de ruimte nemen om vanuit hun eigenheid invulling te geven aan de in de kwaliteitskaders benoemde thema's. Wij willen zorgaanbieders hierin ondersteunen en versterken en blijven hierover graag in gesprek.

In 2019 zijn we continue in gesprek over kwaliteitsverbetering voor de klant

Voor de sector V&V zijn de eerste kwaliteitsplannen aangeleverd. De kwaliteitsrapporten en -verslagen over 2018 worden uiterlijk 1 juni 2019 gepubliceerd van de sector gehandicaptenzorg en uiterlijk 1 juli 2019 van de sector verpleging en verzorging. We voeren met zorgaanbieders een continue dialoog over deze kwaliteitsplannen, -verslagen en -rapporten en de voortgang in verbetering van kwaliteit en de cyclisch lerende organisatie. Deze dialoog voeren zorgkantoren vanuit een gezamenlijke werkwijze, die we hebben ontwikkeld in het ZN-project Inkopen op Kwaliteit.

Op basis van de dialoog krijgen wij inzicht in de kwaliteit van zorg

Het zorgkantoor gaat met de zorgaanbieder en bij voorkeur ook met de klantvertegenwoordiging in dialoog over kwaliteit. Zorgkantoren vinden het belangrijk om goed zicht te hebben op de kwaliteit van het beschikbare zorgaanbod. De gesprekken vinden daarom bij voorkeur plaats op locatie. Bij het bezoek willen we ook graag de locatie bekijken en in gesprek gaan met zorgmedewerkers en (vertegenwoordigers van) klanten. Op basis van deze bezoeken, de beschikbare informatie en de dialoog krijgen we inzicht in de kwaliteit van de (verschillende locaties) van de zorgorganisaties. Hierbij bespreken we op welke onderdelen de zorgaanbieder 'een goed voorbeeld' is voor andere zorgaanbieders, op welke onderdelen zichtbaar gewerkt wordt aan de kwaliteitsverbetering en welke onderdelen de zorgaanbieder nog moet verbeteren en mogelijk zou kunnen leren van andere zorgaanbieders.

We blijven sturen op 'leren en verbeteren'

Dit wil zeggen dat we zorgaanbieders niet meteen 'afrekenen' op eventueel achterblijven in bepaalde ontwikkelingen, maar aansluiten bij de ontwikkelfase waarin de zorgaanbieder zich bevindt om van daaruit kwaliteitsverbetering te stimuleren. We realiseren ons dat het proces dynamisch is en het kwaliteitsplan in beweging is. Dat maakt ook dat er sprake is van een continu proces, waarbij het mogelijk is om meerdere gesprekken te hebben over de kwaliteit van zorg. We zien hierbij de dialoog als een belangrijk middel om zicht te krijgen op de cyclische verbeteringen en hoe die worden ervaren. Zo nodig worden met de zorgaanbieder maatwerkafspraken gemaakt om gerichte verbetering te stimuleren. We verwachten dat zorgaanbieders daadwerkelijk inzetten op gericht werken aan kwaliteitsverbetering. Als dit niet of onvoldoende het geval is dan wordt de bestuurder hierop aangesproken en kunnen zorgkantoren maatregelen treffen voortvloeiend uit de overeenkomst.

Er zijn extra middelen beschikbaar voor verpleeghuiszorg

VWS heeft voor de komende jaren extra middelen voor de verpleeghuiszorg beschikbaar gesteld. Voor de implementatie van het kwaliteitskader is in totaal € 2,1 miljard beschikbaar. Daarnaast is ontwikkelbudget vanuit de transitiebudgetten (€ 50 miljoen per jaar) beschikbaar voor het oplossen van problemen bij de implementatie van de kwaliteitskaders verpleeghuiszorg. In hoofdstuk 4 is beschreven op welke wijze zorgaanbieders in aanmerking kunnen komen voor deze middelen en hoe het zorgkantoor deze middelen toekent en onder welke voorwaarden.

1.2 Voor 2019 zijn geen extra middelen voor ontwikkelruimte voor GZ en GGZ beschikbaar

Het regionaal gestelde tariefpercentage is bedoeld voor het leveren en verbeteren van kwalitatief goede zorg. In gesprek met de sector lopen we echter tegen zowel specifieke als regio- en /of zorgaanbieder overstijgende knelpunten en vraagstukken aan die we graag willen oplossen. Hiervoor is ontwikkelruimte nodig. Voor de V&V sector geldt dat er voldoende extra middelen beschikbaar zijn gekomen in de vorm het kwaliteitsbudget en ontwikkelbudget. Mochten er voor de sectoren GZ en GGZ extra middelen beschikbaar komen, dan volgt informatie via de website van de zorgkantoren.

2. Hoe maken we afspraken met zorgaanbieders voor 2019?

2.1 Welk zorgkantoor contracteert welke zorg?

In 2018 is besloten toepassing van het woonplaatsbeginsel uit te stellen tot de zorginkoop 2019

Voor het jaar 2019 is geheel nieuw beleid gemaakt op dit onderdeel, waarbij rekening is gehouden met een aantal bezwaren vanuit de zorgaanbieders. Dit betekent dat een paar teksten over het woonplaatsbeginsel in het inkoopkader 2018-2020 is komen te vervallen. Dit betreft de teksten in paragraaf 3.1: Welk zorgkantoor contracteert welke zorg op bladzijde 10 en 11 onder de kopjes:

- De woonplaats is het uitgangspunt voor contractering en financiering: tekst vervalt
 - De woonplaats leidend maken kan grote impact hebben voor bestaande zorgaanbieders: tekst vervalt
- De tekst onder de kopjes 'wij contracteren zorgaanbieders bij voorkeur rechtstreeks' en 'het gebruik maken van derden voor het leveren van zorg moet gemeld worden', blijven van toepassing. Het nieuwe beleid wordt hieronder toegelicht.

