

Nota van Inlichtingen

behorend bij

Regionale inkoopkaders 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 regionale zorginkoopkader Wlz 2018 -2020 zowel voor bestaande en nieuwe zorgaanbieders. De vragen met de bijbehorende antwoorden zijn gegroepeerd rond een aantal thema's daar de antwoorden op deze vragen hetzelfde zijn. 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.

Alle vragen over het *woonplaatsbeginsel* worden begin juli 2017 in een aparte Landelijke Nota van Inlichtingen beantwoord.

Inhoudsopgave

Tekstuele correcties -----	04
Contracteerruimte en tarieven/ prijsdifferentialie -----	04
Perverse prikkels in het systeem -----	05
Functie behandeling -----	06
Toekenningspercentage 50% -----	08
Clicksystematiek -----	08
Analyse intramurale capaciteit -----	09
Crisisplaatsen -----	09
Meerzorg -----	10
Doelmatigheid -----	10
NHC en NIC voor 2018 -----	11
Paradox naar aanleiding van zorg thuis -----	12
Stimuleren zorg thuis -----	12
Substitutie van intramurale naar extramurale zorg -----	12
Bestaande zorgaanbieder bij ander zorgkantoor met nieuw aanbod -----	13
Regionale ontwikkelruimte zorgkantoren ZZ -----	13
Continuering Wlz-overeenkomst 2017-2018 -----	13
Inschrijven voor een nieuwe overeenkomst Wlz 2018-2020 -----	13
Gewijzigde regelgeving -----	14
Klantwens -----	14
Kwaliteitskaders -----	15
Kwaliteitsrapportages -----	16
Mondzorg -----	16

Tekstuele correcties

Vraag

1. Dinsdag 21 juni 2016 vragen voor de Nota van inlichtingen inleveren: moet dit zijn Woensdag 21 juni 2017?

Antwoord

Dit moet inderdaad woensdag 21 juni 2017 zijn en niet dinsdag 21 juni (2016).

Vraag

2. Dinsdag 10 oktober 2016 verzending ter ondertekening overeenkomst en initiële productieafpraak: moet dit zijn dinsdag 10 oktober 2017?

Antwoord

Dit moet inderdaad dinsdag 10 oktober 2017 zijn en niet dinsdag 10 oktober 2016.

Vraag

3. Categorie voorzetting Wlz-overeenkomst 2017-2018: Moet de tekst achter het allerlaatste aandachtstreepje op bladzijde 5 niet weg? Immers deze categorie zorgaanbieders willen geen overeenkomst 2018-2020 indienen.

Antwoord

4. De onderstaande tekst is inderdaad niet van toepassing op aanbieders die de Wlz-overeenkomst 2017-2018 willen continueren:
 - Eventueel een aanbiedingsbrief waarin u kort uw plan voor levering van de Wlz-zorg in de toekomst 2018 - 2020 beschrijft. Onze beleidsdoelstellingen vormen uw leidraad hierbij. Wij zijn hierbij niet op zoek naar beleidsplannen, maar naar een krachtige en beknopte samenvatting van uw belangrijkste speerpunten voor de levering van Wlz-zorg voor de komende 3 jaar.

Contracteerruimte en tarieven/ prijsdifferentiatie

Vraag

5. Waarom is geen 100%-tarief haalbaar? Het hele veld spreekt over extra geld voor de sector, maar nog steeds worden de tarieven niet volledig vergoed.

Antwoord

Het zorgkantoor heeft onvoldoende middelen beschikbaar om tariefverhogingen tot 100% te kunnen bekostigen. Wanneer wij hiervoor zouden kiezen dan zou dit kunnen betekenen dat halverwege 2018 de zorg niet meer gefinancierd kan worden.

Vraag

6. Waarom wordt voor de tarieven voor MPT teruggekeken naar de gedifferentieerde tarieven van 2015 en niet naar tarieven van 2016? (alhoewel ook hier geldt: waarom geen 100% van de Nza-tarieven)?

Antwoord

Het zorgkantoor heeft de tariefpercentages 2018 gebaseerd op de tariefpercentages 2017.

Vragen

7. Wat verstaat u onder prijsdifferentiatie (deze wordt nu in uw beleid alleen afhankelijk gemaakt van de in 2017 afgesproken ontwikkelafspraken)?
Wat beoogt u hiermee te bereiken? Welke visie van het zorgkantoor zit hierachter?
8. Hoe is er prijsdifferentiatie in 2018?
9. Tarieven 2018: mpt en vpt ook maximaal tarief van 2017?
10. Definitieve P 2017 = P2018.
Stel dat je als zorgaanbieder dit jaar de ontwikkelafspraken niet haalt en daardoor niet de maximale afgesproken opslag, wat is dan je prijs voor volgend jaar?

