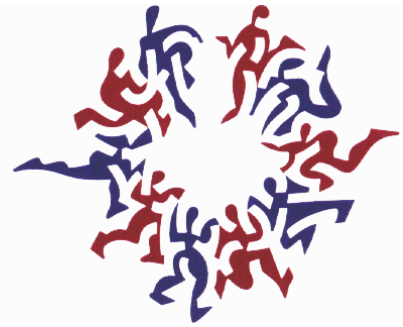


Zorgverzekeraars Nederland



NOTA VAN INLICHTINGEN 2018

30 juni 2017

Inhoudsopgave

Landelijk inkoopkader bestaande zorgaanbieders.....	4
Meerjarencontract	4
Zorgkaart Nederland / informatieplicht.....	5
Ontwikkelingen in de Wlz.....	6
Persoonsvolgende bekostiging / geld volgt klant.....	7
NHC/NIC	7
Beperkte omvang	7
Onderaanneming.....	8
Geschilleninstantie	9
Uitgangspunten contractering	10
Kwaliteitskaders	11
Tarief.....	13
Ontwikkelruimte.....	16
Volume	16
Analyses en controles.....	17
Beoordeling	17
Procedure	17
Crisis	18
Ondernemingsplan	19
Meerzorg	19
Leveringsvorm	19
Prestaties.....	20
Informatieplicht.....	20
Vastleggen afspraken	21
Dialoog.....	21
Uitnutting contracteerruimte.....	22
Overig	22
Maatregelen	23
Woonplaatsbeginsel.....	23
Landelijk inkoopkader nieuwe zorgaanbieders.....	24
Welke overeenkomsten sluiten wij met nieuwe zorgaanbieders?	24
Cliëntenraad	24
Financieel plan.....	24
Eigen bijdrage CAK.....	24

Governancecode	25
Procedure	25
Prestaties.....	26
VOG rechtspersoon	26
WTZI toelating	26
Beleidskader	28
Behandeling.....	28
Inzet gedragswetenschapper (V&V).....	30
Palliatieve zorg	31
Ontwikkelingen in de V&V.....	32
Specialistische ZZP's	33
Huishoudelijke hulp.....	34
Hulpmiddelen	34
Logeren.....	34
Dagbesteding.....	35
Ontwikkelingen in de GGZ.....	35
Trombose.....	35
Toeslag observatie.....	35
Overig	35
Mondzorg	36
Kwaliteitskaders	36
Prestaties.....	36
Uitgangspunten	37
Overeenkomst	38
Geschilleninstantie.....	38
DEEL I A.....	39
DEEL II	40
DEEL III	42
Bestuursverklaring.....	50
Bijlage 2 onderaanneming.....	50
VOG RP	50
Reikwijdte Kwaliteitskader verpleeghuiszorg?.....	50
Geschiktheidseisen.....	51
Bijlage 4	51
Overig	51
Declaratieprotocol.....	52

Landelijk inkoopkader bestaande zorgaanbieders

Meerjarencontract

Komen kleine zorgaanbieders hier ook voor in aanmerking ?

Het in aanmerking komen van een meerjarencontract is niet afhankelijk van de omvang van een zorgaanbieder. Met zorgaanbieders die slechts een beperkte omvang hebben in de Wlz, kunnen zorgkantoren het gesprek aan gaan over continuïteit van de Wlz zorg en de overeenkomst.

Zijn er ook redenen om geen meerjarige overeenkomst aan te gaan met een zorgaanbieder als deze wel aan de genoemde voorwaarden voldoet? en wat zijn deze redenen?

In algemene zin gaat het hierbij om redenen waarbij twijfel bestaat over de continuïteit en kwaliteit van zorg.

Bestaande (gecontracteerde) partijen krijgen in principe een overeenkomst voor 2018-2020. Ook als je naast MPT ook VPT en ZZP wilt aanbieden?

De inhoud van de zorglevering is niet bepalend voor de duur van de overeenkomst. Afspraken over nieuw zorgaanbod/andere leveringsvormen worden wanneer overeengekomen met het zorgkantoor onderdeel van de te sluiten overeenkomst 2018-2020.

Wat is de toegevoegde waarde van een meerjarenovereenkomst als er jaarlijks om een instemmingsverklaring wordt gevraagd?

De meerjarenovereenkomst geeft de zorgaanbieder zekerheid over een overeenkomst voor zover deze kan verklaren aan de gestelde voorwaarden te blijven voldoen.

Het tarief en volume worden ondanks een tweejarig contract toch jaarlijks opnieuw vastgesteld. Wat is in dat geval voor de zorgaanbieder het voordeel om een meerjarig contract af te sluiten?

Het sluiten van een meerjarig contract heeft meerdere voordelen. Zo worden de administratieve lasten teruggedrongen, maar vormt de overeenkomst ook een meer solide basis voor financieringsdoeleinden.

U gaat in principe uit van een meerjarenovereenkomst. Wij gaan er hiermee vanuit dat er geen nadere voorwaarden voor gelden. Is dit juist geconcludeerd?

Dit is in beginsel juist. Het kan zijn dat zorgkantoren regionaal aanvullend beleid hebben geformuleerd.

"Op pg. 15 staat dat alleen zorgaanbieders die voldoen aan alle geschiktheidseisen in aanmerking komen voor een (meerjarige) overeenkomst. Eén van de geschiktheidseisen luidt: ""Er is geen sprake van een bestuursrechtelijke van de IGZ of een tuchtrechtelijke of strafrechtelijke maatregel"".

Hoe dienen wij dit te lezen in relatie tot een bestaande IGZ aanwijzing en de wens van continuïteit?"

De aangehaalde geschiktheidseis is alleen van toepassing op nieuwe zorgaanbieders. Bestaande zorgaanbieders waar sprake is van een van de genoemde maatregelen worden uitgesloten van een meerjarige overeenkomst.

Zorgkaart Nederland / informatieplicht

Wij willen ons graag aanmelden bij Zorgkaart Nederland maar kunnen dat volgens hen niet aangezien wij geen behandeling bieden. Hoe kunnen wij als instelling toch op de kaart worden gezet ?

Deze voorwaarde is ons niet bekend. Wanneer Zorgkaart Nederland uw aanmelding om redenen niet accepteert, vragen wij u dit te kunnen aantonen en bent u afhankelijk van de reden niet gebonden aan de voorwaarden gesteld in onze overeenkomst op dit punt.

In hoe verre verwacht u van ons dat we klanten stimuleren om hun ervaringen kenbaar te maken. Is het wijzen op de zorgkaart voldoende of klanten ook actief benaderen om iets te schrijven op de zorgkaart?

Wij verwachten dat zorgaanbieders de klanten wijzen op deze mogelijkheid. Ervaringen van bestaande klanten, helpen nieuwe klanten bij hun keuze voor zorg. Klanten kunnen niet verplicht worden om ervaringen te delen.

Verplicht het zorgkantoor de zorgaanbieder mee te werken aan het vullen van de ervaringssite Zorgkaart Nederland, ook al is deze site niet optimaal in het gebruik voor de doelgroep binnen de gehandicaptenzorg?

Zorgkantoren vinden het van belang dat er keuze-informatie voor klanten beschikbaar komt. Voor de V&V is gekozen voor Zorgkaart Nederland. Voor de gehandicaptenzorg is in de kwaliteitsagenda ook de keus gemaakt voor Zorgkaart Nederland, vandaar dat we hierbij aansluiten. Dit staat echter nog niet zo ver als bij de ouderenzorg. De Patiëntenfederatie Nederland is, samen met Ieder(in), bezig om Zorgkaart Nederland beter passend te maken voor de gehandicaptenzorg.

De komende tijd zullen de vragen beter aansluitend gemaakt worden en zal Zorgkaart Nederland organisaties gaan adviseren over de mogelijkheden. Ook zullen in een pilot interviewteams worden opgeleid en uitgestuurd om ervaringen binnen zorginstellingen op te halen. Voor de gehandicaptenzorg en de GGZ is een voetnoot is opgenomen in de overeenkomst om met partijen nog nadere afspraken over het gebruik in de sectoren GZ en GGZ.

In het zorginkoopdocument wordt gevraagd dat zorgaanbieders hun gegevens op Zorgkaart Nederland actueel houden en tevens klanten stimuleren om hun ervaringen daarop kenbaar te maken. In de conceptovereenkomst staat alleen dat zorgaanbieders hun gegevens actueel moeten houden (stimuleren is hier weggelaten). Wat moet het zijn? Alleen actueel houden of ook stimuleren?

De overeenkomst stelt alleen het actueel houden van gegevens.

Begrijpen wij goed dat de inspanningen die u van zorgaanbieders verwacht betreft Zorgkaart Nederland ingaan op 1 januari 2018?

Wij gaan uit van 1 januari 2018 tenzij anders overeengekomen met de relevante veldpartijen.

De verplichte ontsluiting van de informatie van onze organisatie op Zorgkaart Nederland. Hierin zien we meerdere bezwaren. Het beschikbaar maken van onze informatie wordt hiermee een dubbele exercitie. En aan het zorgkantoor(systeem) aanleveren en aan zorgkaart Nederland. Dit los van onze eigen site waar de informatie ook te vinden is. Externe informatie bronnen vragen om beheer. Het is lastig om gegevens actueel te houden. Daarbij zegt deze informatie op zorgkaart weinig tot niks over het leveren van goede zorg. Het verloop in de VG is te klein om hier een gefundeerd beeld te krijgen. Gaat het alleen om de beschikbaarheid van informatie voor de (toekomstige) cliënt of wil het zorgkantoor hier een rangorde/ scoring aan verbinden?

Het gaat om de beschikbaarheid van informatie voor de toekomstige cliënt. Zorgkantoren gaan hier geen rangorde of score aan verbinden.

Ontwikkelingen in de Wlz

Welke zorgkantoren zijn betrokken bij de opdracht om de toekomstige arbeidsmarkt en opleidingsbeleid aan te laten sluiten bij de behoefte in de Wlz? Wordt hierbij ook gekeken naar de extramurale Wlz zorg?

De zorgkantoren VGZ, CZ, Menzis en Zilveren Kruis zijn gestart met dit project in samenwerking met OCW en VWS. Andere zorgkantoren ontplooiën eigen initiatieven op dit terrein. We kijken hierbij Wlz breed.

Wlz-behandeling is in opvatting van zorgkantoren een integraal deel van de Wlz-zorglevering, d.w.z. dat alle klanten daar recht op hebben (m.u.v. die met een lage zzp). Wat is de reden dat zorgkantoren van dit belangrijke algemene uitgangspunt afwijken door in een aantal gevallen geen behandeling te vergoeden?

Alle klanten binnen de Wlz hebben recht op behandeling. Dit betekent echter niet dat alle klanten ook daadwerkelijk behandeling nodig hebben. De zorgkantoren zijn van mening dat Wlz-behandeling toegankelijk moet zijn voor Wlz-klanten en hebben daarvoor in 2017 een beleidslijn geïntroduceerd zoals beschreven in het beleidskader. De zorgvraag van de cliënt dient het uitgangspunt te zijn voor de afweging of zorg met verblijf inclusief of exclusief behandeling wordt geboden. Zorgkantoren staan hier maatwerk voor. Opgemerkt moet worden dat in de NZa ZZP-V&V tarieven standaard al een bedrag is opgenomen voor 'behandeling op de achtergrond'.

Persoonsvolgende bekostiging / geld volgt klant

Hoe verhoudt persoonsvolgende bekostiging zich tot budget-/volumeplafonds?

Voor 2018 spreken zorgkantoren niet van budget- of volumeplafonds. Bij de herschikking zijn wij conform de NZa- beleidsregels verplicht om een definitieve financiële afspraak te maken voor het betreffende jaar.

Iedereen is uniek met eigen normen, waarden en voorkeuren (pg 11). Hoe verhoudt dit zich volgens u met het gestelde in 4.2.1. dat klanten hun zorgvraag niet overal kunnen verzilveren. In principe kunnen klanten hun eigen normen, waarden en voorkeuren hun zorgvraag verzilveren bij zorgaanbieders, voor zover deze zorgaanbieders aan de specifieke eisen voor zorglevering kunnen voldoen, capaciteit en deskundigheid beschikbaar hebben. Gespecialiseerde en complexe zorg wordt niet overal gecontracteerd omdat hiervoor specifieke deskundigheid nodig is en naar regionale beschikbaarheid wordt ingekocht.

Hoe verhoudt een vastgesteld omzetniveau zich tot persoonsvolgende bekostiging?

Dit verhoudt zich niet. Er kunnen veelal geen rechten ontleend worden aan het omzetniveau dat initieel wordt afgesproken, raadpleeg hiervoor het zorgkantoor specifieke inkoopkader.

NHC/NIC

Hoe worden de NHC en NIC voor 100% in het integraal tarief meegenomen? Kan dit worden verduidelijkt met een rekenvoorbeeld?

"Voorbeeld voor de opbouw van het tarief 2018 voor VV5 inclusief BH (Z053) op parameters 2017 = (tariefpercentage zorgkantoor% * €190,45) + (100% * €30,81) + (100% * €3,68) = € 219,22

NHC en NIC; jullie sluiten niet aan dat in de toekomst een lagere vergoeding wordt gehanteerd. Hoe vinden jullie dat zich dit verhoudt tot het aangaan van meerjarencontracten? Wat kan een meerjarencontract betekenen voor het risico dat de kosten van vastgoed worden gedekt?

Dit risico wordt door de meerjarenovereenkomst niet afgedekt.

Beperkte omvang

Kunt u beperkte omvang verder kwantificeren in geld, uren, enz.

Dit is zorgkantoor specifiek beleid.

Zorgkantoren geven aan dat ze in gesprek willen met zorgaanbieders met een beperkte omvang. Zij maken hierbij de koppeling met kwalitatief goede en doelmatige zorg. Wat betekent dit voor kleine aanbieders die kwalitatief goede en doelmatige zorg leveren en daarnaast een specifieke groep klanten bedient/aantrekt? Met als waarde: volgt ook hier de bekostiging (de bewuste keuze van) de cliënt?

De persoonsvolgendheid in de bekostiging is niet afhankelijk van de omvang van de zorgaanbieder.

Onderaanneming

Onze organisatie levert WLZ verblijf voor momenteel 2 plekken, waarvan 1 volledig pakket in onderaannemerschap met de zorgaanbieder waarmee wij een personele unie vormen (met toestemming van het zorgkantoor). Betekent bovenstaande bepaling dat voor 2018 deze constructie niet meer mogelijk is en dat onze onderaannemer zelf moet inschrijven?

Als wij uw situatie op basis van uw vraagstelling juist interpreteren dan klopt dit en moet uw onderaannemer een eigen overeenkomst met het zorgkantoor gaan sluiten. U kunt op basis van het inkoopkader met uw zorgkantoor in gesprek om afspraken te maken over een mogelijk ingroeitraject.

De definitie van onderaanneming zoals geformuleerd in het inkoopdocument wekt verwarring. Wordt het samenwerken met een andere zorgaanbieder voor nachtzorg, management of verpleging gezien als onderaanneming?

Conform de definitie in de overeenkomst is er sprake van onderaanneming als (een deel van) de Zorg doorgecontracteerd wordt aan een andere zorgverlener. Daarbij is niet relevant of het gaat om structurele, (vooraf) gemaakte afspraken of incidentele achterwachtafspraken. "

Is er bij incidentele inzet ook sprake van onderaanneming? Bijvoorbeeld bij vakantie.

Ja, dit is ook onderaanneming, maar incidentele inzet bij vakantie hoeft bij ons niet gemeld te worden.

Wat wordt exact bedoeld met onderaanneming? Wij laten De Zonnebloem tijdens vakantie van cliënt soms de zorg tijdelijk overnemen. Valt dit onder onderaanneming?

Ja, dit is ook onderaanneming, maar incidentele inzet bij vakantie hoeft bij ons niet gemeld te worden.

In de passage over onderaannemers wordt aangegeven dat de zorglevering door onderaannemers aan alle eisen moet voldoen die in de procedure ook aan hoofdaannemers worden gesteld. In de voorafgaande jaren was aangegeven dat de onderaannemers moesten beschikken over een WTZI verklaring. Sommige onderaannemers hebben juist hun waarde omdat ze andere mogelijkheden toevoegen aan de zorg voor de cliënt, maar beschikken niet over een WTZI verklaring maar wel andere kwaliteitscertificaten en/of keurmerken. Kunnen deze, na overleg met het zorgkantoor, toegelaten blijven als onderaannemers?

Nee, een onderaannemer moet in het bezit zijn van een Wtzi toelating. Dit geldt niet als een onderaannemer uitsluitend schoonmaak in het kader van mpt of dagbesteding levert, of een zzp'er is.

In paragraaf 3.1 wordt de richtlijn gegeven dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg voor 2018 zelf te leveren. Wij interpreteren dit als 2/3 van de totale omvang van de gecontracteerde zorg en niet per product specifiek. is dit een juiste aanname van ons ?

Dit is juist, het gaat om de 2/3 van de gecontracteerde zorg bij het betreffende zorgkantoor.

Onderaannemerschap moet vooraf bij het Zorgkantoor gemeld worden. Wij hebben dat eenmaal gedaan, maar was bij het Zorgkantoor onbekend dat dit in hun procedure stond. In het kader van de administratieve lastenvermindering, kunnen we dit niet afschaffen?