Contracteren fysieke locatie (intramurale zorg en geclusterd VPT) per regio is het uitgangspunt voor de inkoop Wlz 2019

Voor de inkoop van intramurale zorg en geclusterd VPT wordt in 2019 uitgegaan van het contracteren van fysieke locaties per regio. Hieronder wordt verstaan dat er een contract wordt gesloten met het zorgkantoor dat verantwoordelijk is voor de betreffende regio waar de locatie gevestigd is. Voor een zorgkantoor met meerdere zorgkantoorregio's betekent het niet dat er met iedere zorgkantoorregio een afzonderlijke overeenkomst moet worden gesloten. De fysieke locatie waar intramurale zorg of geclusterd VPT geleverd wordt, bepaalt met welk zorgkantoor een contract moet worden afgesloten op basis van de in die regio geldende inkoopvoorwaarden (inclusief tarief). Hierbij gaat het om de feitelijke woonplaats van de klant en niet om het postadres van de klant.

Hoe is dat anders dan nu en wat verandert er?

Zorg wordt soms in een andere regio geleverd, dan waar deze zorg gecontracteerd is. Vanuit de gemandateerde zorgplicht is het van belang dat zorgkantoren het zorgaanbod in de regio kennen. Daarnaast is het zorgkantoor verantwoordelijk voor de klant in zijn regio. Zorgaanbieders moeten als gevolg daarvan een contract aangaan met en declareren bij het zorgkantoor dat verantwoordelijk is op de plek van hun fysieke locaties. Het sluit aan bij het verdeelmodel dat de NZa hanteert voor de verdeling van de contracteerruimte naar zorgkantoren en de financieringsstromen in de regio. Door deze beleidslijn in te zetten worden de beschikbare middelen meer aan de klant gekoppeld.

Uitgangspunten voor de zorginkoop 2019

In de regel wordt intramuraal te verlenen zorg gecontracteerd in de regio waar de cliënt woont. Dit betekent dat voor alle fysieke locaties – intramuraal en geclusterde VPT¹ – een overeenkomst moet worden gesloten met, en de verleende zorg moet worden gedeclareerd bij, het verantwoordelijk zorgkantoor in die regio waar de locatie is gevestigd. We maken hierop twee uitzonderingen:

- Gespecialiseerde zorgaanbieders met een expertisefunctie. Hierbij valt te denken aan BORG instellingen, klinieken voor intensieve behandelingen en ZG-instellingen, of zorgaanbieders gespecialiseerd in epilepsiezorg.
- Kleine woonlocaties in de GZ van 6 of minder personen, tenzij de zorgaanbieder hier zelf om verzoekt.

¹ Zorgkantoren zijn nog in afwachting van de definitie voor geclusterd wonen vanuit VWS.

Als van bovenstaande uitzonderingen sprake is, stemmen de zorgkantoren onderling af en gaan met de betreffende zorgaanbieder(s) in gesprek.

Voor extramurale zorg (dagbesteding en niet geclusterde VPT) geldt een status quo; de wijze van contracteren blijft in principe gelijk aan 2018. Als met een ander zorgkantoor een overeenkomst moet worden gesloten voor verblijf of geclusterd VPT wordt in principe de bijbehorende extramurale zorg in die regio meegenomen in de overeenkomst voor de nieuwe regio, tenzij anders wordt overeengekomen.

De zorginkoper van het zorgkantoor gaat het gesprek met de zorgaanbieder aan over de impact en consequenties van bovenstaand beleid op de bestaande situatie van de individuele zorgaanbieder. Eventueel wordt de zorginkoper van het andere zorgkantoor betrokken. De zorgaanbieder zal zonodig een overeenkomst moeten aanvragen middels een inschrijving bij het juiste zorgkantoor. De zorgaanbieder wordt door het nieuwe zorgkantoor gezien als bestaande zorgaanbieder. Dit voorkomt extra administratieve lasten. Er wordt geen ondernemingsplan en een bestuurdersverklaring gevraagd.

2.2 Hoe komen we tot het tariefpercentage voor 2019?

Ook voor 2019 stellen zorgkantoren het tariefpercentage regionaal vast

Op dit moment zijn er onzekerheden die van invloed kunnen zijn op de bepaling van het tarief. Denk hierbij aan het lopende kostenonderzoek van de NZa en de eventuele consequenties hiervan voor de NZa tarieven. De definitieve contracteerruimte en de NZa beleidsregels voor 2019 zijn op het moment van publicatie van dit document nog niet bekend. Wij behouden ons daarom het recht voor om de tariefpercentages 2019 voor zorgprestaties aan te passen zodra de contracteerruimte en de NZa-beleidsregels bekend zijn.

De NHC/NIC 2019

In 2018 is voor de NHC/NIC een tariefpercentage van 100% gehanteerd. Dit percentage wordt voor het jaar 2019 gecontinueerd. In 2019 wordt het percentage voor het jaar 2020 vastgesteld. Wij beoordelen dit onder meer op basis van de dan beschikbare informatie waaronder het onderzoek van de NZa naar de NHC/NIC component.

2.3 Hoe komen we tot afspraken over het volume?

Ook voor 2019 bepalen zorgkantoren regionaal welke initiële afspraken worden gemaakt voor 2019

Dit leest u in het regio specifieke deel van het zorginkoopdocument van het zorgkantoor.

2.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?