Antwoord 7 t/m 10

Prijsdifferentiatie is voor het zorgkantoor een instrument om binnen de (regionale) contracteerruimte, het budgettaire kader, te blijven.
Het zorgkantoor hanteerde voorgaande jaren, conform landelijk beleid, prijsdifferentiatie tussen zorgaanbieders op basis van historisch gemaakte afspraken en de ontwikkelafspraken. Vanaf 2018 worden geen ontwikkelafspraken gemaakt. Daarom gebruiken we de maximaal afgesproken/ haalbare tarieven voor 2017 als uitgangspunt om het tariefpercentage 2018 vast te stellen. Een eventuele tariefafslag voor ontwikkelplannen niet behaald in 2017, heeft geen invloed op de vaststelling van het tariefpercentage 2018.

Vraag

11. In uw inkoopbeleid geeft u aan dat u de wens van de klant centraal stelt en dat u *zorg zonder verblijf* voor laat gaan op *zorg met verblijf*. Het tariefpercentage 2018 is gebaseerd op het tarief 2017, waarbij het minimum tariefpercentage 2017 voor *zorg zonder verblijf* minimaal 85% en maximaal 88% bedraagt. Voor *zorg met verblijf* hanteert u 94%, resp. 97%. Wanneer u inzet op *zorg zonder verblijf* dan zal het tariefpercentage minimaal gelijk moeten zijn aan *zorg met verblijf*.

Antwoord

Tijdens de inkoopdialoog gaan we graag met zorgaanbieders in gesprek die intramurale zorg willen omzetten naar extramurale zorg. Met deze zorgaanbieders zullen wij de hoogte van het tariefpercentage opnieuw bespreken en vaststellen.

Perverse prikkels in het systeem

Vraag

12. Tijdens de regionale informatiebijeenkomst op 7 juni hebben de zorgaanbieders de 'perverse prikkels' in het systeem benoemd, die leiden tot langer thuis wonen met wijkverpleging uit de Zvw. Op welke wijze wordt hier door het Zorgkantoor mee omgegaan?

Antwoord

Wij realiseren ons dat het langer thuis wonen van cliënten wordt gestimuleerd door de perverse prikkels in het zorgstelsel. Dit leidt er toe dat cliënten vaak zeer lang thuisblijven en bij opname in het verpleeghuis extra zware zorg nodig is. Wij kunnen deze prikkels niet wegnemen. Het zorgkantoor bespreekt deze 'prikkel' met VWS en roept zorgaanbieders op dit ook te doen.

Functie behandeling

Vragen

13. Net als in 2016 en 2017 wordt in 2018 groei in zorgzwaartepakketten inclusief behandeling niet toegestaan. Het zorgkantoor heeft voor de functie behandeling een budgetplafond. Cliënten met een ZZP inclusief behandeling hebben hier wel recht op. Bovendien is dit contrair aan persoonsvolgendheid. Op welke wijze moet de zorg aan cliënten met een complexe zorgvraag dan worden gefinancierd? Kan behandeling dan aanvullend via MPT worden gedeclareerd?
14. Wat is de reden dat er geen groei mag zijn in zorgzwaartepakketten, inclusief behandeling? Meerdere malen wordt immers geconstateerd dat de zorgzwaarte toeneemt en daarmee ook de complexiteit. Het meest passend is om dan ook behandeling daarbij te leveren. Ook dit is een klantwens en past bij de zorgbehoefte. Op welke manier kunt u hieraan tegemoet komen?
15. Waarom is groei van de functie behandeling niet toegestaan, als dit wel past binnen de budgetafpraak en contracteerruimte? U doet hiermee afbreuk aan de klantwens.
16. U beschrijft instrumenten om de kosten te beheersen en doelmatige zorg te stimuleren. Hoe verhoudt het doelmatigheid-standpunt onder 'functie behandeling' (om niet toe te staan dat groei in zorgzwaartepakketten-inclusief-behandeling plaatsvindt) zich tot het andere beleidsuitgangspunt: dat de keuze van de cliënt bepalend moet zijn, en tot het feit dat de cliënt door de indicatie voluit recht heeft op die keuze inclusief behandeling? Graag zien we uw antwoord met argumentatie tegemoet.
17. Wij constateren een toenemende vraag van cliënten naar opname op basis van een ZZP met behandeling. Het zorgkantoor staat groei in zorgzwaartepakketten inclusief behandeling niet toe. In het landelijk beleidskader wordt de optie geboden om individuele behandeling (MPT) te declareren bovenop het ZZP (exclusief behandeling). Kan dit een oplossing zijn voor de toenemende vraag? Zo ja, onder welke voorwaarden overweegt het zorgkantoor, indien de behandeling structureel is, om het ZZP exclusief behandeling om te zetten in inclusief behandeling?
18. Zorg en Zekerheid beschrijft instrumenten om de kosten te beheersen en doelmatige zorg te stimuleren. Hoe verhoudt het doelmatigheid-standpunt onder 'functie behandeling' (om niet toe te staan dat groei in zorgzwaartepakketten-inclusief-behandeling plaatsvindt) zich tot het andere beleidsuitgangspunt: dat de keuze van de cliënt bepalend moet zijn, en tot het feit dat de cliënt door de indicatie voluit recht heeft op die keuze inclusief behandeling? Graag zien we uw antwoord met argumentatie tegemoet.
19. U beschrijft instrumenten om de kosten te beheersen en doelmatige zorg te stimuleren (pag. 14 regionaal inkoopkader). Hoe verhoudt het doelmatigheidsstandpunt onder 'functie behandeling' (om niet toe te staan dat groei

