



**INKOOPKADER LANGDURIGE ZORG  
2017  
Gehandicaptenzorg**

**VOORBEHOUD**

ZN gaat met dit inkoopdocument uit van de situatie zoals bekend ten tijde van de publicatie van dit inkoopdocument. De mogelijkheid bestaat dat het Ministerie van VWS nog wijzigingen aanbrengt in de reeds in gang gezette beleidsvoornemens en/of in wet- en regelgeving en/of dat de NZa een korting op het landelijk budget toepast en/of haar tarieven aanpast. Het spreekt voor zich dat ZN hier dan in de uitvoering van haar taak op zal anticiperen.

## Voorwoord en Leeswijzer

Voor u ligt het Inkoopkader Langdurige Zorg 2017. De Wlz-uitvoerders hebben zorgkantoren gemandateerd om in 2017 de zorginkoop Wlz uit te voeren. Dit inkoopkader geeft de bewegingen en afspraken weer die zorgkantoren voor 2017 gezamenlijk maken.

Voor het jaar 2017 kiezen zorgkantoren net als in 2016 ervoor om - in lijn met de verwachtingen van cliëntenorganisaties, het ministerie van VWS en zorgaanbieders - nadrukkelijker in te zetten op de verdere vernieuwing in de zorginkoop en focus op kwaliteit en cliëntgerichtheid. Daar waar 2016 in het teken stond van het introduceren van een inkoopprocedure waarin dialoog en verbeteringen in de zorg voor cliënten centraal staan, bouwen zorgkantoren daar in 2017 op voort.

Net als in 2016 hebben de zorgkantoren gekozen voor het opstellen van een uniform inkoopkader per sector. Er is een inkoopkader voor Verpleging & Verzorging, Gehandicaptenzorg en voor Geestelijke gezondheidszorg. De inkoopprocedure heeft echter nog steeds een generiek karakter. In de verdere uitwerking van kwaliteit en cliëntgerichtheid is meer aansluiting gezocht bij de kenmerken en eigenheid van de sectoren binnen de Wlz. De sectorale inkoopkaders zijn uniforme inkoopkaders en vormen de basis voor het inkoopbeleid van de individuele zorgkantoren.

Dit inkoopkader is in een zorgvuldig en interactief proces opgesteld door de gezamenlijke zorgkantoren. Daarnaast heeft tussentijds afstemming plaatsgevonden over de voortgang en de inhoud met de brancheorganisaties van zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en het ministerie van VWS.

Het inkoopkader bestaat uit een hoofdtekst en een aantal bijlagen.

**Hoofdstuk 1 'Uitgangspunten':** dit hoofdstuk beschrijft de uitgangspunten van zorgkantoren als het gaat om de inkoop van de langdurige zorg en de ontwikkeling hiervan.

**Hoofdstuk 2 'Inkoopprocedure':** hierin wordt de inkoopprocedure geschetst zoals deze wordt toegepast voor de inkoop 2017. In dit hoofdstuk vindt u de stappen terug die u als zorgaanbieder moet doorlopen om te komen tot een overeenkomst.

**Hoofdstuk 3 'Kwaliteit en cliëntgerichtheid':** in dit hoofdstuk beschrijven zorgkantoren de niveaus en thema's die zij van belang achten bij de inkoop van langdurige zorg en specifiek voor de GZ. Het gaat hierbij om niveaus en thema's waarbinnen de kwaliteit en cliëntgerichtheid van zorg kan worden doorontwikkeld.

**Hoofdstuk 4 'Toelichting beleidsontwikkelingen':** Dit hoofdstuk beschrijft themagewijs een aantal beleidsontwikkelingen die binnen de Wlz gaande zijn of onlangs hebben plaatsgevonden. Zorgkantoren willen in dit hoofdstuk deze thema's specifiek onder de aandacht brengen en/of hun visie hierop geven.

Het inkoopkader bevat de volgende bijlagen:

Bijlage 1: Programma van Eisen

Bijlage 2: Overeenkomst

Bijlage 3: Bestuursverklaring

Bijlage 4 A en B: Format zelfanalyse en ontwikkelplan

Bijlage 5: Bewijsstukken nieuwe zorgaanbieders

Bijlage 6: Protocol crisiszorg in de Wlz 2016 en de regionale spoedzorgregeling

Bijlage 7: Protocol meerzorg 2016

Bijlage 8: Voorschrift zorgtoewijzing Wlz 2015<sup>1</sup>

Bijlage 9: Declaratieprotocol Wlz 2016

Het inkoopkader inclusief bijlagen en de nog te publiceren Nota's van Inlichtingen maken integraal onderdeel uit van de overeenkomst die zorgaanbieder en zorgkantoor naar aanleiding van deze inkoopprocedure eventueel aangaan.

---

<sup>1</sup> Het voorschrift zorgtoewijzing wordt in het najaar 2015 geactualiseerd.

# Hoofdstuk 1 Uitgangspunten in de zorginkoop 2017

## 1.1 Inleiding

De transitie is neergedaald en de zorgkantoren hebben de eerste ervaringen opgedaan met de werkelijkheid van de Wlz. De doelgroepen waarvoor we zorg inkopen zijn grotendeels duidelijk en de eerste voorstellen voor doorontwikkeling in de Wlz liggen op tafel. De staatssecretaris vraagt met zijn kamerbrief 'Waardig leven met zorg' aandacht voor meer keuze in aanbod en aanbieder voor cliënten. Naast de aanhoudende focus op kwaliteitsverbetering in de Wlz, zoals verwoord in de verschillende kwaliteitskaders, Waardigheid en trots en het plan van aanpak voor de Gehandicaptenzorg, is er nu een uitdrukkelijke roep om betere invulling van individuele wensen van cliënten mogelijk te maken.

