

Verlag

Notulen van	Regiobijeenkomst Zorginkoopbeleid 2024 e.v.
Aanwezig	Zorgaanbieders sector GZ
Datum	Enschede 8 maart 2023 Wageningen 16 maart 2023 Groningen 20 maart 2023
Locatie	Menzis kantoren in Enschede, Wageningen en Groningen

1. Inleiding

Tijdens de regiobijeenkomsten voor de sector Gehandicaptenzorg zijn door Zorgkantoor Menzis (hierna: Menzis) de contouren van het voorgenomen inkoopbeleid 2024 toegelicht. Hiervoor verwijzen we u naar de presentatie die, evenals dit verslag, op onze website is gepubliceerd.

De regiobijeenkomsten hadden als doel om input vanuit zorgaanbieders op te halen. Op de presentatie en op dit verslag geldt als **disclaimer** dat de landelijke visie en de Menzis visie nog definitief moeten worden vastgesteld.

In dit verslag geven we een weergave van eventuele aanvullende informatie c.q. toelichting die tijdens de bijeenkomsten bij en op de slides is gegeven. Daarnaast zijn naar aanleiding van de slides vragen gesteld en is discussie gevoerd. Dit is in de toelichting bij de betreffende slide opgenomen.

2. Landelijke visie op de langdurige zorg 2024-2028

Vergrijzing en een toenemend personeelstekort zorgen voor uitdagingen die de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg onder druk zetten. In de sectoren V&V en GGZ W zien we (vooral) een grote toename van cliënten met een Wlz-indicatie. In de sector GZ ligt de uitdaging met name in de toenemende complexiteit van de zorgvraag. Vanuit de sector is/wordt al langer aandacht gevraagd voor de problematiek voor de VG 7 doelgroep qua beschikbaarheid personeel en passend tarief. Onlangs is vanuit ZN een brief gestuurd naar de vaste Kamercommissie in relatie tot deze problematiek.

Samen moeten we de komende jaren transformeren om duurzaam toegankelijke langdurige zorg te borgen. Een aantal akkoorden over de toekomst van de zorg sluit hierbij aan. Dit geldt ook voor het Bestuurlijk Akkoord tussen VGN en ZN. De kanslijnen in dit akkoord sluiten aan bij de vier bewegingen uit de landelijke inkoopvisie en komen terug in de voorgenomen inkoopmethodiek voor de GZ.

3. Van landelijke visie naar regionale visie en beleid

Menzis koopt langdurige zorg in bij zorgaanbieders voor de inwoners in de regio's Groningen, Twente en Arnhem. De landelijke visie is de basis voor ons regionale beleid. Dat betekent dat wij de onderdelen van de landelijke visie in onze visie en beleid regionale invulling geven. In de inkoopmethodiek zullen we per sector differentiëren.

In relatie tot het thema Bedrijfsvoering is Menzis in 2022 met een aantal V&V aanbieders een pilot gestart. In deze pilot hebben we spiegelinformatie opgehaald met als doel dat zorgaanbieders van elkaar kunnen leren. De uitkomsten en resultaten uit de genoemde pilot gaat Menzis nog verder analyseren en bekijken wat we kunnen delen. Dit jaar zal zeker hierover terugkoppeling volgen.

Voor de spiegelinformatie gebruikt Menzis gegevens waar ze zelf de beschikking over heeft. Aanvullende uitvraag van informatie door zorgaanbieders lijkt niet nodig c.q. is niet de insteek.

4. Regionale visie per sector

Klanten die een beroep doen op de gehandicaptenzorg hebben veelal levenslang zorg en ondersteuning nodig. Menzis vindt het belangrijk dat mensen met een beperking tijdig een waardevolle plek met passende zorg en ondersteuning krijgen. Een plek van waaruit zij een betekenisvol eigen leven kunnen leiden en een plek hebben in de samenleving. Daarbij spelen naast en mensen in het sociale netwerk een belangrijke rol. We sluiten ook voor de gehandicaptenzorg aan bij de landelijke inkoopvisie, die net al is genoemd. In deze landelijke visie is het Bestuurlijk akkoord gehandicaptenzorg als leidraad gehanteerd.

