

# Samen waarde toevoegen voor klanten

## **Aanvulling 2020 Inkoopkader Wet langdurige zorg 2018 -2020 voor bestaande zorgaanbieders**

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

Zorgverzekeraars Nederland  
28 juni 2019, versie na Nota van Inlichtingen

# Inhoudsopgave

0.	Inleiding .....	3
1.	Wat zijn de beleidsmatige ontwikkelingen in 2020? .....	5
1.1	In de dialoog blijft de kwaliteitsverbetering voor de klant centraal staan.....	5
1.2	Voor 2020 zijn geen extra middelen voor ontwikkelruimte voor GZ en GGZ beschikbaar .....	6
2.	Hoe maken we afspraken met zorgaanbieders voor 2020? .....	7
2.1	Welk zorgkantoor contracteert welke zorg? .....	7
2.2	Hoe komen we tot het tariefpercentage voor 2020? .....	8
2.3	Hoe komen we tot afspraken over het volume? .....	9
2.4	Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders? .....	9
3.	Welke procedure geldt voor zorginkoop 2020? .....	10
3.1	Welk tijdpad geldt voor de procedure 2020? .....	10
3.2	Wat moet ik doen voor een overeenkomst Wlz 2020? .....	10
4.	Extra middelen voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg .....	12
4.1	Welke extra middelen zijn er voor de verpleeghuiszorg? .....	12
4.2	Hoe zit het met het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg? .....	13
4.3	Hoe zit het met het ontwikkelbudget vanuit de transitiebudgetten? .....	20
5.	Realiseren ambities programma volwaardig leven .....	24
5.1	Passend aanbod voor mensen met complexe zorgvraag .....	24
5.2	Zorgkantoren maken in 2020 extra maatwerkplaatsen mogelijk .....	25
5.3	Zorgkantoren werken toe naar een landelijke dekking van crisisinterventieteams .....	29
5.4	Expertise .....	30
6.	Bijlagen .....	32

## 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 2020 beide documenten te lezen. Specifiek verwijzen we naar hoofdstuk 4 voor de extra middelen kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Nieuw voor 2020 is het hoofdstuk 5 Realiseren ambities programma volwaardig leven.

#### Leeswijzer:

Dit document vervangt de aanvulling 2019. Ter bevordering van de leesbaarheid zijn de jaartallen in dit document aangepast en teksten vanuit de Nota van Inlichtingen toegevoegd. Als de tekst is gewijzigd ten opzichte van de aanvulling 2019 of ten opzichte van de toelichting in de Nota van Inlichtingen, dan is dit specifiek aangegeven als gearceerd tekstblok. Hiermee is direct zichtbaar wat nieuw beleid is voor het jaar 2020. Wijzigingen in de aanvulling 2020 naar aanleiding van de Nota van Inlichtingen 2020 zijn groen gearceerd. Hiermee is zichtbaar wat het uiteindelijke beleid voor 2020 is geworden.

Alleen over nieuw beleid kunnen door zorgaanbieders vragen worden gesteld.

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

Om het inkoopkader logisch en actueel te houden kiezen we er voor om niet alle achtergronden en informatie over relevante beleidsthema's in het inkoopdocument op te nemen. In het beleidskader geven we meer achtergronden bij specifieke onderwerpen binnen de Wlz en lichten we ons actuele beleid verder toe. Na publicatie van beleidsregels actualiseren we het beleidskader. We verwachten uiterlijk september 2019 een actuele versie te publiceren.



# 1. Wat zijn de beleidsmatige ontwikkelingen in 2020?

## 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 2020 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 2019 worden uiterlijk 1 juni 2020 gepubliceerd van de sector gehandicaptenzorg en uiterlijk 1 juli 2020 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.

### 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, om gerichte verbetering te stimuleren. We verwachten dat zorgaanbieders daadwerkelijk inzetten op gericht werken aan kwaliteitsverbetering zo nodig worden hierover met de zorgaanbieder maatwerkafspraken gemaakt. Als dit niet of tot onvoldoende resultaat leidt, 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.

### **Programma Plan Volwaardig Leven (GZ)**

Alle partijen streven in gezamenlijkheid naar een kwalitatief beter passend zorgaanbod voor mensen met een complexe zorgvraag die moeilijk plaatsbaar zijn. Het gaat hierbij om meer beschikbaarheid van voldoende passende plaatsen voor complexe zorg, het inzetten van ambulante crisisinterventieteams en het bevorderen en delen van kennis en expertise voor deze doelgroep. Op deze wijze ontstaat een landelijke dekkend geheel voor de complexe zorg en zullen deze klanten sneller op de juiste plaats in zorg genomen kunnen worden. Het ministerie van VWS stelt in 2020 en verder voor de uitvoering van deze activiteiten € 40 miljoen per jaar uit de groeimiddelen beschikbaar. In hoofdstuk 5 leest u op welke wijze zorgkantoren hieraan invulling geven.

### **Technologische innovatie**

Zorgkantoren hebben de taak om leren en verbeteren bij zorgaanbieders te stimuleren en kennisdeling over innovaties te bevorderen. Technologische innovaties bieden mogelijkheden voor meer eigen regie en kwaliteit van leven voor klanten in de langdurige zorg. In onze optiek dienen technologische innovaties niet alleen meer tijd voor zorg te geven, maar daarbij altijd ook bij te dragen aan een goede kwaliteit van leven van onze klanten, doordat zij langer eigen regie kunnen voeren. Daarnaast kunnen technologische innovaties bijdragen aan een betere communicatie tussen de klant en zijn netwerk (informeel en professioneel). Voor 2020 kiezen zorgkantoren er voor om

- in de dialoog met zorgaanbieders de innovatiekracht te stimuleren.
- de deelname aan regionale innovatieplatforms te stimuleren om ontwikkelingen te volgen en te versnellen.
- het leren van koplopers te stimuleren.

### **Van meer weten in 2020 naar meer sturen vanaf 2021**

Vanaf 2020 zal het thema innovatie een vast onderdeel worden van de dialoog met de zorgaanbieder over de kwaliteit van zorg. We verwachten van zorgaanbieders dat zij een visie op technologische innovaties in de zorg ontwikkelen en een werkwijze om van een idee tot een geïmplementeerde innovatie te komen. In de gesprekken met zorgaanbieders in 2020 gaan we dat stimuleren, om vanaf 2021 een meer actief sturende rol in te nemen.

### **Deelname aan regionale platforms**

Regionale innovatieplatforms zien wij als een goede manier om op de hoogte te blijven van ontwikkelingen op het gebied van innovaties en daarop invloed uit te oefenen. Daarbij vinden wij een uitwisseling tussen de verschillende Wlz-sectoren, productleveranciers en onderwijs essentieel. Zorgkantoren zullen niet alleen zorgaanbieders stimuleren hierin te participeren maar ook zelf actief deelnemen.

### **Leren van koplopers**

In de GZ zijn enkele (veelal grote) zorgaanbieders actief bezig met technologische innovaties. Dit zijn ook voor de V&V-sector koplopers. Zorgkantoren zien het als hun taak om kruisbestuiving tussen zorgaanbieders te faciliteren. Het start met de zorgkantoren zelf, we gaan kennis uitwisselen tussen de verschillende sectoren.

## **1.2 Voor 2020 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 van 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 2020?

### 2.1 Welk zorgkantoor contracteert welke zorg?

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

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

- De woonplaats is het uitgangspunt voor contractering en financiering: tekst vervalt.
- De woonplaats leidend maken kan grote impact hebben voor bestaande zorgaanbieders: tekst vervalt.

De tekst onder de kopjes 'wij contracteren zorgaanbieders bij voorkeur rechtstreeks' en 'het gebruik maken van derden voor het leveren van zorg moet gemeld worden', blijven van toepassing. Het nieuwe beleid wordt hieronder toegelicht.

#### Contracteren fysieke locatie (intramurale zorg en geclusterd VPT) per regio is het uitgangspunt voor de inkoop Wlz 2020

Voor de inkoop van intramurale zorg en geclusterd VPT wordt in 2020 uitgegaan van het contracteren van fysieke locaties per regio. Hieronder wordt verstaan dat er een contract wordt gesloten met het zorgkantoor dat verantwoordelijk is voor de betreffende regio waar de locatie gevestigd is. Voor een zorgkantoor met meerdere zorgkantoorregio's betekent het niet dat er met iedere zorgkantoorregio een afzonderlijke overeenkomst moet worden gesloten. De fysieke locatie waar intramurale zorg of geclusterd VPT geleverd wordt, bepaalt met welk zorgkantoor een contract moet worden afgesloten op basis van de in die regio geldende inkoopvoorwaarden (inclusief tarief). Hierbij gaat het om de feitelijke woonplaats van de klant en niet om het postadres van de klant.