## Uitgangspunten

Uitgangspunt voor de zorginkoop 2017 is doorontwikkeling van het landelijke inkoopkader en dialoogmodel uit 2016. Dit betekent dat consistentie van beleid op beide aspecten mag worden verwacht voor wat betreft de keuze voor het dialoogmodel en de mate van uniformering tussen verschillende zorgkantoren. Daarnaast is een uitdrukkelijk uitgangspunt dat het landelijke inkoopkader 2017 bijdraagt aan de punten zoals genoemd in 'Waardig leven met zorg', waarin gevraagd wordt meer keuzevrijheid en maatwerk voor cliënten te creëren en invulling te geven aan principes als persoonsvolgende bekostiging. Dit laatste uitgangspunt grijpt met name in op de inkoopssystematiek 2017, die grotendeels belegd is binnen het inkoopbeleid van de verschillende zorgkantoren.

De volgende uitgangspunten vanuit 2016 blijven van kracht:

- *Cliënt centraal:* In de zorginkoop 2017 staat wederom de vraag centraal wat kwaliteitsverbeteringen opleveren voor de cliënt. Tevens stimuleren we verbetering van de persoonsgerichte zorg en zetten we stappen richting persoonsvolgendheid van bekostiging.
- *Zichtbaar zorgkantoor:* we geven cliënten(raden) een duidelijke rol bij de zorginkoop en blijven cliënten versterken met cliëntondersteuning.
- *In dialoog komen tot maatwerk:* in de zorginkoop komen we in dialoog tot afspraken over kwaliteitsverbetering, met zorgaanbieders en cliënten(raden) op maat.
- *Geen onnodige administratieve lasten:* We maken een slag in het vereenvoudigen en opschonen van voorwaarden voor contractering. Daarbij verbeteren we de formats en voorwaarden voor de dialoog.
- *Doelmatigheid:* Deze bezien we in brede zin, dus binnen de contracteerruimte blijven én invulling geven aan de zorgplicht van de zorgkantoren waarbij we ons inzetten voor het realiseren van passende zorg.

Met de zorginkoop hebben de zorgkantoren de belangrijke taak om ervoor te zorgen dat cliënten de geïndiceerde zorg en overige diensten kunnen verkrijgen waarop zij binnen de Wlz zijn aangewezen. Daarnaast leveren de zorgkantoren met de zorginkoop een bijdrage aan de doelstellingen van de Wet langdurige zorg. Dit hoofdstuk beschrijft de hierboven genoemde uitgangspunten nader in de volgende alinea's.

## 1.2 Cliënt centraal

De Wlz gaat over langdurige zorg. Zorgkantoren nemen de wensen van de cliënt nadrukkelijk als uitgangspunt bij de inrichting van de inkoopprocedure. Het betekent dat het zorgkantoor zich inspant om voldoende zorg in te kopen die veilig, verantwoord, effectief en doelmatig is en aansluit bij de klantvraag. Om ervoor te zorgen dat de klant de zorg kan ontvangen op de door voor hem/haar meest passende wijze, zijn er verschillende leveringsvormen beschikbaar in de Wlz. Daarnaast zetten de zorgkantoren in 2017 verdere stappen in de richting van persoonsvolgende bekostiging.

Om cliëntgerichtheid daadwerkelijk waar te maken en vorm te geven, moeten het inkoopbeleid en de uitvoering van de zorginkoop stimuleren dat er een optimale match plaatsvindt tussen vraag en aanbod. Hierbij willen zorgkantoren beter tegemoet komen aan de keuzevrijheid en wensen van de cliënt rond zijn/haar zorgaanbieder van voorkeur, de leveringsvorm en/of locatie van zorgverlening. Tevens verwachten de zorgkantoren van de zorgaanbieders dat zij zich blijven verdiepen in wat cliënten willen en actief invulling geven aan de zorg die zoveel mogelijk aansluit bij zijn wensen, dus ook nadat de cliënt in zorg is genomen.

Zorgkantoren zien dat de woon- en zorgwensen van cliënten veranderen. Cliënten en hun netwerk willen vaker zorg in de thuissituatie ontvangen en willen meer eigen regie over hun leven (blijven) voeren. De Wlz maakt dit mogelijk. De Wlz kent vier verschillende leveringsvormen.

De leveringsvormen zijn:

- Verblijf in een instelling;
- VPT (volledig pakket thuis);
- MPT(modulair pakket thuis) eventueel in combinatie met een PGB (persoonsgebonden budget);
- PGB (persoonsgebonden budget), eventueel in combinatie met een MPT (modulair pakket thuis).

Voor de sectoren V&V en GZ zijn deze alle vier relevant. Voor de sector GGZ kan het ZZP alleen bij verblijf in een instelling worden geleverd vanwege de onlosmakelijke verbondenheid tussen behandeling en verblijf in de zzp's GGZ binnen de Wlz. Om die reden zijn andere producten en leveringsvormen uitgesloten.

Het VPT, MPT en PGB zijn in de V&V en GZ leveringsvormen die het mogelijk maken voor cliënten hun zorgvraag in een zelfstandige woonomgeving in te vullen. Cliënten kunnen zelf kiezen voor een leveringsvorm die past bij hun persoonlijke situatie en voorkeuren. Ook een combinatie van MPT en PGB is mogelijk. Mede op basis van de gekozen leveringsvorm wordt door het CAK de eigen bijdrage bepaald. Cliënten die zorg vanuit de Wlz ontvangen, hebben een intensieve zorgvraag en zorg in de nabijheid nodig of permanent toezicht, dit geldt ook als de zorg wordt geleverd in de leveringsvorm van een VPT of een MPT. Hier moeten zorgaanbieders zich van bewust zijn, maar eveneens op toegerust zijn. Als cliënten (en/of hun netwerk) in de Wlz ervoor kiezen de zorg te verzilveren in de thuissituatie als zorg in natura in de vorm van een MPT of een VPT, beoordeelt het zorgkantoor of deze zorg in de thuissituatie verantwoord en doelmatig geleverd kan worden.