in zorgzwaartepakketten-inclusief-behandeling plaatsvindt) zich tot het andere beleidsuitgangspunt: dat de keuze van de cliënt bepalend moet zijn, en tot het feit dat de cliënt door de indicatie voluit recht heeft op die keuze inclusief behandeling? Graag zien we uw antwoord met argumentatie tegemoet.

20. Zorg en Zekerheid beschrijft instrumenten om de kosten te beheersen en doelmatige zorg te stimuleren (pag. 14). Hoe verhoudt het doelmatigheid-standpunt onder 'functie behandeling' (om niet toe te staan dat groei in zorgzwaartepakketten-inclusief-behandeling plaatsvindt) zich tot het andere beleidsuitgangspunt: dat de keuze van de cliënt bepalend moet zijn, en tot het feit dat de cliënt door de indicatie voluit recht heeft op die keuze inclusief behandeling? Graag zien we uw antwoord met argumentatie tegemoet.
21. Het Zorgkantoor Zorg & Zekerheid heeft eerder in gesprekken met de zorgaanbieder aangegeven dat uitbreiding van het leveren van zorgzwaartepakketten met behandeling niet mogelijk is. Terwijl wij als zorgaanbieder enkele tientallen cliënten in huis heeft die vanuit de indicatie recht hebben op behandeling. Het zorgkantoor stelt hiervoor tot op heden geen passende financiering beschikbaar. In het regionale inkoopkader wordt wederom aangegeven dat groei van het aantal zzp-s met behandeling vanwege kostenbeheersing niet tot de mogelijkheden behoort. Anderzijds is in het inkoopkader opgenomen dat de keuze van de cliënt bepalend is. Samen met het feit dat de cliënt vanuit zijn indicatie sowieso recht heeft op behandeling, zijn beide beleidsuitgangspunten niet met elkaar verenigbaar. Kunt u onderbouwd aangeven hoe beide uitgangspunten zich naar de opvatting van het zorgkantoor verhouden?
22. Op bladzijde 14 van het regionale inkoopkader WLZ 2018 – 2020 geeft u het volgende aan: Functie behandeling: net als in 2016 en 2017 wordt in 2018 groei in zorgzwaartepakketten inclusief behandeling niet toegestaan. Vraag 1: hoe verhoudt dit zich tot persoonsvolgende bekostiging? Wij zijn een zorgaanbieder met een zeer gespecialiseerd zorgaanbod waarbij de behandelfunctie essentieel is. Een cliënt komt bij ons in zorg, mede ook voor de behandelenzorg, als de reguliere VG zorg niet toereikend is. Als voor onze doelgroep mogelijke groei in zorgzwaarte inclusief behandeling niet wordt toegestaan dan is daarmee het gehele specialistische zorgaanbod voor cliënten uit deze doelgroep niet bereikbaar. Geldt deze opmerking voor de gehele VG sector of wordt er een uitzondering gemaakt voor specifieke, specialistische zorg zoals die in onze instelling geboden wordt.

Antwoord op vragen 13 t/m 22

In principe heeft elke Wlz-cliënt een indicatie met behandeling. Voor voorwaarden omtrent de inzet van Wlz behandeling verwijzen wij u naar het Landelijk beleidskader nummer B7.

Het budgettaire kader is helaas niet toereikend om voor elke Wlz-cliënt de component behandeling te financieren vanuit de Wlz. Om toch binnen de budgettaire kaders te blijven is er, net als voorgaand jaar, een budgetplafond voor behandeling. Er zijn geen uitzonderingsgevallen te benoemen wanneer je boven het budgetplafond uit kan komen. Wel kan de eventuele overproductie op de functie behandeling gefinancierd worden bij deerschikking wanneer tijdens de herschikking blijkt dat het zorgkantoor binnen de budgettaire kaders blijft.

Voor de Wlz-cliënten die de functie behandeling niet gefinancierd krijgen vanuit de Wlz, wordt de behandeling (grotendeels) gefinancierd vanuit de Zvw en Aanvullende Verzekering. Denk hierbij aan de zorg die geleverd wordt door de huisarts, paramedici en de tandarts.