De meeste zorgkantoren kennen de volgende scenario's

- Zorgaanbieders met een overeenkomst voor drie jaar (2018-2020)
- Zorgaanbieders die per 1 januari 2018 een eenjarige overeenkomst hebben of tussentijds gecontracteerd zijn in 2018, komen in principe in aanmerking voor een tweejarige overeenkomst tot en met 2020, tenzij de zorgaanbieder een overeenkomst onder voorwaarden heeft. Als nog niet aan deze voorwaarden wordt voldaan, komt deze zorgaanbieder in aanmerking voor een overeenkomst voor één jaar
- Voor bestaande zorgaanbieders die per 2019 een overeenkomst aangaan met een ander zorgkantoor als gevolg van inkoop op fysieke locatie, wordt in principe de contractduur (en de eventuele gestelde landelijke contractvoorwaarden) van het reeds contracterende zorgkantoor overgenomen.

3. Welke procedure geldt voor zorginkoop 2019?

In dit hoofdstuk beschrijven we het tijdspad voor de zorginkoop 2019 en leest u wat wij van u verwachten. Zorgaanbieders met een driejarige overeenkomst hoeven alleen akkoord te gaan met de instemmingsverklaring. Zorgaanbieders met een overeenkomst die afloopt per 31 december 2018, volgen de inschrijfprocedure. Een toelichting volgt in dit hoofdstuk.

3.1 Welk tijdspad geldt voor de procedure 2019?

De procedure voor zorginkoop 2019 kent het volgende tijdspad:

Fase	Wie	Datum
Publicatie landelijke kaders	ZK*	1 juni 2018
Indienen van vragen t.b.v. Nota van Inlichtingen	ZA*	21 juni 2018
Nota van Inlichtingen	ZK	29 juni 2018
Inschrijving nieuwe en instemming bestaande zorgaanbieders	ZA	Uiterlijk 1 augustus 2018 17.00 uur
Mogelijkheid tot gesprek over contractering en voorwaarden	ZK/ZA	Uiterlijk 3 oktober 2018 afgerond
Beslissing toekenning overeenkomst (eenjarige/meerjarige overeenkomst)	ZK	Uiterlijk 10 oktober 2018
Indiening budgetformulier bij NZa	ZK	1 november 2018

*ZK = Zorgkantoor | ZA = Zorgaanbieder

Een detailuitwerking van het betreffende contracterende zorgkantoor vindt u in het regio specifieke deel van dit kader.

3.2 Wat moet ik doen voor een overeenkomst Wlz 2019-2020?

Zorgaanbieders met een overeenkomst 2018-2020 met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt, hoeven geen volledige inschrijving te doen.

Zij kunnen volstaan met het indienen van een instemmingsverklaring uiterlijk 1 augustus 2018 17.00 uur bij dat zorgkantoor. Zorgaanbieders verklaren door het tekenen van de instemmingsverklaring dat:

- zij voldoen aan de gestelde voorwaarden voor contractering;
- er geen uitsluitingsgronden op hen van toepassing zijn;
- zij de voorwaarden van de overeenkomst Wlz 2019-2020 met bijbehorende bijlagen aanvaarden;
- zij instemmen met het geformuleerde beleid in de aanvulling 2019 bij inkoopkader Wet langdurige zorg 2018-2020 bestaande zorgaanbieders.

U vindt de voorwaarden voor contractering en uitsluitingsgronden in bijlage 2A 'bestuursverklaring' Wanneer zorgaanbieders voornemens zijn nieuw zorgaanbod te ontwikkelen, kan hierop een toelichting gevraagd worden bij de inschrijving.

Voor zorgaanbieders met een overeenkomst met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt, die op 31 december afloopt, geldt de bestuursverklaring

Dit betreft alle zorgaanbieders met een eenjarige overeenkomst 2018 met het desbetreffende zorgkantoor. Zij verklaren door ondertekening van de bestuursverklaring onder andere aan de gestelde geschiktheidseisen te voldoen en dat er geen uitsluitingsgronden op hen van toepassing zijn. Wanneer zorgaanbieders voornemens zijn nieuw zorgaanbod te ontwikkelen, kan hierop een toelichting gevraagd worden bij de inschrijving.

Bestaande zorgaanbieders die in 2019 nieuw zijn bij het desbetreffende zorgkantoor vragen wij om een ondernemingsplan en een bestuursverklaring

Bestaande zorgaanbieders die een overeenkomst willen sluiten met een nieuw zorgkantoor, leveren bij de inschrijving een beknopt ondernemingsplan (tenminste het bedrijfs- en financieel plan)² aan. Zorgkantoren vragen aan deze zorgaanbieders de bestuursverklaring te ondertekenen. Omdat deze zorgaanbieders reeds door een ander zorgkantoor zijn gecontracteerd voor het leveren van Wlz-zorg, is het niet nodig om informatie ter onderbouwing van de bestuursverklaring aan te leveren.

Zorgkantoren wisselen, indien nodig, onderling overige aanvullende informatie uit. Zorgaanbieders die een overeenkomst aangaan met een ander zorgkantoor als gevolg van het beleid onder 2.1, hoeven bij inschrijving geen ondernemingsplan aan te leveren, omdat het in dat geval bestaande zorglevering in de regio betreft.

Moet ik documenten meesturen met de bestuurs- of instemmingsverklaring?

Omdat u al een contract heeft voor 2018 hoeven er bij de inschrijving naast de bestuursverklaring of instemmingsverklaring geen aanvullende documenten te worden aangeleverd ter onderbouwing. Echter, indien er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten voor de contractering 2018 dient de zorgaanbieder dit wel te melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren. Zorgaanbieders moeten, wanneer er geen wijzigingen zijn, desgewenst de onderbouwende stukken genoemd in de bestuursverklaring aan het zorgkantoor op verzoek overleggen.