Tevens houdt 'cliëntgerichtheid' in, dat het zorgkantoor bij de inkoop rekening houdt met een voldoende gedifferentieerd zorgaanbod om zo veel mogelijk recht te doen aan keuzevrijheid, zorg die past bij de identiteit van de cliënt of noodzakelijk is voor specifieke doelgroepen. Door in contact te staan met cliënten, krijgt het zorgkantoor inzicht in de behoeften en kan het zorgkantoor nieuw aanbod op basis van deze behoeften stimuleren. Het zorgkantoor kan in zijn regionale inkoopbeleid aandacht besteden aan specifiek zorgaanbod wat gewenst is in de regio.

### **1.3 Zichtbaar zorgkantoor**

Zorgkantoren willen zichtbaar zijn voor cliënten om hen waar nodig met kennis en expertise te ondersteunen in het verzilveren van hun zorgvraag. Deze ondersteuning kan plaatsvinden door het bieden van cliëntondersteuning, maar ook door verdere betrokkenheid van de cliëntenraden bij het maken van ontwikkelafspraken.

#### **1.3.1 Cliëntondersteuning**

Zorgkantoren hebben er met de invoering van de Wlz een belangrijke verantwoordelijkheid bij gekregen ter versterking van de eigen regie van cliënten: het bieden van cliëntondersteuning. Zorgkantoren denken dat zij door het bieden van cliëntondersteuning een belangrijke rol kunnen vervullen door cliënten op maat van begrijpelijke informatie over zorg en ondersteuning binnen de Wlz te kunnen voorzien. Te denken valt aan informatie over verschillende leveringsvormen, het gecontracteerde zorgaanbod, rechten binnen de Wlz, eventuele wachttijden, et cetera. Ook ondersteunen zorgkantoren cliënten bij het vinden van een passende zorgaanbieder, het komen tot een passend zorg- of ondersteuningsplan en bemiddelen cliëntondersteuners tussen cliënten en zorgaanbieders waar nodig. Zorgkantoren zien cliëntondersteuning als een belangrijke taak en voorwaarde om persoonsvolgendheid binnen de Wlz echt vorm te geven.

Zorgkantoren bieden zelf cliëntondersteuning aan de Wlz-gerechtigden in de regio, maar hebben sinds de invoering van de Wlz ook onafhankelijke cliëntondersteuning gecontracteerd. Voor de onafhankelijke cliëntondersteuning hebben de zorgkantoren afspraken gemaakt met regionale organisaties. Cliënten kunnen naar één van deze organisaties voor cliëntondersteuning. De zorgkantoren informeren de zorgaanbieders en cliënten op hun website over de organisaties die gecontracteerd zijn per 1 januari 2017. Zorgkantoren verwachten dat zorgaanbieders zelf ondersteuning bieden aan cliënten evenals dat zij cliënten wijzen op de mogelijkheid tot het gebruik van (onafhankelijke) cliëntondersteuning.

#### **1.3.2. Betrokkenheid cliëntenraden**

Cliëntenraden<sup>2</sup> zijn een belangrijk orgaan voor cliënten om geïnformeerd te worden over belangrijke wijzigingen binnen de organisatie, mee te denken over hoe de dienstverlening verbeterd kan worden, en hoe de zorgaanbieder voor hen kan bijdragen aan een zo prettige mogelijke leefomgeving en kwaliteit van leven.

---

<sup>2</sup> Waar we spreken van cliëntenraden bestaan hiernaast of in plaats van cliëntenraden binnen zorginstellingen soms ook verwanten en/of familieraden (in het vervolg ook te noemen cliëntenraden). De zorgkantoren gaan er vanuit dat zorgaanbieders wanneer er sprake is van meerdere raden deze verschillende raden betrekken bij de uit de zorginkoop relevante thema's.

Zoals zorgkantoren dit jaar meer in dialoog zijn met zorgaanbieders over kwaliteit, willen zorgkantoren dat zorgaanbieders hierover ook in gesprek zijn met de cliëntenraden. Dit vanuit de overtuiging dat de betrokkenheid van cliënten(raden) een goede bijdrage levert aan de verbetering van de kwaliteit van zorg door de zorgaanbieder.

De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) geeft de cliëntenraad een wettelijke basis voor de behartiging van de gemeenschappelijke belangen. De cliëntenraad geeft adviezen aan de bestuurder bijvoorbeeld over kwaliteit van zorg vanuit collectief perspectief. De cliëntenraad heeft geen wettelijke positie ten opzichte van het zorgkantoor, maar zorgkantoren zien cliëntenraden wel als een belangrijke stakeholder.

Zorgkantoren vinden het van groot belang dat aanbieders en cliëntenraden regelmatig in gesprek zijn. Het is daarbij van belang dat de zorgaanbieder voor opleidingsmogelijkheden van de cliëntenraden zorgt, zodat de cliëntenraden goed toegerust blijven om hun rol uit te voeren.

De ervaringen van cliënten en hun zienswijze op het functioneren van de instelling worden door de zorgaanbieder in de zelfanalyse meegenomen. Ook veronderstellen zorgkantoren dat de zorgaanbieder de cliëntenraad raadpleegt bij de keuze van de onderwerpen die in aanmerking komen voor een ontwikkelplan en betreft bij de opzet en uitvoering van het plan. In de formats voor de zelfanalyse en ontwikkelplannen is hier expliciet ruimte voor opgenomen en bij gebruik van eigen formats door de aanbieder verwachten wij dat dit onderdeel een plek heeft. De wijze waarop de betrokkenheid van cliënten(raden) wordt vormgegeven, schrijven we niet voor, cliëntenraden kunnen samen met hun zorgaanbieder kijken welke rol en vorm hen het beste past. Zo zijn cliëntenraad ook welkom om deel te nemen aan de overleggen tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor. Zorgkantoren volgen daarbij de voorkeur van de cliëntenraad om dit wel of niet te doen. Daar waar zorgkantoren twijfel hebben bij de wijze waarop de cliëntenraad betrokken is bij de ontwikkelplannen, bevragen zij zorgaanbieders hier nadrukkelijk op.

