

# Samen waarde toevoegen voor klanten

## Aanvulling 2019 Inkoopkader Wet langdurige zorg 2018-2020 voor nieuwe zorgaanbieders

Aanvulling op het inkoopkader voor de contractering  
van zorgaanbieders die voor 2018 nog geen overeenkomst  
hebben met één van de zorgkantoren voor het leveren  
van Wlz-zorg

Zorgverzekeraars Nederland  
1 juni 2018

# Inhoudsopgave

## Inhoud

0.	Inleiding .....	3
1.	Wat zijn de beleidsmatige ontwikkelingen in 2019?.....	4
1.1	In de dialoog blijft de kwaliteitsverbetering voor de klant centraal staan.....	4
1.2	Voor 2019 zijn geen extra middelen voor ontwikkelruimte voor GZ en GGZ beschikbaar .....	5
2.	Hoe maken we afspraken met zorgaanbieders voor 2019?.....	6
2.1	Welk zorgkantoor contracteert welke zorg? .....	6
2.2	Hoe komen we tot het tariefpercentage voor 2019? .....	6
2.3	Hoe komen we tot afspraken over het volume en hoe worden de afspraken vastgelegd in het budgetformulier?.....	6
2.4	Welke overeenkomsten sluiten wij met nieuwe zorgaanbieders? .....	6
3.	Welke procedure geldt voor het verkrijgen van een overeenkomst 2019 .....	7
3.1	Welk tijdpad geldt voor de contractering 2019? .....	7
4.	Extra middelen voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg.....	9
4.1	Welke extra middelen zijn er voor de verpleeghuiszorg?.....	9
4.2	Hoe zit het met het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg? .....	9
4.3	Hoe zit het met het ontwikkelbudget vanuit de transitie-middelen?.....	15
5.	Bijlagen .....	17

## **o. Inleiding**

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

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

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

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

### **Hoe moet ik me voorbereiden op een overeenkomst Wlz 2019?**

Om in aanmerking te komen voor een overeenkomst Wlz voor 2019 is het van belang kennis te nemen van:

- het landelijke inkoopkader Wet langdurige zorg voor nieuwe zorgaanbieders 2018-2020;
- aanvulling 2019 bij het landelijk inkoopkader wet langdurige zorg voor nieuwe zorgaanbieders 2018;
- het inkoopbeleid van het betreffende zorgkantoor 2019;
- het beleidskader van de zorgkantoren.

# 1. Wat zijn de beleidsmatige ontwikkelingen in 2019?

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

### We vertrouwen zorgaanbieders in hun streven naar betere kwaliteit voor klanten

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

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

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

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

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

### We blijven sturen op 'leren en verbeteren'

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

### Er zijn extra middelen beschikbaar voor verpleeghuiszorg

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

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

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

## 2. Hoe maken we afspraken met zorgaanbieders voor 2019?

### 2.1 Welk zorgkantoor contracteert welke zorg?

#### **Nieuwe zorgaanbieders schrijven in bij die zorgkantoren die verantwoordelijk zijn voor de regio waarbinnen de zorg geleverd wordt**

Wij vragen nieuwe zorgaanbieders in te schrijven bij die zorgkantoren die verantwoordelijk zijn voor de regio waarbinnen de zorg geleverd wordt. Er zijn zorgkantoren die de Wlz uitvoeren in meerdere zorgkantorregio's. Indien u in meerdere van die regio's inschrijft, zullen er afspraken gemaakt worden door het desbetreffende zorgkantoor over de levering binnen die verschillende regio's. Levert u zorg in meerdere regio's waar ook meerdere zorgkantoren verantwoordelijk voor zijn, dan dient bij alle zorgkantoren ingeschreven te worden. Indien er in dit laatste geval op het grensgebied tussen die zorgkantoren vraagstukken ontstaan, bijvoorbeeld een toevallige klant in een andere regio, alleen dagbesteding in een andere regio of anderszins dan verzoeken wij dit bij de inschrijving aan te geven zodat we tot een voor alle partijen werkbare oplossing kunnen komen.