Op grond van deze landelijke visie hebben we een aantal beleidsspeerpunten geformuleerd. Deze hebben een link met het Bestuurlijk akkoord.

➤ **Kanslijn 1: Betekenisvolle daginvulling**

De ambitie is dat zo veel mogelijk klanten met een beperking een betekenisvolle dag hebben, flexibel naar vorm, inhoud en locatie. Waar mogelijk wordt dat in de context van de samenleving georganiseerd en waar passend worden wonen en daginvulling geïntegreerd.

➤ **Kanslijn 2: Arbeidsbesparende technologie**

Met als insteek dat – afhankelijk van de doelgroep c.q. cliënt – een gezonde mix wordt gerealiseerd in de inzet van fysieke en digitale zorg.

➤ **Kanslijn 3: Passend zorgniveau**

Complexe zorgvraag

Een duidelijke ontwikkeling, zowel landelijk als in de Menzis regio's, is dat de complexiteit van zorg toeneemt in de GZ. Steeds meer mensen met een GZ-indicatie hebben meerdere problemen op verschillende gebieden. Bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek, verslaving en forensische zorg.

Menzis ervaart dat het lastig is om voor klanten met een complexe zorgvraag tijdig passende zorg te organiseren. Een knelpunt is de doorstroom naar een passende verblijfsplek als de huidige verblijfsplaats niet meer passend blijkt en/of doorstroom vanuit een crisisbed.

Een goede borging van de zorg voor klanten met complexe zorgvraag heeft voor Menzis een hoge prioriteit om de zorgplicht te blijven garanderen.

Inzet VG arts

instellingen en in de thuissituatie. Ook huisartsen doen een groter beroep op consultatie en inzet van expertise van de VG arts. Dit zet extra druk op de schaarse capaciteit en de beschikbaarheid van VG artsen. Menzis wil goede regionale samenwerking over de inzet van de VG arts realiseren en borgen.

Samen de schaarste (moeten) delen zet de verantwoordelijkheid van kwalitatief goede zorg door de VG arts onder druk. De vraag of het Zorgkantoor hier ook een uitspraak over wil doen, nemen we mee.

De insteek van Menzis over dit speerpunt en de module (zie inkoopsystematiek) is om de schaarste – in samenwerking met de zorgaanbieders - zo efficiënt mogelijk in te zetten. Hierbij sluiten we (zoveel mogelijk) aan bij reeds bestaande samenwerkingsstructuren in de regio. Een goede regionale inbedding van de VG arts past ook in het voorstel voor Medische Generalistische zorg wat zorgkantoren gezamenlijk aan het ontwikkelen zijn als alternatief voor de overheveling van Wlz-behandeling naar de Zvw,

Meerzorg

Als gevolg van de stijgende complexiteit zien we afgelopen jaren een forse toename op de inzet van meerzorg, zowel in aantal klanten als in kosten. Hierbij constateren we ook steeds meer een structurele inzet van meerzorg, zonder echte afbouw of het indienen van een heraanvraag, omdat doelen niet gehaald werden. Dat vinden wij geen goede ontwikkeling. Dit zet de betaalbaarheid van de langdurige GZ-zorg onder druk. Menzis streeft naar een juiste inzet van meerzorg; we monitoren de inzet via spiegelinformatie en gaan daar onder andere in de meerzorgdialoog met zorgaanbieders het gesprek over aan.

➤ **Kanslijn 4 Zelfstandige plek in de samenleving**

We zien dat een beperkt aantal klanten met een GZ-indicatie kiest voor zorg in de vorm van vpt en mpt. Daarom vragen wij ons af of klanten zich bewust zijn van deze mogelijkheden en of er voldoende wordt ingespeeld op klantwensen.