In opdracht van VWS is een onderzoek gedaan naar de positionering van de functie behandeling. Er ligt een nu een concept advies waarop de nieuwe regering een besluit moet nemen. Pas wanneer de functie behandeling opnieuw gepositioneerd wordt en de financiële middelen hiervoor worden aangepast, kan het zorgkantoor de het aantal plekken met behandeling aanpassen ofwel verhogen. De verwachting is dat in 2018 de nieuwe regering een definitieve beslissing neemt en dat dit pas in 2019 wordt geëffectueerd.

Toekenningspercentage 50%

Vraag

23. Waarom hanteert u een toekenningspercentage van 50%? Welke visie ligt hieraan ten grondslag?
24. Bladzijde 17 van het regionale inkoopkader WLZ 2018 – 2020 volume 2018: Kunt u toelichten wat u bedoelt met 'het toekenningspercentage van 50%'? Wij begrijpen niet hoe dit geïnterpreteerd moet worden.

Antwoord 23 en 24

Het zorgkantoor wil met een garantiebudget van 50% meer ruimte geven aan het principe van 'geld-volgt-klant'. Gedurende het jaar wordt zoveel mogelijk zekerheid geboden door middel van clickmomenten afhankelijk van de beschikbare contracteerruimte. Het zorgkantoor streeft hiermee naar het zoveel mogelijk financieren van geleverde zorg op basis van klantkeuze.

Vraag

25. Het toekenningspercentage van 50% geldt voor alle zorg in natura als ZZP, VPT, MPT en meerzorg. Hiermee zet zorgkantoor Zorg & Zekerheid beleid in naar persoonsvolgende bekostiging. Hoe verhoudt persoonsvolgende bekostiging zich tot budget-/volumeplafonds?

Antwoord

Het budgettaire kader is leidend. Zolang de productie binnen de contracteerruimte blijft is er altijd sprake van persoonsvolgende bekostiging. Wanneer de continuïteit van zorg in gevaar komt, dan onderneemt het zorgkantoor vervolgstappen.

Vraag

26. Wat bedoelt u met 'initiële productieafspraken'?
Welke waarde hebben 'initiële' productieafspraken in het proces van zorginkoop?

Antwoord

De initiële afspraken worden gemaakt om een budget te kunnen vaststellen en te gebruiken in ons clicksysteem. Bij de herschikking in november 2018 worden de afspraken bijgesteld. Definitieve afspraken volgen in de nacalculatie 2018.

Wanneer wij geen initiële afspraken maken, geldt een volledige geld-volgt-klant systematiek. Dit betekent dat de geleverde zorg enkel betaald kan worden op basis van goedgekeurde declaraties. Door het maken van initiële afspraken, biedt het zorgkantoor de aanbieder enige garantie van beschikbaar budget.

Clicksystematiek

Vraag

27. Wij ontvangen momenteel ruim 2 maanden na einde van een periode uw brief over de geclickte productie. Om sneller te kunnen anticiperen op de uitnutting van de beschikbare regionale ruimte verzoeken wij dit 6 weken na afloop van de maand te rapporteren aan ons.

Antwoord

Ons streven is om zoveel mogelijk geleverde zorg 'veilig te stellen' middels de clicksystematiek. Omdat wij (nog) veel uitval en te late aanleveringen van declaraties zien, is de door u voorgestelde 6 weken niet mogelijk. Wanneer er geen uitval in de declaraties is en wanneer alle aanbieders de declaraties tijdig aanleveren dan zou de periode tussen het clickmoment en de datum van de geleverde zorg verkleind kunnen worden.

Analyse intramurale capaciteit

Vraag

28. Op basis van welke gegevens verwacht het zorgkantoor een daling in de vraag naar intramurale V&V-plaatsen?

Antwoord

De zorgvraag is aan het veranderen, ook in de V&V. Mensen willen het liefst zo lang mogelijk thuis blijven wonen en als dat niet meer kan, dan zo thuis mogelijk. Dit betekent dat er een verandering in het zorgaanbod nodig is. Tijdens de inkoopdialoog willen we met de zorgaanbieders bespreken in hoeverre het zorgaanbod en de zorgvraag nog op elkaar aansluiten aan de hand van spiegelinformatie. Tijdens de bijeenkomst op 29 juni 2017 wordt met de controllers en zorgverkopers van de zorgaanbieders besproken hoe we dit met elkaar vorm kunnen geven.

Crisisplaatsen

Vraag

29. U maakt een analyse hoeveel crisisplaatsen nodig zijn. Hoe (op basis van welke informatie) wordt deze analyse uitgevoerd en wanneer krijgen wij inzicht in deze analyse?

Antwoord

Tijdens de bijeenkomst op 29 juni 2017 wordt met de controllers en zorgverkopers van de zorgaanbieders besproken hoe we deze spiegelinformatie met elkaar vorm kunnen geven.

Voor het eerste inkoopgesprek ontvangt u de spiegelinformatie, zodat de inzet van crisisplaatsen tijdens het inkoopgesprek kunnen bespreken.