### 2.2 Hoe komen we tot het tariefpercentage voor 2019?

#### **Voor 2019 stellen zorgkantoren het tariefpercentage regionaal vast**

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

#### **De NHC/NIC 2019**

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

### 2.3 Hoe komen we tot afspraken over het volume en hoe worden de afspraken vastgelegd in het budgetformulier?

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

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

### 2.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met nieuwe zorgaanbieders?

#### **Nieuwe zorgaanbieders die voldoen aan de voorwaarden krijgen een overeenkomst tot en met 31 december 2019**

Als de nieuwe zorgaanbieder voldoet aan hetgeen is opgenomen in de bestuursverklaring, dit onderbouwt met de gevraagde documenten en akkoord gaat met de conceptovereenkomst Wlz 2019 komt hij in aanmerking voor een overeenkomst (eventueel onder voorwaarden) tot en met 31 december 2019.

### 3. Welke procedure geldt voor het verkrijgen van een overeenkomst 2019

In dit hoofdstuk leest u welke stappen u moet nemen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst voor de Wlz 2019. We starten hieronder met het tijdpad voor de contractering 2019. De procedure voor zorgaanbieders die willen inschrijven voor 2019 en voor tussentijdse contractering gedurende 2019 leest u in het inkoopkader dat vorig jaar is opgesteld.

#### 3.1 Welk tijdpad geldt voor de contractering 2019?

De contractering voor 2019 kent het volgende tijdpad:

Fase	Wie	Datum
Publicatie landelijke kaders	ZK*	1 juni 2018
Indienen van vragen t.b.v. Nota van Inlichtingen	ZA*	21 juni 2018
Nota van Inlichtingen	ZK	29 juni 2018
Inschrijving nieuwe zorgaanbieders	ZA	Uiterlijk 1 augustus 2018 17.00 uur
Gesprek over contractering en voorwaarden, bij voorkeur op locatie nieuwe zorgaanbieders	ZK/ZA	Uiterlijk 3 oktober 2018
Voorlopige contractering (eenjarige overeenkomst)	ZK	Uiterlijk 10 oktober 2018
Definitieve contractering en indiening budgetformulier bij NZa	ZK	1 november 2018

\*ZK = Zorgkantoor | ZA = Zorgaanbieder

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

#### **Als u per 1 januari 2019 een overeenkomst wilt, schrijft u zich in uiterlijk 1 augustus 2018 17.00 uur**

Wanneer u met ingang van 1 januari 2019 in aanmerking wilt komen voor een overeenkomst, dan kunt u zich uiterlijk 1 augustus 2018 inschrijven bij het zorgkantoor in de regio waar uw klanten woonachtig zijn.

#### **Als u in 2019 tussentijds een overeenkomst wilt, schrijft u zich in uiterlijk 1 augustus 2019**

Indien u voor het lopende jaar (2018) tussentijds wilt contracteren, betekent dit dat uw inschrijving uiterlijk 1 augustus 17.00 uur van hetzelfde jaar (2018) ingediend moet worden. Dit heeft te maken met de productieafspraken die op 1 november 2018 bij de NZa ingediend moeten worden. Voor de procedure voor tussentijds contracteren verwijzen wij u naar het regio specifieke kader.

#### **Nieuwe zorgaanbieders dienen een volledig ingevulde en ondertekende bestuursverklaring in.**

Zij verklaren hiermee:

- aan de gestelde geschiktheidseisen te voldoen
- aan wet- en regelgeving te voldoen
- akkoord te gaan met de overeenkomst en
- dat er geen uitsluitingsgronden op hen van toepassing zijn.