Menzis wil de leveringsvormen vpt en mpt stimuleren voor klanten voor wie dit passend is. We willen ons daarbij richten op de doelgroep VG 3, VG 4 en LG 2, omdat we van mening zijn deze doelgroep met de juiste begeleiding en daarnaast inzet van de juiste technologie meer zelfstandig zouden kunnen wonen.

De verantwoordelijkheid om klanten bewust te maken van de mogelijkheden van vpt of mpt ligt niet alleen bij de zorgaanbieders, maar ook bij de zorgkantoren (afdeling Zorgadvies/zorginhoudelijk adviseurs). Binnen Menzis zullen we daar aandacht aan geven.

Door vpt geclusterd te organiseren kan de arbeidsinzet doelmatig worden georganiseerd. Hoe een zorgaanbieder gescheiden wonen en zorg vorm wil gaan geven voor de genoemde doelgroepen schrijven we niet voor. Verblijfs capaciteit kan worden omgezet naar vpt capaciteit; het kan ook elders georganiseerd worden, zodat vrijkomende verblijfs capaciteit kan worden ingezet voor doelgroepen met andere VG/LG indicaties.

Nieuwbouw voor verblijfszorg zal gericht moeten zijn op instroom van cliënten met een indicatie VG 5 c.q. LG 3 of hoger. We streven geen groei van verblijfszorg na voor indicaties VG3/VG 4 en LG2.

Vanuit een aantal zorgaanbieders wordt aangegeven dat het niet altijd mogelijk is om eigen betaalbare huisvesting (onder de sociale huurgrens) te realiseren. Dit betekent een grote(re) kostenpost voor de cliënt. Een verblijfsplek met een daaraan gekoppelde hoge eigen bijdrage aan het CAK is financieel voordeliger. Dit speelt mee in de keuze van een cliënt voor een leveringsvorm. Menzis herkent dit signaal en zal dit meenemen naar de landelijke overlegtafels.

De mogelijkheid van pgb blijft bestaan als wettelijke leveringsvorm. Bij het inzetten van pgb voor verblijfszorg gaat we cliënten attenderen op de mogelijkheid van zorg in natura. Deeltijdverblijf gaan we niet actief stimuleren.

➤ **Kanslijn 5 inzet eigen netwerk**

We denken hierbij aan de het ontwikkelen van nieuwe arrangementen waarbij vrijwilligers en/of het netwerk, in samenhang met professionals, onderdeel worden van het primaire proces van zorg en ondersteuning.

Er zijn geen kaders voor de inzet van vrijwilligers en/of informele zorg. We gaan ervan uit dat iedere zorgaanbieder daarin de juiste afwegingen kan maken, afhankelijk van de doelgroep en de beschikbare vrijwilligers. Een deel van de zorg c.q. bepaalde zorghandelingen zullen, ook wettelijk gezien, altijd door professionals gedaan moeten worden. Zaken als vervoer, helpen bij eten/drinken kunnen bijvoorbeeld door vrijwilligers worden gedaan.

Kwaliteitskompas

Het tot dit jaar geldende kwaliteitskader is doorontwikkeld tot een nieuw Kwaliteitskompas. Met betrekking tot dit Kwaliteitskompas zijn afspraken gemaakt over verantwoording (tussentijdse rapportage en kwaliteitsrapport). Hierover zullen we ook de komende contractperiode met zorgaanbieders de dialoog voeren. De verantwoording is vormvrij; voorwaarde vanuit ons is dat we de verschillende bouwstenen en de ontwikkeling daarin terug willen zien.

De afspraken rondom het Kwaliteitskompas zijn landelijk gemaakte afspraken. De kanslijnen en de inzet daarop kunnen een goede plek vinden onder de bouwstenen van het Kwaliteitskompas.

5. Inkoopmethodiek Menzis

Contractduur

We streven ernaar om te zijner tijd ook landelijk te besluiten om het inkoopbeleid voor 2027 c.q. 2028 al dan niet te verlengen. Indien Menzis contractcomponenten aan gaat passen, zullen zorgaanbieders hierover tijdig worden geïnformeerd.