Om inzicht te geven aan cliëntenraden over wat zorgkantoren doen en welke thema's zorgkantoren belangrijk vinden, wordt er tevens een publieksversie van dit landelijke inkoopkader gepubliceerd. Deze publieksversie is in samenspraak met cliënten(organisaties) tot stand gekomen. Zorgkantoren vragen zorgaanbieders de (vertegenwoordigers van) cliënten hier actief naar te verwijzen. Om cliënten(raden) voldoende tijd te geven zich voor te bereiden op het zorginkoopproces zijn in april 2016 de contouren en het tijdpad van de zorginkoop 2017 gepubliceerd. Dit geeft handvatten voor de cliëntenraad om het gesprek met de zorgaanbieder te voeren.

Daarnaast organiseren zorgkantoren door het jaar heen bijeenkomsten voor cliëntenraden. In deze bijeenkomsten willen zorgkantoren de cliëntenraden van voldoende informatie voorzien, zodat de positie van de cliëntenraden wordt verstevigd. Deze bijeenkomsten geven cliëntenraden tegelijkertijd de mogelijkheid om in direct contact te komen met de zorgkantoren. Cliëntenraden kunnen hier vragen stellen aan het zorgkantoor, deze van adviezen voorzien, maar bijvoorbeeld ook ervaringen uitwisselen met zowel het zorgkantoor als andere cliëntenraden.

#### **1.4 In dialoog komen tot maatwerk**

De dialoog met zorgaanbieders en het bieden van ruimte voor regionaal maatwerk krijgen een prominente plek in de inkoop 2017. Het zorgkantoor gaat net als in 2016 het inhoudelijke gesprek aan met de zorgaanbieder om de zorg aan cliënten te verbeteren.

Zorgkantoren hebben ervaren dat de dialoog met zorgaanbieders vanuit de centrale vraagstelling 'wat levert het op voor de cliënt' bijdraagt aan kwaliteitsverbetering en daarmee kwaliteit van leven/bestaan van de klant. Zorgkantoren willen samen met de zorgaanbieders blijven werken aan kwaliteitsverbetering vanuit cliëntperspectief.

In de inkoop 2016 hebben we met elkaar de stap gezet naar het dialoogmodel als manier om afspraken te maken over kwaliteit en tarief binnen de Wlz. Dit was een grote stap met in algemene zin positieve ervaringen. Daar waar we in 2016 niet wisten wat we van elkaar in dit model moesten verwachten, denken zorgkantoren dat de ervaring van 2016 voor beide partijen bijdraagt aan een soepeler procedure en inhoudelijkere dialoog. Deze leerervaringen hebben we meegenomen om ons model voor 2017 te verbeteren. Dit geldt zowel voor dit landelijke inkoopkader als voor het regionale beleid. Onze ervaring van 2016 en verbeteringen in beleid en proces moeten er voor zorgen dat de dialoog nog beter ten goede komt aan kwaliteitsverbetering van zorg voor cliënten omdat we een betere balans vinden in het overeenkomen van concrete afspraken zonder afbreuk te doen aan het inhoudelijke gesprek. De in 2016 gezamenlijk uitgesproken wens om te komen tot een inkoopproces dat uitgaat van meer transparantie, gelijkwaardigheid en vertrouwen biedt hiervoor een goede basis.

#### **1.5 Geen onnodige administratieve lasten**

Enige mate van administratie voor de zorgaanbieder, het zorgkantoor en voor de cliënt is niet te vermijden. Het mag echter niet leiden tot onnodige lasten en registratiedruk. Bij het opstellen van het zorginkoopbeleid staan zorgkantoren stil bij dit thema en inventariseren de mogelijke verbeterlagen. Zorgkantoren zijn van mening dat administratieve lasten geen apart thema moet zijn maar een uitgangspunt moet vormen voor het inkoopbeleid. In ons handelen, moeten wij te allen tijde onnodige administratieve lasten voorkomen. Zo vragen zorgkantoren gedurende de inkoop en door het jaar heen geen informatie uit die niet noodzakelijk is, niet te toetsen is, niet op een andere manier te verkrijgen is of reeds beschikbaar is. Enkel informatie die nodig is om de dialoog tussen zorgaanbieder en zorgkantoor gestalte te geven en daadwerkelijk gebruikt wordt door de zorginkopers, wordt opgevraagd. Uit de evaluatie rondom de zorginkoop 2016 blijkt dat er nog verbeterlagen voor 2017 kunnen worden gemaakt. De zorgkantoren hebben hiervoor onder andere de formats doorontwikkeld en het aantal vrijheidsgraden rond deze formats voor de zelfanalyse en ontwikkelplannen vergroot. Daarnaast is er een stap gezet in het vereenvoudigen en opschonen van voorwaarden voor contractering en bij aanbieders die bij meerdere zorgkantoren contracten sluiten, streven zorgkantoren ernaar om de afstemming tussen verschillende zorgkantoren verder te verbeteren om op deze wijze meer uniformiteit in de beoordeling van de ontwikkelplannen te realiseren.



## **1.6 Doelmatigheid**

Zowel de zorgkantoren als de zorgaanbieders hebben de opdracht om de door de maatschappij opgebrachte middelen voor de Wlz doelmatig in te zetten. Mensen leven langer, we zien de zorgvraag verzwaren en de daarbij behorende kosten toenemen. Hierdoor ontstaat budgettaire druk die, door het ministerie van VWS, vertaald wordt in taakstellingen, waaraan zorgkantoren met zorgaanbieders invulling moeten geven. Denk hierbij aan de door VWS aangekondigde korting op de contracteerruimte 2017. In de Wlz is een belangrijke opdracht voor zorgkantoren geformuleerd om de nodige maatregelen te treffen ter voorkoming van onnodige zorg en van uitgaven die hoger zijn dan noodzakelijk.