Vraag

30. Waar wordt bij de beschikbaarheid van crisiszorg in 2018 naar gekeken, wat zijn de criteria voor het zorgkantoor?
Houdt u rekening met een regionale verdeling van de plaatsen?

Antwoord

Wij nemen de regionale spreiding en bezettingspercentage als uitgangspunten. Wanneer wij constateren dat bij een aantal crisisbedden gedurende een aantal jaren

niet of nauwelijks wordt gedeclareerd, zijn wij van mening dat het aantal plaatsen gereduceerd kan worden. Wij trachten het aantal plaatsen zo goed mogelijk te verdelen per sector over de verschillende regio's.

Vraag

31. Kunt u aangeven of crisisopname ook onder het woonplaatsbeginsel valt?

Antwoord

Deze vraag wordt beantwoord in de tweede Nota van Inlichtingen.

Meerzorg

Vraag

32. Doelmatigheid in de Meerzorg GZ: het zorgkantoor ziet de afgelopen jaren een constante groei in de kosten van Meerzorg. Vraag is: hoe bieden we moeilijk plaatsbare cliënten een oplossing bij ontoereikende financiering van Meerzorg?

Antwoord

Het zorgkantoor wil in samenwerking- en in dialoog met zorgaanbieders zoveel mogelijk passende zorg voor moeilijk plaatsbare cliënten organiseren. De inzet van meerzorg middelen is daarbij slechts één van de mogelijkheden. Het streven naar doelmatige inzet van Meerzorg staat daar los van.

Doelmatigheid

Vraag

33. De Wlz is bedoeld voor situaties waarin sprake is van de noodzaak tot 24 uren toezicht en /of zorg in de directe nabijheid. Is het vanuit dat vertrekpunt dan wel doelmatig om bij de klantwens als uitgangspunt te stellen dat de zorg geleverd kan worden op de plek zoals de klant dat wil, bij voorkeur thuis?

Antwoord

Doelmatigheid bezien wij enerzijds vanuit het perspectief dat de zorglevering moet passen binnen de budgettaire kaders, anderzijds bezien wij doelmatigheid ook vanuit de zorgplicht om voor de individuele aanspraken passende zorg te realiseren. Vanuit dit perspectief is de wens van klant zeker doelmatig te noemen.

Vraag

30. Welke criteria hanteert het zorgkantoor bij het door ontwikkelen van kennis en ervaring tot zogenoemde 'best practices'?

Antwoord

De informatie omtrent de doelmatige zorg die wij in dialoog met de aanbieder ontvangen en die duidelijk succesvol blijkt te zijn, willen wij graag verder door ontwikkelen tot best practices. Criteria zijn moeilijk te bepalen aangezien elk project in een organisatie anders verloopt. In de praktijk weet een aanbieder vaak het beste hoe de zorg passend, doelmatig en persoonsgericht kan zijn.

Vraag

31. Welke criteria hanteert u bij het monitoren van de verhouding tussen extramurale prestaties en tussen de functies VP, PV en BH? M.a.w.: welke verhouding streeft u na?

Antwoord

We kijken hierbij naar de regionale verhouding van gemiddelden van extramurale prestaties en analyseren waar aanbieders van de gemiddelden afwijken. Daarnaast vergelijken wij de regionale cijfers met landelijk beschikbare cijfers. Wanneer blijkt dat de verhouding bij één van de functies VP, PV en BH uit balans is, worden in dialoog tussen zorgaanbieder en zorgkantoor hierover afspraken gemaakt. Er wordt vooraf derhalve geen vaste verhouding vastgesteld.

Vraag

32. Onder 'Kortom' tweede aandachtstreepje: waar moet een doelmatigheidsplan aan voldoen? Is er ook een overeengekomen doelmatigheidsplan mogelijk tussen verschillende organisaties? Onze organisatie biedt immers alleen een deel van de zorg thuis.

Antwoord

Gezien de diversiteit die aan de orde komt bij verschillende zorgaanbieders zijn er behalve het uitgangspunt "daadwerkelijke substitutie van intramurale zorg naar zorg thuis" geen andere voorwaarden gesteld aan het doelmatigheidsplan. Het plan komt in dialoog tot stand.

NHC en NIC voor 2018

Vragen

30. Hoe worden de NHC en NIC voor 100% in het integraal tarief meegenomen? Kan dit worden verduidelijkt met een rekenvoorbeeld?
31. Zorg en Zekerheid gaat in gesprek over verouderde locatie(s), omdat de verwachting is dat de NHC/NIC na kostprijsonderzoek van NZa en publicaties (TNO) meer gerelateerd worden aan status van zorglocatie. Dit is niet conform de NHC-systematiek, waarin rekening wordt gehouden met oud en nieuw vastgoed. Daarom verzoeken wij om de NHC-systematiek hierin te volgen.