De bestuursverklaring vormt bijlage 2a bij dit kader voor de contractering 2019. Nieuwe zorgaanbieders moeten documenten ter onderbouwing van hetgeen verklaard in de bestuursverklaring meesturen evenals

een ondernemingsplan. Bij de inschrijving is het van belang dat u de procedure voor inschrijving goed doorleest, de inschrijving volledig is en alle gevraagde documenten bij de inschrijving worden aangeleverd.

### **Wijzigingen in Addendum bij het Inkoopkader Wet Langdurige Zorg 2018 voor nieuwe zorgaanbieders**

Wat u aan moet leveren bij inschrijving en aan welke voorwaarden dit moet voldoen, vindt u in het Addendum van het Inkoopkader Wet Langdurige Zorg 2018 voor nieuwe zorgaanbieders. Dit addendum is nog van toepassing. De wijzigingen op dit addendum zijn:

- Het gaat om de Bestuursverklaring 2019 en niet meer om die van 2018.
- Bij Privacybeleid is: 'Het beleid voldoet aan de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)' verandert in 'Het beleid voldoet aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)'.
- Vragenlijst IGZ voor nieuwe zorgaanbieders is geworden: Vragenlijst IGJ voor nieuwe zorgaanbieder.
- De zorgaanbieder heeft op de datum van inschrijving een schadeverzekering afgesloten voor aansprakelijkheid jegens (nabestaanden van) patiënten of cliënten voor onder de overeenkomst geleverde zorg, ter hoogte van minimaal € 2.500.000,- (per gebeurtenis). De verzekering dient uiterlijk vanaf de ingangsdatum van de overeenkomst in te gaan.
- De VOG RP mag niet ouder zijn dan 1 januari 2018 en is specifiek aangevraagd ten behoeve van de deelname aan deze inkoopprocedure.
- Financieel plan:
  - jaarrekeningen 2016 en 2017 (tenzij startende organisatie waar nog geen jaarrekening van is vastgesteld).
  - jaarrekening eventuele moedermaatschappij 2016 en 2017.
  - begroting voor 2019.



## 4. Extra middelen voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg

### 4.1 Welke extra middelen zijn er voor de verpleeghuiszorg?

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

#### Extra middelen voor de verpleeghuiszorg

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

### 4.2 Hoe zit het met het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg?

Het kwaliteitsbudget (betreft de extra middelen die beschikbaar zijn voor de verpleeghuiszorg, landelijk € 600 miljoen voor 2019) is bedoeld voor de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. In het door VWS opgestelde 'Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis' is beschreven hoe de middelen<sup>3</sup> moeten worden aangewend. Dit betekent voor 2019 dat minimaal 85% van deze middelen (€ 510 miljoen voor 2019) bestemd is voor de inzet van extra zorgpersoneel. Maximaal 15% van deze middelen (€ 90 miljoen voor 2019) kan breder ingezet worden gericht op verbetering van de kwaliteit in lijn met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

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

<sup>1</sup> De NZa formuleert beleidsregel voor het kwaliteitsbudget. Echter op moment van publicatie is deze nog niet beschikbaar.

<sup>2</sup> De NZa formuleert beleidsregel voor het ontwikkelbudget vanuit transitiebudgetten. Echter op moment van publicatie is deze nog niet beschikbaar.

<sup>3</sup> Inzet van middelen beschreven in 'Programmaplan – Thuis in het Verpleeghuis' pagina 28, hoofdstuk 4.2, 3<sup>e</sup> alinea.

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

#### **4.2.1. Voor nieuwe zorgaanbieders wordt bij aanvang van 2019 een kwaliteitsbudget gereserveerd**

Het zorgkantoor reserveert een apart bedrag voor nieuwe zorgaanbieders. Voor nieuwe zorgaanbieders wordt tot maximaal 6% van de te verwachten productie van ZZP's en VPT's VV4 t/m VV10 gereserveerd voor het kwaliteitsbudget. Voor deze berekening wordt onder andere het ondernemingsplan gebruikt.