#### Hoe is dat anders dan nu en wat verandert er?

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

#### Uitgangspunten voor de zorginkoop 2020

In de regel wordt intramuraal te verlenen zorg gecontracteerd in de regio waar de cliënt woont. Dit betekent dat voor alle fysieke locaties – intramuraal en geclusterde VPT<sup>1</sup> – een overeenkomst moet worden gesloten met, en de verleende zorg moet worden gedeclareerd bij het verantwoordelijk zorgkantoor in die regio waar de locatie is gevestigd. We maken hierop twee uitzonderingen:

- Gespecialiseerde zorgaanbieders met een expertisefunctie. Hierbij valt te denken aan BORG instellingen, klinieken voor intensieve behandelingen en ZG-instellingen, of zorgaanbieders gespecialiseerd in epilepsiezorg. Dit geldt alleen voor de capaciteit verbonden aan de expertise functie. Bijvoorbeeld BORGinstellingen: alleen de SGLVG behandelplaatsen behoren tot deze uitzondering, de andere plaatsen niet.

---

<sup>1</sup> Zorgkantoren zijn nog in afwachting van de definitie voor geclusterd wonen van VWS.

- Kleine woonlocaties in de GZ van 6 of minder personen met een Wlz-indicatie, tenzij de zorgaanbieder hier zelf om verzoekt.

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

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

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

Aan bovenstaand beleid rondom inkopen op fysieke locatie is in 2019 invulling gegeven. Voor 2020 blijft deze lijn gelijk. We vragen u conform de gestelde beleidslijn in te schrijven.

## 2.2 Hoe komen we tot het tariefpercentage voor 2020?

### Ook voor 2020 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 2020 zijn op het moment van publicatie van dit document nog niet bekend. Wij behouden ons daarom het recht voor om de tariefpercentages 2020 voor zorgprestaties aan te passen zodra de contracteerruimte en de NZa-beleidsregels bekend zijn.

Het kostenonderzoek van de NZa is inmiddels gepubliceerd, derhalve zijn de eerste twee zinnen van de vorige alinea voor het jaar 2020 niet van toepassing.

Voor het jaar 2020 zijn er geen wijzigingen in de landelijke inkoopssystematiek. In het regionale inkoopdocument van uw zorgkantoor leest u wat het tariefpercentage voor het jaar 2020 is.

VWS is voornemens de NZa een aanwijzing te geven om voor 2020 een prestatiebeschrijving voor niet-beïnvloedbare factoren te publiceren<sup>2</sup>. Deze prestatie is ten tijde van het publiceren van dit inkoopkader nog niet door de NZa gepubliceerd.

### De NHC/NIC 2020

In 2019 is voor de NHC/NIC een tariefpercentage van 100% gehanteerd. Dit percentage wordt voor het jaar 2020 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.

De laatste twee zinnen van de bovengenoemde alinea vervallen.

<sup>2</sup> [https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven\\_regering/detail?id=2019Z10142&did=2019D20913](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2019Z10142&did=2019D20913)



### 2.3 Hoe komen we tot afspraken over het volume?

Ook voor 2020 bepalen zorgkantoren regionaal welke initiële afspraken worden gemaakt voor 2020. Dit leest u in het regiospecifieke deel van het zorginkoopdocument van het zorgkantoor.

### 2.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?

De meeste zorgkantoren kennen de volgende scenario's

- Zorgaanbieders met een overeenkomst voor drie jaar (2018-2020).
- Zorgaanbieders die per 1 januari 2019 een eenjarige overeenkomst hebben of tussentijds gecontracteerd zijn in 2019, komen in principe in aanmerking voor een eenjarige overeenkomst voor 2020.
- Voor bestaande zorgaanbieders die per 2020 een overeenkomst aangaan met een ander zorgkantoor als gevolg van inkoop op fysieke locatie, wordt in principe de contractduur (en de eventuele gestelde landelijke contractvoorwaarden) van het reeds contracterende zorgkantoor overgenomen.

### 3. Welke procedure geldt voor zorginkoop 2020?

In dit hoofdstuk beschrijven we het tijdpad voor de zorginkoop 2020 en leest u wat wij van u verwachten. Zorgaanbieders met een overeenkomst die loopt tot en met 2020 hoeven alleen akkoord te gaan met de instemmingsverklaring. Zorgaanbieders met een overeenkomst die afloopt per 31 december 2019, volgen de inschrijfprocedure. Een toelichting volgt in dit hoofdstuk.

#### 3.1 Welk tijdpad geldt voor de procedure 2020?

De procedure voor zorginkoop 2020 kent het volgende tijdpad:

Fase	Wie	Datum
Publicatie landelijke kaders	Zorgkantoor	29 mei 2019
Indienen van vragen t.b.v. Nota van Inlichtingen	Zorgaanbieder	Uiterlijk 19 juni 2019
Nota van Inlichtingen	Zorgkantoor	28 juni 2019
Inschrijving nieuwe en instemming bestaande zorgaanbieders	Zorgaanbieder	Uiterlijk 1 augustus 2019 17.00 uur
Mogelijkheid tot gesprek over contractering en voorwaarden	Zorgkantoor/Zorgaanbieder	Uiterlijk 3 oktober 2019 afgerond
Beslissing toekenning overeenkomst (eenjarige/meerjarige overeenkomst)	Zorgkantoor	Uiterlijk 10 oktober 2019
Indiening budgetformulier bij NZa	Zorgkantoor	15 november 2019

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

#### 3.2 Wat moet ik doen voor een overeenkomst Wlz 2020?

**Zorgaanbieders met een overeenkomst 2018-2020 of 2019-2020 met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt, hoeven geen volledige inschrijving te doen.**

Zij kunnen volstaan met het indienen van een instemmingsverklaring uiterlijk 1 augustus 2019 17.00 uur bij dat zorgkantoor. Zorgaanbieders verklaren door het tekenen van de instemmingsverklaring dat:

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

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

### **Voor zorgaanbieders met een overeenkomst met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt, die op 31 december 2019 afloopt, geldt de bestuursverklaring**

Dit betreft alle zorgaanbieders met een eenjarige overeenkomst 2019 met het desbetreffende zorgkantoor. Zij verklaren door ondertekening van de bestuursverklaring onder andere aan de gestelde geschiktheidseisen te voldoen en dat er geen uitsluitingsgronden op hen van toepassing zijn. Wanneer zorgaanbieders voornemens zijn nieuw zorgaanbod te ontwikkelen, kan hierop een toelichting gevraagd worden bij de inschrijving.

### **Bestaande zorgaanbieders die in 2020 nieuw zijn bij het desbetreffende zorgkantoor vragen wij om een ondernemingsplan en een bestuursverklaring**

Bestaande zorgaanbieders die een overeenkomst willen sluiten met een nieuw zorgkantoor, leveren bij de inschrijving een beknopt ondernemingsplan (tenminste het bedrijfs- en financieel plan)<sup>3</sup> aan. Zorgkantoren vragen aan deze zorgaanbieders de bestuursverklaring te ondertekenen. Omdat deze zorgaanbieders reeds door een ander zorgkantoor zijn gecontracteerd voor het leveren van Wlz-zorg, is het niet nodig om informatie ter onderbouwing van de bestuursverklaring aan te leveren.

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

### **Moet ik documenten meesturen met de bestuurs- of instemmingsverklaring?**

Omdat u al een contract heeft voor 2019 hoeven er bij de inschrijving naast de bestuursverklaring of instemmingsverklaring geen aanvullende documenten te worden aangeleverd ter onderbouwing. Echter, indien er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten voor de contractering 2019 dient de zorgaanbieder dit wel te melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren. Zorgaanbieders moeten, wanneer er geen wijzigingen zijn, desgewenst de onderbouwende stukken genoemd in de bestuursverklaring aan het zorgkantoor op verzoek overleggen.

---

<sup>3</sup> Zie voor een nadere specificatie van het bedrijfs- en financieel plan de duiding in het addendum van het Landelijk inkoopkader 2018-2020 nieuwe zorgaanbieders.

## 4. Extra middelen voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg

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

VWS heeft voor de komende jaren extra middelen voor de verpleeghuiszorg beschikbaar gesteld. Voor de uitvoering van het kwaliteitskader door zorgaanbieders 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 uitvoering 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 uitvoering van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg<sup>4</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). Daarmee is € 435 miljoen verwerkt in de genoemde tarieven.
  - Voor 2019 is er € 600 miljoen beschikbaar in de vorm van een kwaliteitsbudget.
  - Voor 2020 wordt het kwaliteitsbudget met € 500 miljoen verhoogd tot € 1.100 miljoen. Hiervan wordt € 125 miljoen ingezet om zorgaanbieders te compenseren die in de inkomsten erop achteruit gaan als gevolg van de herijking van de tarieven. Dit betekent dat van het kwaliteitsbudget € 975 miljoen (€ 600 miljoen + € 375 miljoen) beschikbaar is voor extra personeel en andere investeringen in het kwaliteitskader.
  - Naar verwachting wordt het kwaliteitsbudget (totaal € 1.495 miljard) vanaf 2021 bekostigd via een kwaliteitstoelage op het tarief. Het resterende deel van de € 2,1 miljard is gereserveerd voor aanzuigende werking (€ 0,3 miljard) en demografische ontwikkeling (€ 0,25 miljard).
- € 50 miljoen per jaar (2018 tot en met 2021) vanuit de transitiebudgetten voor regionale knelpunten op het gebied van innovatie, ICT of arbeidsmarkt<sup>5</sup>, beschikbaar in de vorm van een ontwikkelbudget.
- W&T middelen voor zinvolle dagbesteding en deskundigheidsbevordering landen vanaf 2020 in de tarieven.