² Zie voor een nadere specificatie van het bedrijfs- en financieel plan de duiding in het addendum van het Landelijk inkoopkader nieuwe zorgaanbieders.

4. Extra middelen voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg

4.1 Welke extra middelen zijn er voor de verpleeghuiszorg?

VWS heeft voor de komende jaren extra middelen voor de verpleeghuiszorg beschikbaar gesteld. Voor de implementatie van het kwaliteitskader is in totaal een bedrag oplopend tot € 2,1 miljard beschikbaar. Daarnaast is ontwikkelbudget vanuit de transitiebudgetten (€ 50 miljoen per jaar in de periode 2018-2021) beschikbaar voor regionale knelpunten bij de implementatie van het kwaliteitskader (bijvoorbeeld op het gebied van innovatie, ICT of arbeidsmarkt).

Extra middelen voor de verpleeghuiszorg

- Een bedrag oplopend tot € 2,1 miljard t.b.v. de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg³:
 - Voor 2017 is € 100 miljoen beschikbaar gekomen en verwerkt in de tarieven voor ZZP en VPT (4 t/m 10).
 - Voor 2018 is hier bovenop € 335 miljoen beschikbaar gekomen en verwerkt in de tarieven voor ZZP en VPT (4 t/m 10).
 - Voor 2019 komt er € 600 miljoen beschikbaar in de vorm van een kwaliteitsbudget.
 - Voor 2020 komt naar verwachting daarbovenop € 600 miljoen beschikbaar.
 - Voor 2021 komt naar verwachting daarbovenop € 510 miljoen beschikbaar.
- € 50 miljoen per jaar (2018 tot en met 2021) vanuit de transitiebudgetten voor regionale knelpunten op het gebied van innovatie, ICT of arbeidsmarkt⁴, beschikbaar in de vorm van een ontwikkelbudget.
- W&T middelen van € 135 miljoen voor zinvolle dagbesteding en deskundigheidsbevordering. Deze middelen zijn ook in 2019 beschikbaar. Voor 2020 is 180 miljoen beschikbaar.

4.2 Hoe zit het met het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg?

Het kwaliteitsbudget (betreft de extra middelen die beschikbaar zijn voor de verpleeghuiszorg, landelijk € 600 miljoen voor 2019) is bedoeld voor de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. In het door VWS opgestelde 'Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis' is beschreven hoe de middelen⁵ moeten worden aangewend. Dit betekent voor 2019 dat minimaal 85% van deze middelen (€ 510 miljoen voor 2019) bestemd is voor de inzet van extra zorgpersoneel. Maximaal 15% van deze middelen (€ 90 miljoen voor 2019) kan breder ingezet worden gericht op verbetering van de kwaliteit in lijn met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Differentiatie tussen zorgaanbieders op basis van goedgekeurde kwaliteitsplannen is mogelijk. Dit geldt zowel voor de extra middelen voor extra personeel als voor de overige middelen. Het kan zijn dat er zorgaanbieders zijn die minder snel de extra personeelsinzet kunnen realiseren en zorgaanbieders die juist sneller extra personeelsinzet kunnen realiseren. Binnen de totale kaders van de € 600 miljoen bieden zorgkantoren hiervoor de ruimte. Dit betekent dat van de verhouding 85% - 15% bij de planvorming per zorgaanbieder afgeweken kan worden in overleg met het zorgkantoor. De zorgkantoren hebben hierbij de

³ De NZa formuleert beleidsregel voor het kwaliteitsbudget. Echter op moment van publicatie is deze nog niet beschikbaar.

⁴ De NZa formuleert beleidsregel voor het ontwikkelbudget vanuit transitiebudgetten. Echter op moment van publicatie is deze nog niet beschikbaar.

⁵ Inzet van middelen beschreven in 'Programmaplan – Thuis in het Verpleeghuis' pagina 28, hoofdstuk 4.2, 3^e alinea.

verantwoordelijkheid om er voor te zorgen dat het landelijk beschikbare kwaliteitsbudget niet overschreden wordt en in lijn is met de afspraken in het Programma Kwaliteit Verpleeghuiszorg. Daarbij is, zoals aangegeven maximaal € 90 miljoen beschikbaar voor andere afspraken dan inzet extra zorgpersoneel.

4.2.1. Voor alle zorgaanbieders wordt bij aanvang van 2019 een kwaliteitsbudget gereserveerd

Voor alle zorgaanbieders wordt circa 6% van de omzet van de productie van ZZP's en VPT's VV4 t/m VV10 (op basis van de nacalculatie 2017⁶) gereserveerd voor het kwaliteitsbudget⁷. Het definitieve percentage wordt zo spoedig mogelijk bekendgemaakt nadat de contracteerruimte is vastgesteld en is vastgelegd in de nieuwe beleidsregels van de NZa. Als blijkt dat niet alle zorgaanbieders aanspraak maken op dit gereserveerde budget kan bij de vastlegging van de afspraken een hoger kwaliteitsbudget afgesproken worden.

4.2.2 Zorgaanbieders stellen het kwaliteitsplan op inclusief een verbeterparagraaf per locatie

Zorgaanbieders maken jaarlijks een kwaliteitsplan⁸, waarin zij onder andere de verbeteringen beschrijven die zij per locatie willen realiseren. Dit kwaliteitsplan wordt uiterlijk 31 december voor het komende jaar opgesteld. Zorgaanbieders bepalen op basis van hun eigen kwaliteitsplan welke verbeteringen ze willen realiseren, waar ze het kwaliteitsbudget voor in willen zetten en ze een aanvraag voor indienen. In de verbeterparagraaf wordt op locatieniveau een toelichting gegeven. De zorgaanbieder beschrijft in deze toelichting:

- Wat de zorgaanbieder gaat doen.
- Wat het resultaat is/wat de zorgaanbieder wil bereiken.
- Wat hiervoor nodig is.
- Op welke wijze interne monitoring van het te bereiken resultaat plaats vindt.