Het zorgkantoor onderscheidt doelmatigheid in het kader van individuele aanspraken Wlz en doelmatigheidsinstrumenten in het kader van zorginkoop. In het kader van individuele aanspraken streeft het zorgkantoor er samen met de zorgaanbieders naar, om de cliënt zo snel mogelijk op de best passende plek te krijgen, waardoor overplaatsing, onnodige en ondoelmatige (meer)zorg kan worden voorkomen. In de zorginkoop zetten de zorgkantoren instrumenten in om de kosten te beheersen en doelmatige zorg te stimuleren.

# Hoofdstuk 2 Inkoopprocedure 2017

## 2.1 Uitgangspunten inkoopprocedure

Ook voor 2017 krijgt de dialoog met zorgaanbieders en het bieden van ruimte voor maatwerk een prominente plek in de inkoop. Zorgkantoren willen, in aansluiting op de systematiek van 2016, het gesprek aangaan met zorgaanbieders om te komen tot afspraken voor verbetering van kwaliteit van zorg met als doelstelling daadwerkelijk beter resultaat voor de cliënt. Op basis van de leerervaringen die zijn opgedaan willen de zorgkantoren het ingezette beleid verder vormgeven. De centrale positie van de cliënt binnen de Wlz en de daarbij behorende verdergaande persoonsgerichtheid van de zorg en persoonsvolgendheid van de bekostiging zijn hierbij leidend. Het dialoogmodel is daarbij in de kern een continu proces waar inhoudelijke ontwikkelingen en resultaten voor de cliënten centraal staan.

Voor aanbieders die bij meerdere zorgkantoren contracten hebben streven zorgkantoren ernaar om de afstemming tussen de verschillende zorgkantoren verder te verbeteren om op deze wijze meer uniformiteit in de beoordeling van ontwikkelplannen te realiseren.

Voor de inkoop 2017 doorlopen zorgkantoren en zorgaanbieders daarom wederom een inkoopproces gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- Op maat gemaakte afspraken voor verbetering van zorg;
- De dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieder staat centraal;
- Meerjarige overeenkomst als stimulans voor kwaliteitsverbetering

Voor de duidelijkheid wordt in hoofdstuk 2 specifiek aangegeven op welke punten zorgkantoren in hun regionale beleid aanvullingen op het in dit hoofdstuk opgenomen beleid kunnen doen.

### **Op maat gemaakte afspraken voor verbetering van zorg**

Zorgkantoren willen op basis van door de zorgaanbieders zelf voorgestelde ontwikkelplannen op maat afspraken maken over de verbetering van de kwaliteit van zorg voor cliënten voor 2017. Door zelf voorstellen te doen, kunnen zorgaanbieders er voor zorgen dat de ontwikkelafspraken passend zijn bij de aard van de cliëntpopulatie, ontwikkelfase, prioriteiten en ambitie van de eigen organisatie. Zorgkantoren verwachten effectiever de kwaliteit in de sectoren te verbeteren door beter aan te sluiten bij de intrinsieke motivatie van zorgaanbieder en de prioriteiten zoals cliënten die mede bepalen.

Om met zorgaanbieders afspraken te kunnen maken over verbetering en doorontwikkeling van de kwaliteit van zorg en ondersteuning is het van belang dat beide partijen over dezelfde informatie beschikken. Hiertoe hebben de zorgkantoren bij de zorginkoop 2016 het instrument 'zelfanalyse' geïntroduceerd. De zorgaanbieder geeft samen met de cliënten(raad)- in de zelfanalyse inzicht in de sterktes en ontwikkelpunten van de eigen organisatie en het effect hiervan voor de cliënt. Uit de zelfanalyse blijkt vervolgens logischerwijs waar voor de betreffende zorgaanbieder het ontwikkelpotentieel ligt en welke doorontwikkeling zij van belang achten. Op deze punten kunnen zorgaanbieders voorstellen doen voor ontwikkelplannen. Doelstelling van de zorgkantoren is om vervolgens over die plannen afspraken te maken die concrete verbeteringen voor cliënten opleveren,

aansluiten op de individuele situatie van zorgaanbieder en bij de kansen die beide partijen herkennen (zie paragraaf 2.2).

De dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieder en cliëntenraad staat centraal. Op basis van het door de zorgaanbieder voorgestelde ontwikkelplan gaan zorgkantoren en aanbieders het gesprek aan. Het geformuleerde ontwikkelplan vormt de basis waarop de dialoog tot stand komt. Centraal binnen deze dialoog staat enerzijds het uitwisselen van inzichten op basis van de zelfanalyse en anderzijds het overeenkomen van een of meerdere definitieve ontwikkelafspraken op maat met de zorgaanbieder.

Ontwikkelplannen kunnen voor zorgaanbieders leiden tot een afspraak over een opslag op het basistarief en eventueel een meerjarige overeenkomst. Voor aanbieders met wie reeds in 2016 ontwikkelplannen zijn overeengekomen wordt de dialoog gecontinueerd op basis van nieuwe of bijgestelde voorstellen.

Vertrouwen, transparantie, gelijkwaardigheid, open staan voor reflectie en de ambitie om doelstellingen te formuleren die concreet zijn, zijn voor de dialoog essentiële ingrediënten.