De uitkomsten van het NZa kostenonderzoek worden met ingang van 2020 verwerkt in de tarieven. Voor zorgaanbieders die door de herijking van de tarieven een lagere omzet hebben - uitgaande van het aantal prestaties (de ZZP's en VPT geclusterd) in 2018 (dat als basisjaar fungeert voor het kwaliteitsbudget) - komt er een compensatiecomponent. Deze compensatiecomponent (indien van toepassing) wordt als een vaste, niet-onderhandelbare component meegenomen in de definitieve berekening van het kwaliteitsbudget 2020. De compensatiecomponent wordt gelijktijdig met het gereserveerde initiële budget bekend gemaakt aan zorgaanbieders die hiervoor in aanmerking komen. Hierdoor kunnen zorgaanbieders het al werkzame personeel dat in basisjaar 2018 binnen de organisatie werkzaam was, behouden en financieren vanuit het kwaliteitsbudget.

<sup>4</sup> De vigerende NZa beleidsregels zijn van toepassing.

<sup>5</sup> De vigerende NZa beleidsregels zijn van toepassing.

## 4.2 Hoe zit het met het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg?

Het kwaliteitsbudget is bedoeld voor de uitvoering van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. In het door VWS opgestelde 'Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis' is beschreven hoe de middelen<sup>6</sup> moeten worden aangewend.

Het kwaliteitsbudget 2020 bedraagt landelijk € 1.100 miljoen, waarvan € 125 miljoen wordt ingezet voor de in paragraaf 4.1 genoemde compensatiecomponent. Van de resterende € 975 miljoen extra middelen is 85% bestemd voor de inzet van extra zorgpersoneel. Daarnaast kan 15% van deze middelen breder ingezet worden, gericht op verbetering van de kwaliteit in lijn met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Voor zorgorganisaties geldt als richtlijn 85%-15% voor inzet van het kwaliteitsbudget. Voor 2020 is door VWS besloten dat de richtlijn 85-15 het uitgangspunt blijft, maar dat op macroniveau een andere uitkomst aanvaardbaar is. Wel met de nadrukkelijke opdracht om in lijn met de bedoeling van het programma Thuis in het verpleeghuis te blijven handelen. Om in aanmerking te komen voor een andere verhouding dient de zorgaanbieder een overtuigende, onderbouwde en concreet uitgewerkte aanvraag op te nemen in zijn kwaliteitsplan.

Differentiatie tussen zorgaanbieders op basis van goedgekeurde aanvragen van extra middelen voor de uitvoering van 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 kaders van de € 975 miljoen bieden zorgkantoren hiervoor de ruimte. Dit betekent dat van de verhouding 85% - 15% bij de planvorming per zorgaanbieder afgeweken kan worden in overleg met het zorgkantoor. De zorgkantoren hebben hierbij de verantwoordelijkheid om er voor te zorgen dat het landelijk beschikbare kwaliteitsbudget niet overschreden wordt en de inzet van de beschikbare middelen in lijn is met de afspraken in het Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis.

### 4.2.1. Voor alle zorgaanbieders wordt bij aanvang van 2020 een kwaliteitsbudget gereserveerd

Voor alle zorgaanbieders wordt een initieel budget gereserveerd vanuit het kwaliteitsbudget<sup>7</sup>. Het gereserveerde initieel budget bedraagt circa 11% van de omzet van de productie van ZZP's en VPT's VV<sub>4</sub> t/m VV<sub>10</sub> (op basis van de nacalculatie 2018<sup>8</sup>). Het gereserveerde initiële budget wordt naar verwachting begin september bekendgemaakt nadat de contracteerruimte is vastgesteld en is vastgelegd in de nieuwe beleidsregels van de NZa. Een deel van het gereserveerde initiële budget kan bestaan uit de compensatiecomponent.

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

Zorgaanbieders maken jaarlijks een kwaliteitsplan<sup>9</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:

<sup>6</sup> Inzet van middelen beschreven in 'Programmaplan – Thuis in het Verpleeghuis' pagina 28, hoofdstuk 4.2, 3<sup>e</sup> alinea.

<sup>7</sup> Er is landelijk voor 2020 € 1.100 miljoen beschikbaar, zodra de NZa de middelen naar de zorgkantoren heeft verdeeld wordt de zorgaanbieder geïnformeerd over de initiële verdeling. De zorgkantoren reserveren een gedeelte van de financiële middelen voor nieuw te contracteren zorgaanbieders, de middelen zullen in de herschikking worden ingezet.

<sup>8</sup> Voor zorgaanbieders die in 2019 gestart zijn als Wlz zorgaanbieder en hierdoor geen afspraak in de nacalculatie 2018 hebben, geldt dat wordt uitgegaan van een percentage van de omzet van de productie van ZZP's en VPT's VV<sub>4</sub> t/m VV<sub>10</sub> in 2019 geëxtrapoleerd vanaf 1 juni 2019.

<sup>9</sup> Onderwerpen in het kwaliteitsplan zijn beschreven in het "Programmaplan – Thuis in het Verpleeghuis" op pagina 15 in het kader.

- 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 wordt onderbouwd met 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 aanvraag voor het kwaliteitsbudget wordt gedaan. De meerjarenbegroting wordt ingediend via het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg en vervolgens beoordeeld door het zorgkantoor. In de meerjarenbegroting is een SMART onderbouwing opgenomen van de voorstellen voor besteding van het kwaliteitsbudget per jaar. Hierbij is per voorstel aangegeven wat de kosten zijn. Het is belangrijk dat de begroting aansluit op het kwaliteitsplan. De aanvraag voor het kwaliteitsbudget mag hoger zijn dan het bedrag dat in eerste instantie per zorgaanbieder gereserveerd is, zie hiervoor 4.2.1 (circa 11% van de omzet van de productie). Het is van belang om het totaal van de verwachte extra kosten mee te nemen in de meerjarenbegroting. Dit omdat alleen kosten die onderdeel uitmaken van de aanvraag in de meerjarenbegroting (en goedgekeurd zijn door zorgkantoor) in aanmerking kunnen komen voor vergoeding van het kwaliteitsbudget. Hierbij dient de zorgaanbiederrekening te houden met hoe de aanvraag zich verhoudt tot een integraal maximum tarief per 2022.

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 of de transitie-middelen. Dubbele bekostiging is niet toegestaan

#### 4.2.4 Richtlijn is dat 85% van het kwaliteitsbudget is bestemd 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<sup>10,11</sup>. Vanuit het kwaliteitsbudget kunnen de daadwerkelijke loonkosten of kosten van inhuur gefinancierd worden.

Voor de loonkosten mogen de volgende kosten meegenomen worden voor zover in lijn met de CAO:

1. Directe loonkosten: salaris, vakantietoelage.
2. Indirecte loonkosten: pensioenkosten, reiskosten, onkostenvergoedingen, secundaire arbeidsvoorwaarden, zoals inkomenszekerheid bij arbeidsongeschiktheid of een Anw-gat verzekering, kosten voor eventuele personeelsverzekeringen, zoals een ziekteverzuimverzekering.
3. Verplichte premies en bijdragen: loonbelasting, premie volksverzekeringen (AOW, Anw en Wlz), premies werknemersverzekeringen (WW, WAO, WIA en ZW) inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet (werkgeversheffing en in evt. bijdrage Zorgverzekeringswet). De overige kosten mogen niet meegenomen worden als loonkosten.

<sup>10</sup> Bij deze definitie is aangesloten bij het Programmaplan Thuis in het verpleeghuis, p7 voetnoot 1.

<sup>11</sup> Functies die vallen onder de definitie van zorgpersoneel: behandelaren, verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, geestelijk verzorgenden, gastvrouwen, vrijwilligerscoördinatoren, activiteitencoördinatoren, welzijnsmedewerkers, medewerkers activiteitenbegeleiding, beweegagogen, sociaal agogen, leerlingen, medewerkers leefplezier, woonbegeleiders, medewerkers zorg & welzijn, zij-instromers met BBL-opleiding, stagiaires, huiskamermedewerkers, SPW-ers, familiecoach, voedingsassistenten die direct werken met klanten, huishoudelijke medewerkers of facilitaire medewerkers die direct werken met klanten, catering medewerkers die direct werken met klanten, locatiemanagers, teamleiders en anderen als ze (deels) werken als zorgpersoneel.