#### **4.2.2 Zorgaanbieders stellen het kwaliteitsplan op inclusief een verbeterparagraaf per locatie**

Zorgaanbieders maken jaarlijks een kwaliteitsplan<sup>4</sup>, waarin zij onder andere de verbeteringen beschrijven die zij per locatie willen realiseren. Dit kwaliteitsplan wordt uiterlijk 31 december voor het komende jaar opgesteld. Zorgaanbieders bepalen op basis van hun eigen kwaliteitsplan welke verbeteringen ze willen realiseren, waar ze het kwaliteitsbudget voor in willen zetten en ze een aanvraag voor indienen. In de verbeterparagraaf wordt op locatieniveau een toelichting gegeven. De zorgaanbieder beschrijft in deze toelichting:

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

#### **4.2.3 Het kwaliteitsplan bevat een meerjarenbegroting voor het kwaliteitsbudget**

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

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

Het kwaliteitsbudget voor de verpleeghuiszorg is vooral bedoeld voor de inzet van extra zorgpersoneel. Onder zorgpersoneel vallen: behandelaren, verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, geestelijk verzorgenden, gastvrouwen en anderen. Uiteraard zijn ook vrijwilligerscoördinatoren, activiteitencoördinatoren van belang. Vanuit het kwaliteitsbudget kunnen de daadwerkelijke loonkosten of kosten van inhuur gefinancierd worden. Bij bestaande aanbieder gaat het om extra zorgpersoneel ten opzichte van 31-12-2018. Bij nieuwe aanbieder worden hiervoor afspraken op maat gemaakt.

---

<sup>4</sup> Onderwerpen in het kwaliteitsplan zijn beschreven in het "Programmaplan – Thuis in het Verpleeghuis" op pagina 15 in het kader.

In de meerjarenbegroting neemt de zorgaanbieder een onderbouwing op van de verwachte extra personeelskosten (per jaar) die in aanmerking komen voor vergoeding vanuit het kwaliteitsbudget.

- De begroting gaat uit van daadwerkelijke extra loonkosten voor het zorgpersoneel.
- Alleen de extra loonkosten voor het extra zorgpersoneel dat ingezet wordt voor klanten waarop het kwaliteitskader van toepassing is (groepen klanten met ZZP's en VPT's VV4 t/m VV10).
- Alleen extra FTE's uitgaande van gelijkblijvende klantpopulatie komen in aanmerking voor financiering vanuit de extra middelen. Als de klantpopulatie wijzigt dan wordt hiervoor op uniforme wijze gecorrigeerd.

Er wordt in samenspraak met Actiz een begrotings- en verantwoordingsmodel ontwikkeld dat gebruikt wordt voor de berekening van de extra loonkosten voor het personeel, dit model sluit aan bij de personeelsplanning van zorgaanbieders en het kwaliteitskader. Het ingevulde verantwoordingsmodel vormt hiermee mede de aanvraag voor het kwaliteitsbudget. In het verantwoordingsmodel is ook de klantpopulatie opgenomen, zodat indien nodig de extra loonkosten gecorrigeerd worden bij wijzigingen in de klantpopulatie. Het verantwoordingsmodel wordt zo spoedig mogelijk gepubliceerd; uiterlijk 11 juni 2018. Er volgt dan ook een toelichting op het proces van aanlevering van het verantwoordingsmodel.

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

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

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

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

Het kwaliteitsplan wordt uiterlijk 31 december van jaar t-1 door de zorgaanbieder aangeleverd bij het zorgkantoor. De zorgaanbieder kan het kwaliteitsplan 2019 ook eerder indienen, dit kan vanaf 1 september 2018. De aanvraag bevat naast het actuele kwaliteitsplan voor 2019 een meerjarenbegroting voor het kwaliteitsbudget.