Nee, dit schaffen wij niet af. In het kader van kwaliteit willen wij zicht houden in welke omvang en met welke zorgaanbieders afspraken voor onderaannemerschap worden gemaakt.

Hoe definieer je onderaannemerschap (zijn huishoudelijke hulp aanbieders zonder AGB code onderaannemer)?

De term onderaannemer is gedefinieerd in de Overeenkomst 2018(-2020), Deel III onder Begrippen nr. 14: Er is sprake van Onderaanneming indien een Zorgaanbieder (de hoofdaannemer) (een deel van) de daadwerkelijke Zorg aan een andere zorgorganisatie, zorgverlener of zzp'er (de onderaannemer) doorcontracteert die namens de hoofdaannemer de Zorg verleent. Er is geen sprake van Onderaanneming in geval van 'volle dochters' en in geval leden van een zorgcoöperatie Zorg verlenen in naam van die coöperatie. Een zorgcoöperatie is een samenwerkingsverband van beroepsbeoefenaren, die als instelling wordt beschouwd in het kader van de Wtzi. In het ZN beleidskader is onderaannemerschap in relatie tot huishoudelijke hulp uitgewerkt.

Geschilleninstantie

Wij maken bezwaar dat de Geschilleninstantie Zorgcontractering ontbreekt in het regionale inkoopbeleid¹. ActiZ, GGZ Nederland en de VGN hebben (tezamen met andere branche- en beroepsorganisaties) met Zorgverzekeraars Nederland afspraken gemaakt over de Geschilleninstantie Zorgcontractering (Convenant ter instelling van een onafhankelijke geschilleninstantie voor geschillenoplossing en -beslechting zorgcontractering d.d. 2 juni 2016). Wij vinden het belangrijk dat ook bij precontractuele geschillen in de Wlz-contractering een beroep te kunnen doen op een laagdrempelige en toegankelijke geschilleninstantie. Wij maken bezwaar tegen het ontbreken ervan in het contracteerkader en vragen u de afspraken met u gemaakt in ZN-verband na te leven. Bent u daar toe bereid?

In het Convenant Onafhankelijke geschilleninstantie zorgcontractering is een regeling getroffen voor de beslechting van contractuele en precontractuele geschillen in het kader van zorgcontractering. Die regeling is met ingang van 1 april 2017 ook van toepassing voor de uitvoering van de Wlz.

De inkoopprocedure brengt mee dat binnen korte tijd een groot aantal inschrijvingen beoordeeld dient te worden. Voor zowel verzekeren als zorgaanbieders staan er grote belangen op het spel. De afweging van die belangen dient zorgvuldig te gebeuren en als onverhoopt een conflict ontstaat tussen een zorgaanbieder en een zorgkantoor, dan dient er op korte termijn een rechterlijke beslissing te zijn waarmee partijen uit de voeten kunnen. Zo'n uitspraak kan alleen in kort geding worden gegeven. Vanwege het potentiële belang dat een beslissing ook voor andere zorgaanbieders heeft of kan hebben (bijvoorbeeld indien zou worden opgekomen tegen het inkoopkader zelf) dient de uitspraak rechterlijk gezag te hebben. Daarmee zeggen wij dat mediation en bindend advies ongeschikt zijn om te worden ingezet als een middel voor geschillenbeslechting in kort geding in de precontractuele fase van een zorginkoopprocedure. Daar komt bij dat als een geschil langs een van deze beide wegen opgelost zou moeten worden, altijd de weg naar de gewone kort geding rechter openstaat indien er sprake is van een spoedeisend belang: in het regionale inkoopdocument is die weg dan ook voorgeschreven.

Wij erkennen dat het mogelijk is om in een arbitrageprocedure een kort geding op te nemen. Wij menen evenwel dat er juridische redenen zijn waarom die mogelijkheid niet geboden is in het

inkoopkader voor de Wlz. Wil een arbitrale beslissing het gezag hebben van een rechterlijke uitspraak, dan dienen de partijen die een geschil hebben, uitdrukkelijk voor arbitrage gekozen hebben. Ontbreekt die duidelijke wilsuiting, dan is een arbiter niet bevoegd en kan de beslissing vernietigd worden. In rechtspraak en literatuur over het arbitraal kort geding wordt om die reden onderscheid gemaakt tussen een kort geding als een arbitrageprocedure aanhangig is een zelfstandig kort geding. Wij hebben vastgesteld dat het NAI reglement dit onderscheid ook maakt in artikel 35, eerste en tweede lid.

Voor geschillen in het kader van een inkoopprocedure is de reguliere procedure dat in kort geding tegen een onwelgevallige beslissing wordt opgekomen. Dat betekent dat een teleurgestelde partij niet gedwongen is een bodemprocedure aanhangig te maken om vervolgens in dat kader een voorlopige voorziening te vragen. Wij hebben ervoor gekozen niet van een zorgaanbieder te verlangen dat hij een bodemprocedure aanspant omdat het leidt tot een verzwaring van lasten. Wij vinden dat bovendien niet te verenigen met de belangen van de andere bij de inkoopprocedure betrokken partijen.

Blijft dus de mogelijkheid van een zelfstandig kort geding over: ofschoon wij erkennen dat die mogelijkheid in theorie bestaat, hebben wij ook vastgesteld dat noch het Convenant noch het model voor de arbitrageovereenkomst een zelfstandig kort geding mogelijk maken. Nu dit niet uitdrukkelijk is bepaald, ontbreekt in het model voor de overeenkomst de wettelijk vereiste grondslag om te voorkomen dat een arbitrale beslissing aan vernietiging blootstaat. Wij willen dat risico niet nemen om reden van de belangen die op het spel staan.

Met uitzondering van de Friesland zullen zorgkantoren dus in de precontractuele fase van de inkoopprocedure 2018 niet de mogelijkheid openen geschillen voor te leggen aan de geschilleninstantie.

Uitgangspunten contractering

Welk tijdpad hanteert het zorgkantoor voor de implementatie van de kwaliteitskaders GHZ en VV? Wanneer en welke rapporten verwacht u van de zorgaanbieder? Zijn de kwaliteitskaders ook van toepassing voor MPT en VPT?

Zorgkantoren volgen in deze de afspraken, deadlines en reikwijdte zoals deze door het Zorginstituut voor de Kwaliteitskaders zijn vastgesteld.

Wanneer verwacht u dat de resultaten van het Experiment met regel-arme uitvoering beschikbaar zullen zijn? En wanneer kunnen ook andere zorgaanbieders voortaan de zorg regelen volgens dit experiment?

Zorgkantoren willen graag leren van positieve ervaringen van de verschillende Experimenten die momenteel lopen in de Wlz. Wanneer de inhoud en resultaten bekend zijn nemen we deze mee in de verdere doorontwikkeling van het landelijke inkoopkader.

"Op het moment dat je als zorgaanbieder GGZ-cliënten gaat bedienen, aan welke kwaliteitseisen/richtlijnen moet dan voldaan worden: VV en/of GGZ?

De zorgaanbieder is gehouden aan de kwaliteitseisen van de sector waarvoor hij inschrijft. Zorglevering aan klanten uit een andere sector dient ook te voldoen aan de kwaliteitseisen van die sector.

Beschreven voor V&V. Arbeidsmarkt problematiek is ook aanwezig in de gehandicaptenzorg. Wordt ook voor andere sectoren beleid ontwikkeld? Kunnen we dat samen met de zorgkantoren regionaal Ontwikkelen?

Zorgkantoren herkennen dit punt ook voor de gehandicaptenzorg, maar hier zijn landelijk nog geen afspraken over gemaakt. Wanneer zorgaanbieders regionaal iets zouden willen ontwikkelen, treden zij hierover in overleg met het zorgkantoor.

Is het mogelijk om GGZ cliënten na 3 jaar GGZ met behandeling en verblijf (op basis van de ZVW) in te laten instromen in de V&V sector van de WLZ (Gerontopsychiatrie) op een afdeling voorzien van capaciteit met behandeling?

Nee, dit kan alleen wanneer er door het CIZ een indicatie wordt afgegeven voor de Wlz (grondslag VV). Als V&V-problematiek op de voorgrond staat kan de klant bij het CIZ een Wlz-indicatie voor V&V aanvragen. Daarvoor gelden dezelfde criteria als voor iedere andere klant met een V&V-indicatie.

Aangegeven wordt dat met de GGZ instellingen de dialoog gevoerd wordt over hoe zorgorganisaties werken aan persoonlijk, functioneel en maatschappelijk herstel van cliënten. De beoordeling of organisaties dit in voldoende mate doen kan verschillen. Kan worden aangegeven of er toetsingskader beschikbaar is waarmee uniform beoordeeld wordt of de zorgorganisatie aan het kwaliteitskader voldoet?

Hiermee wordt bedoeld dat we het gesprek aangaan zonder beoordelingskader.

In navolging van de passage over het handelen op basis van vertrouwen: Is het Zorgkantoor voornemens om haar wijze van materiële controle aan te passen? Dan wel transparant te maken op welke indicatoren zij controleren en beoordelen?

Dit valt onder het zorgkantoorspecifieke beleid.

Kwaliteitskaders

Wij zijn een thuiszorginstelling (alleen extramuraal). In het landelijk inkoopkader staat dat u het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg als uitgangspunt neemt. In hoeverre is dit kwaliteitskader Verpleeghuis volgens u van toepassing op een extramurale zorginstelling? Het Kwaliteitskader voor de Verpleeghuis is nog niet van toepassing op de extramurale zorglevering. Er wordt gewerkt aan een Kwaliteitskader wat passend is voor extramurale zorg.

Kwaliteitskader V&V: hoe zien zorgkantoren de reikwijdte van het kwaliteitskader? Voor zorgaanbieders is het belangrijk om hierover vooraf helderheid hebben.

Wij volgen hier de reikwijdte zoals deze door het Zorginstituut is voor het kwaliteitskader bepaald .

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.

Wij sluiten aan bij hetgeen in de kwaliteitskaders is vermeld en de landelijke afspraken hierover tussen het Zorginstituut en de branches.

In paragraaf 3.7 geeft u aan samenwerkingsafspraken te zoeken met IGZ. Hoe verhoudt deze samenwerking zich tot bestaande kwaliteitssystemen bijvoorbeeld, in ons geval de certificering Prezo?

Ook in het geval waar zorgaanbieders niet gehouden zijn aan het kwaliteitskader, en daarom ander kwaliteitssysteem toepassen, kunnen zorgkantoren vanuit hun verantwoordelijkheid de samenwerking met de IGZ opzoeken. Dit wanneer signalen bij zorgaanbieders hier aanleiding toe geven. Zie hiertoe ook de inhoud van de overeenkomst Wlz 2018-2020.

"In hoeverre moet een extramurale thuiszorginstelling voldoen aan het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (V&VN) zolang er geen specifiek kwaliteitskader is voor extramurale zorginstellingen? Wat betekent de afwezigheid van een dergelijk kader voor de data van het kwaliteitsplan 2018 en de kwaliteitsrapportage 2017 die genoemd zijn op blz. 8?"

Het Kwaliteitskader voor de Verpleeghuis is nog niet van toepassing op de extramurale zorglevering. Er wordt gewerkt aan een Kwaliteitskader wat passend is voor extramurale zorg.

Hoe wordt een HKZ certificaat VG nieuwe normen gezien in het kader van sector eigen kaders. Heeft dit certificaat nog een toegevoegde waarde vanuit het zorgkantoor bekeken. Door het opnemen van het kwaliteitskader als landelijk erkend kwaliteitssysteem door het zorginstituut, hebben de zorgkantoren de eisen in de bestuursverklaring aangepast. Zorgaanbieders die meedoen aan het sectorspecifieke kwaliteitskader zijn niet meer gehouden aan het hanteren van een ander kwaliteitssysteem.

"Het werken aan kwaliteitsverbetering op basis van het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg maakt per 2018 integraal onderdeel uit van het gestelde tarief. De zorgaanbieder wordt verplicht om de normen uit dit kader te volgen.

Hoe gaat het zorgkantoor de implementatie van en het werken met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg verwerken in het tarief?"

Het werken aan kwaliteitsverbetering, op basis van de kwaliteitskaders of een ander kwaliteitssysteem maakt per 2018 integraal onderdeel uit van het gestelde tarief 2018.

Hoe gaat het zorgkantoor zorgaanbieders spiegelen die nog niet gehouden zijn aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg?

Zorgaanbieders die nog niet gehouden zijn aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zijn gehouden aan een ander kwaliteitssysteem. Het spiegelen van zorgaanbieders doen we themagewijs met alle zorgaanbieders.

Tarief

Wij tekenen bezwaar aan tegen de voorgestelde tariefstructuur en de hoogte van het tarief. Het nieuwe kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is leidend in deze contractering. Om daartoe daadwerkelijk tot in staat gesteld te kunnen worden is er landelijk en dus ook voor ons een extra investering nodig. Door te blijven korten op het maximum NZA tarief gaat er een verkeerd signaal uit naar de zorgaanbieder. Meer vragen en het maximum tarief niet betalen is niet reëel. Wilt u het prijsniveau aanpassen tot een hoger percentage van het maximale NZA tarief.

Zorgkantoren nemen een aanpassing op het gestelde tarief in overweging wanneer er landelijk duidelijkheid is of en hoe extra middelen voor het voldoen aan het kwaliteitskader ter beschikking worden gesteld. Het bepalen van het tarief is onderdeel van het regionale beleid.

Het omzetsniveau, i.p.v. PXQ, is leidend voor de afspraak met de NZa. Vervolgens zal het zorgkantoor het tarief en de prestaties voor 2018 afzonderlijk van het budgetformulier terugkoppelen aan de zorgaanbieder. Onze vraag is: op welke wijze denkt het zorgkantoor hier wanneer vorm aan te geven? Betreft het dan toch een PxQ afspraak van het zorgkantoor, naast het omzetsniveau van het NZa?

Dat is juist, de wijze waarop dit vorm krijgt is zorgkantoor-specifieke beleid.

Voor het uitvoeren van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is zoals erkend landelijk circa 2,1 mrd en een reëel vast tarief nodig. Hoe zien wij dat terug in uw zorginkoop c.q. in uw tarieven en kwaliteitseisen c.q. de wijze waarop u daarmee omgaat?

Zorgkantoren stellen als voorwaarden voor contractering dat zorgaanbieders deelnemen aan het sector-specifieke kwaliteitskader. Wij hebben geen aanpassing gedaan op de gestelde tarieven, aangezien er, (nog) geen aanpassing van de contracteerruimte heeft plaatsgevonden voor 2018.

Waarom is er niet gekozen voor 1 landelijk tarief en wordt er nu per zorgkantoor/regio een verschillende tarief gebruikt?

Het landelijk uniformeren van het tariefpercentage zou met een gelijk financieel kader regionaal een negatieve bijstelling van het tarief als gevolg kunnen hebben. Zorgkantoren hebben dit landelijk niet acceptabel gevonden en als gevolg daarvan besloten regionaal verantwoordelijkheid te nemen en eigen beleid te blijven voeren op de hoogte van het tarief.

Uit welke "pot" moet het geld komen dat extra gereserveerd wordt om betere invulling te geven aan zorgplicht en het stimuleren van de ontwikkelingen in de zorg (pg 3)

Wij hebben VWS gevraagd hier middelen voor beschikbaar te stellen.

Op welke manier wordt doelmatigheid beoordeeld, binnen de verschillende leveringsvormen van de WLZ?

Dit is tweeledig: de mate waarin de leveringsvorm tegemoet komt aan de wens van de klant en de kosten die daarmee gepaard gaan.

Waarom blijft het onderscheid van de componenten in het tarief bestaan nu de NHC en NIC onderdeel zijn van het tarief? Bij de invoering is er ingestoken op één integraal tarief.

Dit doen de zorgkantoren om het uitgangspunt dat we in 2018 nog niet onderhandelen over de NHC en NIC daadwerkelijk uitwerking te geven. Een tariefpercentage over het integrale tarief van de NZa, zou per saldo een korting op de NHC en NIC betekenen.

“We sluiten niet uit in de toekomst wel over te gaan tot een lagere vergoeding voor NHC/NIC”
Wat zijn dan overwegingen en redenen om in de toekomst tot een lagere vergoeding voor NHC/NIC over te gaan?

Reden om te kiezen voor een lagere NHC/NIC vergoeding in de toekomst zouden onder andere kunnen liggen in feitelijk lagere kosten voor de NHC/NIC, kwaliteitsverschillen in huisvesting etc.

In de 1e alinea staat: Het kostprijsonderzoek van de NZa gaat voor de contractering 2019 mogelijk impact hebben op de tariefstelling. Op het tariefpercentage voor de komende jaren leggen de Zorgkantoren zich daarom nog niet vast. Kunt u voorbeelden aangeven waarom u met uw tariefstelling af s=zijn kunnen wijken van de kostprijs?

Dit kunnen we nog niet aangeven omdat de uitkomsten van het kostprijsonderzoek nog niet bekend zijn.

In paragraaf 4.1.1. schrijft u dat u de tariefpercentages handhaaft, omdat er nog geen extra middelen door VWS zijn toegezegd. Bent u voornemens het tariefpercentage voor zorgprestaties te verhogen als VWS meer financiële middelen voor 2018 beschikbaar stelt met het oog op kwaliteitsverbetering in relatie tot het kwaliteitskader verpleeghuizen?