4.2.3 Het kwaliteitsplan bevat een meerjarenbegroting voor het kwaliteitsbudget

In het kwaliteitsplan is opgenomen welke verbeteringen worden gerealiseerd. Om in aanmerking te komen voor het kwaliteitsbudget wordt een meerjarenbegroting opgesteld, waarin is aangegeven voor welke kosten een beroep op het kwaliteitsbudget wordt gedaan. In de meerjarenbegroting is een SMART onderbouwing opgenomen van de voorstellen voor besteding van het kwaliteitsbudget per jaar. Hierbij is per voorstel aangegeven wat de kosten zijn. Het is belangrijk dat de begroting aansluit op het kwaliteitsplan. De aanvraag voor het kwaliteitsbudget mag hoger zijn dan het bedrag dat in eerste instantie per zorgaanbieder gereserveerd is, zie hiervoor 4.2.1 (circa 6% van de omzet van de productie). Het is van belang om het totaal van de verwachte extra kosten mee te nemen in de meerjarenbegroting. Dit omdat alleen kosten die onderdeel uitmaken van de aanvraag in de meerjarenbegroting (en goedgekeurd zijn door zorgkantoor) in aanmerking kunnen komen voor vergoeding van het kwaliteitsbudget. Hieronder is toegelicht welke extra kosten gefinancierd mogen worden uit het kwaliteitsbudget. De extra kosten die al via andere bekostigingsbronnen gefinancierd worden, komen niet in aanmerking voor financiering vanuit het kwaliteitsbudget. Denk hierbij aan de Sectorplan-plus-gelden, de W&T middelen of de transitie-middelen. Dubbele bekostiging is niet toegestaan.

⁶ Voor zorgaanbieders die in 2018 gestart zijn als Wlz zorgaanbieder en hierdoor geen afspraak in de nacalculatie 2017 hebben geldt dat wordt uitgegaan van een percentage van de omzet van de productie van ZZP's en VPT's VV4 t/m VV10 in 2018 geëxtrapoleerd vanaf 1 juni 2018.

⁷ Er is landelijk voor 2019 € 600 miljoen beschikbaar, zodra de NZa de middelen naar de zorgkantoren heeft verdeeld wordt de zorgaanbieder geïnformeerd over de initiële verdeling. De zorgkantoren reserveren een gedeelte van de financiële middelen voor nieuw te contracteren zorgaanbieders, de middelen zullen in de herschikking worden ingezet.

⁸ Onderwerpen in het kwaliteitsplan zijn beschreven in het "Programmaplan – Thuis in het Verpleeghuis" op pagina 15 in het kader.

4.2.4 Macro is 85% van het kwaliteitsbudget beschikbaar voor extra personeel

Het kwaliteitsbudget voor de verpleeghuiszorg is vooral bedoeld voor de inzet van extra zorgpersoneel.

Onder zorgpersoneel vallen: behandelaren, verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, geestelijk verzorgenden, gastvrouwen en anderen. Uiteraard zijn ook vrijwilligerscoördinatoren, activiteitencoördinatoren van belang⁹. Vanuit het kwaliteitsbudget kunnen de daadwerkelijke loonkosten of kosten van inhuur gefinancierd worden. Het gaat om extra zorgpersoneel ten opzichte van 31-12-2018. In de meerjarenbegroting neemt de zorgaanbieder een onderbouwing op van de verwachte extra personeelskosten (per jaar) die in aanmerking komen voor vergoeding vanuit het kwaliteitsbudget.

- De begroting gaat uit van daadwerkelijke extra loonkosten voor het zorgpersoneel.
 - Alleen de extra loonkosten voor het extra zorgpersoneel dat ingezet wordt voor klanten waarop het kwaliteitskader van toepassing is (groepen klanten met ZZP's en VPT's VV4 t/m VV10).
 - Alleen extra FTE's uitgaande van gelijkblijvende klantpopulatie komen in aanmerking voor financiering vanuit de extra middelen. Als de klantpopulatie wijzigt dan wordt hiervoor op uniforme wijze gecorrigeerd.
- Er wordt in samenspraak met Actiz een begrotings- en verantwoordingsmodel ontwikkeld dat gebruikt wordt voor de berekening van de extra loonkosten voor het personeel, dit model sluit aan bij de personeelsplanning van zorgaanbieders en het kwaliteitskader. Het ingevulde verantwoordingsmodel vormt hiermee mede de aanvraag voor het kwaliteitsbudget. In het verantwoordingsmodel is ook de klantpopulatie opgenomen, zodat indien nodig de extra loonkosten gecorrigeerd worden bij wijzigingen in de klantpopulatie. Het verantwoordingsmodel wordt zo spoedig mogelijk gepubliceerd; uiterlijk 11 juni 2018. Er volgt dan ook een toelichting op het proces van aanlevering van het verantwoordingsmodel.