Transitiemiddelen

We gaan ervan uit dat we zorgaanbieders tegen 1 juni over de procedure transitie middelen kunnen informeren.

Landelijk richttariefpercentage

Door de gezamenlijke zorgkantoren is een tariefmodel ontwikkeld en op basis van dat tariefmodel zijn per sector richttariefpercentages vastgesteld. Volgens het model zijn deze vastgestelde percentages voor 75% van de zorgaanbieders in de betreffende sector kostendeckend. Hiermee wordt een doelmatigheidsprikkel ingebouwd. De duurste aanbieder is niet bepalend voor de hoogte van dit percentage.

Het model is uitgegaan van jaarrekeningen en ruwe inkoopdata van de jaren 2019-2021. Het model zal de komende jaren onderhouden moeten worden; dit kan tot aanpassingen leiden. In onze meerjarenovereenkomst nemen we een clause op in verband met mogelijke aanpassing van het richttarief.

Bij de publicatie van de inkoopdocumenten zal een uitleg van het model worden gevoegd. Aan de hand daarvan kan het tariefpercentage voor de sector worden nagerekend. Het model is zowel juridisch als financieel technisch gevalideerd.

Basisvoorwaarden

Als voorbeeld wordt genoemd aansluiten bij de Green Deal 3.0. De insteek van Menzis is dat we voor 2024 geen financiële prikkel willen koppelen aan duurzaamheid. We verwachten dat zorgaanbieders de Green Deal 3.0 naleven. We zullen niet (dwingend) opleggen wat wel en wat niet. Kan mogelijk voor 2025 veranderen, maar voor nu is dit de insteek.

Opslag op basistarief via modules

We gaan ervan uit dat alle aanbieders in de sector bijdragen aan de bewegingen en doelen die we geschetst hebben in onze visie op de Gehandicaptenzorg en de genoemde kanslijnen. Er is een opslag op het basistarief mogelijk als een aanbieder een substantiële extra bijdrage kan leveren op een aantal kanslijnen en daarbij behorende doelen. Dit is vertaald in een aantal modules. Het inschrijven op een module is niet verplicht.

We kunnen nog niet aangeven wat de hoogte van de opslagen per module/ wat de totale opslag zal zijn. We zijn nog aan het rekenen hoe dit past in de contracteerruimte. Afhankelijk van de module kan er sprake zijn van een vaste opslag of een variabele opslag met een min – max, afhankelijk van het voorstel.

Alleen aanbieders die aan alle basisvoorwaarden voldoen en aanbieders met een nog nader te bepalen contractvolume/ te selecteren prestaties willen we in aanmerking laten komen voor een opslag. We willen namelijk een substantiële beweging in gang zetten en die extra honoreren.

Op de vraag of er een afbouwtraject mogelijk is als er sprake is van een (groot) verschil tussen het huidige gunningspercentage en de uitkomst volgens het inkoopbeleid 2024 kunnen we op dit moment nog niet in algemene zin beantwoorden.

Het basistarief en eventuele opslag is niet van toepassing op de NHC/NIC component. Deze blijven we vergoeden op basis van 100%.

Modules GZ➤ **Zie voor module 1 en 2 de slide in de Powerpoint presentatie**➤ **Module 3: Gegarandeerd aanbod voor complexe doelgroepen**

Een goede borging van de zorg voor klanten met complexe zorgvraag heeft voor Menzis een hoge prioriteit om de zorgplicht te blijven garanderen. Middels deze module willen we realiseren dat deze zorgplicht gegarandeerd wordt.

Zorgaanbieders met specifiek aanbod voor complexe VG doelgroep – dat voldoet aan een aantal voorwaarden - kunnen in aanmerking komen voor deze module.