Wanneer er duidelijkheid komt over eventuele extra financiële middelen kunnen wij pas bepalen wat de consequenties zijn voor het gestelde tariefpercentage. Wanneer hier meer duidelijkheid over is publiceren wij hier aanvullend over.

Hoe wordt het tarief bepaald in verhouding met het kwaliteitssysteem. Wat zijn de indicatoren voor het bepalen van het tarief

Er zijn geen indicatoren meer voor het bepalen van het tarief.

Er wordt aangegeven dat de kwaliteitsrapporten, kwaliteitsplannen uit de kwaliteitskaders, kwaliteitssystemen en sectorspecifieke richtlijnen een sterke leercyclus in zich hebben en dat u het daarom niet als noodzakelijk ziet deze cyclus met een tariefsopslag kracht bij te zetten. Aangezien deze sterke leercyclus ook niet op een andere wijze vergoed wordt maken wij bezwaar tegen deze gevolgtrekking uwerzijds. Kunt u bevestigen dat u voornemens bent deze inspanningen via een hoger tarief te vergoeden?

De tariefsopslag die eerder gekoppeld is aan de ontwikkelafspraken is onderdeel geworden van het gestelde tarief 2018

Wij tekenen bezwaar aan tegen het voorgestelde tarief. Het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2017 is leidend bij de Wlz-contractering. Als zorgorganisaties bij wet (Wkkgz) en contract (overeenkomst met het zorgkantoor) verplicht worden om de normen uit dit kader te volgen, dan moeten zij daartoe ook daadwerkelijk in staat gesteld worden. Dat vergt een minimale extra investering van € 2,1 miljard. De nieuwe normen vereisen derhalve hogere tarieven.

Het werken aan kwaliteitsverbetering, op basis van de kwaliteitskaders of een ander kwaliteitssysteem maakt per 2018 integraal onderdeel uit van het gestelde tarief 2018.

Op welke manier kunnen wij nog voor een tarief opslag in aanmerking komen zodat we het maximale NZA tarief krijgen dat we nodig hebben om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren?

Het bepalen van het tarief is zorgkantoor specifiek beleid.

"Wij constateren dat de zorgkantoren het nieuwe kader miskennen door te blijven korten op de NZa-maximumtarieven. Meer vragen en minder betalen is niet reëel. Daarom maken wij bezwaar tegen deze prijskorting en vragen om de inzet van een tarief dat de kosten van dit kader dekt. Een prijsniveau van 100% van het huidige NZa-tarief vinden wij voor nu een werkbare uitgangspositie voor het komende contracteerjaar, in afwachting van de bestemming van de toegezegde extra middelen. Wilt u het prijsniveau aanpassen tot 100 % procent van het huidige NZa-tarief? Zodra de extra middelen beschikbaar zijn verwachten wij dat deze deel gaan uitmaken van het inkoopkader en de te sluiten overeenkomsten. Kunt u dit bevestigen?"

Het zorgkantoor is gebonden aan het landelijk vastgesteld beleid dat de toegekende regionale contracteeruimte, de maximaal beschikbare ruimte is voor uitvoering van de Wlz. Het basistarief ten opzichte van het maximum NZa tarief kan per zorgkantoor verschillen. Het percentage voor het basistarief kan niet los gezien worden van de andere inkoopinstrumenten en de historische situatie zoals beschreven in de regionale inkoopdocumenten. Zodra er duidelijkheid komt over extra middelen, zullen we u informeren over de eventuele consequenties op de gestelde tariefpercentages.

Nieuwe kwaliteitskader is uitgangspunt voor contractering, en er wordt aangegeven dat de complexiteit van de Wlz zorg toeneemt. Waarom wordt op deze plaats hieruit niet een conclusie getrokken als het gaat om het aanpassen van de tarieven van ZZP's in lijn daarmee? Waar elders in de inkoopbeleidsstukken wordt deze consequentie wel getrokken?

Het zorgkantoor is niet verantwoordelijk voor het vaststellen van de tarieven van ZZP's. Dat is de verantwoordelijkheid van de NZa.

Het blijft mogelijk dat zorgkantoren met zorgaanbieders een lager tariefpercentage vaststellen op basis van doelmatigheid. Welke criteria gelden hiervoor en hoe en wanneer wordt dit afgesproken?

Dit is regionaal beleid van het zorgkantoor, waarover meer informatie is te vinden in het zorgkantoor specifieke inkoopdocument.

Ontwikkeldruimte

Wat is het proces (voorwaarden en tijdsplan) om in aanmerking te komen voor de ontwikkelruimte?

Deze procedure wordt regionaal bepaald wanneer er daadwerkelijk ontwikkelruimte beschikbaar komt voor 2018.

Hoe kunnen innovatieve ontwikkelingen, die niet passen binnen de huidige NZA beleidskaders en ook niet passen binnen de ontwikkelafspraken, toch (financieel) weggezet worden gedurende de looptijd van deze ontwikkeling om flexibilisering van de zorg te bewerkstelligen?

Mogelijk zijn hiervoor mogelijkheden binnen de regionale ontwikkelruimte wanneer hiervoor in 2018 middelen beschikbaar worden gesteld. Dit is echter nog niet bekend.

Wanneer verwacht u uitsluitsels te kunnen geven over of de extra middelen voor ontwikkelruimte worden toegekend?

Wij weten niet wanneer wij hier definitief uitsluitsel over kunnen verwachten. Hierover vindt nog steeds overleg plaats met VWS en de NZa. Zodra wij hierover iets meer weten, zullen wij de zorgaanbieders informeren.

Hoe worden zorgaanbieders geïnformeerd over de goede resultaten die zijn behaald met de ontwikkelruimte?

Dit is regionaal beleid. Zorgkantoren maken zelf keuzes hoe ze deze terugkoppeling geven.

Volume

U schrijft : Zorgkantoren willen kwalitatief goede en doelmatige zorg inkopen. Wij denken dat het voor zorgaanbieders met een beperkte omvang van productie in de Wlz lastig kan zijn om te kunnen (blijven) voldoen aan alle voorwaarden van de Wlz, continuïteit te kunnen garanderen of op te hoogte te zijn van actuele wet- en regelgeving. Met zorgaanbieders die slechts een beperkte omvang hebben in de Wlz (incl. PGB) kunnen wij daarom voor 1 oktober 2017 het gesprek aangaan hoe zij kwaliteit en continuïteit van Wlz-zorg borgen binnen hun organisatie. Of het zorgkantoor het gesprek hierover aangaat, is naar inschatting van het betreffende zorgkantoor op basis van de situatie van de individuele zorgaanbieder. Is onze conclusie juist dat het hierbij gaat om de totale productie voor alle zorgkantoren gezamenlijk en niet voor een individueel zorgkantoor? Dit ook in relatie tot het woonplaatsbeginsel.

Dit is regio-specifiek beleid.

Wat betekent precies afspraken op omzetniveau? Hoe bepaalt het zorgkantoor het tarief per zorgaanbieder? Zit hier verschil tussen (relateert aan punten 2 en 3)?

Het tariefpercentage evenals de bepaling van het omzetniveau zijn regionaal beleid van het zorgkantoor.

Volgens het landelijk inkoopkader komt het volume pas in 2018 tot stand. Hoe gaat u hiermee om? Is er bij u sprake van geld-volgt-cliënt (persoonsvolgende bekostiging)?

De uitwerking van de persoonsvolgendheid is regionaal beleid. Dit kunt u lezen in het zorgkantoor specifieke inkoopkader.

Analyses en controles

Boven aan de paragraaf staat: De dialoog, analyses en controles geven informatie over het handelen van zorgaanbieders. Wat voor hier precies bedoeld met Analyses en controles? Hier wordt bedoeld op de eigen analyses en controles die door het zorgkantoor gedaan worden en bruikbare informatie opleveren voor zorgaanbieders.

Beoordeling

Aanpassingen aan de procedure kunnen divers zijn. Zorgkantoren kunnen zonder enige schadevergoedingsplicht aanpassingen doen. Hoe kunnen zorgaanbieders anticiperen op onverwachte wijzigingen in de inkoopprocedure? Worden we goed op de hoogte gehouden van dergelijke acties van het zorgkantoor?

Het is niet onze intentie om aanpassingen te doen op de procedure. Wanneer zorgkantoren hier toch toe genoodzaakt zijn worden zorgaanbieders hierover geïnformeerd. Afhankelijk van de inhoud en impact worden de brancheorganisaties vooraf geraadpleegd.

Procedure

3.10 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 nieuwe manier van indienen bij de NZa lijken deze spelregels niet meer te passen. Hoe past de NZa deze spelregels aan?

Wij zijn nog in afwachting van de definitieve beleidsregels voor 2018, maar verwachten inderdaad een aanpassing op dit punt.

Op welke pagina kan ik de procedure extramurale behandeling vinden in het Voorschrift Zorgtoewijzing op uw website?

Zie paragraaf 4.8 van het Voorschrift Zorgtoewijzing 2017 hoe behandeling thuis kan worden ingezet.

Wat wordt bedoeld met de term 'zorgkantoor' ? In paragraaf 1.3 wordt gesproken over 'andere zorgkantoren' als zijnde de andere zorgverzekeraars, zoals ook in de tabel op blz. 35. Op blz. 22 in de 2e alinea wordt echter gesproken over 'betreffende zorgkantoor' in de zin van een andere zorgkantoorregio.

Volgens de definitie van zorgkantoor, onder Begrippen, nr. 15, Overeenkomst 2018(-2020) wordt onder zorgkantoor verstaan: *een ingevolge artikel 4.2.4, tweede lid van de Wlz, voor een bepaalde regio aangewezen Wlz-uitvoerder*. In het inkoopkader spreken we over 8 Wlz-uitvoerders die gezamenlijk voor 32 regio's zorg inkopen. In bijlage 1 van de overeenkomst leest u per regio welke Wlz-uitvoerder de zorg inkoopt.

Begrijpen wij goed dat het visitatierapport pas toegestuurd hoeft te worden wanneer onze zorginkoper daar om vraagt?

Van zorgaanbieders die wettelijk gezien nog niet hoeven te werken met het landelijke kwaliteitskader en werken met een ander kwaliteitssysteem, kunnen zorginkopers het visitatierapport van dat kwaliteitssysteem opvragen.

De inschrijving wordt niet gehonoreerd als uit de offerte blijkt dat de aanbieder niet akkoord met alle in het inkoopkader gestelde eisen en voorwaarden. Kunt u toelichten waarom deze dwingende bepaling wordt opgenomen, nu op veel andere plaatsen uw voorkeuren uit voor overleg en dialoog met de zorgaanbieder? Bent u met ons van mening dat dit grote strijdigheid oplevert en een zakelijke gelijkwaardige positie voor de zorgaanbieder ondergraaft?

De eisen en voorwaarden voor de contractering zijn opgenomen in de bestuursverklaring en in overleg met de branches opgesteld. Op deze wijze hebben wij geborgd dat de belangen van zorgaanbieders zijn meegewogen.

"De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de vigerende Governance Code Zorg ingevoerd, past de principes van de code integraal toe, is daarover transparant en verantwoordt zich over de keuzen die hij daarin maakt.

De nieuwe zorgbrede governance code is bij Actiz aanleiding om modelstatuten te maken. Deze zijn nog niet beschikbaar. Naar verwachting zal de statutaire verandering pas gerealiseerd zijn na beschikbaar stellen van deze modelstatuten. In welke mate vindt er controle plaats op de statutaire verankering van de ZBC 2017?

Zorgkantoren behouden zich het recht voor controle uit te voeren op statutaire verankering. Zorgaanbieders kunnen daarbij aangeven op welke wijze de statutaire verankering heeft plaatsgevonden danwel gaat plaatsvinden.

Kan indien nodig ook na 1 augustus as (sluitingsdatum inschrijving) nog een inschrijving worden gedaan als blijkt dat het toch nodig is een overeenkomst met een ander zorgkantoor aan te gaan?

De procedure voorziet in de mogelijkheid tot tussentijds contracteren.

Crisis

"In paragraaf 3.3 werkt u de crisiszorg uit. U maakt de opmerking ""tenzij deze VV crisiszorg overgaat naar de ZVW"".

Wanneer verwacht u duidelijkheid over waar de crisiszorg wordt gefinancierd?"

Dit is nog niet bekend bij de zorgkantoren en afhankelijk van de politieke besluitvorming.

Komt er een nieuwe versie van het crisisprotocol of is de versie 2017 leidend?

Er komt een nieuwe versie, die onderdeel wordt van het Voorschrift Zorgtoewijzing 2018 en volgt dit najaar.

Crisis gaat mogelijk naar de ZVW. Kunt u toelichten in welke vorm crisis in de ZVW wordt ingekocht en onder welke zorg/contract?

Nee, definitieve politieke besluitvorming moet hierover nog plaatsvinden.

Ondernemingsplan

Het inkoopkader gaat uit van vertrouwen. Wat is de toegevoegde waarde van het opstellen en opsturen van een ondernemingsplan als de bestaande zorgaanbieder al (jaren) een overeenkomst heeft met een ander zorgkantoor?

Wij vragen een beperkt ondernemingsplan om inzichtelijk te krijgen welk zorgaanbod men in de nieuwe regio wil gaan leveren en om een eerste beeld te krijgen van de zorgaanbieder.

Zorgaanbieders die als gevolg van het woonplaatsbeginsel inschrijven in een nieuwe regio zijn niet verplicht een ondernemingsplan aan te leveren.

Kunnen zorgkantoren elkaar informeren over het wel of niet aangaan van overeenkomsten met zorgaanbieders, zodat een ondernemingsplan niet nodig is als een zorgaanbieder een overeenkomst voor reguliere Wlz-zorg wil afsluiten met een ander zorgkantoor?

Informatie over het zorgaanbod wat nieuw geleverd gaat worden is niet bekend bij het reeds contracterende zorgkantoor. Zorgaanbieders blijven dus verplicht een (beperkt) ondernemingsplan aan te leveren.

Voldoet een jaarverslag als ondernemingsplan?

Dat voldoet alleen als in het jaarverslag alle elementen zoals benoemd in Addendum 'aan te leveren documenten' staat beschreven.

Meerzorg

Wanneer is de procedure voor meerzorg 2018 bekend?

De procedure Meerzorg wordt onderdeel van het Voorschrift Zorgtoewijzing 2018 en volgt dit najaar.

Leveringsvorm

Zodra de klant binnen de WLZ heeft gekozen voor een aanbieder dan wordt het volledige pakket door deze aanbieder geleverd. Alleen bij een MPT en een PGB budget is dit anders. Wil het zorgkantoor ook binnen de andere leveringsvormen meer keuze voor aanbieders?

Het inzetten van meerdere zorgaanbieders onder een ZZP of VPT naar de wens van de klant is mogelijk, maar kan dan alleen in onderaannemerschap (met uitzondering van dagbesteding voor de GZ). Het is positief als zorgaanbieders zo onder VPT en ZZP pakketten nog beter de wens van de klant kunnen volgen. Zie voor meer toelichting het Voorschrift Zorgtoewijzing.

Is binnen de GGZ mogelijkheid iets te doen met de tarieven voor VPT / MPT, komen er voor de GGZ geen mogelijkheden voor VPT/MPT.

Nee, de GGZ zorg kan binnen de Wlz wettelijk alleen intramuraal worden geleverd. MPT en VPT maken geen onderdeel uit van de Wlz-aanspraak.

Prestaties

Is onze aanname juist dat de doelgroepen 'jonge mensen met dementie' en 'mensen met Korsakov' onder de vormen van gespecialiseerde zorg behoren?

Dit specifieke doelgroepen onder de reguliere ZZP's VV5 en VV7. Voor deze specifieke doelgroepen geen aanvullende voorwaarden geformuleerd in het beleidskader.

Is er een prognose te geven binnen welke termijn de beleidsregel voor observatietoeslag herzien wordt?

Deze wordt herzien als daar aanleiding toe is.

Waaruit bestaat de behandeling bij een VPT-met-behandeling?

Dit is afhankelijk van de zorgvraag van de klant en zie beleidsregel BR-REG-1736 welke behandelvormen er mogelijk zijn.

Aangegeven wordt dat zorgkantoor in principe met de zorgaanbieder de prestaties overeen komt die de zorgaanbieder wil bieden (en waarvoor zijn sc. aan de voorwaarden voldoet). Kunt u toelichten waarom desondanks het zorgkantoor belemmeringen opwerpt bij het aanbieden van de WLZ-zorg aan cliënten met een LG-indicatie? En bent u met ons van opvatting dat deze belemmeringen opgeheven moeten worden. Zo niet, wat is uw motivering daarvoor.

Wij begrijpen niet op welke belemmeringen gedoeld wordt. Wij verwachten dat dit een zorgaanbiders specifieke vraag is. U dient dit te bespreken met uw zorginkoper.

Een ZZP kan worden opgehoogd met MPT-behandeling. Wij zijn zelf geen toegelaten instelling voor behandeling. Een aantal cliënten ontvangt wel behandeling, maar deze wordt geleverd door een organisatie waarmee wij samenwerken. Nu betalen we dat uit eigen budget. Betekent deze regel dat of wij of onze samenwerkingspartner nu wel aanspraak kunnen gaan maken op de vergoeding die is verbonden aan MPT-behandeling?