4.2.5 Macro is 15% beschikbaar voor verhogen productiviteit en deskundigheid, nieuwe technologie en welbevinden

Naast de middelen voor personeel zijn er extra middelen beschikbaar om andere investeringen op het gebied van kwaliteit te financieren. Landelijk gaat het om € 90 miljoen. Belangrijk is dat de investeringen aansluiten bij de voorgenomen verbeteringen per locatie zoals benoemd in de kwaliteitsplannen. Met deze middelen kunnen initiatieven gefinancierd worden die gericht zijn op:

- Het verhogen van de productiviteit van medewerkers.
Denk hierbij bijvoorbeeld aan inspanningen gericht op het terugdringen van ziekteverzuim, verminderen van administratieve lasten, ook ondersteunend personeel kan hiermee betaald worden.
- Het verhogen van de deskundigheid van medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers
Denk hierbij bijvoorbeeld aan scholing.
- De inzet van extra of nieuwe technologie
Het gaat hierbij om technologie die bijdraagt aan meer tijd voor directe zorg/aandacht voor klanten.
- Verbeteringen die directe impact hebben op het welbevinden van klanten.

4.2.6 De zorgaanbieder levert uiterlijk 31 december het kwaliteitsplan incl. begroting aan

Het kwaliteitsplan wordt uiterlijk 31 december van jaar t-1 door de zorgaanbieder aangeleverd bij het zorgkantoor. De zorgaanbieder kan het kwaliteitsplan 2019 ook eerder indienen, dit kan vanaf 1 september 2018. Uitgangspunt hierbij is dat de dialoog over het kwaliteitsplan 2018 en het kwaliteitsverslag 2017 met het zorgkantoor heeft plaatsgevonden voor indiening van de aanvraag voor het kwaliteitsbudget 2019. De aanvraag bevat naast het actuele kwaliteitsplan voor 2019 een meerjarenbegroting voor het kwaliteitsbudget.

⁹ Bij deze definitie is aangesloten bij het Programmaplan Thuis in het verpleeghuis, p7 voetnoot 1.

4.2.7 Zorgkantoren toetsen de aanvragen voor het kwaliteitsbudget zo snel mogelijk

We bespreken de aanvraag zo spoedig mogelijk. Eerder aanleveren van de aanvraag geeft sneller uitsluitel, plannen die voor 1 november 2018 ingediend zijn, worden voor 1 januari 2019 besproken. De zorgkantoren toetsen of de aanvragen voldoen aan de gestelde eisen, deze zijn opgenomen in alinea's 4.2.2 t/m 4.2.5. Als de aanvraag niet voldoet aan de gestelde eisen vindt er overleg plaats met de zorgaanbieder. In dit overleg wordt gevraagd om een toelichting op de afwijking en wordt de aanvraag aangepast aan de gestelde eisen. Het streven is dat zorgkantoor en indienende zorgaanbieder overeenstemming krijgen over de aanvraag. Als een zorgkantoor en zorgaanbieder er onderling niet lijken uit te komen, kunnen partijen mediation inzetten om tot een oplossing te komen. Het streven is om de afspraken over het kwaliteitsbudget binnen zes weken nadat de aanvraag is ontvangen te maken, maar in ieder geval uiterlijk binnen drie maanden als er bijzonderheden spelen.

4.2.8 De afspraken over het kwaliteitsbudget worden vastgelegd in een addendum op de overeenkomst

Als zorgaanbieders de plannen eerder indienen dan 31 december 2018, dan beoordeelt het zorgkantoor het totale kwaliteitsplan (inclusief meerjarenbegroting) en kunnen afspraken gemaakt worden tot het voor de zorgaanbieder gereserveerde bedrag (lees: 6% budget nacalculatie 2017). De zorgkantoren doen op dat moment over aanvragen boven voor zorgaanbieder gereserveerde budget nog geen uitspraken in verband met het maximum van € 600 miljoen. Deze zorgaanbieders kunnen wel in aanmerking komen voor een hoger kwaliteitsbudget dan het gereserveerde bedrag (zie alinea 4.2.10). De afspraken over het kwaliteitsbudget worden uiterlijk eind maart vastgelegd in een addendum op de overeenkomst en door beide partijen ondertekend. U vindt het addendum op de overeenkomst in bijlage 6.

4.2.9 Zorgaanbieders ontvangen een voorschot op het kwaliteitsbudget

Als de afspraken over het kwaliteitsbudget tijdig zijn overeengekomen, ontvangen zorgaanbieders een voorschot op zijn vroegst beginnend 1 januari 2019. Het voorschot bedraagt 75% van het bedrag dat op maandbasis voor een zorgaanbieder afgesproken is. Zorgaanbieders leveren in mei, juli en oktober informatie aan over de realisatie bij de zorgkantoren. Op basis van de tussentijdse verantwoording wordt het voorschotbedrag aangepast. Het verantwoordingsmodel voor aanlevering volgt 11 juni 2018. Het voorschot wordt indien nodig en na overleg tussentijds aangepast in lijn met de daadwerkelijke realisatie. Wanneer het plan wordt goedgekeurd (uiterlijk 1 april 2019) worden met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 de voorschotten uitgekeerd.

4.2.10 De afspraken ten aanzien van het kwaliteitsbudget worden via een extra budgetronde op uiterlijk 1 april ingediend bij de NZa

De afspraken over het kwaliteitsbudget worden vastgelegd bij de NZa. Mochten niet alle zorgaanbieders een aanvraag ingediend hebben voor het volledig voor hen gereserveerde bedrag, dan wordt het resterende bedrag naar rato verdeeld over de zorgaanbieders met goedgekeurde aanvragen boven de 6%. Hierbij wordt uiteraard nooit meer toegekend dan begroot is in de (goedgekeurde) aanvraag. Het afgesproken kwaliteitsbudget wordt vastgelegd via een extra budgetronde in april.