Zoals:

- De zorgaanbieder biedt zorgaanbod voor de doelgroep complexe gedragsproblematiek in de Menzis regio's;
- Eigen behandeldienst met AVG-arts (Verblijf met Behandeling, AVG-arts is eindverantwoordelijk behandelaar);
- Beschermd setting op instellingsterrein;
- Accommodatie waar gedwongen zorg in kader van wet zorg en dwang geleverd kan worden en die als zodanig staat geregistreerd in het locatieregister WZD;
- LACCS en/of Triple C en/of vergelijkbaar geschoold personeel;
- Personeel getraind op agressieregulering/verslavingsproblematiek;
- Aantoonbare samenwerking met GGZ-instelling en verslavingszorg ten behoeve van het invliegen van expertise indien nodig.

Insteek daarbij is dat deze zorgaanbieders in ieder voor de doelgroep VG7 een passend tarief gaan ontvangen wat het max Nza tarief nadert.

Van de zorgaanbieders die in aanmerking komen voor deze module worden een aantal dingen verwacht:

- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat niemand verstoken blijft van zorg, onnodig verplaatst wordt of langdurig op een niet-passende plaats verblijft;
- De zorgaanbieder garandeert plaatsingsmogelijkheid van complexe casuïstiek. Dit betreft in ieder geval casuïstiek waarvan zorgkantoor bemiddeling en plaatsing noodzakelijk acht en/of casuïstiek die wordt ingebracht op de regionale casuïstiek tafel(s) Gehandicaptenzorg;
- De zorgaanbieders, aan wie de opslag van deze module wordt toegekend, vormen tezamen een 'pool' waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders die deze opslag ontvangen worden opgenomen.

Dit beleidsspeerpunt en deze module kan strikt genomen niet worden beschouwd als een aanpassing op het te lage tarief VG7. Menzis c.q. de gezamenlijke zorgkantoren zien dat het in een aantal situaties moeilijk is om VG7 cliënten binnen de mogelijkheden van het tarief de juiste zorg te bieden. We hopen dat het ministerie van VWS op korte termijn de NZa vraagt om een kostenonderzoek op basis waarvan het tarief voor VG7 adequaat kan worden bepaald.

De doelgroep VG7 doet een groot beroep op de inzet van meerzorg. Meerzorg is bedoeld om de zorg die boven het zorgprofiel uitstijgt te kunnen inzetten en vergoeden. Bij een wijziging van de inhoud en het daarbij behorende tarief van het profiel VG7 kunnen wij ons voorstellen dat er minder (snel) een beroep op meerzorg nodig is.

Voor de regio Groningen kijkt Menzis nog naar de samenhang met de intaketafel complexe casuïstiek vanuit de transitie-middelen.

➤ **Module 4**

Een zorgaanbieder die beschikt over een behandeldienst, en deze ook beschikbaar stelt voor klanten van andere organisaties en ter consultatie van (medewerkers van) andere zorgaanbieders en huisartsen in de regio, kan inschrijven op deze module.

In dialoog met de zorginkoper wordt vastgesteld of de zorgaanbieder voor deze module in aanmerking komt en de zorginkoper maakt afspraken over beschikbaarheid voor consultatie van andere organisaties, waarbij we streven – in samenwerking met de betreffende zorgaanbieders - naar een goede regionale spreiding van de beschikbaarheid van de VG-arts.

➤ **Module 5: Zorg dichtbij huis, ambulantly waar het kan**

We gaan ervan uit er geen nieuwe cliënten met de indicaties VG3, VG4 en LG2 instromen in Verblijf, maar dat een vpt of mpt wordt aangeboden. Er is niet gekozen voor honoreren van groei in mpt en/of vpt. Dit omdat bij inzet van mpt vaak meerdere zorgaanbieders zijn betrokken.

Deze module zal in het inkoopbeleid verder uitgewerkt worden in het onderdeel over de herschikkingsafspraken.

Criteria en procedure modules

Deze slide geldt voor de GZ voor module 1 en module 2.

De criteria en het toetsingskader worden nog verder uitgewerkt en zullen worden vermeld in het inkoopbeleid.

De aanbieder moet kunnen aantonen dat de inzet op een module een resultaat oplevert voor cliënten in de Menzis regio's.

6. Planning en procedure

De deadline voor het gesprek over contractering en voorwaarden kan wat later zijn dan de genoemde datum van 29 september.