De totale kosten voor zorgpersoneel 2020 worden vergeleken met de totale kosten voor zorgpersoneel 2018. De toename kan worden gefinancierd vanuit het kwaliteitsbudget. Uitgangspunt blijft dat de extra middelen voor het kwaliteitskader bedoeld zijn om de FTE/cliëntratio te verhogen.

In de meerjarenbegroting neemt de zorgaanbieder een onderbouwing op van de verwachte extra personeelskosten (per jaar) waarvoor hij een aanvraag doet voor 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 is 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. Vanaf 1 mei 2019 is het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg in gebruik. Voor de aanvraag van het kwaliteitsbudget dient een zorgaanbieder gegevens op te geven via het portaal. Het begrotings- en verantwoordingsmodel hoeft daarmee niet meer apart ingediend te worden bij het zorgkantoor. In het Portaal is ook de klantpopulatie opgenomen, zodat indien nodig de extra loonkosten gecorrigeerd worden bij wijzigingen in de klantpopulatie.

In het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg is de mogelijkheid opgenomen om een verzoek in te dienen om gemotiveerd af te wijken. Er is de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken, bijvoorbeeld in de situaties waarbij zorgaanbieders:

- Tijdelijk extra middelen hebben gekregen voor kwaliteitsimpulsen, waar 2) het zorgkantoor toestemming heeft gegeven om deze middelen in te zetten in 2018 en 3) het personeel nog in dienst is gedurende 2018 mogen zorgaanbieders voor dit onderdeel gemotiveerd afwijken. De zorgaanbieder kan een correctie opnemen voor de loonkosten van deze tijdelijke extra medewerkers.
- Voor zorgaanbieders die tijdelijk extra personeel hebben ingezet i.v.m. nieuw zorgaanbod. Hierbij kan het gaan om nieuwe zorgaanbieders of om zorgaanbieders die een nieuwe locatie of afdeling openen. De zorgaanbieder kan een correctie opnemen voor de loonkosten van deze tijdelijke extra medewerkers.
- Voor zorgaanbieders die in 2018 tijdelijk extra personeelskosten hebben gehad in verband met MRSA. De zorgaanbieder kan een correctie opnemen voor de loonkosten van deze medewerkers.

Het zorgkantoor heeft daarnaast de ruimte om bij voorinvesteringen in bijzondere gevallen afspraken te maken om ten laste van de 85% een compensatie te verstrekken, waarbij gemotiveerd wordt afgeweken van de modeluitkomst. Met voorinvestering wordt de situatie bedoeld waarbij zorgaanbieders al meer personeel (bovenop de extra middelen die al geland zijn in de tarieven) hebben ingezet vooruitlopend op het kwaliteitsbudget. Alleen in bijzondere gevallen, kan hiervoor worden gecompenseerd.

Zorgkantoren geven in opdracht van het ministerie van VWS uitvoering aan de motie Bergkamp. Ten aanzien van verzuim is nog niet duidelijk op welke wijze daar invulling aan wordt gegeven. Om die reden houden zorgkantoren zich het recht voor om in de Nvl de definitieve tekst voor dit punt te publiceren.

In het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg is er een compensatie voor vermindering inzet PNIL. Zorgaanbieders die ten opzichte van 2018 minder PNIL (personeel niet in loondienst) inzetten worden hier met ingang van het kwaliteitsbudget 2020 voor gecompenseerd. De compensatie is erop gebaseerd dat PNIL gemiddeld 50% duurder is dan personeel in loondienst. Een verlaging van de PNIL in 2019 wordt met terugwerkende kracht beloond via het kwaliteitsbudget 2020.

De compensatie voor afbouw PNIL vindt plaats via de aanvraagtool kwaliteitsbudget. In overleg met het zorgkantoor kan gemotiveerd afgeweken worden, als het bedrag in de praktijk hoger uitvalt dan berekend op basis van bovenstaande methode via het Portaal Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Een gemotiveerde afwijking en compensatie voor vermindering inzet PNIL geldt voor zover van toepassing met terugwerkende kracht ook voor 2019. De financiering vindt plaats vanuit het kwaliteitsbudget 2020.

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

Naast de middelen voor zorgpersoneel zijn er extra middelen beschikbaar om andere investeringen op het gebied van kwaliteit te financieren. 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.
- De overheadkosten. Deze kosten moeten uiteraard betrekking hebben op extra fte's zorgpersoneel.
- Kosten voor de werving en selectie.
- Accountantskosten voor extra middelen.

Bij de beoordeling van de aanvragen van kwaliteitsbudget voor overige investeringen beoordeelt het zorgkantoor of de aanvraag in lijn is met de bedoeling van het kwaliteitsbudget. Daarnaast wordt bekeken of de kosten niet gefinancierd behoren te worden uit reguliere bekostiging en of er geen sprake is van dubbele bekostiging vanuit andere financieringsbronnen.

Een zorgaanbieder kan op basis van zijn individuele ontwikkelopgave een aanvraag doen met een andere verhouding dan de 85%/15%. De zorgaanbieder levert in zijn kwaliteitsplan een onderbouwing voor de andere verhouding. De zorgaanbieder geeft aan op welke wijze zijn kwaliteitsplan bijdraagt aan het realiseren van de vereisten in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Om in aanmerking te komen voor een andere verhouding dient de zorgaanbieder een overtuigende, onderbouwde en concreet uitgewerkte aanvraag op te nemen in zijn kwaliteitsplan.

#### **4.2.6 De zorgaanbieder levert uiterlijk 31 december het kwaliteitsplan en de begroting aan**

Het kwaliteitsplan voor het jaar  $t$ , wordt uiterlijk 31 december van jaar  $t-1$  door de zorgaanbieder aangeleverd bij het zorgkantoor. De zorgaanbieder kan het kwaliteitsplan 2020 ook eerder indienen, dit kan vanaf 1 september 2019. Uitgangspunt hierbij is dat de dialoog over het kwaliteitsplan 2019 en het kwaliteitsverslag 2018 met het zorgkantoor heeft plaatsgevonden voor indiening van de aanvraag voor het kwaliteitsbudget 2020. De aanvraag van het kwaliteitsbudget bevat naast het actuele kwaliteitsplan voor 2020 een meerjarenbegroting voor het kwaliteitsbudget. Deze meerjarenbegroting geeft de zorgaanbieder op via het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg.

#### **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 2019 ingediend zijn, worden voor 1 januari 2020 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.

Bij een aanvraag met een hoger aandeel andere investeringen dan 15% beoordeelt het zorgkantoor de onderbouwing die de zorgaanbieder in zijn aanvraag aandraagt. Het zorgkantoor toetst de aanvraag in ieder geval aan de volgende punten:

1. De doelen uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de kaders uit het programma Thuis in het Verpleeghuis;
2. De noden en wensen van de groep cliënten die het aangaat (bijvoorbeeld: specifieke zorgvraag, doelgroep, omvang, toekomstige ontwikkelingen);
3. De kenmerken van de betreffende zorgaanbieder in relatie tot de zorgvraag;
4. De kenmerken van de betreffende regio;
5. Of het plan een bijdrage levert aan leren verbeteren zoals beoogd in hoofdstuk 4 van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg;
6. Of de zorgaanbieder bereid is het leer- en verbetereffect te delen met andere zorgaanbieders in de regio met vergelijkbare ontwikkelopgave;
7. De mate waarin wordt ingezet op innovatieve technologie, die bijdraagt aan kwaliteit van leven en meer tijd voor de zorg;
8. Of draagvlak bestaat bij de zorgaanbieder bij cliënten, medewerkers, bestuur en het toezichthoudend orgaan (Raad van Toezicht);
9. Of het plan voorziet in een visie op opschaling en structurele voortzetting van de activiteit;
10. Of aan het plan een onderbouwde business case ten grondslag ligt.

Zorgkantoren geven een schriftelijke toelichting op de uitkomst van de beoordeling aan de zorgaanbieders die een aanvraag voor een afwijkende verhouding indienen.

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 aanvraag voor het kwaliteitsbudget en het kwaliteitsplan eerder indienen dan 31 december 2019, dan beoordeelt het zorgkantoor de aanvraag zo snel mogelijk en kunnen afspraken gemaakt worden tot het voor de zorgaanbieder gereserveerde bedrag (lees: 11% budget nacalculatie 2018). De zorgkantoren doen op dat moment over aanvragen boven het voor de zorgaanbieder gereserveerde kwaliteitsbudget nog geen uitspraken in verband met het landelijke maximumkader van € 1.100 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 2020 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 2020. 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 via het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg. Het voorschot wordt indien nodig en na overleg tussentijds aangepast in lijn met de daadwerkelijke realisatie. Wanneer het

plan wordt goedgekeurd (uiterlijk 1 april 2020) worden de voorschotten met terugwerkende kracht tot 1 januari 2020 uitgekeerd.