4.2.11 Bij de herschikking in november kunnen de afspraken bijgesteld worden

Bij de herschikking in november 2019 kunnen de afspraken zowel naar boven als naar beneden bijgesteld worden. Uitgangspunt is dat een afspraak naar beneden bijgesteld wordt als de uitgaven tegenvallen. Voor de zorgaanbieders die in lijn met de verwachte extra kosten of meer verantwoord worden kan de afspraak naar boven bijgesteld worden, dit alleen als er middelen beschikbaar zijn. De middelen die per zorgkantoor beschikbaar zijn worden naar rato verdeeld over deze zorgaanbieders. Hierbij wordt nooit meer toegekend dan begroot is in de (goedgekeurde) aanvraag. Zorgaanbieders die sneller groeien moeten uiteraard blijven passen in het eindperspectief van een redelijkerwijs kostendekkend integraal tarief.

4.2.12 In de nacalculatie verantwoordt de zorgaanbieder zich over de inzet van het kwaliteitsbudget

- In de nacalculatie die jaarlijks voor 1 juni (jaar t+1) wordt ingediend bij de NZa, verantwoordt de zorgaanbieder zich over de inzet van het kwaliteitsbudget.
- Voor de inzet van extra personeel geldt dat alleen de daadwerkelijke extra kosten voor personeel in aanmerking komen voor vergoeding. Zo nodig vindt correctie plaats voor eventuele wijzingen in de klantpopulatie (zie 4.2.4). Alleen kosten tot een maximum van de afspraken worden vergoed. Te veel betaalde extra middelen worden teruggevorderd of waar mogelijk verrekend.
- Ook over de inzet van de overige extra middelen (niet zijnde extra fte's) verantwoordt de zorgaanbieder zich. Uiteraard moet de inzet van de middelen bijdragen aan het overeengekomen resultaat. Als de middelen niet (of niet conform de afspraak) zijn ingezet worden deze teruggevorderd of waar mogelijk verrekend.
- Het resultaat kan achteraf tot een andere verdeling leiden. Dus niet 85/15%, bijvoorbeeld doordat minder extra personeel is ingezet dan verwacht

De verantwoording wordt aangeleverd door de zorgaanbieder voor 1 april van jaar t+1. Bij het verantwoordingsmodel wordt een rapport van feitelijke bevindingen van de accountant aangeleverd. Een richtlijn voor de accountantscontrole wordt in overleg met Actiz opgesteld.

4.2.13 Zorgaanbieders die meer kosten opvoeren in de nacalculatie dan afspraken over kwaliteitsbudget krijgen mogelijk kosten toch vergoed

Het kan zijn dat na afrekening bij de nacalculatie de totale kosten landelijk alsnog minder dan € 600 miljoen bedragen. De zorgaanbieders die meer opgevoerd hebben komen dan mogelijk alsnog in aanmerking voor vergoeding van deze kosten. Uiteraard alleen als het gaat om kosten waarvoor de aanvraag is goedgekeurd. De zorgkantoren geven in de nacalculatie aan welke zorgaanbieders voor welk bedrag hiervoor in aanmerking komen.

4.2.14 Bestaande zorgaanbieders bij ander zorgkantoor waar zorgaanbieder nog geen contract heeft

Voor bestaande zorgaanbieders bij een nieuw zorgkantoor geldt dat zij een aanvraag kunnen indienen op gelijke wijze als geldt voor de reeds gecontracteerde zorgaanbieders. Indien er pas in 2019 daadwerkelijk wordt gestart met zorgverlening zal in de herschikkingsronde een afspraak worden gemaakt gebaseerd op maximaal 6% van de geëxtrapoleerde omzet in de maand juli. Voor zorgaanbieders die in de loop van 2019 een contract aangaan kunnen ook in de herschikkingsronde een afspraak maken gebaseerd op maximaal 6% van de geëxtrapoleerde omzet in de maand juli.

4.2.15 De planning voor kwaliteitsbudget 2019 is op hoofdlijnen als volgt

Tijdspad	Fase
Vanaf 1 September - tot 31 december 2018	Aanleveren kwaliteitsplan inclusief begroting kwaliteitsbudget (aan de hand van verantwoordingsmodel, zie paragraaf 4.2.3 t/m 4.2.6)
1 september - 1 maart 2019	Gesprekken over kwaliteitsplannen en kwaliteitsbudget
Uiterlijk 8 maart 2019	Overeenstemming over het kwaliteitsbudget
1 april 2019	Afspraken in aanvullende overeenkomst
1 april 2019	Extra budgetronde NZa kwaliteitsbudget
31 mei, 31 juli en 31 oktober 2019	Informatie aanlevering zorgaanbieder over realisatie ten behoeve van voorschot, zie paragraaf 4.2.9

Tijdspad	Fase
1 november 2019	Herschikking afspraken kwaliteitsbudget
1 april 2020	Informatie over realisatie kwaliteitsbudget incl. rapport van feitelijke bevindingen van de accountant
1 juni 2020	Definitieve verantwoording kwaliteitsbudget in nacalculatie

4.3 Hoe zit het met het ontwikkelbudget vanuit de transitie middelen?

4.3.1 Voor 2019 is € 50 miljoen aan ontwikkelbudget beschikbaar voor implementatie kwaliteitskader verpleeghuiszorg vanuit de transitie middelen kwaliteitskader

Voor de periode 2018 – 2021 is in totaal € 200 miljoen beschikbaar aan ontwikkelbudget voor de implementatie van het kwaliteitskader. Jaarlijks gaat het om € 50 miljoen. Deze middelen zijn bedoeld ter ondersteuning van de ontwikkelopdracht die er ligt voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het ontwikkelbudget wordt ingezet voor problematiek die bij meerdere zorgaanbieders speelt.