Als U de behandeling niet zelf levert, kan de behandeling worden gedeclareerd op voorwaarde dat aan de eisen voor onderaannemerschap wordt voldaan. In het beleidskader en in het voorschrift Zorgtoewijzing leest u of voor de behandeling vooraf toestemming nodig is en op welke wijze gedeclareerd kan worden. U kunt hierover contact opnemen met uw zorginkoper.

Informatieplicht

U schrijft : Het blijft overigens mogelijk dat zorgkantoren met zorgaanbieders in het kader van doelmatigheid een lager tariefpercentage overeenkomen dan zij in hun beleid gesteld hebben. Kunt u aangeven in welke situaties dit van toepassing kan zijn en welk beleid het zorgkantoor hierbij zal hanteren ?

Dit is zorgkantoor-specifiek beleid.

U schijft : Op een aantal specifieke zorgvormen gaat kwaliteit en doelmatigheid echter boven de keuzevrijheid en daarmee persoonsvolgendheid. Zo maken zorgkantoren gericht volumeafspraken met zorgaanbieders over het leveren van crisiszorg. Ook kunnen we bij gespecialiseerde zorg (zie het beleidskader) rekening houden met de regionale beschikbaarheid van dit aanbod (bijvoorbeeld observatie), waardoor we deze zorg niet met alle zorgaanbieders afspreken. Wij bepalen in gesprekken met zorgaanbieders welke zorg zij in 2018 gaan leveren. Kan het zorgkantoor aangeven welk beleid zij hanteert, welke criteria van toepassing zijn in dit beleid, hoe zorgaanbieders hier kennis van kunnen nemen. Tevens de vraag of zorgaanbieders zelf initiatieven kunnen ontplooien en het gesprek met het zorgkantoor kunnen voeren met een mogelijk positief resultaat ?

Als er aanvullende voorwaarden worden gesteld aan specialistische zorg is dit opgenomen in het beleidskader. Dit beleidskader is gepubliceerd op de website van de zorgkantoren. Zorgaanbieders kunnen zelf initiatieven ontplooien en hierover het gesprek met de inkoper van het zorgkantoor aangaan. In het zorgkantoor specifiek kader leest u meer over de procedure.

Vastleggen afspraken

Er worden geen Px Q afspraken meer vastgelegd naar het Nza. Dit geldt nog wel voor de zorgaanbieder-zorgkantoor. Wat is nu de lastenverlichting?

Dit betekent minder gedetailleerde informatie naar de NZa en dus minder controle op het budgetformulier richting de NZa.

het NZa geeft op de tariefsbeschikking vanuit gaande van haar verantwoordelijkheid voor tarieven die de zorgprestaties kunnen bekostigen, de NZa-maximumtarieven op. Het zorgkantoor geeft aan in een bijlage bij de overeenkomst hier neerwaarts van af te wijken. Kunt u motiveren wat de reden is voor deze neerwaartse bijstelling, met als gevolg dat u onvoldoende middelen beschikbaar stelt om de prestatiebeschrijving op een goede en kwalitatief verantwoorde wijze uit te voeren?

Wij hebben een zorgplicht ten aanzien van alle klanten en willen binnen de daarvoor beschikbaar gestelde contracteerruimte van zoveel mogelijk klanten van zorg voorzien. Bij gelijkblijvende contracteerruimte is er nu geen grond om de continuïteit van zorg in het geding te brengen, wat zou ontstaan bij het ophogen van de tarieven.

Zorgkantoren koppelen afzonderlijk van het budgetformulier het tarief en overeengekomen prestaties voor 2018 terug. Op welke wijze vindt dit plaats? Als addendum bij de overeenkomst of via een portaal?

Dit is regionaal beleid.

Dialogoog

Er wordt beschreven 'samenwerking op basis van vertrouwen'. Op pagina 17 wordt echter beschreven dat hier pas in 2018 een grote slag is gemaakt wordt. Wat betekent dit concreet, dat er in 2018 (en misschien met name in het begin) nog niets veranderd? Kunt u dat concreet maken?

De slag waaraan gerefereerd wordt betreft het doorvoeren van een vereenvoudiging van de procedures beschreven in het Voorschrift Zorgtoewijzing, maar ook de samenwerking met betrekking tot het kwaliteitskader. Beide krijgen pas beslag in het jaar 2018.

Op de derde hebben wij de vraag hoe u denkt onze inspanningen op het terrein van kwaliteit in het licht van het kwaliteitskader te toetsen. Wij hopen en verwachten dat een en ander niet leidt tot administratieve last c.q. het indienen van (nieuwe) plannen. Wij vragen u bij deze om kwaliteit in brede zin mondeling met u te kunnen blijven bespreken (op basis van documenten die wij eventueel sowieso opstellen in het licht van het kwaliteitskader). Zorgkantoren gaan uit van de op te leveren kwaliteitsrapporten/verslagen en vragen in principe geen aanvullende plannen of informatie op.

Aangegeven wordt dat de zorgkantoren over veel informatie beschikken en deze kunnen afzetten tegen informatie over regels of informatie van anderen. Betekent het dat in de gesprekken met de zorgaanbieders deze informatie doorslaggevend wordt in de dialoog? We gaan hierover de dialoog aan.

Uitnutting contracteerruimte

Zorgkantoren geven tenminste ieder kwartaal inzage in de uitnutting van de contracteerruimte, gedurende het jaar kan er uitruil plaatsvinden tussen Zin en PGB. De afgelopen jaren zien we dat dit heeft geleid tot overheveling naar PGB. PGB wordt meer ingezet in andere sectoren (GHZ) dan in de V&V, dit heeft dus geleid tot overheveling van V&V budget naar GHZ budget. Hoe gaat men deze uitruil over branches voorkomen en is deze overheveling vanuit Zin naar PGB zowel als omgekeerd?

Zorgkantoren moeten aan hun zorgplicht voldoen binnen de beschikbare contracteerruimte die ze daarvoor hebben voor alle Wlz geïndiceerde in de regio. Ze volgen hierbij de keuze van de klanten en de ontwikkelingen binnen de sectoren. Zorgkantoren proberen actuele ontwikkelingen daarin mee te nemen en maken daarin hun eigen keuzen afhankelijk van de regionale situatie.

Overig

Wat bedoelt u met Wlz-indiceerbaren, wat is de definitie?

Het Wlz-overgangsrecht, ook wel bekend als 'Regeling Wlz-indiceerbaren'. In het Wlz-overgangsrecht is geregeld dat een aantal thuiswonende groepen mensen nog zorg krijgen die is gebaseerd op hun laatste indicatie in AWBZ-functies en klassen. Meer informatie kunt u vinden op de website van VWS <https://www.informatielangdurigezorg.nl/wlz-overgangsrecht>

Er wordt gewerkt met een totaal budgettair kader voor alle zorgsoorten binnen de WLZ. Welk risico lopen wij als aanbieder dat vergoeding van geleverde zorg uitblijft?

Zorgkantoren publiceren systematisch de uitnutting van de regionale contracteerruimte. In het zorgkantoorspecifieke beleid kunt u teruglezen met welke frequentie dat gebeurt en welke risico's of garanties u hieraan kunt ontleen.

Op welke wijze wordt invulling gegeven aan het zorgplichtcriterium, zowel aan de kant van de zorgverzekeraar als aan de kant van de zorgaanbieder.

Zie hiervoor de toelichting op het thema zorgplicht in het Beleidskader.

Wat is de achtergrond c.q. de reden voor het samenvoegen van alle budgettaire kaders van de verschillende zorgsoorten binnen de WLZ?

Dit is een politieke beslissing.

Klopt het dat er in het inkoopkader onder 4.2 een fout ("hier") in de vraagstelling staat? En zo ja, door welk woord wordt "hier" dan vervangen?

Dat is inderdaad een fout in de zin. U moet in deze zin "hier" lezen als "kan".

Maatregelen

Aangegeven wordt dat als aanbieders hun afspraken niet nakomen, niet aan voorwaarden kunnen voldoen of hun financiële positie of kwaliteit onder druk staat, er verschillende maatregelen kunnen volgen. Bij maatregelen wordt aangegeven dat de opsomming niet limitatief is. Redenen om maatregelen te nemen zijn (in dit document) niet concreet uitgewerkt. Is een meer richtinggevend kader mogelijk waarin wordt aangegeven wat de zorgkantoren eisen en welke maatregel volgt bij het niet aan deze eis voldoen zonder dat dit gaat om gedetailleerde termen (tijdslimieten, percentages etc.)?

Nee, wij stellen hiervoor geen richtinggevend kader op. Een kenmerk van de maatregelen is dat het regels zijn die gesteld worden op maat zijn van de situatie van de zorgaanbieder en hetgeen daar speelt.

Woonplaatsbeginsel

Er vindt nog landelijk overleg plaats over het woonplaatsbeginsel. Deze vragen worden daarom via een Nadere nota van inlichtingen beantwoord. Publicatie daarvan vindt uiterlijk 14 juli 2017 plaats.

Landelijk inkoopkader nieuwe zorgaanbieders

Welke overeenkomsten sluiten wij met nieuwe zorgaanbieders?

Word ik als nieuwe zorgaanbieder gezien als we al een overeenkomst met een ander zorgkantoor hebben.

Nee, u bent dan een bestaande zorgaanbieder.

Als een nieuwe zorgaanbieder gebruik maakt van de zogeheten inregeltijd en bij voorbeeld nog niet over een klachtenprocedure en privacybeleid beschikt vanaf de datum inschrijving, hoe dient dan de bestuursverklaring te worden ingevuld?

U dient bij de inschrijving aan te geven dat u hier nog niet aan voldoet en gebruik maakt van de inregeltijd. Hoe u dit doet is afhankelijk van de regionale wijze van inschrijven.

Cliëntenraad

Wij zijn een nieuw WLZ organisatie. Hoeveel tijd krijgen wij van het Zorgkantoor om na gunning een goede cliënten raad op te richten voor onze organisatie. Immers hebben wij nog geen cliënten op moment van aanvraag en kunnen dus nog geen cliënten vragen om hierin plaats te nemen.

Zorgaanbieder moet voldoen aan een geïnstalleerde cliënten raad binnen een halfjaar na startdatum van de overeenkomst WLZ. Zie ook het addendum bij het Inkoopkader Wlz 2018 voor Nieuwe zorgaanbieders.

Financieel plan

Moeten de jaarrekeningen en een begroting 2018 ook zijn voorzien van goedkeuring door een accountant? Zo ja, moet dit een RA dan wel AA accountant zijn?

Nee. Accountantsverklaring is voor beide documenten niet noodzakelijk bij inschrijving.

Eigen bijdrage CAK

In de bestuursverklaring staat dat de zorgaanbieder beschikt over een bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens waaronder voor de oplegging van de eigen bijdrage, binnen vier weken na afloop van een periode aan het CAK. Voor verblijf levert het zorgkantoor de gegevens aan bij het CAK niet de zorgaanbieder. Wat wordt met deze bepaling bedoeld?

Het zorgkantoor stuurt alle in- en uitzorg meldingen voor zowel intra - als extramurale zorg naar het CAK. De bepaling bij de derde bullit in de bestuursverklaring komt te vervallen.

Governancecode

Lees ik het juist in de 'Governancecode zorg' dat een kleine organisatie geen raad van bestuur, meervoudige raad van toezicht hoeven te installeren en te beschrijven in onze statuten en KVK? Hieronder de link naar en tekst van het stuk welke ik bedoel:

<http://www.governancecodezorg.nl/specifieke-situaties/B. Kleine organisaties>

Als kleine organisatie moet u wel voldoen aan principe 1 en 2.

Ook moet u aangeven hoe u de andere principes van de Code borgt. Alleen als het instellen van een toezichthoudend orgaan en/of medezeggenschapsorgaan niet wettelijk is voorgeschreven, kunt u alternatieve vormen van medezeggenschap gebruiken. De zorgkantoren stellen wel eisen aan de toezichthoudende organen voor een instelling.

Procedure

Is er een verschil tussen "regulier" aanbesteden en tussentijds aanbesteden wat betreft beperkingen en mogelijkheden voor de nieuwe zorgaanbieder? Loopt een nieuwe zorgaanbieder bijvoorbeeld bij tussentijds aanbesteden het risico dat er te weinig budget over is?

Er is geen verschil tussen regulier en tussentijds contracteren. Zorgkantoren bepalen regionaal hoe omgegaan wordt met de beschikbare regionale middelen. Derhalve bestaat er een risico dat de beschikbare middelen gedurende het jaar reeds voor zorg zijn ingezet.

Als een zorgaanbieder medio volgend jaar hoopt te starten, is het dan handiger om mee te doen met de tussentijdse aanbesteding?

Het is aan de zorgaanbieder om te bepalen wanneer de inschrijving plaats moet- dan wel kan plaatsvinden.

Wij hebben een zorgonderneming sinds 2004. Na invoering WMO zijn de meeste van onze cliënten onder de WMO komen te vallen. Echter willen wij voor ook de WLZi zorg kunnen verzorgen/leveren. Om dit goed te kunnen doen is het voor ons wenselijk dat deze specifieke zorg in 1 aparte onderneming komt om zo optimaal aan de door u gevraagde kwaliteitseisen en accountant controles te kunnen voldoen. Bij een nieuwe onderneming zijn natuurlijk veel zaken nog niet geregeld. Immer er zijn nog geen cliënten. Zaken al een cliëntenraad, VOG verklaring, kwaliteitskeurmerken, toelating IGZ etc. zijn en aantal voorbeelden van zaken die in het gedrang komen. Ze zijn allemaal aanwezig, echter niet op het nieuw op te richten KVK nummer. Wat is uw advies in deze om dit goed aan te pakken zodat we een succesvolle gunning WLZ kunnen krijgen. Eerst de BV oprichten en met dit nieuwe KVK nummer de aanvraag doen, dan bij de aanvraag vermelden dat deze BV gebruik maakt van toelatingen van haar houdster maatschappij. Of adviseert u om met de hoofdonderneming (houdster maatschappij) in te schrijven en de WLZ zorg na gunning af te splitsen in een nieuw op te richten BV. Wij ontvangen graag uw advies in deze.

U schrijft in met de hoofdonderneming (houdster maatschappij).

Prestaties

Waaruit bestaat de behandeling bij een VPT-met-behandeling?

Wij verwijzen u naar wetgeving en relevante beleidsregels van de NZa.

VOG rechtspersoon

Wij zijn voornemens om de WTZi zorg waar wij de aanvraag voor doen, onder te brengen in een aparte nog op te richten BV. Van deze op te richten BV is nog geen VOG rechtspersoon beschikbaar. Kunnen we de aanwezige VOG rechtspersoon van onze hoofdonderneming hiervoor gebruiken en na gunnen z.s.m. zorgen voor de juiste VOG rechtspersoon op naam van de juiste rechtspersoon. Of moeten wij inschrijven onder de naam en KVK van onze hoofdonderneming en deze WTZi zorg na gunning juridisch afsplitsen in een nieuw BV. Graag hierin uw advies en standpunt.

U gebruikt bij inschrijving de aanwezige VOG rechtspersoon van uw hoofdonderneming, als u ook met die hoofdonderneming inschrijft. Als u met een ander onderdeel inschrijft dient u van die partij een VOG RP te gebruiken.

WTZI toelating

U vraag aan nieuwe zorgaanbieders haar WTZI toelating te overleggen. Omdat de toelating na indienen van deze aanvraag 4-12 weken op zich kan laten wachten kan dit dus een probleem zijn voor onze nieuw op te richten onderneming van waaruit wij de WLZ zorg willen gaan verlenen. Op dit moment beschikken wij wel over een toelating WTZI bij onze hoofdorganisatie welke in het verleden WLZ zorg heeft verleend. De laatste jaren na de invoering van de WMO vielen de meeste cliënten onder de WMO en niet onder de WTZI. Kunnen wij onze huidige toelating gebruiken voor de aanvraag nieuwe zorgaanbieder, en zodra deze gegund is, z.s.m. te zorgen voor de nieuwe toelating op juiste rechtspersoon. Immers ontstaat onze nieuwe WTZI onderneming door afsplitsing vanuit onze hoofdorganisatie. Het is voor ons belangrijk dat er 1 BV is van waaruit enkel de WTZI zorg verleend gaat worden. Dit om de accountants controles en kwaliteitssystemen volledig op de verschillende soorten zorgverlening af te kunnen stemmen. Wanneer dit mogelijk is, moeten wij dan inschrijven onder de naam en KVK nummer van de nieuwe op te richten BV of moeten wij inschrijven onder de naam en KVK nummer van onze bestaande hoofdorganisatie en na gunning deze activiteiten afsplitsen in een separate BV. Graag vernemen wij uw standpunt en advies in deze.

U schrijft in met de hoofdonderneming o.b.v. huidige WTZI toelating.

Beleidskader

Behandeling

Behandeling in combinatie met deeltijd wonen bevindt zich vaak in een grijs gebied. Wat wordt vergoed bij deeltijd (4 nachten) wonen vanuit een ZZP en wat vanuit de zorgverzekeraar? Er wordt hier geen onderscheid in gemaakt wat juist leidt tot volledig wonen of te lang thuis wonen waardoor de balans in een gezin verdwijnt of er noodgedwongen een keuze gemaakt wordt voor verblijf.