Antwoord

Het NHC tarief blijft in 2018 voor 100 % onderdeel van het integrale tarief 2018.

Het zorgkantoor kan pas op basis van de definitieve tarieven voor 2018 conform NZa beleidsregels (rond 1 juli 2017 beschikbaar) een definitief rekenvoorbeeld opstellen. In de landelijke Nota van Inlichtingen is een voorlopig rekenvoorbeeld opgenomen. Het idee is om bij een integraal tarief voor 2018, 100% van de tarieven voor NHC/NIC van 2017 mee te nemen. Het zorgdeel is dan het resterende deel van het integrale tarief. Op dit resterende zorgdeel zijn de tariefpercentages 2018 per prestatie van toepassing. We tellen 100% aandeel NIC/NHC en het bedrag van het berekende zorgdeel bij elkaar op om te komen tot het tarief voor 2018 per zorgaanbieder.

Paradox naar aanleiding van zorg thuis

Vraag

32. Zorgkantoren constateren een complexere zorgvraag en hogere zorgzwaarte en daarnaast zetten jullie in op extramuralisering en het afstraffen van een zorgzwaarte stijging in een jaar. Hoe verhouden de twee bewegingen van het beleid zich tot elkaar?

Antwoord

De wens van de cliënt is leidend en deze wil graag thuis blijven wonen en anders zo thuis mogelijk. De leveringsvormen in de Wlz bieden hier ook ruimte voor. Het zorgkantoor straft een stijging van de zorgzwaarte niet, daar wij ons persoonsvolgende clicksysteem hanteren.

De oplossing hoeft niet te liggen op het moment van opname, maar eerder in het verloop van de aandoening met passende zorg en ondersteuning. In onze optiek zijn er nog mogelijkheden in de keten om te exploreren.

Stimuleren zorg thuis

Vraag

33. VPT en MPT worden gestimuleerd. Komen deze onderdelen (weer) in een apart kavel, waarmee zij niet ten koste gaan van de intramurale productie?

Antwoord

Er zijn weer apart kavels voor VPT en MPT en we geven VPT en MPT voorrang in de beschikking.

Vraag

34. Wat zijn de regels voor het stapelen van extramurale behandeling(in MPT) in combinatie met een zorgzwaartepakket exclusief behandeling?

Antwoord

Zie het Landelijk Beleidskader Wlz 2017 paragraaf B7 en het Voorschrift zorgtoewijzing voor de procedure.

Substitutie van intramurale naar extramurale zorg

Vraag

35. Jullie schrijven over dat jullie doelmatigheid gaan belonen, hoe?
36. Op pagina 13 van het regionaal inkoopkader schrijft u dat 'Daadwerkelijke substitutie van intramurale zorg naar zorg thuis op basis van een overeengekomen doelmatigheidsplan wordt beloond'. Kunt u concreet beschrijven welke beloningsmogelijkheden u hiervoor heeft?

Antwoord

Wanneer een doelmatigheidsplan leidt tot substitutie van intramurale naar extramurale zorg in de vorm van VPT of MPT, die ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd, zal het zorgkantoor extramurale tarieven aantrekkelijker maken. Dit wordt tijdens de inkoopdialoog besproken.

Bestaande zorgaanbieder bij ander zorgkantoor met nieuw aanbod

Vraag

37. Wij zijn een bestaande, jonge en groeiende aanbieder met contracten in 2017 met verschillende zorgkantoren. In 2018 zijn wij voornemens een nieuwe locatie te openen in de regio van Zorg en Zekerheid. Klopt het dat we daarmee vallen in de categorie “nieuw zorgaanbod dat bestaande aanbieder wil realiseren”

Antwoord

Dat klopt. Het betreft de inschrijvingseisen voor bestaande zorgaanbieder en aanlevering van een beperkt ondernemingsplan met betrekking tot dit nieuwe zorgaanbod bestaande uit een bedrijfs- en financieel plan.

Regionale ontwikkelruimte zorgkantoor ZZ

Vraag

38. Waarvoor is de regionale ontwikkelruimte bedoeld en op welke wijze kan hiervan gebruik gemaakt worden?
M.a.w.: wat is het beleid en welke procedures moeten wij gaan volgen cq. heeft u hiertoe voor ogen?

Antwoord

Het zorgkantoor reserveert € 300.000 uit de contracteerruimte om prangende knelpunten op te lossen. Het gaat om knelpunten die wij tegen komen in de dialoog met klanten en het veld waarbij overbrugging t.b.v. Wlz-zorg naar 2019 noodzakelijk is en waarvoor geen enkele andere financiering mogelijk is. Zorgaanbieders kunnen geen plannen indienen en het oordeel is uitsluitend aan het zorgkantoor. Wanneer de ruimte niet wordt ingezet komen de middelen ten goede aan de contracteerruimte voor de reguliere productie 2018.