4.3.2. De middelen zijn gericht op het oplossen van problemen bij de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Voor de inzet van het ontwikkelbudget zijn de volgende uitgangspunten van belang:

1. Er is sprake van een probleem/knelpunt (zoals omschreven in de NZa beleidsregel¹⁰) in het kader van de implementatie en/of doorontwikkeling van het kwaliteitskader.
2. Het initiatief draagt aantoonbaar bij aan de oplossing van het geconstateerd probleem bij meer dan één zorgaanbieder en past binnen de scope van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.
3. Het initiatief richt zich op een onderwerp dat een individuele zorgaanbieder niet/of lastig zelf kan oplossen, maar dat in samenwerking met anderen wel kan. Het initiatief wordt gesteund door individuele zorgaanbieders of meerdere zorgaanbieders die samenwerken in de aanpak.
4. Het initiatief pakt een probleem/knelpunt/verbetering aan dat nog niet door andere zorgaanbieders binnen de regio is opgepakt.
5. Er is een concreet plan van aanpak opgesteld waarin duidelijk beschreven is wie welke verplichtingen aangaat.
6. Het plan van aanpak kent duidelijke tijdslijnen en bijbehorende acties en resultaten.
7. Bij het opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak is een "substantieel" deel van de zorgaanbieders in desbetreffende regio betrokken.

Er is een aantal posten waarvoor de middelen niet ingezet mogen worden:

- Advieskosten/consultancy
- Reguliere zorg waarvoor financiering aanwezig is

4.3.3 Zorgkantoren benoemen samen met zorgaanbieders knelpunten en zoeken (naar) oplossingen

Zorgkantoren nemen het initiatief voor het organiseren van regionale bijeenkomsten. Alle zorgaanbieders voor verpleeghuiszorg (ZZP/VPT 4-10) worden uitgenodigd. Als er al overleggen met zorgaanbieders lopen (bijvoorbeeld t.a.v. arbeidsmarktproblematiek) dan kan hierbij aangesloten worden. Zorgkantoren en zorgaanbieders bepalen samen welke knelpunten in de betreffende regio het meest urgent zijn. Het gaat om vragen als welk aanbod er over een aantal jaar in de betreffende regio nodig is (kwalitatief en kwantitatief), welk personeel daarvoor nodig is en vervolgens welke instelling overstijgende knelpunten er zijn om dat te realiseren en welke oplossingen daar gezamenlijk voor geformuleerd kunnen worden. Het gaat daarbij onder

¹⁰ De NZa beleidsregels zijn op moment van publicatie nog niet beschikbaar.

andere om arbeidsmarktknelpunten, de inzet van ICT en technologie, vastgoedproblematiek, maar ook andere onderwerpen kunnen relevant zijn. Het ligt voor de hand dat dit regionale beeld gerelateerd is aan de kwaliteitsverbeteringen van individuele zorgaanbieders en vice versa. De zorgaanbieders die een rol willen spelen bij het oplossen van een knelpunt stellen vervolgens individueel of samen een plan van aanpak (inclusief begroting) op en dienen deze in bij het zorgkantoor. Het regionale zorgkantoor legt na overeenstemming over plan van aanpak en op welke wijze het ontwikkelbudget beschikbaar wordt gesteld, de afspraken schriftelijk vast. Met de inzet van de extra middelen kunnen de desbetreffende zorgaanbieders aan de slag en daadwerkelijk oplossingen realiseren. Streven is om met een zo groot mogelijke groep consensus te bereiken over de inzet van de beschikbare middelen.

4.3.4 De toekenning van de middelen is op basis van een plan van aanpak in de vorm van een lumpsum

Op basis van een door zorgaanbieders opgesteld plan van aanpak wordt een begroting opgesteld en worden afspraken over financiering gemaakt. Er kunnen afspraken gemaakt worden voor meerdere jaren. Partijen leggen schriftelijk vast welke verplichtingen zij ten opzichte van elkaar aangaan en ondertekenen de afspraken. Financiering kan plaatsvinden via een kassier (één van de betrokken zorgaanbieders) of direct aan de betrokken partijen. De financiële afspraken worden vastgelegd in het budgetformulier.

4.3.5 Tussen partijen worden afspraken gemaakt over monitoring en verantwoording

Bij de totstandkoming van het plan van aanpak worden afspraken gemaakt over de wijze waarop partijen ten behoeve van zorgkantoor en andere stakeholders de voortgang en resultaten monitoren en verantwoorden. Uitgangspunt is vertrouwen. Verantwoording vindt plaats op basis van de gemaakte afspraken. Indien het plan niet of maar deels is uitgevoerd, worden middelen terugbetaald.

4.3.6 De planning van het ontwikkelbudget is op hoofdlijnen als volgt

Datum	Fase
Juni 2018	Met zorgaanbieders knelpunten en oplossingen benoemen
Juni – juli 2018	Zorgaanbieders stellen plan van aanpak (incl. begroting) op
Medio aug 2018	Definitieve afspraken vastgelegd op basis van plan van aanpak
1 november 2018	Afspraken vastleggen in budgetformulier 2019
Jan 2019 – dec 2019	Uitvoering plannen
Conform afspraak	Monitoring en verantwoording over voortgang en resultaten en indien van toepassing terugbetaling middelen.

5. Bijlagen

1. Overeenkomst
2. A) Bestuursverklaring
B) Instemmingsverklaring
3. Beleidskader Wlz 2019 (volgt later)
4. Voorschrift Zorgtoewijzing 2019 (volgt later)
5. Declaratieprotocol 2019
6. Overeenkomst addendum extra middelen kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2019