#### **4.2.10 De afspraken ten aanzien van het kwaliteitsbudget worden via een extra budgetronde op uiterlijk 1 april 2020 ingediend bij de NZa**

Per zorgaanbieder is het gereserveerde initiële kwaliteitsbudget de basis voor het maken van afspraken over het kwaliteitsbudget. Afhankelijk van de individuele ontwikkelopgave wordt maatwerk toegepast. Dat betekent dat het bedrag voor sommige aanbieders lager zal zijn dan het gereserveerde kwaliteitsbudget en voor andere aanbieders het bedrag hoger. De vergoeding van de gerealiseerde extra personeelsinzet in 2019 loopt door in 2020, uiteraard mits betreffende personeel in dienst blijft. Daarnaast wordt ook de realisatie in 2019 meegewogen bij de bepaling van het budget voor 2020. Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het bewaken van de macro kaders en regionale ruimte en maken daarbinnen passende afspraken. Het afgesproken kwaliteitsbudget wordt vastgelegd bij de NZa via een extra budgetronde in april 2020.

#### **4.2.11 Bij de herschikking in november 2020 kunnen de afspraken over het kwaliteitsbudget bijgesteld worden**

Bij de herschikking in november 2020 kunnen de afspraken zowel naar boven als naar beneden bijgesteld worden. Hierover vindt overleg plaats tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Uitgangspunt is dat een afspraak naar beneden bijgesteld wordt als de middelen niet zijn besteed conform de aanvraag. De daarmee beschikbare middelen worden ingezet voor aanvullende afspraken op basis van maatwerk. Hierbij wordt rekening gehouden met de realisatie van inzet van het kwaliteitsbudget het afgelopen en lopende jaar en de individuele ontwikkelopgave van de zorgaanbieder. Hierbij wordt nooit meer toegekend dan begroot is in de (goedgekeurde) aanvraag. Zorgaanbieders die meer personeel aannemen dan past bij het gereserveerde kwaliteitsbudget moeten uiteraard rekening houden met het eindperspectief van een integraal maximum 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 verhouding leiden. Dus niet 85/15%, bijvoorbeeld doordat minder extra personeel is ingezet dan verwacht

De verantwoording wordt in het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg aangeleverd door de zorgaanbieder voor 1 april van jaar t+1. Naast de verantwoording in het Portaal, wordt een rapport van feitelijke bevindingen van de accountant aangeleverd. Een richtlijn voor het accountantsonderzoek is in overleg met Actiz opgesteld.

Voor 2020 geldt dat zorgaanbieders in het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg aangeven wat de realisatie van het extra personeel is. Na afloop van het jaar 2020 voert de zorgaanbieder realisatiegegevens in het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg voor 1 april 2021. Daarbij vindt op basis van de parameters SV-loon, SV-dagen, facturen inhuur en omzetontwikkeling een rondrekening plaats door de zorgaanbieder. De zorgaanbieder dient via het Portaal de verantwoording over besteding van het kwaliteitsbudget in en bij het zorgkantoor de rondrekening en het rapport van feitelijke bevindingen van de accountant.

Hierover vindt, indien nodig, de dialoog met de zorgaanbieder plaats, voordat de verantwoording in de nacalculatie ingediend wordt bij de NZa.

#### **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 € 1.100 miljoen bedragen. De zorgaanbieders die meer kosten voor zorgpersoneel opgevoerd hebben, en dit extra personeel ook daadwerkelijk **ingezet** hebben, komen dan mogelijk alsnog in aanmerking voor vergoeding van deze kosten. Uiteraard alleen als het gaat om kosten waarvoor de aanvraag is goedgekeurd. De zorgkantoren geven in de nacalculatie aan welke zorgaanbieders voor welk bedrag hiervoor in aanmerking komen.

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

Voor bestaande zorgaanbieders bij een nieuw zorgkantoor geldt dat zij een aanvraag kunnen indienen op gelijke wijze als geldt voor de reeds gecontracteerde zorgaanbieders. Indien er pas in 2020 daadwerkelijk wordt gestart met zorgverlening zal in de herschikkingsronde een afspraak worden gemaakt gebaseerd op maximaal 11% van de geëxtrapoleerde omzet in de maand juli 2020. Zorgaanbieders die in de loop van 2020 een contract aangaan kunnen ook in de herschikkingsronde een afspraak maken gebaseerd op maximaal 11% van de geëxtrapoleerde omzet in de maand juli 2020.

#### 4.2.15 De planning voor kwaliteitsbudget 2020 is op hoofdlijnen als volgt

Fase	Tijdpad
Communicatie vanuit zorgkantoor over het gereserveerde initiële budget	Voor september 2019
Indienen aanvraag voor het kwaliteitsbudget: kwaliteitsplan en de begroting via het Portaal Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (aan de hand van verantwoordingsmodel, zie paragraaf 4.2.3 t/m 4.2.6)	Vanaf 1 september - tot 31 december 2019
Gesprekken over kwaliteitsplannen en kwaliteitsbudget	1 september - 1 maart 2020
Overeenstemming over <u>hoogte en inzet van</u> het kwaliteitsbudget	Uiterlijk 8 maart 2020
Afspraken in aanvullende overeenkomst	1 april 2020
Extra budgetronde NZa kwaliteitsbudget	1 april 2020
Informatie aanlevering zorgaanbieder over realisatie ten behoeve van voorschot, zie paragraaf 4.2.9	Voor 31 mei, voor 31 juli en voor 31 oktober 2020
Herschikking afspraken kwaliteitsbudget	1 november 2020
Informatie over realisatie kwaliteitsbudget gehele jaar	1 april 2021
Rapport van feitelijke bevindingen van de accountant	1 mei 2021
Definitieve verantwoording kwaliteitsbudget in nacalculatie	1 juni 2021

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

#### 4.3.1 Voor 2020 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>12</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.

<sup>12</sup> De vigerende NZa beleidsregels zijn van toepassing.

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 instellingoverstijgende 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 het plan van aanpak en op welke wijze het ontwikkelbudget beschikbaar wordt gesteld, de afspraken schriftelijk vast. Met de inzet van de extra middelen kunnen de desbetreffende zorgaanbieders aan de slag en daadwerkelijk oplossingen realiseren. Streven is om met een zo groot mogelijke groep consensus te bereiken over de inzet van de beschikbare middelen.

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

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

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

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

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

Datum	Fase
Vanaf juni 2019	Met zorgaanbieders knelpunten en oplossingen benoemen
Juni – augustus 2019	Zorgaanbieders stellen plan van aanpak (incl. begroting) op
1 oktober 2019	Definitieve afspraken vastgelegd op basis van plan van aanpak
15 november 2019	Afspraken vastleggen in budgetformulier 2020
Januari 2020 – december 2020	Uitvoering plannen
Conform afspraak	Monitoring en verantwoording over voortgang en resultaten en indien van toepassing terugbetaling middelen.



## 5. Realiseren ambities programma volwaardig leven

### 5.1 Passend aanbod voor mensen met complexe zorgvraag

Zorgkantoren gaan samen met zorgaanbieders een passend aanbod realiseren voor mensen met een complexe zorgvraag waarvoor binnen het huidige zorgaanbod om allerlei redenen niet (voldoende) passende plekken beschikbaar zijn. Dit is een meerjarig initiatief om te komen tot een structurele oplossing.

Het realiseren van passend aanbod volgt uit de *Werkagenda Passende Zorg is Maatwerk*<sup>13</sup> en het *Programma Volwaardig Leven*<sup>14</sup>. Deze programma's zetten belangrijke stappen op weg naar een toekomstbestendige gehandicaptenzorg in Nederland. Alle betrokken partijen werken toe naar een kwalitatief beter passend zorgaanbod voor mensen met (ernstige) beperkingen. Met een beter passend zorgaanbod kunnen deze klanten meer naar wens en vermogen meedoen in onze samenleving.

Zorgkantoren hanteren als uitgangspunt voor het bepalen welke mensen tot deze groep behoren de definitie van OPAZ<sup>15</sup>. Het gaat dan om mensen die het in de praktijk niet lukt om passende zorg en ondersteuning te vinden, soms door (onnodige) complicering van hun zorgvraag, waardoor verergering of escalatie van de inhoudelijke problematiek dreigt.

Dit kan zijn als:

- Maatwerk in het aanbod nodig is door middelengebruik, psychiatrische problematiek, (seksueel) grensoverschrijdend gedrag, hechtingsproblematiek en/of misbruik, een specifieke aandoening of een combinatie daarvan.
- Vaak gaat het hierbij om niet aangeboren hersenletsel (NAH), een (licht) verstandelijke beperking, zeer ernstig verstandelijk meervoudige beperkingen, en/of autismespectrumstoornis en/of een disharmonisch profiel, onduidelijk perspectief of (te late) diagnostiek toegang verkrijgen tot de meest passende plek lastig is.