Continuering Wlz-overeenkomst 2017-2018

Vraag

39. Zorgaanbieders met een bestaande meerjarenovereenkomst voor 2017-2018 met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt, hoeven geen volledige inschrijving te doen. Deze organisaties kunnen volstaan met het indienen van een instemmingsverklaring. Tijdens de informatiebijeenkomst op 7 juni werd mondeling aangegeven dat er in alle gevallen een bestuursverklaring moet worden ingediend. Is dit laatste juist?

Antwoord

Op 7 juni in de regionale informatiebijeenkomst is aangegeven dat mensen die een nieuw contract (met een langere looptijd) willen een Bestuursverklaring moeten invullen. Zorgaanbieders die hun overeenkomst 2017-2018 willen continueren kunnen volstaan met een instemmingsverklaring.

Inschrijven voor een nieuwe overeenkomst Wlz 2018-2020

Vraag

40. Kunnen we hieruit opmaken dat we door inschrijving bij de sector V&V als tevens GGZ-erkende instelling meteen zijn ingeschreven voor de sector GGZ? Of moeten we daarvoor nadere handelingen verrichten bij de inschrijving?

Antwoord

Met de bestuursverklaring schrijft u de organisatie in voor de sectoren die op u van toepassing zijn. Mocht dit een situatie betreffen waarin een bestaande zorgaanbieder nieuw Wlz-aanbod wil leveren is een beperkt ondernemingsplan vereist. Bij inschrijving stuurt de zorgaanbieder dit plan mee. Dit beperkte ondernemingsplan beschrijft het nieuwe zorgaanbod en bestaat uit een bedrijfsplan en financieel plan.

Vraag

41. Wat wordt bedoeld met "eventueel" een aanbiedingsbrief waarin een plan is opgenomen voor de levering Wlz-zorg in 2018-2020. Kan het ook zonder deze brief?

Antwoord

Door een aanbiedingsbrief voor te leggen kan voor sommige aanbieders kort en bondig duidelijkheid worden gegeven over het beleid voor 2018 en eventuele volgende jaren. Dit is facultatief. Het kan dus ook zonder aanbiedingsbrief.

Gewijzigde regelgeving

Vraag

42. Palliatieve zorg: er worden geen ZZP 10 indicaties meer afgegeven, maar een verklaring palliatief. Hoe worden de systemen ingericht zodat meer kosten gedeclareerd kunnen worden?

Antwoord

Wanneer de definitief bekend is hoe omgegaan wordt met palliatieve zorg, zullen wij eventuele nadere invulling publiceren op onze zorgkantoorwebsite.

Vraag

43. Alle afspraken voor 2018 zijn uiterlijk 1 november 2017 definitief. De NZa hanteert tot en met 2017 bepaalde spelregels over hoe wordt omgegaan met eenzijdige indiening van budgetformulieren. Door de beschreven manier van indienen bij de NZa lijken deze spelregels niet meer te passen. Hoe past de NZa / het zorgkantoor deze spelregels aan?

Antwoord

De NZa stelt de definitieve beleidsregels voor 2018 op en geeft daarbij aan wat de spelregels zijn voor indiening van het 'omzetplafond en een eventuele eenzijdige indiening'. Op dit moment zijn deze regels niet bekend. Wanneer deze nieuwe beleidsregel gevolgen heeft voor de afspraak 2018 tussen u en het zorgkantoor informeren wij u daarover.

Klantwens

Vraag

44. Wat wilt u eigenlijk zeggen met de 2 alinea's onder het kopje 'beweging' ? U sluit af met de opmerking dat zorgaanbieders moeten inzetten op wat de klant wil. Is dat niet 'zorgen voor' ?

Antwoord

De strekking van deze alinea's is dat alle partijen die te maken hebben met de levering van de zorg "ervoor zorgen dat" de cliënt daadwerkelijk de zorg krijgt die hij/zij wenst. We passen de zorg aan, aan de wensen van de cliënt waarbij bijvoorbeeld niet de organisatie van de zorg leidend is. Dit heeft betrekking op bestuurders, verzorgende, de receptionist, de cateraar, de schoonmaker, mantelzorger etc. Dit is een bewustwordingsproces van iedereen in en om de zorg.