Indien voor een cliënt een ZZP inclusief BH wordt gedeclareerd dan is WLZ behandeling van toepassing.

Interpreteren wij juist dat de SOG op verzoek van de huisarts de behandeling rechtstreeks in de WLZ kan declareren zonder toestemming van het zorgkantoor?

De SOG heeft geen mogelijkheid rechtstreeks de behandeling in de WLZ te declareren. Voor de subsidieregeling Extramurale Behandeling is het mogelijk om als samenwerkingsverband van SO'ers een overeenkomst te sluiten.

Interpreteren wij juist dat voor de overige behandelprestaties (gedragswetenschapper en/of paramedici) eerst een doorwijzing van de SOG is en altijd goedkeuring van het zorgkantoor nodig is?

Ja, voor inzetten van behandeling anders dan consultatie voor klanten met een ZZP of VPT exclusief behandeling is een machtiging van het zorgkantoor nodig.

WLZ-behandeling is in opvatting van zorgkantoren een integraal deel van de WLZ-zorglevering, d.w.z. dat alle klanten daar recht op hebben (m.u.v. die met een lage zzp). Wat is de reden dat zorgkantoren van dit belangrijke algemene uitgangspunt afwijken door in een aantal gevallen geen behandeling te vergoeden? Is het zorgkantoor met ons van opvatting dat in dat geval de zorginstelling niet aan de kwaliteitseisen van zorg die het cliëntbelang vereist, kan voldoen? Accepteert het zorgkantoor deze 'te lage levering'? Zo ja, vrijwaart u dan de zorgaanbieder daar voor?

De zorgkantoren zijn van mening dat WLZ-behandeling toegankelijk moet zijn voor WLZ-cliënten en hebben daarvoor in 2017 een beleidslijn geïntroduceerd zoals beschreven in het beleidskader. De zorgvraag van de cliënt dient het uitgangspunt te zijn voor de inzet van behandeling. Wanneer een zorgaanbieder van mening is dat tijdelijk behandeling bovenop het VPT of ZZP zonder behandeling noodzakelijk is, kan deze hiervoor een machtiging aanvragen bij het zorgkantoor. Opgemerkt moet worden dat in de NZa ZZP-V&V tarieven standaard al een bedrag is opgenomen voor 'behandeling op de achtergrond'.

WLZ-behandeling, eerste alinea "...met uitzondering van klanten met een laag ZZP.." Hoe laag? Welke ZZP's?

In de NZa beleidsregels BR REG 17137 kunt u per ZZP zien welke ZZP's alleen in de exclusief variant bestaan.

Hoe ziet de machtigingsprocedure voor het goedkeuren van de inzet van behandeling naast het VPT/ZZP eruit?

Dit staat verwoord in het Voorschrift Zorgtoewijzing en kent een regionale uitwerking.

Vanaf 2017 (klopt dit?) wordt het mogelijk om ook andere disciplines, zoals de gedragswetenschapper, te consulteren door de huisarts voor ouderen die thuis wonen. Valt de consultatie van de gedragswetenschapper dan ook onder de overige disciplines die ingezet kunnen worden door de SOG (bijv bij een geriatrisch assessment) en is hier dus vooraf toestemming van het zorgkantoor voor nodig? zo nee kan de gedragswetenschapper dan consulteren indicatie/toewijzingsvrij factureren onder de S335 of H335?

De SO kan wanneer deze geconsulteerd wordt door de huisarts onder zijn/haar verantwoordelijkheid een gedragswetenschapper inzetten. Voor consultatie is geen machtiging nodig.

Is er toestemming nodig voor het inzetten van de H329? Kunnen de al toegewezen declaratie alsnog achteraf worden afgekeurd?

Ja, indien ingezet bovenop het VPT of ZZP exclusief behandeling is een machtiging nodig. Een declaratie kan achteraf afgekeurd worden als niet voldaan is aan de voorwaarden.

Onder vooraf toestemming nodig voor behandelprestaties: wat verstaat het zorgkantoor onder kortdurend voor een afgebakende periode? Hoe lang is de maximale termijn tussen het indienen van de aanvraag bij het zorgkantoor en de toekenning daarvan?

Een verdere toelichting voor deze procedure is opgenomen in het Voorschrift Zorgtoewijzing. De procedure is regionaal uitgewerkt.

Welke andere disciplines kunnen worden ingezet in de thuissituatie?

De door de SOG/AVR te bepalen discipline noodzakelijk voor de cliënt situatie.

De huisarts kan op consultbasis individuele behandeling (H335) aanvragen voor de specialist ouderengeneeskunde. Kan de huisarts de daadwerkelijke behandeling tijdelijk of voor langere duur overdragen aan de specialist ouderengeneeskunde en dit door de zorgaanbieder laten declareren als individuele behandeling (H335) bovenop de ZZP (exclusief behandeling)?

Het toekennen van behandeling individueel bovenop het ZZP/VPT exclusief behandeling is altijd tijdelijk van aard.

Geldt het verschil tussen een ZZP inclusief en exclusief behandeling voor de specialist ouderengeneeskunde ook als financieel kader, net al bij de overige behandelaren?

Bij zorg thuis en behandeling bij VPT en ZZP pakketten zonder behandeling betreft het financiële kader het verschil VPT in- en exclusief behandeling.

Als financieel kader geldt het verschil tussen het tarief inclusief en exclusief behandeling (op jaarbasis). Is dit naar rato van de (kortdurende) periode die wordt afgesproken met het zorgkantoor?

Het financiële kader geldt op jaarbasis, wanneer de klant ook het volledige jaar in zorg is.

Heeft dit gevolgen, en zo ja welke, voor de bestaande levering van de functie behandeling MPT?

De vraagstelling is niet duidelijk. Het beleid op behandeling is ongewijzigd.

De gedragslijn wordt geformuleerd als een verruiming. Bij een cliënt in de doelgroep met 1e grondslag LVB en 2e grondslag PSY ligt het o.i. niet persé voor de hand dat een SOG of AVG betrokken moet zijn. Wordt voor deze doelgroep op deze wijze niet een extra drempel opgeworpen omdat ze dus, als wij de gedragsregel goed begrijpen, eerst langs de huisarts moeten en dan langs de AVG? En zo ja, wat is hierbij de motivatie?

Zorgkantoren willen de functie behandeling beschikbaar maken voor MPT thuis. Omdat de uitspraak rond de positionering en bekostiging van de functie behandeling nog niet duidelijk is, is er mogelijkheid voor maatwerk indien uitgangspunt niet passend is voor specifieke doelgroepen.

Behandeling als MPT is exclusief voor inzet SO (code H335). "De overige behandelvormen kunnen alleen op doorverwijzing vanuit de SOG/AVG worden ingezet". Betekent dit dat de SOG door kan verwijzen naar een psycholoog en dat de inzet van de psycholoog vervolgens bekostigd kan worden vanuit de WLZ onder code H329? Of moet de inzet van de psycholoog gedeclareerd worden via de code van de SOG? Op blz. 18 bij B8 staat namelijk "De SOG blijft eindverantwoordelijk voor deze discipline en draagt tevens verantwoordelijkheid voor een juiste declaratie .."

Wanneer de psycholoog onder verantwoordelijkheid van de SO wordt ingezet voor consultatie door de huisarts dan draagt de SO tevens verantwoordelijkheid voor een juiste declaratie en terugkoppeling naar de huisarts. Wanneer de gedragswetenschapper op aangeven van de huisarts rechtstreeks ingezet wordt in de thuissituatie of op basis van een machtiging kan deze rechtstreeks declareren.

Inzet gedragswetenschapper (V&V)

Dit hele stuk is onduidelijk. Het betreft het artikel over inzet van de gedragswetenschap. De uitleg gaat met name over de SOG, die andere disciplines wil inzetten. Lezen wij juist dat de bestede uren van de gedragswetenschapper en de andere disciplines verantwoord mogen worden onder de S335/H335? Zo ja wanneer gebruik je de codes voor de gedragswetenschapper (H/329/S329) en de paramedisch (H330/S330) in de Wlz

Wanneer de psycholoog onder verantwoordelijkheid van de SO wordt ingezet voor consultatie door de huisarts dan draagt de SO tevens verantwoordelijkheid voor een juiste declaratie en terugkoppeling naar de huisarts. Wanneer de gedragswetenschapper op aangeven van de huisarts rechtstreeks ingezet wordt in de thuissituatie of op basis van een machtiging kan deze rechtstreeks declareren.

Inzet gedragswetenschapper V&V; mag een psycholoog of maatschappelijk werkende (onder regie van de So-arts) vanuit de subsidieregeling extramurale behandeling ingezet worden voor consultatie in de thuissituatie?

Dit betreft een vraag over de subsidieregeling en valt buiten dit kader.

Palliatieve zorg

Betekent het loslaten van de koppeling met de ZZP VV10 dat nu ook de Gehandicaptenzorg van deze prestatie gebruik kan maken?

Indien in de regelgeving de koppeling met de grondslag VV daadwerkelijk losgelaten wordt dan is het de sector GZ mogelijk afspraken te maken mits de prestatie blijft bestaan. Uiteraard voor zover de zorgaanbieder aan de gestelde voorwaarden voor het leveren van palliatieve zorg voldoet.

In 2018 verdwijnt de indicatie de ZZP10. U verwijst naar de informatiekaart van VWS, echter deze gaat over de huidige invulling en levert hiermee verwarring op.

Het vervallen van de indicatie PTZ is nog niet definitief. Op dit moment is de informatiekaart nog van toepassing. Aanpassing vindt plaats bij wijziging in de regelgeving.

U schrijft dat een ZZP 10 voor extra administratieve lasten verzwarend leidt. Echter de nieuwe procedure om meerzorg aan te tonen leidt pas echt tot lastenverzwaring. Casus: cliënt die terminaal wordt met een ZZP5, zal waarschijnlijk worden omgezet naar ZZP 7 (aangezien meerzorg pas vanaf een ZZP7 mag worden gedeclareerd) en hierna moet mogelijk nog worden aangetoond dat er sprake is van meerzorg. Bent u met ons eens dat deze procedure niet eenvoudiger wordt?

Nee, dat zijn wij niet met u eens. In de meest voorkomende situaties wordt de procedure eenvoudiger.

Palliatieve zorg, laatste alinea VV10 wordt afgeschaft. Voor meerkosten aan de benodigde palliatieve terminale zorg kan een PTZ toewijzing worden aangevraagd bij het zorgkantoor. Wat voor een tarief wordt er gehanteerd bij de PTZ-toewijzing? Hoe gaat de financiering hiervan? Komen hiervoor weer aparte aanvraagformulieren?

Het is nog niet definitief of het ZZP pakket 10 afgeschaft wordt.

Hoe wordt de toewijzing aangevraagd voor palliatieve zorg aan klanten die verblijven in een instelling of met een VPT? Kan er een korte doorlooptijd van de aanvraag worden toegezegd? De definitieve werkwijze wordt opgenomen in het Voorschrift Zorgtoewijzing 2018. Streven is dit een kort mogelijke procedure te laten zijn.

Er is een kwaliteitskader voor palliatieve (terminale) zorg in aantocht. Deze wordt door medisch specialisten in samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging opgesteld. De verwachting is dat deze begin 2018 wordt vastgesteld en opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Kunt u aangeven wat de invloed van het kwaliteitskader gaat zijn op de contractering / afspraken 2018?

Inhoudelijk volgen wij deze ontwikkeling. Op contractering heeft deze ontwikkeling vooralsnog geen consequenties.

Wat wordt bedoeld met de zorgaanbieder kan de zorg gaan leveren als maatwerk binnen de gemaakte afspraken bij palliatieve zorg bij klanten met een MPT?

Dat betekent dat binnen de kaders van de regelgeving gekomen kan worden tot maatwerk geënt op de specifieke situatie van de klant.

Hier wordt aangegeven dat de indicatiestelling PTZ (ZZP 10) vervalt per 1 januari 2018 en dat hiervoor in de plaats een PTZ toewijzing aan het zorgkantoor aangevraagd moet worden. Is het mogelijk voor klanten die reeds opgenomen zijn met een ZZP 10 een toeslag PTZ aan te vragen? en zo ja moeten deze klanten dan overgeplaatst worden naar een speciale afdeling palliatieve zorg of kan een klant ook blijven wonen op zijn vertrouwde kamer? Graag toelichting.

Regelgeving is op dit punt is nog niet duidelijk. Vooralsnog zijn de door het veld opgestelde richtlijnen voor palliatieve zorg van toepassing.

Kunnen wij als instelling met verblijf zonder behandeling ook gebruik maken van de nieuwe palliatieve regeling in 2018? Of is dit alleen voorbehouden aan instellingen met verblijf én behandeling?

Dat is afhankelijk van definitieve besluitvorming VWS en beleidsregels van de NZa.

Palliatieve zorg, geen ZZP 10 gegeven: zijn de systemen hiervoor ingericht en hoe worden we hiervan op de hoogte gehouden. Hoe wordt de vergoeding voor deze meerkosten berekend? Als extra uren verpleging of zo? Nemen we mee voor Nota van Inlichtingen.

Dat is afhankelijk van definitieve besluitvorming VWS

Ontwikkelingen in de V&V

Wij hebben voor 2016 en 2017 plannen ingediend als onderdeel van Waardigheid & Trots. Hoe zit dit voor 2018? Moeten we dan weer plannen indienen? Zo ja, wat zijn de eisen hiervoor en vóór wanneer moeten deze zijn ingediend?

Het zorgkantoor is in afwachting van landelijke besluitvorming op dit onderdeel.

Wij tekenen bezwaar aan tegen het voorgestelde tarief. Het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2017 is leidend bij de Wlz-contractering. Als zorgorganisaties bij wet (Wkkgz) en contract (overeenkomst met het Zorgkantoor) verplicht worden om de normen uit dit kader te volgen, dan moeten zij daartoe ook daadwerkelijk in staat worden gesteld. Dat vergt een minimale investering van € 2,1 miljard. De nieuwe normen vereisen derhalve hogere tarieven. Wij constateren dat de zorgkantoren het nieuwe kader miskennen door te blijven korten op de NZA-maximum tarieven. Meer vragen en minder betalen is niet reëel. Daarom maken wij bezwaar tegen deze prijskorting en vragen om de inzet van een tarief dat de kosten van dit kader dekt. Een prijsniveau van 100 % van het huidige NZA-tarief vinden wij voor nu een werkbare uitgangspositie voor het komende contractjaar, in afwachting van de bestemming van de toegezegde extra middelen. Wilt u het prijsniveau aanpassen tot 100 % van het huidige NZA-tarief? Zodra de extra middelen beschikbaar zijn, verwachten wij dat deze deel gaan uitmaken van het inkoopkader en de te sluiten overeenkomsten. Kunt u dit bevestigen?

Nee, wij wachten verdere besluitvorming van VWS op dit punt af. Of en hoe extra middelen beschikbaar worden gesteld bepaald hoe zorgkantoren hier aanvullend beleid op gaan formuleren.

Hoe kunnen zorgaanbieders controleren of een cliënt een Wlz-indicatie heeft voordat onterecht zorg en/of ondersteuning vanuit de Zvw of Wmo wordt geleverd?

Dit blijkt uit een indicatie die beschikbaar wordt gesteld in de iWLz. Het is ons bekend dat onterechte doorlevering vanuit andere domeinen nog onvoldoende geborgd is.

Specialistische ZZP's

Wat wordt concreet verstaan onder aanwezigheid van een AVG, gedragsdeskundige en begeleiders niveau HBO? Dienen alle aanwezigen HBO geschoold te zijn op desbetreffende groep?

Nee niet alle medewerkers op de groep moeten van HBO niveau zijn, maar wel altijd minimaal 1 aanwezig 7x24 uur.

Is er voor kleinschalige zorgaanbieders die geen AVG arts in dienst hebben, of kunnen nemen, een alternatief voor de aanwezigheid hiervan? Is oproepbaar of samenwerking met een AVG arts en oproepbaar voldoende? Er zijn kleinschalige zorgaanbieders waar goed passende en kwalitatieve zorg op dit moment geboden wordt, waar ook het CCE bij betrokken is, die niet kunnen voldoen aan deze voorwaarde indien deze zo zwart wit gesteld wordt.

Dit kan een AVG in dienst zijn, of een AVG waar geformaliseerde samenwerkingsafspraken mee zijn.

Huishoudelijke hulp

tot 1-1-2018 geldt een overgangsregeling mbt huish.zorg. De aanspraak op deze zorg is integraal in de Wlz opgenomen alsnog. V.a. 2018 verlangt het zorgkantoor dat deze zorg samen met de andere wlz zorg 'binnen het kader voor zorg thuis past'. Zorgaanbieder zal daar aan werken. Staat het zorgkantoor in situaties waarin deze zorg niet inpasbaar samen met de andere zorg thuis blijkt te kunnen, dat deze meerdere zorg toch geleverd kan worden (en betaald)? Zo niet, wat is de reden daarvoor? En op welke zorgdelen wil het zorgkantoor dan dat de zorg die cliënt nodig heeft, niet geleverd wordt?

Zorgkantoren dienen zich te houden aan het beschikbare financiële kader. Daar waar dit tot knelpunten leidt kunnen zorgaanbieders hierover in gesprek met het zorgkantoor.