Het gaat hierbij om mensen:

- van wie de situatie verslechtert doordat ze niet de zorg krijgen die ze nodig hebben en ook niet weten wanneer deze zorg er wel komt;
- met behoefte aan structuur, duidelijkheid en deskundige zorg en aandacht in een juiste setting, vooral voor hun gedragsproblematiek;
- die nog thuis wonen of elders verblijven zonder zorg of al in zorg zijn maar in een niet passende omgeving. Dit kan zowel bij verblijfszorg in de GZ als de GGZ;

Om te komen tot passend aanbod voor deze groep klanten, zetten zorgkantoren in op drie acties:

- creëren en inkopen van plaatsen waar maatwerk voor deze klanten mogelijk is;
- realiseren van crisisinterventieteams in elke zorgkantorregio;
- toegankelijk maken van expertise voor alle zorgaanbieders.

Het ministerie van VWS stelt in 2020 en verder voor de uitvoering van deze activiteiten € 40 miljoen per jaar uit de groeimiddelen beschikbaar. Zorgkantoren verkennen met VWS de mogelijkheden om al in de tweede helft van dit jaar lopende initiatieven voor deze doelgroep binnen de kaders van deze programmalijn te realiseren.

<sup>13</sup> <https://www.vgn.nl/artikel/26774>

<sup>14</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/09/30/programma-volwaardig-leven>

<sup>15</sup> Programma Ondersteuning Passend Zorgaanbod (OPaZ), een initiatief van het ministerie van VWS, voor structurele oplossingen die de zoektocht naar passende zorg bij complexe zorgvragen makkelijker maken.



Hiervoor toetsen zorgkantoren eerst of dit geplande zorgaanbod daadwerkelijk past bij de behoefte van klanten die nu bij zorgkantoren bekend zijn en waarvoor nu geen passend aanbod is. Het zorgkantoor gaat in overleg met deze zorgaanbieders en alle andere betrokkenen om op zo kort mogelijke termijn in 2019 maatwerk voor deze klanten te realiseren. Waar een match is tussen plan en zorgvrager(s), wordt deze extra capaciteit al in 2019 gerealiseerd. Het realiseren van deze quick wins werken we in dit document niet verder uit.

## **5.2 Zorgkantoren maken in 2020 extra maatwerkplaatsen mogelijk**

Zorgkantoren en zorgaanbieders werken in 2019 en 2020 toe naar 100 maatwerkplaatsen waar de klant langdurig kan blijven wonen. Als blijkt dat meer plaatsen nodig zijn, worden deze in overleg met VWS en met inachtneming van de beschikbare financiële middelen gerealiseerd.

Voor deze maatwerkplaatsen gelden de volgende uitgangspunten:

- De plaatsen zijn bestemd voor mensen die voldoen aan de hiervoor genoemde OPAZ definitie; voor hen is dus zeer moeilijk een passende plek te vinden. Dit gaat om mensen die al in zorg zijn op een niet passende plaats en mensen die nog geen zorg hebben.
- Een maatwerkplaats is een plaats waar het gedrag en de intensieve zorgvraag van de persoon niet hoeft te leiden tot een verhuizing (met uitzondering van zorg in strafrechtelijk kader). Het is een plaats waar de benodigde expertise aanwezig is, dan wel wordt ontwikkeld, dan wel waar deze expertise op afroep beschikbaar is. Gedurende het gehele verblijf van de klant op deze plaats blijft maatwerk uitgangspunt.
- Het gaat om het bieden van een duurzaam thuis met zeer specialistische zorg, voor een groep mensen met een zeer complexe zorgvraag. Alleen zorgaanbieders met een specifieke expertise kunnen deze zorg uitvoeren.
- Het gaat zowel om een nieuw type aanbod dat beter aansluit bij de zorgvraag van deze mensen als om uitbreiding van bestaand aanbod met een zorgconcept dat passend is voor deze doelgroep.
- Als het zorgkantoor een beroep doet op de zorgaanbieder die deze maatwerkplaatsen heeft ontwikkeld, mag de zorgaanbieder deze mensen niet weigeren om inhoudelijke redenen. Immers, de zorgaanbieder heeft een specifiek voorstel geschreven voor deze groep klanten. Dit mag wel als alle maatwerkplaatsen bezet zijn.
- Zorgkantoren streven naar een evenredige verdeling over het land, waarbij uitgegaan wordt van de geïnventariseerde zorgvraag, knelpunten en lopende projecten. Dit hoeft geen gelijkmatige verdeling over de zorgkantoorregio's te zijn.
- De nieuwe plaatsen hebben een bovenregionale functie en bieden ook zorg aan klanten die niet uit de betreffende (zorgkantoor)regio komen.

Zorgkantoren beoordelen plannen die zorgaanbieders voor deze doelgroep al in ontwikkeling hebben en die aansluiten bij bekende zorgvragen waarvoor geen passend aanbod beschikbaar is. We beoordelen of er mogelijkheden zijn om deze plannen al in 2019 te realiseren met inachtneming van de beschikbare middelen.

### **5.2.1 Zorgkantoren werken voor deze plaatsen met een landelijke lijst van klanten**

Zorgkantoren organiseren vanaf het derde kwartaal 2019 periodiek een regionale taskforce met GZ- en GGZ-zorgaanbieders, (onafhankelijke) klantondersteuners en het CCE. Aan de hand van zorginhoudelijke criteria (gedrag, risico's) en behoeften van de klant (woonwens) brengt de taskforce in detail de zorgvraag van mensen die voldoen aan de OPAZ-criteria in beeld. Hierbij maken we gebruik van bestaande instrumenten van de kennis en expertise bij de professionals bij de zorgaanbieders en zorgkantoren aanwezig is. Gecontracteerde zorgaanbieders met klanten die passen binnen de OPAZ-doelgroep stellen desgevraagd de noodzakelijke gegevens beschikbaar en nemen desgevraagd deel aan de regionale taskforce.

Alle zorgkantoren werken in alle regio's op een vergelijkbare wijze. Zorgkantoren bundelen de regionale uitkomsten tot een (geanonimiseerde) landelijke lijst van klanten met deze intensieve

ondersteuningsbehoefte. Op basis van deze clustering en analyse van de zorgvraag maken zorgkantoren keuzes voor welke klanten maatwerkplaatsen nodig zijn en welke klanten de hoogste prioriteit hebben.

### **5.2.2 Zorgkantoren kopen zorg in bij zorgaanbieders die maatwerk kunnen leveren**

Op basis van de landelijke inventarisatie stellen zorgkantoren vast welk aanvullend aanbod nodig is. Om te komen tot een passend aanbod voor de klant, moet de zorgaanbieder in ieder geval voldoen aan de volgende criteria:

- De zorgaanbieder heeft uitgebreide ervaring met de OPAZ-doelgroep. Dit blijkt onder andere uit het feit dat ze de afgelopen jaren klanten met een complexe zorgvraag in zorg hebben genomen en positieve resultaten hebben behaald. Zorgkantoren toetsen dit aan de hand van hun eigen ervaringen, bijvoorbeeld op het aandeel VG7, het aantal Meerzorg aanvragen en op basis van het aantal verzoeken voor overplaatsingen, weigeren van klanten met de zorgbehoefte of het aantal verzoeken van beëindigen van zorg. Waar nodig vragen zorgkantoren advies aan het CCE.
- De zorgaanbieder heeft uitgebreide expertise op dit vlak, dat blijkt uit een duidelijke visie op de zorg voor deze mensen. De zorgaanbieder heeft deze visie vertaald in passende begeleiding en behandeling. Het multidisciplinaire behandelteam beschikt in ieder geval over orthopedagogische, psychologische, gedragstherapeutische expertise en eigen Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG). De zorgaanbieder maakt gebruik van bekende inzichten van effecten van context op gedrag.
- De zorgaanbieder neemt deel aan (bestaand) wetenschappelijk onderzoek om de werkzame elementen van de methodieken inzichtelijk te krijgen en deze methodieken te valideren.
- De zorgaanbieder deelt deze expertise actief met andere aanbieders en opleidingsinstituten, in voorkomende gevallen brengt hij de kennis naar de klant van een andere zorgaanbieder. De zorgaanbieder is indien nodig ook bereid een bovenregionale voortrekkersrol voor deze doelgroep te vervullen.
- De zorgaanbieder beschikt over passende huisvesting of kan deze op maat in het jaar 2020 realiseren, zo nodig via een tijdelijke voorziening.
- De zorgaanbieder heeft mogelijkheden om zorg op- en af te schalen zonder dat dat leidt tot een gedwongen uitplaatsing. De klant (of verwant) kan in samenspraak met de zorgaanbieder zelf kiezen voor een verhuizing als zijn zorgvraag verandert. De zorgaanbieder heeft een visie op doorstroming van de klanten om deze verhuizingen goed en zorgvuldig te laten verlopen.
- De zorgaanbieder kan voldoende deskundig personeel inzetten voor deze specifieke doelgroep en is bereid blijvend te investeren in specifieke scholing.
- Als de benodigde expertise niet bij één zorgaanbieder aanwezig is, kan het maatwerk worden gerealiseerd in een samenwerkingsverband met andere zorgaanbieders en/of kenniscentrum. Het zorgkantoor faciliteert dit waar nodig. De partners moeten duidelijke afspraken hebben gemaakt hoe de samenwerking is vormgegeven en welke zorgaanbieder eindverantwoordelijk is. Het samenwerkingsverband moet als geheel ook aan alle bovenstaande criteria voldoen.