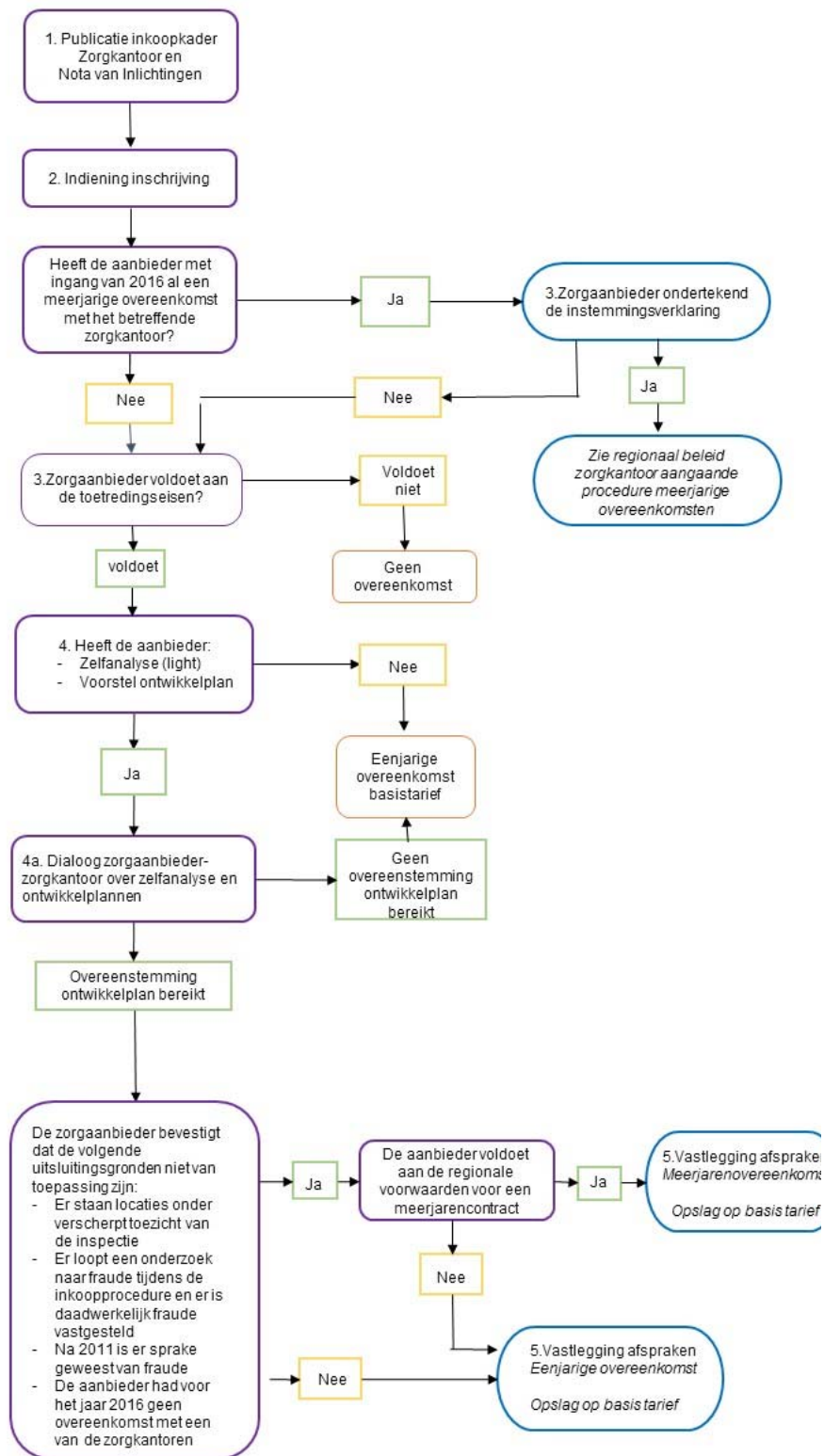
De dialoog tussen zorgkantoor, zorgaanbieder en cliënten(raden) is niet alleen van belang tijdens de inkoop, maar ook gedurende de gehele contractperiode. De inzichten uit de zelfanalyse en de voortgang van de gemaakte afspraken fungeren als leidraad voor de gesprekken. Zorgkantoren belonen voor de behaalde resultaten van de zorgaanbieder en de toegevoegde waarde die dit voor de cliënten heeft.

### **Meerjarige overeenkomst als stimulans voor kwaliteitsverbetering**

Zorgkantoren hebben in 2016 met het merendeel van de bestaande zorgaanbieders een tweejarige overeenkomst gesloten. Ook in de zorginkoop van 2017 maken zorgkantoren het mogelijk om meerjarige overeenkomsten af te sluiten met zorgaanbieders en daarbinnen meerjarige ontwikkelafspraken overeen te komen. Zorgkantoren spreken hiermee vertrouwen uit en stimuleren zorgaanbieders om ook lange termijn kwaliteitsinvesteringen te doen die leiden tot een betere kwaliteit van zorg, leven en bestaan. Daarom sluiten zorgkantoren ook voor 2017 weer meerjarige overeenkomsten (looptijd maximaal 2 jaar) met die zorgaanbieders die hier nog niet over beschikken en zich proactief inzetten voor de verbetering van kwaliteit van zorg en hun cliëntgerichtheid. Om in aanmerking te komen voor een meerjarenovereenkomst, moet de zorgaanbieder zowel voldoen aan de voorwaarden die beschreven staan in paragraaf 2.2. als aan de eventuele voorwaarden die staan beschreven in het regionale beleid van zorgkantoren.

## 2.2 Inkoopprocedure 2017

In 2017 bestaat de inkoopprocedure die zorgkantoren en zorgaanbieders doorlopen uit vijf stappen zoals weergegeven in figuur 1, die daaronder wordt toelicht.



Figuur 1 Schematische weergave inkoopprocedure Wlz 2017

Hieronder volgt een nadere toelichting op de verschillende stappen in het proces. De nummers corresponderen met de nummering in het schema in figuur 1. In het regionale deel van het zorginkoopdocument wordt concreet aangegeven waaraan een inschrijving van zorgaanbieders procedureel moeten voldoen, op welke wijze de beoordeling van de inschrijving plaatsvindt en op welke wijze hierop terugkoppeling wordt gegeven.

### **2.2.1 Stap 1 - Publicatie inkoopkader en indienen vragen**

De zorgkantoren publiceren het landelijke inkoopkader en hun regionaal beleid uiterlijk op 1 juni 2016.

Omdat zorgkantoren weten dat een inkoopprocedure voor zorgaanbieders altijd vragen op kunnen roepen of verduidelijking behoeft, willen zorgkantoren dat zorgaanbieders voldoende tijd hebben om vragen te stellen over eventuele onduidelijkheden. Vanaf de publicatiedatum op 1 juni 2016 zijn zorgaanbieders tot uiterlijk 21 juni 2016 in de gelegenheid om vragen te stellen. Zorgkantoren beantwoorden deze vragen uiterlijk op 1 juli 2016 door middel van een Nota van Inlichtingen op het landelijke inkoopkader Wlz 2017. Na deze sluitingsdatum is het niet meer mogelijk om vragen te stellen over deze inkoopprocedure en bijbehorende documenten. De concrete tijdlijn kunt u lezen in paragraaf 2.3.