Wanneer is een huishoudelijke hulp leverancier een onderaannemer (Met/zonder AGB? Andere kenmerken?)

Wanneer diegene die de huishoudelijke hulp levert zelf geen overeenkomst heeft met een zorgkantoor en deze declareert via een hoofdaannemer.

Overgangsregeling 2017 HH. Zorgaanbieders moeten in 2017 met cliënten in gesprek om de huishoudelijke hulp te brengen binnen de financiële kaders van zorg thuis. Wordt het tarief van het mpt dan ook verhoogd met een gemiddeld aantal uren huishoudelijke hulp dat verleend is in 2017? Of is dit een bezuiniging?

De ophoging is in 2017 meegenomen in het financieel MPT kader.

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen, laatste alinea “.. In het algemeen geldt dat motiliteitshulpmiddelen...outillage..”

Dit klopt niet. Bij een ZZP zonder behandeling zijn de outillagemiddelen een onderdeel van de Wlz. Zie Wlz-kompas van het Zorginstituut. Hier staat dat onder de roerende voorzieningen.

Bent u dat met ons eens?

Wij zijn het hier mee eens. Tekst in het beleidskader wordt op dit punt aangepast in de volgende versie.

Logeren

Er staat bij punt 2 naar het integrale logeertarief. U bedoelt hier naast het integrale logeertarief?

Ja, bedoeld wordt naast het integrale logeertarief.

Is het mogelijk dat de cliënt in geval hij/zij tijdelijk logeert in een intramurale instelling, de dagbesteding in een andere organisatie kan worden gecontinueerd?

Ja, binnen de kaders van de beleidsregel.

Dagbesteding

In de inleiding wordt aangegeven dat er nog beleidsinformatie komt over dagbesteding. Tussen haakjes wordt geformuleerd (licht, midden, zwaar). Betekent dit dat de zorgkantoren van plan zijn over te gaan naar een bekostiging voor dagbesteding die aansluit bij de Wmo en waar resultaat belangrijker is dan de verstrekking?

Binnen de Wlz volgen we voor de bekostiging de beleidsregels van de NZa op dit punt.

Ontwikkelingen in de GGZ

Bij de herindicatie van de GGZ B indicaties wordt nog geen oplossing geboden voor de sectorvreemde indicaties. Het blijkt nog steeds moeilijk om cliënten met een VV of VG indicatie vanuit de GGZ gefinancierd te krijgen en/of snel door te kunnen leiden op een passende plaats. Welke rol kan het zorgkantoor hierin nemen en pakken?

De beleidsregels van het CIZ zijn hierop van toepassing. Het zorgkantoor gaat met zorgaanbieders/gemeenten in gesprek daar waar deze specifieke problematiek aan de orde in het kader van passende zorg.

Trombose

Trombosezorg wordt vanaf 2018 vanuit het ZZP bekostigd. Graag zien we een onderbouwing van met hoeveel € de specifieke ZZP's worden opgehoogd i.v.m. het toevoegen van trombosezorg aan de integrale ZZP tarieven.

NZa bepaalt de ophoging van de ZZP tarieven irt trombose zorg.

Toeslag observatie

Hoe kunnen wij in aanmerking komen voor deze toeslag?

De voorwaarden staan beschreven in het Beleidskader onderdeel B3.

Overig

Er wordt aangegeven dat er vanuit de overgangsmaatregel met de klant moet worden besproken hoe het totaal in zorg binnen het kader voor zorg thuis te passen is. Welke financiële ruimte wordt hiervoor geboden? En hoe worden deze taken opgenomen voor nieuwe klanten.

Het komen tot een passend zorgaanbod in samenspraak met de klant maakt deel uit van de reguliere prestaties.

Op basis van welke ervaringen en bevindingen vindt het Zorgkantoor het noodzakelijk om cliëntondersteuners in te zetten? En klopt het dat klantondersteuning en cliëntondersteuning door elkaar gebruikt worden?

De klant bepaalt of ondersteuning nodig is. Het zorgkantoor heeft de wettelijke taak om cliënt ondersteuning te bieden en ook onafhankelijke cliënt ondersteuning beschikbaar te stellen. U merkt terecht op dat de termen door elkaar gebruikt worden.

Op welke manier worden de Waardigheid en trotsgelden besproken en meegenomen in de contractering 2018?

Dat is afhankelijk van politieke besluitvorming.

Mondzorg

In de tekst staat dat: "Voor ZZP zonder behandeling, VPT en MPT geldt dat de tandartskosten uit de Zvw worden gefinancierd." Betekent dit dat Wlz cliënten die zijn opgenomen in een instelling zonder behandeling gebruik kunnen maken van de tandarts, ook als zijn geen aanvullende tandartsverzekering hebben?

Client kan in dat geval gebruik maken van de tandarts. De kosten betaalt de klant zelf of hij sluit een aanvullende tandartsverzekering af.

Kwaliteitskaders

Zijn er voor de zorginkoop 2018 al restricties van kracht n.a.v. het kwaliteitskader verpleeghuiszorg?

Het is ons niet duidelijk op welke restricties bedoeld wordt.

Prestaties

Mogen wij ervan uit gaan dat de zorgkantoren de beleidsregels van de NZa volgen, ook op de thema's die nog in ontwikkeling zijn, en dat het Voorschrift Zorgtoewijzing in lijn is met deze regels?

Ja, daar kunt u vanuit gaan.

Specialistische ZZP's: Kan een Zorgprofiel 9 b ook geboden worden in een woonzorgcentrum waar de functie behandeling geleverd kan worden of is verblijf in een verpleeghuissetting een vereiste?

Ja, dat kan indien een zorgaanbieder over een passende toelating beschikt. Een verpleeghuissetting is geen vereiste.

Passend aanbod voor cliënten met complexe zorgvragen. Omschreven problematiek zien wij ook bij de doelgroepen; Jong dementerenden, NAH, Korsakov en in toenemende mate bij cliënten met obesitas. Cliënten worden toegewezen aan zorgaanbieders, ongeacht beschikbare en/of passende capaciteit. Kan een zorgaanbieder de indicatie laten intrekken als bij aanvang al duidelijk is dat bemiddeling niet mogelijk is?

Cliënten worden toegewezen op basis van zijn of haar keuze voor zorgaanbieder. Zorgaanbieder wordt daarmee dossierhouder conform hetgeen beschreven is in het Voorschrift Zorgtoewijzing. Een zorgaanbieder kan een indicatie niet (laten) intrekken.

Specialistische zorg: Er worden diverse vormen van specialistische zorg omschreven. Valt de zorg voor Jong dementerenden ook onder specialistische zorg? Zo ja, wat zijn de aanvullende voorwaarden? Welke doelgroepen vallen onder de omschrijving ``overige ZZP``?

Dit specifieke doelgroepen onder de reguliere ZZP's VV5 en VV7. Voor deze specifieke doelgroepen geen aanvullende voorwaarden geformuleerd in het beleidskader.

Uitgangspunten

Werken cliëntondersteuners ook domeinoverstijgend? Kunnen zij ook oriënterende cliënten die naar verwachting in aanmerking komen voor een Wlz indicatie ondersteunen bij hun zoektocht en indicatieaanvraag?

Clientondersteuning in de Wlz is in beginsel bedoeld voor WLZ geïndiceerde cliënten. Vragen van Wlz geïndiceerde of hun naasten inzake andere domeinen worden zo goed mogelijk beantwoord

Oriënterende cliënten kunnen bij zorgkantoor terecht voor meer informatie over de Wlz , werkwijze rond indicatiestelling etc.

Zorgplicht. Het aantal complexe spoedvragen van cliënten die in aanmerking komen voor een Wlz indicatie neemt toe, en er is niet altijd een passend aanbod. De kaders in het voorschrift zorgtoewijzing zijn in grote lijnen uitgewerkt, maar de rolverdeling is in de praktijk niet altijd duidelijk en leidt soms tot "geschuif" met cliënten. Heeft het zorgkantoor ook zorgplicht voor deze groep cliënten en hoe faciliteert het zorgkantoor de zorgaanbieders bij deze taak?

Ja, zorgkantoren hebben juist ook voor deze groep cliënten een zorgplicht. Samen met de betrokken zorgaanbieders wordt gezocht naar passende zorg op een zo kort mogelijke termijn.

Overeenkomst

Geschilleninstantie

Wij maken bezwaar dat de Geschilleninstantie Zorgcontractering ontbreekt in het regionale inkoopbeleid¹. ActiZ, GGZ Nederland en de VGN hebben (tezamen met andere branche- en beroepsorganisaties) met Zorgverzekeraars Nederland afspraken gemaakt over de Geschilleninstantie Zorgcontractering (Convenant ter instelling van een onafhankelijke geschilleninstantie voor geschillenoplossing en -beslechting zorgcontractering d.d. 2 juni 2016). Wij vinden het belangrijk dat ook bij precontractuele geschillen in de Wlz-contractering een beroep te kunnen doen op een laagdrempelige en toegankelijke geschilleninstantie. Wij maken bezwaar tegen het ontbreken ervan in het contracteer kader en vragen u de afspraken met u gemaakt in ZN-verband na te leven. Bent u daar toe bereid?

In het Convenant Onafhankelijke geschilleninstantie zorgcontractering is een regeling getroffen voor de beslechting van contractuele en precontractuele geschillen in het kader van zorgcontractering. Die regeling is met ingang van 1 april 2017 ook van toepassing voor de uitvoering van de Wlz. Wij erkennen dat het mogelijk is om in een arbitrageprocedure een kort geding op te nemen. Wij menen evenwel dat er juridische redenen zijn waarom die mogelijkheid niet geboden is in het inkoopkader voor de Wlz. Wil een arbitrale beslissing het gezag hebben van een rechterlijke uitspraak, dan dienen de partijen die een geschil hebben, uitdrukkelijk voor arbitrage gekozen hebben. Ontbreekt die duidelijke wilsuiting, dan is een arbiter niet bevoegd en kan de beslissing vernietigd worden. In rechtspraak en literatuur over het arbitraal kort geding wordt om die reden onderscheid gemaakt tussen een kort geding als een arbitrageprocedure aanhangig is een zelfstandig kort geding. Wij hebben vastgesteld dat het NAI reglement dit onderscheid ook maakt in artikel 35, eerste en tweede lid.

Voor geschillen in het kader van een inkoopprocedure is de reguliere procedure dat in kort geding tegen een onwelgevallige beslissing wordt opgekomen. Dat betekent dat een teleurgestelde partij niet gedwongen is een bodemprocedure aanhangig te maken om vervolgens in dat kader een voorlopige voorziening te vragen. Wij hebben ervoor gekozen niet van een zorgaanbieder te verlangen dat hij een bodemprocedure aanspant omdat het leidt tot een verzwaring van lasten. Wij vinden dat bovendien niet te verenigen met de belangen van de andere bij de inkoopprocedure betrokken partijen.

Blijft dus de mogelijkheid van een zelfstandig kort geding over: ofschoon wij erkennen dat die mogelijkheid in theorie bestaat, hebben wij ook vastgesteld dat noch het Convenant noch het model voor de arbitrageovereenkomst een zelfstandig kort geding mogelijk maken. Nu zulks niet uitdrukkelijk is bepaald, ontbreekt in het model voor de overeenkomst de wettelijk vereiste grondslag om te voorkomen dat een arbitrale beslissing aan vernietiging blootstaat. Wij willen dat risico niet nemen om reden van de belangen die op het spel staan.

Met uitzondering van de Friesland zullen zorgkantoren dus in de precontractuele fase van de inkoopprocedure 2018 niet de mogelijkheid openen geschillen voor te leggen aan de geschilleninstantie.

[Hoe kunnen zorgaanbieders akkoord gaan met documenten die ze niet kennen?](#)

Het Zorginkoopdocument 2018 is op 1 juni 2017 gepubliceerd. Ten tijde van publicatie van het inkoopdocument moest landelijk nog definitieve besluitvorming plaatsvinden over diverse

onderwerpen. Het betreft hier voorwaarden, richtlijnen en protocollen die landelijk uniform door zorgkantoren in overleg met de branches en op basis van de actuele wetsbepalingen worden vastgesteld. Het zorgkantoor is gehouden om deze richtlijnen en protocollen in de overeenkomst met zorgaanbieders op te nemen. De zorgkantoren zijn van mening dat zij hiermee op een zorgvuldige wijze invulling geven aan de landelijke verplichting om deze documenten bij de overeenkomst te betrekken. Zoals in de voetnoot van de overeenkomst aangegeven kunnen documenten gedurende de duur van de overeenkomst worden geactualiseerd, na raadpleging van de branchepartijen.

DEEL I A

Er wordt voor gekozen om alleen een inhoudelijk contract af te sluiten met zorgaanbieders. Waarom niet ook een financieel meerjarencontract zodat zorgaanbieders hun financiële beleid toekomstbestendiger kunnen maken.

Dat komt omdat de budgettaire kaders en tarieven niet over meerdere jaren bekend zijn en dit geen recht doet aan de persoonsvolgende bekostiging.

Onder 1.F van de Overeenkomst staat dat de afspraak over prestaties en tarieven die wordt gemaakt tussen zorgkantoor en zorgaanbieder wordt voorgelegd aan de NZa. De tekst van 1.F lijkt niet in overeenstemming met de Circulaire van de NZa d.d. 1 juni 2017 over Vermindering administratieve lasten langdurige zorg, waarin staat dat de NZa in 2018 wel het totaalbedrag van de afspraken die door de zorgaanbieder en het zorgkantoor/Wlz-uitvoerder zijn overeengekomen blijft uitvragen. Wij vragen u helder weer te geven welke informatie aan de NZa wordt doorgegeven met betrekking tot de (initiële) afspraken over 2018 voor wat betreft volume, prestaties, tarieven en omzetniveau?

Hetgeen in de concept overeenkomst staat is inderdaad onjuist. De prestaties en tarieven worden niet voorgelegd aan de Nza. Wij zullen de tekst 'die aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt voorgelegd' uit de definitieve overeenkomst verwijderen in de definitieve Overeenkomst Wlz 2018 (-2020). Aan de NZa wordt voor 2018, conform de genoemde circulaire, alleen het omzetniveau doorgegeven.

DEEL I B

art 10.2 punt a bepaalt dat de zorgaanbieder op voorhand instemt dat het zorgkantoor deel neemt aan de bestuursgesprekken die IGZ voert met het bestuur van de instelling, wanneer de situatie daar aanleiding toe geeft. Wij achten deze bepaling op voorhand veel te ruim geformuleerd en niet proportioneel. Wij stellen in voorkomende gevallen daarover in concrete casussen het gesprek over aan te gaan met elkaar en alsdan de motivering voor de deelname aan de gesprekken daarbij te betrekken. Kunt u de bepaling van deze overeenkomst hierop aanpassen. Zo neen, wat is de reden dat u daar aan niet aan wil meewerken.

Wij laten deze zin niet vervallen. Deze is in afstemming met de IGZ tot stand gekomen. De situatie bepaald of er aanleiding is om het gesprek met de drie partijen aan te gaan. Zorgaanbieders worden vooraf geïnformeerd.

Is al duidelijk in welke regio's specifieke afspraken met aanbieders gemaakt worden en wat de inhoud van deze afspraken is? Is deze visie openbaar en/of op welk moment worden zorgaanbieders hiervan op de hoogte gesteld?

U kunt deze informatie vinden in het zorgkantoor specifieke deel van het inkoopkader.

DEEL II

Teneinde aan deze verplichtingen te kunnen voldoen beschikt de zeder (=zorgaanbieder?) over voldoende gekwalificeerd personeel.' Tot nu toe kon onze organisatie hieraan altijd voldoen, maar voor de (nabije?) toekomst ligt hier waarschijnlijk wel een (landelijk spelend) probleem. Hoe gaat het zorgkantoor hiermee om?

Het personeelsvraagstuk is landelijk onderwerp van gesprek met VWS zoals in het inkoopkader nader toegelicht.

Wachttijden. Aangegeven wordt dat de zorgaanbieder binnen Treeknormen start met levering van zorg. Aangegeven wordt dat dit geldt voor de sectoren verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg. Gelden deze treeknormen in de WLZ niet voor GGZ zorg?

Nee, de Treeknormen binnen de Wlz zijn niet van toepassing op de GGZ zorg die onder de Wlz valt. Klanten hebben alleen aanspraak op Wlz zorg als zij al zijn opgenomen in een klinische behandelsetting (doorstroom vanuit de Zvw).

Lid 2, d: meewerken aan het early warning system. Kan het zorgkantoor aangeven welk systeem hiermee bedoeld wordt en wat van de zorgaanbieder verwacht wordt?

Het early warning systeem is een intern financieel monitoringssysteem. Per zorgkantoor kan verschillen wat daarvoor gevraagd wordt.

art 4.1 stelt als eis voor de 3-jarige overeenkomst om reeds nu akkoord te gaan met de bepalingen die in de overeenkomsten voor de jaren 2019 en 2020 door het zorgkantoor opgenomen zullen worden (deze overeenkomsten komen pas over 1 respectievelijk over 2 jaar beschikbaar). Wij kunnen niet instemmen met stukken overeenkomsten en bepalingen die in de toekomst bekend worden. Derhalve maken wij bezwaar tegen hanteren van deze voorwaarden voor de totstandkoming van den 3-jarige overeenkomst. Wij stellen derhalve een voorbehoud voor deze toekomstige documenten voor. Kunt u ons dat toestaan. Zo niet, hoe motiveert u deze weigering?