Zorgaanbieders die interesse hebben om dit maatwerk te ontwikkelen en van mening zijn dat zij kunnen voldoen aan bovengenoemde criteria, geven dat tijdig aan (voor 1 oktober 2019) bij het zorgkantoor (zie ook paragraaf 2.7).

### **5.2.3 Zorgkantoren beoordelen gezamenlijk plannen voor nieuw passend aanbod van maatwerk**

Zorgkantoren stemmen periodiek en structureel de uitkomsten van alle regionale taskforces onderling af. Zorgkantoren bepalen in overleg welk nieuw aanbod een bovenregionale of landelijke functie heeft. Ze prioriteren de ingediende plannen om doelmatig met de uitbreidingen van capaciteit om te gaan en dubbelingen in dit specifieke zorgaanbod te voorkomen.

Zorgkantoren vragen zorgaanbieders die voldoen aan bovengenoemde criteria om uiterlijk eind december 2019 op basis van de prioritering een plan in te dienen. Zorgkantoren beoordelen in januari en februari 2020 de

plannen op de uitgangspunten en criteria voor deze plaatsen en de financiële haalbaarheid van het voorstel. Zorgkantoren bespreken en beoordelen de ingediende plannen gezamenlijk, rekening houdend met de samenhang en spreiding van initiatieven en de diversiteit van de zorgvragen. Als zorgaanbieders en/of plannen niet voldoen aan de gestelde uitgangspunten en criteria, volgt een afwijzing. Zorgkantoren stellen gezamenlijk vast welke plannen niet aan de gestelde uitgangspunten en criteria voldoen en worden afgewezen.

Als het beschikbare budget niet voldoende is om alle ingediende plannen te bekostigen, dan prioriteren zorgkantoren de ingediende plannen die aan de uitgangspunten en criteria voldoen. Deze prioritering vindt plaats op basis van beoordeling van de volgende aspecten:

- plannen waarvan voor ten minste 80% bekend is welke personen als eerste gebruik zullen gaan maken van de zorg;
- plannen met een bovenregionaal karakter;
- plannen waarbij meerdere zorgaanbieders samenwerken;
- plannen die concreet en voldoende gedetailleerd zijn uitgewerkt;
- plannen met een nieuw zorgconcept dat aansluit bij deze specifieke doelgroep;
- plannen die de meeste of grootste knelpunten in regio's adresseren;
- plannen waarvan de omvang van de financiering in relatie staat tot het aantal geholpen klanten.

Als er meer plannen zijn ingediend dan geld beschikbaar is, dan maken zorgkantoren in de landelijke werkgroep een gezamenlijke keuze welke projecten de voorkeur hebben, gebaseerd op de hiaat in de zorgvraag en de landelijke spreiding van het beschikbare aanbod. Het regionale zorgkantoor heeft vervolgens de mogelijkheid om de plannen alsnog te honoreren binnen de reguliere contracteerruimte van het betreffende zorgkantoor, mits daarvoor nog ruimte is. Als blijkt dat er meer aanbod nodig is dan we via dit plan en de reguliere mogelijkheden van het zorgkantoor kunnen realiseren, gaan we hierover het overleg met VWS aan.

Nadat in de landelijke werkgroep het besluit is genomen welke projecten uitgevoerd kunnen worden, maakt het zorgkantoor waar het nieuwe aanbod wordt gerealiseerd de afspraken met de betreffende zorgaanbieder(s).

Maart 2020 informeren zorgkantoren zorgaanbieders of zij wel of niet in aanmerking komen voor het realiseren van het project uit de voor dit plan beschikbare middelen. In deze brief wordt ook vermeld hoe zorgaanbieders bezwaar kunnen maken tegen de uitkomst van de beoordeling van het zorgkantoor.

#### **5.2.4 Klanten en verwanten zijn betrokken bij besluit over toewijzing**

De uiteindelijke selectie van een passende plaats bij een zorgaanbieder vindt plaats samen met de klanten met een intensieve zorgvraag die op de landelijke lijst staan en hun verwanten. De basis daarvoor is het maatwerkplan dat de zorgaanbieder opstelt op basis van de behoeften aan intensieve ondersteuning van de klant, zo nodig in overleg met het zorgkantoor en met hulp van het CCE. Nadat de keuze voor de zorgaanbieder tot stand is gekomen, accepteert de zorgaanbieder de klant zonder voorbehoud.

#### **5.2.5 Afspraken over maatwerkplaatsen worden vastgelegd in een addendum op de overeenkomst**

Voor 2020 leggen zorgkantoren de afspraken met zorgaanbieders over maatwerkplaatsen vast in een addendum bij de bestaande Wlz-overeenkomst. Daarin staan ook de uitkomsten van overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over de bekostiging van de initiële investeringen die noodzakelijk zijn om het aanbod te starten. Het betreft dan de kosten voor specifieke aanpassingen aan de locatie, de opbouw van additionele expertise en de kosten voor een geleidelijke invulling van meerdere plekken op één locatie. Met VWS en NZa zijn gesprekken gaande over de wijze waarop we dit kunnen financieren.

Zorgkantoren werken de procedure over het toewijzen van de plaatsen aan de klanten als plaatsen opnieuw beschikbaar komen (bijvoorbeeld als gevolg van een verhuizing) nog uit en nemen dit op in het addendum.

### 5.2.6 Financiering vindt plaats via reguliere afspraken

De zorgkosten van de maatwerkplaatsen worden in principe volgens de geldende beleidsregels en op basis van indicatiestelling en bijbehorende ZZP tarieven gefinancierd en volgens de inkoopprocedure van het betreffende zorgkantoor. Waar nodig kan meerzorg worden ingezet. Voor de extra investeringen die voor deze maatwerkplaatsen nodig zijn (huisvesting, opleiding, leegstand), overleggen zorgkantoren met het ministerie van VWS en de NZa over een passende bekostiging. Indien regelgeving belemmert om te komen tot een sluitende financiering van het nieuwe zorg aanbod, bespreken we met VWS en NZa hoe dit op passende wijze opgelost kan worden.

### 5.2.7 Aanmelden geïnteresseerde zorgaanbieders

Wij vragen aanbieders die interesse hebben om voor deze doelgroep iets te betekenen en een oplossing willen bieden voor deze klanten, zich te melden bij het zorgkantoor van de eigen regio. Het gaat dan om aanbieders die hiervoor een plan willen ontwikkelen, voldoen aan de eerdere genoemde voorwaarden en uitgangspunten en de mogelijkheid zien dit in 2020 te realiseren. Meldt u zich voor 1 oktober 2019 bij uw zorginkoper. Zorgaanbieders die zich voor deze datum hebben gemeld, komen in aanmerking komen voor dit traject.

### 5.2.8 Planning

Mijlpaal	Activiteiten	Trekker(s)	Gereed
Continu inzicht in een actuele landelijke lijst	Landelijke lijst van klanten met een intensieve ondersteuningsbehoefte gereed.	Zorgkantoren	najaar 2019
	Daarna een continu proces om het overzicht actueel te houden.	Zorgkantoren	continu proces
Het realiseren van ten minste 100 plaatsen voor mensen met een complexe zorgvraag.	Opzetten structurele regionale Taskforce overleggen	Zorgkantoren	vanaf september 2019
	Inventarisatie zorgvraag gereed	Zorgkantoren	september/oktober 2019
	Aanmelden geïnteresseerde zorgaanbieders bij zorgkantoren	Zorgaanbieders	voor 1 oktober 2019
	Bespreken zorgbehoefte en mogelijkheden nieuw zorgaanbod Zorgaanbieders uitnodigen voor het ontwikkelen van een plan.	Zorgkantoren	oktober 2019- december 2019
	Indienen plannen	Zorgaanbieders	eind december 2019
	Beoordelen ingediende plannen	Zorgkantoren	januari - februari 2020
	Selecteren plannen die in aanmerking komen en berichten zorgaanbieders	Zorgkantoren	maart 2020
	Realisatie van de extra maatwerkplaatsen, afhankelijk van beschikbare of nog te bouwen capaciteit	Zorgkantoren	vanaf 2020

### 5.3 Zorgkantoren werken toe naar een landelijke dekking van crisisinterventieteams

Het crisisinterventie team (CIT) staat ter beschikking voor alle zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg die te maken krijgen met crisis en dreigende uitplaatsingen. Hiermee willen we voorkomen dat klanten onnodig een intensieve zorgvraag ontwikkelen en op termijn tot de OPAZ groep gaan behoren. Zorgaanbieders kunnen een beroep doen op dit (boven) regionale CIT op basis van de regionale afspraken en crisisregelingen.