#### **4.2.7 Zorgkantoren toetsen de aanvragen voor het kwaliteitsbudget zo snel mogelijk**

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



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

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

#### **4.2.9 Zorgaanbieders ontvangen een voorschot op het kwaliteitsbudget**

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

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

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

#### **4.2.11 Bij de herschikking in november kunnen de afspraken bijgesteld worden**

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

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

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

- Het resultaat kan achteraf tot een andere verdeling leiden. Dus niet 85/15%, bijvoorbeeld doordat minder extra personeel is ingezet dan verwacht

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

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

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

#### 4.2.14 De planning voor kwaliteitsbudget 2019 is op hoofdlijnen als volgt

Tijdspad	Fase
Vanaf 1 September - tot 31 december 2018	Aanleveren kwaliteitsplan inclusief begroting kwaliteitsbudget (aan de hand van verantwoordingsmodel, zie paragraaf 4.2.3 t/m 4.2.6)
1 september - 1 maart 2019	Gesprekken over kwaliteitsplannen en kwaliteitsbudget
Uiterlijk 8 maart 2019	Overeenstemming over het kwaliteitsbudget
1 april 2019	Afspraken in aanvullende overeenkomst
1 april 2019	Extra budgetronde NZa kwaliteitsbudget
31 mei, 31 juli en 31 oktober 2019	Informatie aanlevering zorgaanbieder over realisatie ten behoeve van voorschot, zie paragraaf 4.2.9
1 november 2019	Herschikking afspraken kwaliteitsbudget
1 april 2020	Informatie over realisatie kwaliteitsbudget incl. rapport van feitelijke bevindingen van de accountant
1 juni 2020	Definitieve verantwoording kwaliteitsbudget in nacalculatie

### 4.3 Hoe zit het met het ontwikkelbudget vanuit de transitiebudgetten?

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

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

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

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

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

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

- Advieskosten/consultancy
- Reguliere zorg waarvoor financiering aanwezig is

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

Zorgkantoren nemen het initiatief voor het organiseren van regionale bijeenkomsten. Alle zorgaanbieders voor verpleeghuiszorg (ZZP/VPT 4-10) worden uitgenodigd. Als er al overleggen met zorgaanbieders lopen (bijvoorbeeld t.a.v. arbeidsmarktproblematiek) dan kan hierbij aangesloten worden. Zorgkantoren en zorgaanbieders bepalen samen welke knelpunten in de betreffende regio het meest urgent zijn. Het gaat om vragen als welk aanbod er over een aantal jaar in de betreffende regio nodig is (kwalitatief en kwantitatief), welk personeel daarvoor nodig is en vervolgens welke instelling overstijgende knelpunten er zijn om dat te realiseren en welke oplossingen daar gezamenlijk voor geformuleerd kunnen worden. Het gaat daarbij onder andere om arbeidsmarktknelpunten, de inzet van ICT en technologie, vastgoedproblematiek, maar ook andere onderwerpen kunnen relevant zijn. Het ligt voor de hand dat dit regionale beeld gerelateerd is aan de kwaliteitsverbeteringen van individuele zorgaanbieders en vice versa. De zorgaanbieders die een rol willen spelen bij het oplossen van een knelpunt stellen vervolgens individueel of samen een plan van aanpak (inclusief begroting) op en dienen deze in bij het zorgkantoor. Het regionale zorgkantoor legt na overeenstemming over plan van aanpak en op welke wijze het ontwikkelbudget beschikbaar wordt gesteld, de afspraken schriftelijk vast. Met de inzet van de extra middelen kunnen de desbetreffende zorgaanbieders aan

---

<sup>5</sup> De NZa beleidsregels zijn op moment van publicatie nog niet beschikbaar.

de slag en daadwerkelijk oplossingen realiseren. Streven is om met een zo groot mogelijke groep consensus te bereiken over de inzet van de beschikbare middelen.

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

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

#### **4.3.5 Tussen partijen worden afspraken gemaakt over monitoring en verantwoording**

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

#### **4.3.6 De planning van het ontwikkelbudget is op hoofdlijnen als volgt**

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



## 5. Bijlagen

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