Het is niet zo dat de zorgaanbieder nu al akkoord geeft voor bepalingen die in 2019 en/of 2020 opgenomen zullen worden. De Zorgaanbieder geeft namelijk pas uiterlijk op de datum van sluiting van de inschrijving voor dat volgende jaar schriftelijk aan te voldoen aan de voorwaarden die het Zorgkantoor stelt in de door haar voor 2019 en 2020 te volgen zorginkoopprocedure. De Zorgaanbieder aanvaard pas uiterlijk op de datum van sluiting van de inschrijving voor die zorginkoopprocedures, de bepalingen van de overeenkomst 2019 en 2020 die het Zorgkantoor in die zorginkoopprocedure aanbiedt.

Wat wordt bedoeld met diensten die niet onder de verzekerde aanspraak vallen. Wordt hier ook zorg die buiten de bovengrens van de indicatie valt bedoeld?

Dit betreft diensten die niet onder de Wlz aanspraak vallen.

In artikel 3 lid 2 stelt het zorgkantoor sancties op het niet nakomen van de verplichting ervoor te zorgen dat iWlz tijdig en volledig is bijgewerkt. Welke sancties zijn dit? Worden deze sancties nog ergens beschreven? Zijn dit de sancties als bedoeld in bijlage 2 van het zorginkoopdocument? Zo nee, welke sancties zijn dit dan en waar worden deze beschreven? Hier wordt bedoeld op hetgeen beschreven in artikel 16 'Niet nakoming'.

Maximale tariefskorting van 5% die het zorgkantoor zou kunnen opleggen, indien de zorgaanbieder de afspraken in de overeenkomst niet nakomt (overeenkomst algemeen deel artikel 16 lid 4 3e bullit). Kan het zorgkantoor, met behulp van voorbeelden, aangeven op welke wijze zij deze tariefskorting zou kunnen toepassen?

Dit kunnen wij niet op voorhand aangeven het toepassen van maatregelen in het kader van niet-nakoming betreft maatwerk.

Artikel 1: Waarom wil het Zorgkantoor afspraken over aanvullende diensten (kunnen) inzien? Het zorgkantoor wil toetsen of de afspraken over aanvullende diensten correct zijn en of de cliënt daarover juist en volledig wordt geïnformeerd. In het verleden zijn wij geconfronteerd met situaties waarin diensten ten onrechte door zorgaanbieders bij klanten in rekening werden gebracht.

Artikel 2 lid 2 punt 5: Graag verduidelijken wie wordt bedoeld als er sprake is van bestuursrechtelijke, tuchtrechtelijke en/of strafrechtelijke maatregel: de instelling of de individuele behandelaar? De instelling is namelijk niet vanzelfsprekend op de hoogte van maatregelen die aan individuele behandelaren worden opgelegd.

Het gaat hier primair over maatregelen die opgelegd zijn aan de zorgaanbieder, maar onder omstandigheden kan ook een maatregel opgelegd aan een behandelaar de continuïteit van zorg in gevaar brengen als het een kleine zorgaanbieder betreft. Het zorgkantoor gaat er zondermeer van uit dat de zorgaanbieder het zodanig geregeld heeft dat maatregelen die aan personeelsleden of in te schakelen behandelaren opgelegd worden, door die personeelsleden of behandelaren onverwijld gemeld worden aan de zorgaanbieder.

Wachttijden. Aangegeven wordt dat de zorgaanbieder binnen Treeknormen start met levering van zorg. Aangegeven wordt dat dit geldt voor de sectoren verpleging en verzorging en gehandicapenzorg. Gelden deze treeknormen in de WLZ niet voor GGZ zorg? Treeknormen zijn niet van toepassing op de GGZ.

Lid 2, d: meewerken aan het early warning system. Kan het zorgkantoor aangeven welk systeem hiermee bedoeld wordt en wat van de zorgaanbieder verwacht wordt?

Dit is een waarschuwingssysteem dat het zorgkantoor hanteert. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat hij de relevante informatie zoals bedoeld in artikel 10 lid 2 actief en tijdig aanlevert aan het zorgkantoor.

DEEL III

In deel 3 van de overeenkomst staan de begrippen Dossierhouder (gewijzigd) en Zorgverleningsovereenkomst. Deze begrippen komen in de hele overeenkomst niet voor. Wat is de waarde van deze begrippen voor de overeenkomst en kunnen ze ook vervallen?

We handhaven deze definities, omdat deze terugkomen in de bijlagen bij de overeenkomst.

In artikel 1 lid 2 van de overeenkomst staat veel tekst die niet geheel lijkt afgestemd op het nieuwe begrip 'passend gebruik'. Zijn de eerste drie zinnen te vervangen door: De zorgaanbieder verplicht zich om te leveren die voldoet aan de definitie van passend gebruik.

Deze kan niet worden vervangen, we handhaven daarom de tekst.

Uitgaande van Regie bij de cliënt (wettelijk vertegenwoordiger) lijkt toestemming zorgkantoor niet passend. Kunt u aangeven waarom dit volgens u wel noodzakelijk is?

Het zorgkantoor heeft zorgplicht en in dit geval wordt afgeweken van de geïndiceerde zorg.

Artikel 1 lid 3 van de overeenkomst luidt: Indien bevindingen van de IGZ leiden tot een oordeel ten aanzien van de levering van zorg, dan zal het zorgkantoor de gevolgen van dit standpunt op deze overeenkomst betrekken. Kunt u een voorbeeld geven van hoe een positief oordeel door het zorgkantoor op de overeenkomst zal worden betrokken? Idem voor een negatief oordeel.

Deze passage is vooral bedoeld voor wanneer de IGZ een negatief oordeel heeft over de zorglevering. Zorgkantoren behouden zich hiermee het recht voor om aanvullende afspraken met maken met zorgaanbieders over verbetering van de zorglevering. Het kan hierbij ook gaan om maatregelen zoals genoemd in artikel 16 'Niet nakoming' van de overeenkomst.

In artikel 1 lid 3 wordt bepaald dat indien de bevindingen van de IGZ leiden tot een oordeel ten aanzien van de levering van Zorg, dan zal het Zorgkantoor de gevolgen van dit standpunt op deze overeenkomst betrekken. Kunt u dit concreter omschrijven? Wat bedoelt het zorgkantoor hier precies mee?

In dat geval kan artikel 16 worden toegepast.

Artikel 1 lid 6, voetnoot 5: wie worden bedoeld met 'de relevante veldpartijen'?

Dit zijn alle veldpartijen die betrokken zijn bij de besprekingen over instrumenten rondom klantervaringsmetingen, te denken valt aan cliënt- en brancheorganisaties.

Artikel 2 lid 2 punt 5 is niet duidelijk. Kunt u deze zin aanpassen?

Wij gaan er van uit dat u doelt op: Er is sprake van enige Bestuursrechtelijke van de IGZ of van een tuchtrechtelijke of strafrechtelijke maatregel. Waarschijnlijk doelt u op het feit dat er een woord weg is gevallen. Wij wijzigen de tekst in: Er is sprake van enige bestuursrechtelijke maatregel van de IGZ of van een tuchtrechtelijke of strafrechtelijke maatregel.

In artikel 3 over Wachttijden is ten opzichte van de overeenkomst 2017 komen te vervallen “en wordt rekening gehouden met de voorkeur van de cliënt”. Waarom heeft u deze zinsnede laten vervallen? Heeft het oplossen van de wachtlijst een hogere prioriteit dan het rekening houden met de voorkeur van de cliënt en zijn eventuele wens nog even te wachten? Afhankelijk van de zorgvraag en wachtstatus van de cliënt kan opname prevaleren boven de keuzevrijheid. Daarom is deze zinsnede komen te vervallen. In de toekomst krijgt de Treeknorm mogelijk een klantgerichtere invulling.

Hoe ziet het Zorgkantoor de invulling van artikel 4 van de overeenkomst inzake Klantenstop. Feitelijk zullen wij geen klantenstop meer hebben, omdat de financiering volledig persoonsvolgend is. Budgettair is er dus geen reden om een klantenstop in te stellen. Dat wil wellicht niet zeggen dat we altijd aan alle zorgvragen kunnen voldoen. Er kunnen beperkingen optreden omdat we geen appartementen voor verblijf meer hebben of dat het aantal medewerkers het niet toelaat om nog meer klanten in zorg te nemen. Ons inziens ontstaat er dan een wachtlijst en is er geen sprake van een klantenstop. Graag uw zienswijze. Het is inderdaad juist dat wanneer er bij een zorgaanbieder om redenen geen invulling kan worden gegeven aan de vraag van een klant er sprake kan zijn van een klantstop (voor specifieke zorgvragen). Het kan zijn omdat er onvoldoende plekken zijn of onvoldoende deskundig personeel. Wij gaan er vanuit dat zorgaanbieders in die situaties met klanten alternatieven onderzoeken en handelen conform hetgeen geformuleerd in de overeenkomst WLz 2018(-2020).

[art 4]U geeft aan: 'De zorgaanbieder is gehouden het zorgkantoor schriftelijk te informeren over deze klantenstop conform de hierover met het zorgkantoor gemaakte afspraken' wij interpreteren 'schriftelijk informeren' als dat dit een melding per e-mail mag zijn. Is dit een juiste interpretatie?

Ja, een e-mail wordt ook gezien als schriftelijk.

Artikel 4 punt 5 “Over een periode waarin geen wijzigingen zijn in de genoemde gegevens mag niet gecorrigeerd worden. Graag nadere uitleg? Wat is het nut van deze toevoeging? Betreft een verduidelijking van de eerste zin van dit punt: "Correcties dienen alleen ingediend te worden over de periode waarin de prestatiecode, het aantal verrichtingen, de periode (begindatum en/of einddatum prestatie), het indicatiebesluit of het tarief is gewijzigd."

Art 5; wanneer is het voorschrift Zorgtoewijzing WLZ 2018 beschikbaar?
In het najaar van 2017.

[art 9, lid 1] Onderaanneming. Is er in uw ogen sprake van onderaanneming als wij met andere zorgaanbieders afspraken hebben gemaakt voor de verpleegkundige achterwacht (beschikbaarheid op tijden/momenten dat wij zelf deze beschikbaarheid niet hebben)? Het gaat niet over het leveren van een vast (vooraf afgesproken) deel van de productie, enkel daar waar nodig.

Dit beschouwen wij als onderaanneming.

[art 9, lid 1] Onderaanneming. Is er in uw ogen sprake van onderaanneming als wij met andere zorgaanbieders afspraken hebben gemaakt voor de verpleegkundige achterwacht (beschikbaarheid op tijden/momenten dat wij zelf deze beschikbaarheid niet hebben)? Het gaat niet over het leveren van een vast (vooraf afgesproken) deel van de productie, enkel daar waar nodig.

Conform de definitie in de overeenkomst is er sprake van onderaanneming als (een deel van) de Zorg doorgecontracteerd wordt aan een andere zorgverlener. Daarbij is niet relevant of het gaat om structurele, (vooraf) gemaakte afspraken of incidentele achterwachtafspraken.

[art 10, lid 2a] U schrijft 'Wanneer bij de zorgaanbieder een onderzoek door Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft plaatsgevonden, informeert de zorgaanbieder het zorgkantoor hierover en stuurt een afschrift van het IGZ-onderzoek en de eventuele te nemen maatregel door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor zover deze niet openbaar zijn.' Wij interpreteren dit als dat u eventuele IGZ rapporten betreffende de Wlz zorg wilt ontvangen. Is dit een juiste interpretatie, of betreft dit ook IGZ rapporten betreffende ander zorg zoals bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg? Indien u hierin niet geïnteresseerd bent, bent u dan bereid deze zinsnede aan te scherpen?

De overeenkomst betreft de zorg die valt onder de Wlz.

Zorgkantoor bepaalt in art 10.2 punt c dat door de zorgaanbieder op voorhand en op eigen initiatief nader inzicht gegeven wordt in de financiële vermogenspositie incl. solv., rent, en liquiditeit en de RAK en de bedrijfsvoering. Kunt u deze eisen om verdergaand dan in met inachtneming van wettelijke eisen opgestelde jaarrekening, nader motiveren? Wij stellen voor dat de jaarrekening het uitgangspunt is voor de door u gewenste inzichten. U verkrijgt deze jaarrekening en zult die bestuderen. Kunt u de bepalingen in dit punt zodanig aanpassen dat wij n.a.v. uw beoordeling de door u nader gestelde vragen in een gesprek kunnen bespreken? Zo niet, wat is de reden dat u op voorhand van ons als aanbieder initiatieven verlangt die verdergaan dan in de jaarrekening verantwoord wordt?

Wij nemen hierbij artikel 10 lid 1 van de overeenkomst in acht. Het zorgkantoor verlangt op voorhand initiatieven van de zorgaanbieder slechts voor zover dit relevant is voor de het uitoefenen van haar taken in het kader van de Wlz en de wettelijke voorschriften die betrekking hebben op de levering van de zorg.

In art. 10 lid 2 is bepaald dat het Zorgkantoor over de besteding van de RAK tenminste geïnformeerd wil worden. Daarnaast wordt in deze bepaling nog steeds vermeld dat het Zorgkantoor en de zorgaanbieder in onderling overleg de RAK voor een specifiek doel kunnen inzetten. Wij zijn van mening dat besluitvorming over de inzet van de RAK enkel is voorbehouden aan de raad van bestuur en de raad van toezicht van een instelling. Graag ontvangen we de bevestiging dat het Zorgkantoor geen formele rol heeft ten aanzien van de RAK van instellingen.

In het artikel is enkel opgenomen dat het zorgkantoor geïnformeerd dient te worden indien de RAK voor een ander doel wordt ingezet dan compensatie van negatieve exploitatieresultaten.

In de inleiding van art. 10 lid 2 is beschreven dat zorgaanbieders de betreffende informatie terstond aan het Zorgkantoor ter beschikking dienen te stellen. Dit zal niet altijd haalbaar zijn. Mogen we ervan uitgaan dat aanbieders een redelijke termijn krijgen om de opgevraagde informatie aan het zorgkantoor te verstrekken?

Het zorgkantoor gaat er van uit dat de gevraagde informatie als bedoeld in artikel 10 lid 2 sub a verstrekt wordt zodra de zorgaanbieder daar over beschikt.

In art. 10 lid 2 sub e wordt ingegaan op onderaannemers. In het landelijke voorgeschreven format voor de jaarrekening worden de opbrengsten verkregen uit zorgverlening verricht door onderaannemers niet separaat opgenomen. Omwille van concurrentiegevoelige informatie willen wij deze gegevens ook niet openbaar maken. In de Nvl Wlz inkoop 2016 en 2017 is aangegeven dat deze gegevens niet hoeven te worden opgenomen in een openbaar rapport, maar enkel tussen het Zorgkantoor en de zorgaanbieder moeten worden uitgewisseld. We nemen aan dat deze werkwijze mag worden gehandhaafd. Kunt u dat bevestigen?

Deze werkwijze wordt gehandhaafd.

Artikel 10 lid 2 onder f: De kwaliteitswet is vervangen door de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. In deze laatste is de verplichting voor het opstellen van een kwaliteitsjaarverslag vervallen. De zorgaanbieder levert wel via de prestatie indicatoren gegevens aan die inzicht geven in de kwaliteit van de zorg. De relevantie van dit deel van artikel 10 is niet duidelijk en wij verzoeken dit te schrappen.

Voor de sector GGZ gaat het om prestatie indicatoren voor zover van toepassing.

In art. 10 lid 2 onder f is beschreven dat het kwaliteitsverslag uiterlijk 30 juni aangeleverd dient te zijn. In het zorginkoopdocument 2018 van een zorgkantoor wordt de datum 31 mei gehanteerd. Gelieve aan te geven welke datum voor de aanlevering van het kwaliteitsverslag zal gelden.

In de overeenkomst is geen onderscheid gemaakt voor V&V en GZ. Voor de sector VV is er sprake van het aanleveren van een kwaliteitsplan met als datum 31 december van jaar t. Daarnaast moet er een kwaliteitsverslag aangeleverd worden uiterlijk 1 juli van jaar t + 1. Voor de GZ sector geldt dat er een kwaliteitsrapport moet worden aangeleverd voor 1 juni van jaar t + 1.

Artikel 10 lid 2 onder a: De zorgaanbieder is van oordeel dat enkel de openbare rapportages van de inspectie toegankelijk zijn. Niet openbare rapportages bevatten geregeld informatie die tot de persoon van de patiënt dan wel van de medewerker herleidbaar zijn, en daarmee niet geschikt voor openbaarmaking. De aanwezigheid van derden bij de gesprekken tussen het bestuur en de toezichthouder is niet opportuun, mede ook vanwege de bescherming van de privacy van persoonsgegevens. De zorgaanbieder stelt derhalve voor om dit onderdeel van artikel 10 te herformuleren en de laatste zin niet op te nemen.

De tekst wordt niet aangepast. Als er sprake is van privacygevoelige informatie in een rapport, wordt nader bekeken hoe hier mee om te gaan. In een drie-gesprek maken IGZ, zorgkantoor en zorgaanbieder afspraken hoe hiermee om te gaan.