Op basis van de veelbelovende resultaten van twee pilots in Utrecht en Zaanstreek/Waterland/Kennemerland werken zorgkantoren toe naar een landelijke dekking van crisisinterventieteams. In elke regio is een team van gespecialiseerde hulpverleners beschikbaar, dat in het geval van een (dreigende) crisis kan bijspringen.

#### 5.3.1 Samenstelling crisisinterventieteams

Idealiter bestaat een CIT uit gespecialiseerde hulpverleners die op zeer korte termijn beschikbaar zijn in het geval van een (dreigende) crisis. Deze teams beschikken over de competenties die nodig zijn om de kennis en expertise van de vaste teams van zorgaanbieders aan te vullen bij het voorkómen van en omgaan met crisissituaties. Het CIT is in staat om de zorg over te nemen. We willen komen tot een sluitende keten voor onze klanten, daarom bepalen we per regio samen met zorgaanbieders en CCE de best passende rolverdeling. Om de expertise te onderhouden en te borgen, vormen de crisisinterventieteams een landelijk leernetwerk. De minimale eisen en criteria voor CIT's worden nader vastgelegd.

Het team richt zich in eerste instantie<sup>16</sup> op klanten met een verstandelijke beperking waarbij sprake is van complex gedrag, psychiatrische problemen en/of verslaving. Alle crisisinterventieteams beschikken tenminste over expertise op deze terreinen. Elk team is een samenwerking tussen meerdere zorgaanbieders. Dit is niet alleen nodig voor het borgen van de expertise, het draagt ook bij aan het verlagen van de drempel voor andere zorgaanbieders om een beroep te doen op deze teams.

#### 5.3.2 Werkwijze crisisinterventieteams

Het CIT werkt samen met het vaste team van de locatie waar de klant woont aan het voorkomen van crisisopnames en uitplaatsing. Mocht uitplaatsing toch nodig zijn, dan zoekt het CIT in nauw overleg met naasten, zorgaanbieders, zorgkantoren (en indien van toepassing zorgverzekeraar en gemeenten) in de regio naar een passende oplossing voor de klant. Dit kan besproken worden in de nog op te richten Regionale Taskforce.

Het CIT richt zich niet alleen op crisisbeheersing op de groep en warme overdracht naar de basiszorg, het biedt teams binnen de woonvoorziening ook aanvullende expertise over de best mogelijke methode voor de begeleiding en ondersteuning van de betreffende cliënt. De expertise van het team neemt toe zodat een klant niet hoeft te worden uitgeplaatst naar een crisisplaats en het team zelf een volgende crisis kan voorkomen. Ook nazorg voor het team behoort tot de taken van het CIT. Het CIT richt zich niet op bredere organisatorische vraagstukken. Als deze zich voordoen, verwijst het CIT in overleg met de betreffende zorgaanbieder naar het CCE.

De crisisinterventieteams dragen zo bij aan één of meerdere van onderstaande doelen:

- verminderen van het aantal crisisopnames;
- terugdringen van de duur van crisisopnames;
- terugplaatsen van klanten na een crisisopname;
- voorkomen of verkorten van een ingrijpende uithuisplaatsing;
- maatwerk van behandeling en begeleiding, daar waar de klant op dat moment is;

---

<sup>16</sup> Na de opstartfase kijken we of een bredere inzet van deze teams mogelijk is om te voorkomen dat er mensen tussen wal en schip vallen. We denken daarbij aan mensen zonder verstandelijke beperkingen maar met een vergelijkbaar niveau van sociaal en maatschappelijk functioneren als gevolg van NAH, autisme of andere aandoeningen.

- overdracht deskundigheid naar behandelteam van klant, waardoor crisis of uitplaatsing voorkomen kan worden;
- tijdelijke ondersteuning aan teams binnen woonvoorziening;
- verminderen uitval en verloop personeel

### 5.3.3 Zorgkantoren maken afspraken per regio over de invulling van het CIT

De toegang tot de crisisregeling en de beschikbaarheid van voorzieningen kan per regio verschillen. Ook is er een grote regionale variatie in het aantal en omvang van zorgaanbieders en de samenwerking daartussen. Een juiste inbedding van de inzet van de CIT's in de regio is daarom een belangrijke succesfactor. Zorgkantoren kennen de regio goed en maken afspraken met zorgaanbieders om te komen tot een doelmatige inzet van deze teams.

Zorgkantoren inventariseren in 2019 bestaande vergelijkbare initiatieven en bouwen daar waar mogelijk op voort. Zij gaan vervolgens in gesprek met zorgaanbieders die een crisisinterventieteam kunnen vormen. Dit kan door één zorgkantoor gebeuren of een combinatie van zorgkantoren, bijvoorbeeld als er sprake is van een regio-overstijgende crisisregeling.

In de tweede helft van 2019 beschrijven zorgkantoren op basis van de pilots met CIT's de minimale eisen waaraan een CIT moet voldoen. Dit is een leidraad voor zorgkantoren om gericht in gesprek te gaan met zorgaanbieders, die gezamenlijk of met derden een CIT willen organiseren. Zorgkantoren overleggen daarnaast in 2019 met het ministerie van VWS en de NZa over een aparte prestatie en een kostendekkend tarief.

### 5.3.4 Afspraken over crisisinterventieteams worden vastgelegd in een addendum op de overeenkomst

In 2020 leggen zorgkantoren de afspraken met zorgaanbieders over crisisinterventieteams vast in een addendum op de bestaande Wlz overeenkomst. Daarin staan de afspraken over de samenstelling van het CIT, de werkwijze, de bekostiging en de wijze van verantwoorden.

### 5.3.5 Planning

Mijlpaal	Activiteiten	Trekker(s)	Gereed
Elk zorgkantoor heeft minimaal 1 CIT/ambulante team	Inventariseren bestaande arrangementen en behoefte in de regio / regeling	Zorgkantoren	juli 2019
	Verkennen regio(s) voor eerste CIT's	Zorgkantoren	september 2019
	Gesprekken met zorgaanbieders	Zorgkantoren	september 2019
	Organiseren regionale bijeenkomsten	Zorgkantoren	oktober 2019
	Vastleggen afspraken met zorgaanbieders en start eerste CIT's	Zorgkantoren	vanaf november 2019
Leernetwerk CIT's opgezet en opgestart	Opzetten coördinatiepunt	CIT's	vanaf 2020
	Organiseren activiteiten	CIT's	vanaf 2020
Landelijke dekking CIT's	Regionale invulling	Zorgkantoren	december 2020

## 5.4 Expertise

Het creëren van extra plaatsen bij zorgaanbieders en het voorkomen van crisisopnames en uitplaatsingen is op zichzelf niet voldoende om voor klanten met een complexe zorgvraag blijvend passende zorg te leveren. Omdat de zorgvraag steeds complexer en zwaarder wordt, is het noodzakelijk dat de expertise bij een brede

groep zorgaanbieders beschikbaar komt om ook deze doelgroep goed te kunnen bedienen. Dat voorkomt dat de klant moet verhuizen naar een andere plaats en daarmee het risico van trauma.

Zorgkantoren zien mogelijkheden om door uitwisseling van kennis en ervaring de zorg voor deze groep klanten te optimaliseren. Het is wenselijk om meer zicht te krijgen op de succes- en faalfactoren in de ondersteuning aan klanten met behoefte aan intensieve ondersteuning.

Tegelijkertijd is er grote noodzaak om medewerkers te blijven scholen, vaardigheden te laten ontwikkelen en toe te rusten op de veranderende zorgvraag van klanten. Dat kan door een combinatie van e-learning, praktijkgericht leren, coaching on the job, intervisie en de inzet van ervaringsdeskundigen. Daarbij hebben zorgkantoren oog voor de knelpunten, zoals de krappe arbeidsmarkt die het moeilijk maakt om uren beschikbaar te stellen voor scholing of medewerkers tijdens scholing te vervangen. Tot slot vinden zorgkantoren het belangrijk dat toekomstig personeel goed is voorbereid op de zorg voor deze specifieke doelgroep, we stimuleren graag de samenwerking met onderwijsinstellingen (MBO en HBO).

Vanuit de Werkagenda Passende Zorg werken zorgkantoren en zorgaanbieders aan een voorstel voor expertise ontwikkeling en uitwisseling voor klanten met een complexe zorgvraag. We sluiten hierbij zoveel mogelijk aan bij bestaande organisaties en netwerken, zoals het CCE en de academische werkplaatsen. Zorgkantoren verbinden dit aan de realisatie van de maatwerkplaatsen en crisisinterventieteams.

## 6. Bijlagen

1. Overeenkomst
2. A) Bestuursverklaring  
B) Instemmingsverklaring
3. Beleidskader Wlz 2020 (volgt later)
4. Voorschrift Zorgtoewijzing 2020 ( volgt later)
5. Declaratieprotocol 2020
6. Overeenkomst addendum extra middelen kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2020