### **2.2.2 Stap 2 - Indiening inschrijving**

Binnen stap 2 in deze inkoopprocedure wordt onderscheid gemaakt tussen een drietal zorgaanbieders:

1. Zorgaanbieders die al een overeenkomst hebben bij het zorgkantoor waar ze ook in 2017 een overeenkomst willen.
2. Zorgaanbieders die over 2016 al met een van de andere zorgkantoren een Wlz-overeenkomst voor het leveren van Wlz-zorg in natura hebben en deze overeenkomst is niet ontbonden gedurende het contractjaar.
3. Zorgaanbieders die over 2016 geen Wlz-overeenkomst hebben met een zorgkantoor voor het leveren van Wlz-zorg in natura.

Zorgaanbieders vallend onder categorie 1 met een meerjarenovereenkomst 2016/2017 kunnen volstaan met het indienen van een instemmingsverklaring ter vervanging van de bestuursverklaring en bijbehorende bijlagen.

Voor zorgaanbieders vallend onder categorie 1 met een eenjarige overeenkomst 2016. Deze inschrijving moet voorzien zijn van een bestuursverklaring en bijbehorende bijlagen.

Voor de Zorgaanbieders die vallen binnen categorie 2 en 3 staat hieronder en in de Bijlage 5 "Bewijsstukken nieuwe zorgaanbieders en bestaande aanbieders bij een andere Wlz-uitvoerder" beschreven wat exact bij stap 2 van hen verwacht wordt.

Voor alle aanbieders geldt dat de inschrijving uiterlijk 1 augustus 2016 17:00 uur ingediend moet zijn bij het zorgkantoor waar men een overeenkomst mee wil.

### **Nieuwe aanbieders (categorie 2 en 3)**

In de Wlz staat de cliënt en zijn zorgvraag centraal. Zorgkantoren willen zo veel mogelijk tegemoet komen aan de wens van individuele cliënten. In de zorginkoop Wlz 2017 hebben zorgkantoren zichzelf daarom tot doel gesteld om voor zorg in natura een zo breed mogelijk zorgaanbod te contracteren. Dit leidt tot meer keuzemogelijkheden en diversiteit, waarmee wij beter tegemoet denken te komen aan individuele vragen en behoefte van cliënten tot een zorgaanbod wat aansluit bij o.a. culturele achtergrond, geloofsovertuiging en seksuele geaardheid. Tevens kan een breder gecontracteerd aanbod bijdragen aan een betere borging van de continuïteit van zorg voor cliënten bij overgangen van de zorg tussen de verschillende domeinen. Wanneer de cliënt dit wenst kan deze bij een overgang van Wmo/Zvw naar Wlz, vaker dezelfde zorgaanbieder behouden.

### **Definities**

Binnen deze inkoopprocedure wordt onderscheid gemaakt tussen zorgaanbieders die in 2017 voor het eerst Wlz zorg in Natura willen gaan leveren en zorgaanbieders die reeds beschikken over een Wlz contract bij een van de zorgkantoren. In tegenstelling tot voorgaande jaren beschouwen we alle aanbieders die een lopend contract hebben bij één van de zorgkantoren als bestaande aanbieders.

**Definitie 'Nieuwe zorgaanbieders':** zorgaanbieders die over 2016 geen Wlz-overeenkomst hebben met een zorgkantoor voor het leveren van Wlz-zorg in natura.

**Definitie 'Bestaande zorgaanbieders':** zorgaanbieders die over 2016 al met een van de zorgkantoren een Wlz-overeenkomst voor het leveren van Wlz-zorg in natura hebben en deze overeenkomst is niet ontbonden gedurende het contractjaar.

### **Contractvoorwaarden nieuwe zorgaanbieders (categorie 2 en 3)**

- Nieuwe zorgaanbieders (categorie 3)

Om beter tegemoet te kunnen komen aan de grote verscheidenheid aan cliëntwensen, een doelstelling voor deze inkoopprocedure, hebben zorgkantoren beleid voor het contracteren van nieuw aanbod aangepast. Uitgangspunt van dit beleid is een gelijk speelveld te behouden voor alle zorgaanbieders die wij contracteren. Nieuwe zorgaanbieders moeten derhalve aan alle voorwaarden voor contractering voldoen, maar krijgen voor een aantal specifieke gestelde eisen uiterlijk tot 1 augustus 2017 de tijd om te gaan voldoen. Zorgaanbieders die op 31 dec 2016 nog niet voldoen aan deze benoemde eisen krijgen hiervoor een contract onder voorwaarden. Voor welke eisen het mogelijk is een contract onder voorwaarden te verkrijgen, staat weergegeven in bijlage 5 – bewijsstukken nieuwe aanbieder. Uitgangspunt is dat het de eisen betreft waarvan het aannemelijk is dat zorgaanbieders er pas aan gaan voldoen wanneer zij cliënten hebben en/of dit gaan oppakken wanneer ze zeker zijn van een overeenkomst met het zorgkantoor.

Of het zorgkantoor daadwerkelijk een overeenkomst aangaat met een nieuwe zorgaanbieder, is mede afhankelijk van de beoordeling van het ondernemingsplan in relatie tot het regionale geformuleerde beleid voor de beoordeling van nieuw zorgaanbod.

Zorgkantoren nodigen PGB-gefinancierde wooninitiatieven uit om, indien de cliënt omzetting naar zorg in natura wenst een offerte uit te brengen voor een overeenkomst Wlz 2017. Zorgkantoren treden graag met deze partijen in gesprek om de mogelijkheden tot omzetting te onderzoeken.