Kwaliteitskaders

Vragen

45. In de inkoopdialoog wordt het kwaliteitskader als uitgangspunt genomen. O.a. in de brief van de staatssecretaris van 31-05-2017 is aangegeven dat voor de uitvoering van het kwaliteitskader landelijk €2,1 miljard noodzakelijk is en 70.000 extra werknemers. Is het zinvol om een dialoog aan te gaan, zolang nog niet aan deze voorwaarden is voldaan?
46. Er wordt benoemd dat per 1-1-18 een kwaliteitskader extramurale verpleegzorg beschikbaar zal zijn. In het kwaliteitskader Verpleeghuizen 2017 wordt op pagina 7 benoemd dat het kader eigenlijk al deels vertaald moet of kan worden naar extramurale verpleegsituaties. Hoe rijmt dit met elkaar?
En, als er een nieuw kader voor de verpleegzorg thuis beschikbaar komt, welke en wanneer gaat dit consequenties hebben voor de inkoop 2018 en daarna?
47. U spreekt over een dialoog over de kwaliteitsrapportages in de 1e helft van 2018. Het kwaliteitskader geeft de ruimte voor publicatie van het kwaliteitsjaarverslag tot 1 juli. Een dialoog over de resultaten volgt dus pas in de 2e helft van een kalenderjaar. Hoe gaat u dit meenemen in de dialoog?
48. In het Kwaliteitskader staat dat het kwaliteitsrapport uiterlijk 1 juni 2018 moet zijn opgeleverd. Wij verzoeken uw zorgkantoor om aan te sluiten bij de landelijke datum van 1 juni 2018.

Antwoorden

Het zorgkantoor wil continu in dialoog blijven met de zorgaanbieders over de geleverde en te leveren kwaliteit, de implementatie van de kwaliteitskaders en de inhoud van de rapportages c.q. verbeteringen die daar nu en in de toekomst uit voortvloeien. In de komende (inkoop) gesprekken vragen wij naar de voortgang van de implementatie van de kwaliteitsrapportages en zijn daarmee geïnteresseerd in uw kwaliteitsplan en uw ervaringen tot nog toe. De dialoog gaat ook over welke ontwikkelingen en welke keuzes zorgaanbieders maken in het kader van kwaliteitsontwikkeling en is dus breder dan louter de (uitkomst van) kwaliteitsrapportages.

Nog geen landelijke duidelijkheid over eventuele extra financiële middelen is echter geen argument om de dialoog rond kwaliteit niet te voeren. Het kwaliteitskader is

immers iets waaraan elke zorgaanbieder na een ingroeitraject uiteindelijk moet voldoen.

Het tijdspad gepubliceerd in het kwaliteitskader extramurale verpleegzorg zoals verwacht in januari 2018 zal worden gevolgd. De kwaliteitskaders van de sectoren kennen verschillende tijdspaden. Daarnaast betekent een uiterste publicatiedatum dat een zorgaanbieder ook eerder een kwaliteitsrapportage kan opleveren. Wanneer dit aan de orde is, kunnen we samen besluiten niet te wachten met de dialoog tot na die uiterste datum.

Kwaliteitsrapportages

Vraag

49. Hoe wordt door u gemeten dat er een kwaliteitsverbetering plaatsvindt?
Welke SMART criteria worden daarbij gehanteerd door U?

Antwoord

Aan de hand van de kwaliteitsrapportages wordt in overleg met de aanbieder bekeken in hoeverre kwaliteitsverbetering heeft plaatsgevonden. Naast rapportages worden wij ook gevoed door reacties van cliënten(organisaties). In dialoog bekijken we welke doelstellingen/resultaten al dan niet behaald zijn. De bespreking van de kwaliteitsverbetering op basis van de kwaliteitsrapportages is een nieuwe vorm om op te volgen wat, hoe en in welke mate kwaliteitsverbetering voor de klant worden gerealiseerd.

Vraag

50. Hoe beoordeelt u wanneer én of kwaliteitsverbetering passend is bij de organisatie?
M.a.w.: wat is 'passend'?

Antwoord

De invulling van het begrip "passend bij de zorgaanbieder" komt tot stand in de dialoog over kwaliteitsverbetering gebaseerd op uw rapportage en de stand van zaken in uw organisatie. Zorgorganisaties verschillen van elkaar en bevinden zich ook in verschillende fases van ontwikkeling.

Mondzorg

Vraag

51. In het regio-gebonden deel van de overeenkomst staat dat de zorgaanbieder moet toezien op 'doelmatige uitvoering' door de professionele uitvoerder van mondzorgverlening art.3 (pag. 2). Hoe ziet Zorg en Zekerheid dat voor zich? Heeft het zorgkantoor hier informatie over?

Antwoord

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het kwalitatief en doelmatig verlenen van (mond)zorg. Wij verwachten van de zorgaanbieder dat deze erop toeziet dat alleen de geleverde zorg gedeclareerd wordt. De zorg moet hierbij aansluiten bij de individuele aanspraken van de cliënt. Tenslotte verwachten wij dat de zorgaanbieder in de reguliere verzorging van de cliënten aandacht besteed aan het gebit, opdat de verzorging van de tanden goed wordt bijgehouden. Om doelmatigheid te monitoren moeten de zorgdossiers op orde zijn.

Wanneer mondzorg extern wordt betrokken door de zorgaanbieder maakt deze afspraken over de kwalitatieve en doelmatige uitvoering mondzorg voor haar cliënten. Hieronder rekenen we ook de correcte declaratie van mondzorgtarieven Wlz bij zorgkantoor Zorg en Zekerheid.