Artikel 11: wat is het Informatiemodel? Hoewel met hoofdletters geschreven, is deze term niet opgenomen bij de definities.

Het Informatiemodel was voorheen het BEP-model. In dit Informatiemodel staan de bedrijfs-, operationele en technische regels en standaarden. Het betreft de naam van het model zoals die o.a. gehanteerd wordt door Zorginstituut Nederland en geen definitie zoals opgenomen in artikel 1 van deel III van de overeenkomst.

In de voorgaande jaren is aan de bevoegdheid in art. 12 een maximum verbonden in Nvl 2016 en 2017, namelijk een termijn van 5 jaar. We gaan ervan uit dat dat nog steeds geldt. Klopt dat?

Als er geen nadere bepalingen zijn opgenomen geldt de wettelijke verjaringstermijn van 5 jaar.

Artikel 14 lid 4: Naar welk artikel 3.1.1 wordt verwezen?

Van de Wlz.

Artikel 15 lid 3: Wie worden bedoeld met Partijen in de zin van dit artikel? Als we kijken naar het bepaalde in de begrippenlijst zou dit gaan om het zorgkantoor zelf en wij als zorgaanbieder, maar dit lijkt onlogisch in het licht van de rest van dit artikel. Kunt u dit toelichten?

Bedoeld worden relevante samenwerkende partijen in het kader van de fraudebestrijding zoals VWS en NZa.

Welke sanctie (artikel 16 lid 4 van de overeenkomst) van een tariefskorting van maximaal 5% wordt in welke situatie opgelegd? Kunt u uw sanctiebeleid nader specificeren?

Er wordt op voorhand niet aangegeven in welke situatie, welke maatregel wordt gehanteerd omdat het maatwerk is.

In artikel 20 lid 3 van de Overeenkomst is de Onafhankelijke Geschillencommissie toegevoegd. Wij hebben begrepen dat de zorgverzekeraars en brancheorganisaties hebben afgesproken de geschillencommissie breder toe te passen. Per 1 april 2017 kunnen geschillen over de contractering, zowel bij het sluiten als de naleving van zorgovereenkomsten, aan de Geschillencommissie worden voorgelegd. Wij verzoeken u de Geschillencommissie, naast de mogelijkheid van een kortgedingprocedure bij de rechtbank te Den Haag, toe te voegen aan het Inkoopkader ten aanzien van de eerste (paragraaf 3.7.2) en tweede (paragraaf 3.9) vervaltermijn. Gaat u dat aanpassen? Zo nee, waarom niet?

In het Convenant Onafhankelijke geschilleninstantie zorgcontractering is een regeling getroffen voor de beslechting van contractuele en precontractuele geschillen in het kader van zorgcontractering. Die regeling is met ingang van 1 april 2017 ook van toepassing voor de uitvoering van de Wlz. Wij erkennen dat het mogelijk is om in een arbitrageprocedure een kort geding op te nemen. Wij menen evenwel dat er juridische redenen zijn waarom die mogelijkheid niet geboden is in het inkoopkader voor de Wlz. Wil een arbitrale beslissing het gezag hebben van een rechterlijke uitspraak, dan dienen de partijen die een geschil hebben, uitdrukkelijk voor arbitrage gekozen hebben. Ontbreekt die duidelijke wilsuiting, dan is een arbiter niet bevoegd en kan de beslissing vernietigd worden. In rechtspraak en literatuur over het arbitraal kort geding wordt om die reden onderscheid gemaakt tussen een kort geding als een arbitrageprocedure aanhangig is een zelfstandig kort geding. Wij

hebben vastgesteld dat het NAI reglement dit onderscheid ook maakt in artikel 35, eerste en tweede lid. Voor geschillen in het kader van een inkoopprocedure is de reguliere procedure dat in kort geding tegen een onwelgevallige beslissing wordt opgekomen. Dat betekent dat een teleurgestelde partij niet gedwongen is een bodemprocedure aanhangig te maken om vervolgens in dat kader een voorlopige voorziening te vragen. Wij hebben ervoor gekozen niet van een zorgaanbieder te verlangen dat hij een bodemprocedure aanspant omdat het leidt tot een verzwarende van lasten. Wij vinden dat bovendien niet te verenigen met de belangen van de andere bij de inkoopprocedure betrokken partijen.

Blijft dus de mogelijkheid van een zelfstandig kort geding over: ofschoon wij erkennen dat die mogelijkheid in theorie bestaat, hebben wij ook vastgesteld dat noch het Convenant noch het model voor de arbitrageovereenkomst een zelfstandig kort geding mogelijk maken. Nu zulks niet uitdrukkelijk is bepaald, ontbreekt in het model voor de overeenkomst de wettelijk vereiste grondslag om te voorkomen dat een arbitrale beslissing aan vernietiging blootstaat. Wij willen dat risico niet nemen om reden van de belangen die op het spel staan.

Met uitzondering van de Friesland zullen zorgkantoren dus in de precontractuele fase van de inkoopprocedure 2018 niet de mogelijkheid openen geschillen voor te leggen aan de geschilleninstantie.

Artikel 20 lid 7: Kan deze bepaling nader geconcretiseerd worden door aan te geven om welke documenten dit gaat en wat de onderlinge rangorde dan is? Het zou logisch zijn dat bijvoorbeeld vragen die over de documenten worden gesteld en die tot wijziging leiden van die documenten, in rangorde voorgaan op de oudere documenten. Graag ontvangen wij een verduidelijking van deze bepaling.

Het betreft de in het kader van deze inkoopprocedure gepubliceerde en te publiceren documenten, zoals ook genoemd in de overeenkomst in deel 1A.

"In lid 3 wordt geëist dat een kwaliteitsplan voor 31 december jaar t moet zijn aangeleverd. Deze eis komt niet terug in het inkoopdocument op blz 20 (Deelname aan het kwaliteitskader). Deze eis komt ook niet terug op blz.16 van de overeenkomst onder artikel 10 lid 2f Welk document is nu leidend en inkoopdocument of de overeenkomst? Indien de overeenkomst leidend is welk artikel is dan weer bepalend? Moet er binnen de GHZ sector op 31 december jaar t een kwaliteitsplan worden aangeleverd?

In de overeenkomst is geen onderscheid gemaakt voor V&V en GZ. Voor de sector VV is er sprake van het aanleveren van een kwaliteitsplan met als datum 31 december van jaar t. Daarnaast moet er een kwaliteitsverslag aangeleverd worden uiterlijk 1 juli van jaar t + 1. Voor de GZ sector geldt dat er een kwaliteitsrapport moet worden aangeleverd voor 1 juni van jaar t + 1.

"Verleende zorg in onderaanneming komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien vooraf schriftelijke toestemming is verleend door het zorgkantoor. Voor onderaanneming bij crisiszorg geldt een uitzondering. De voor crisiszorg gecontracteerde zorgaanbieders hebben een meldplicht". Geldt de uitzondering niet voor HV in onderaannemerschap? Moet daarvoor schriftelijk toestemming verleend worden?

De uitzondering in de vorm van een meldplicht geldt niet voor HV (huishoudelijke hulp).

U beschrijft dat WLZ-zorgaanbieders vanaf 2018 moeten voorzien in trombosezorg en dat zij dat zelf kunnen organiseren door de zorg in te kopen bij trombosediensten. Valt deze constructie onder onderaanneming en zo ja, geldt daarvoor dat er vooraf schriftelijke toestemming gegeven moet worden door het zorgkantoor?

Ja, voor zorg die een zorgaanbieder niet zelf levert gelden de regels rondom onderaannemerschap tenzij daarvoor een uitzondering is beschreven.

De regels voor onderaanneming zijn van toepassing als de zorgaanbieder een deel van de ingekochte zorg laat uitvoeren door een andere partij. Geldt de voorwaarde van schriftelijke toestemming vooraf ook voor incidentele situaties, bijvoorbeeld wanneer een MPT-client een week op vakantie gaat en het MPT geleverd krijgt door een andere zorgaanbieder die daarvoor een factuur stuurt naar de dossierhouder?

Ja, voor zorg die een zorgaanbieder niet zelf levert gelden de regels rondom onderaannemerschap tenzij daarvoor een uitzondering is beschreven. Incidentele inzet van onderaannemers in het kader van vakantie hoeft niet bij het zorgkantoor gemeld te worden.

“Als de IGZ voornemens is maatregelen te treffen moet het zorgkantoor per omgaande hierover geïnformeerd worden. De zorgaanbieder stemt ermee in dat het zorgkantoor deel kan nemen aan de bestuursgesprekken tussen de IGZ en de zorgaanbieder, wanneer de situatie daar aanleiding toe geeft.” Voor ons als zorgaanbieder is het lastig vooraf toestemming te geven op dit onderwerp. Per situatie willen wij met IGZ en het zorgkantoor afstemmen welke partijen aan tafel zitten bij de bestuursgesprekken. Kunt u hiermee akkoord gaan?

Het betreft een kan-bepaling. Wanneer de situatie daartoe aanleiding geeft, biedt dit ruimte om met elkaar in gesprek te gaan wanneer deelname van het zorgkantoor aan het gesprek noodzakelijk wordt geacht.

De zorgaanbieder beschikt over een systeem van informatievoorziening dat borgt dat periodiek beschikbaar komende informatie over de zorgaanbieder, de door hem geleverde zorg en de kwaliteit van de zorg met in achtneming van de relevante kwaliteitskaders terstond aan het zorgkantoor ter beschikking wordt gesteld. Wij zullen aan deze wens voldoen voor zover dit binnen reële mogelijkheden blijft. Wij verzoeken u met dit uitgangspunt in te stemmen.

In het algemeen geldt dat redelijkheid en billijkheid onderdeel zijn van deze overeenkomst.

In de concept overeenkomst staat als voetnoot: Zorgkaart Nederland per 1-1-2018 tenzij anders overeengekomen met de relevante veldpartijen. De VGN heeft in deze geen advies gegeven. Betekent dit dat het dan niet hoeft?

Totdat er iets anders met partijen is overeengekomen, geldt voor alle sectoren het bepaalde rondom Zorgkaart Nederland.

lid 5 beschrijft 'zorgaanbieder wijst klant op (mogelijkheden) onafhankelijke cliëntondersteuning.' Mag de zorgaanbieder de klant ook naar deze cliëntondersteuning van het zorgkantoor verwijzen als de cliënt met een hoge chronische zorgvraag vanuit de Zvw niet wenst over te stappen naar de Wlz?

Natuurlijk kan het zorgkantoor en de zorgverzekeraar de betreffende cliënt van informatie voorzien.

Dienen wij voor 1 juli 2018 ons visitatierapport van het kwaliteitssysteem toe te sturen, wanneer het kwaliteitskader nog niet op jou als zorgaanbieder van toepassing is?

De datum van 1 juli 2018 heeft betrekking op het Kwaliteitsjaarverslag 2017 voor zorgaanbieders die vallen onder de reikwijdte van het vigerende kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Visitatierapporten voortkomend uit andere kwaliteitssystemen kunnen door het zorgkantoor opgevraagd worden.

In de overeenkomst staat de volgende passage: "Indien wordt afgeweken van de geïndiceerde zorg dan kan dit pas na instemming van de klant en na schriftelijke goedkeuring van het zorgkantoor geleverd worden een en ander in overeenstemming met het bepaalde in het Voorschrift Zorgtoewijzing." Ten eerste is het volgens ons zo dat als afgeweken wordt van de geïndiceerde zorg er, in afstemming met de patient, een herindicatie wordt aangevraagd bij het CIZ. Ten tweede hebben wij de indruk dat dit voorschrift te maken heeft met het leveren van zorg thuis. Aangezien we als GGZ-aanbieder alleen "intramurale behandeling" graag duidelijkheid in hoeverre dit voorschrift ook op ons van toepassing is.

Het Voorschrift Zorgtoewijzing is van toepassing op alle leveringsvormen en sectoren binnen de Wlz.

"U schrijft: Teneinde aan deze verplichtingen te kunnen voldoen, beschikt de zeder over voldoende gekwalificeerd personeel. Wat verstaat u precies onder voldoende gekwalificeerd personeel? Overigens gaan wij er van uit dat het woord 'zeder' gelezen moet worden als zorgaanbieder. Is dit correct?"

De zorgaanbieder heeft daarin een eigen verantwoordelijkheid en moet daarbij aansluiten bij de relevante kwaliteitskaders. Het is juist dat 'zeder' gelezen moet worden als 'zorgaanbieder'.

Bestuursverklaring

Bijlage 2 onderaanneming

Moet deze bijlage worden aangeleverd wanneer er sprake is van wijzigingen in het geval van een bestaande aanbieder met een meerjarige overeenkomst?

Ja, zorgkantoren gaan er van uit dat wijzigingen in verband met onderaanneming worden doorgegeven.

Aan de zorgaanbieder wordt gevraagd een overzicht aan te leveren van onderaannemers en materialiteit. In het kader van beperking van regeldruk wordt gevraagd waarom een aparte registratie hiervan nog wenselijk is? Dit draagt niet bij aan goede zorg en kan ook als een kader aan de zorgaanbieder worden meegegeven. Wij maken bezwaar tegen de extra regeldruk die dit met zich meebrengt.

Zorgkantoren willen inzicht in de totale zorgverlening, inclusief de zorgverlening door onderaannemers. Registratie is derhalve wenselijk.

Wat is in het kader van regeldruk nog de meerwaarde van een bestuursverklaring en een instemmingsverklaring? Is het meegeven van algemene kaders inzake wet- en regelgeving niet voldoende? B.v. de governancecode moet aan worden voldaan, waarom nog een aparte verklaring?

Wij beschouwen invulling van een bestuursverklaring en een instemmingsverklaring niet als regeldruk.

Wat wordt verstaan onder het volledig pakket laten leveren bij onderaanneming ZZP of VPT? Dit betekent dat de zorg voor 100% wordt geleverd door een onderaannemer.

VOG RP

De vereiste is dat de zorgaanbieder beschikt over een VOG RP.# Vraag: Volstaat de VOG van voorgaand jaar hiervoor? Of moet een nieuwe worden aangevraagd?

Een VOG mag niet ouder zijn dan 1 januari 2017.

Reikwijdte Kwaliteitskader verpleeghuiszorg?

In de Bestuursverklaring (bijlage 2A, pag. 3) staat dat de zorgaanbieder waarop (nog) geen kwaliteitskader van toepassing is systematisch aan de kwaliteit van zorg werkt en dit borgt door het werken met een kwaliteitssysteem, voorzien van een externe visitatie. Kunt u concreet aangeven voor de branche VV welke zorgaanbieders u hiertoe rekent?

Het kwaliteitskader is van toepassing op zorgaanbieders die intramurale en extramurale zorg leveren in een geclusterde setting. Het kader is niet van toepassing op aanbieders die alleen extramurale zorg bieden.

Het is eigenlijk niet mogelijk om de bestuursverklaring 2018 te tekenen, omdat er niet voldaan kan worden aan het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, omdat de noodzakelijke middelen vooralsnog ontbreken. Zo blijkt ook uit de brief van de Staatssecretaris van 31-05-17. Hoe gaat het Zorgkantoor daarmee om?

Zorgkantoren gaan er van uit dat zorgaanbieders volgens de methodiek van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg gaan werken, zonder vooruit te lopen op de uitkomsten.

Geschiktheidseisen

"kunnen we als bestaande zorgaanbieder die continuïteit nastreeft in aanmerking komen voor een overeenkomst terwijl we een aanwijzing hebben van de NZa? "

Ja, dat is mogelijk.

Aangegeven wordt dat er geen sprake mag zijn van een bestuursrechtelijke van de IGZ of een tuchtrechterlijke of strafrechtelijke maatregel. Geldt dit alleen voor de zorgonderdelen die betrekking hebben op de WLZ of de organisatie breed?

Dit inkoopdocument heeft betrekking op de Wlz. IGZ maatregelen die enkel betrekking hebben op bedrijfsonderdelen van de inschrijvende zorgaanbieder die geen Wlz zorg leveren, zijn derhalve geen beletsel voor de inschrijving. Deze geschiktheidseisen hebben wij hebben wij gespecificeerd naar nieuwe zorgaanbieders.

Als een van de geschiktheidseisen wordt gesteld dat de zorgaanbieder adequaat verzekerd dient te zijn voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000,- (per gebeurtenis), of heeft deze verzekering aantoonbaar vanaf de ingangsdatum van de overeenkomst. In hoeverre is in de verzekering een maximering toegestaan van het maximaal verzekerde bedrag?

De geschiktheidseis geeft alleen de ondergrens aan, het is dus toegestaan dat een maximering gehanteerd wordt.

Bijlage 4

Onder de gemeenten die onder de regio Nijmegen (VGZ) vallen wordt Groesbeek genoemd. Dit moet de gemeente Berg en Dal zijn.

Bijlage aanpassen: Groesbeek moet Berg en Dal worden.

Overig

"U schrijft: De zorgaanbieder beschikt over een meervoudige Raad van Toezicht welke is vastgelegd in de statuten en het handelsregister. Wat verstaat u onder 'meervoudig'? Meerdere Raden van Toezicht, of meerdere leden binnen de Raad?"

Meervoudig moet gelezen worden als meerkoppig dus meer dan één persoon.

Declaratieprotocol

Er zijn geen vragen binnengekomen