**- Bestaande zorgaanbieders (categorie 2)**

Zorgkantoren veronderstellen dat zorgaanbieders die reeds bij een (ander) zorgkantoor een contract hebben over 2016, voldoen aan de eisen van de bestuursverklaring en doen hiervoor eventueel navraag bij andere zorgkantoren. Voor deze bestaande aanbieders geldt daarom dat naast de bestuursverklaring geen aanvullende documenten worden opgevraagd met betrekking tot de contractvoorwaarden. Indien er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten 2016 dient de zorgaanbieder dit te melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren.

Naast bovenstaande verwachten zorgkantoren dat aanbieders die bij een ander zorgkantoor een contract willen een beknopt ondernemingsplan plan aanleveren. Voor de onderwerpen die zorgkantoren in dit ondernemingsplan verwachten zie bijlage 5 onder 3. bedrijfsplan en 4. financieel plan.

**Beoordeling ondernemingsplan - toelichting nieuw zorgaanbod**

Of het zorgkantoor daadwerkelijk een overeenkomst aangaat met een nieuwe of bestaande zorgaanbieder zoals hierboven gedefinieerd, is afhankelijk van de beoordeling van het ondernemingsplan. Er kunnen redenen zijn waarom zorgkantoren het uitbreiden van het zorgaanbod niet wenselijk vinden. Te denken valt aan nieuw zorgaanbod bij (nieuwe) zorgaanbieders die in een situatie verkeren waarbij twijfel bestaat op het gebied van kwaliteit of continuïteit van zorg en/of financiën. Zorgkantoren behouden zich het recht voor om geen overeenkomst aan te gaan voor het nieuwe zorgaanbod, wanneer het ondernemingsplan of overleg met stakeholders aanleiding geeft tot twijfel over continuïteit van zorg voor onze cliënten. Bij de beoordeling van het ondernemingsplan gelden als redenen voor afwijzing van nieuw zorgaanbod onder meer:

- Een negatief eigen vermogen of financieel slechte positie;
- Beoordeling van IGZ dat basiskwaliteit niet op orde is;
- Meerdere gegronde klachten bij zorgkantoor en/of zorgverzekeraar, die ernstig van aard waren.

Afwijzing vindt plaats naar vrije beoordeling van het zorgkantoor.

**Tariefstelling**

**- Nieuwe zorgaanbieders (categorie 3)**

Nieuwe zorgaanbieders die op de datum van inschrijving aan alle voorwaarden voldoen kunnen in aanmerking komen voor een opslag op het basistarief op basis van een ingediende zelfanalyse en ontwikkelplannen. Nieuwe aanbieders die daar niet aan voldoen komen niet in aanmerking voor een opslag op het basistarief.

**- Bestaande aanbieders bij een ander zorgkantoor (categorie 2)**

Bestaande zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een opslag op het tarief op basis van een ingediende zelfanalyse en ontwikkelplannen. De zelfanalyse en de

ontwikkelplannen moeten bij het nieuwe zorgkantoor worden ingediend voor 2017, ook als er reeds een tweejarig ontwikkelplan en zelfanalyse bij het andere zorgkantoor waren ingediend voor 2016.

### **Basiskwaliteit op orde**

Het zorgkantoor kan voor een nieuwe zorgaanbieder niet bepalen of de basiskwaliteit op orde is. De taak om dit te beoordelen ligt bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Nieuwe zorgaanbieders hebben op de datum inschrijving de vragenlijst nieuwe zorgaanbieders ingevuld op de site van het CIBG en de inspectie. Deze vragenlijst is voor de nieuwe zorgaanbieders (zie voor definitie hiervoor) een hulpmiddel om te weten aan welke (kwaliteits-) eisen ze bij de start van de zorgverlening moeten voldoen en de IGZ gebruikt deze vragenlijst om een risico-inschatting te doen voor het toezicht op de nieuwe zorgaanbieders. De IGZ heeft de vragenlijst op haar website gepubliceerd: [http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving\\_en\\_toezicht/nieuwe\\_zorgaanbieders/](http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/nieuwe_zorgaanbieders/). Op basis van de aard van de zorg en de inhoud van de vragenlijst brengt de inspectie een bezoek aan de nieuw gecontracteerde zorgaanbieders.

Zorgkantoren vinden het van belang om voor zorg in natura zorgaanbieders te contracteren waarbij de zorg voldoet aan de kwaliteitseisen op grond van wet- en regelgeving en hechten daarom aan het oordeel van de inspectie. Mocht uit het bezoek van de inspectie blijken dat de IGZ van mening is dat de kwaliteit niet op orde is, gaan de zorgkantoren hierover het gesprek aan met desbetreffende aanbieder en behouden de zorgkantoren zich het recht voor om de overeenkomst Wlz te ontbinden. Of beëindiging van toepassing is, is afhankelijk van de aard en omvang van de bevindingen van de inspectie, of tijdig kan worden voldaan aan de bevindingen van de Inspectie en de door de IGZ te nemen maatregelen. Zolang er nog geen oordeel is van de Inspectie staat dat het indienen van ontwikkelplannen niet in de weg.

### **Contractduur**

#### **- Nieuwe zorgaanbieders**

Wanneer de nieuwe zorgaanbieder voldoet aan de eisen opgenomen in de bestuursverklaring, de conceptovereenkomst Wlz 2017, bijlage 5 en het Programma van Eisen komen zij in principe in aanmerking voor een eenjarige overeenkomst (eventueel onder voorwaarden).

#### **- Bestaande aanbieders**

Als zorgaanbieders voldoen aan de toetredingseisen opgenomen in de bestuursverklaring, de conceptovereenkomst Wlz 2017, bijlage 5 en het Programma van Eisen kunnen zij in aanmerking komen voor een eenjarige of meerjarige overeenkomst. Voor een meerjarige overeenkomst bij een ander zorgkantoor kunnen andere voorwaarden gelden.

### **2.2.3 Stap 3 - Toets van zorgkantoor op voldoen aan de toetredingseisen**

Onder toetredingseisen verstaan de zorgkantoren alle eisen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst:

<b>Bestuursverklaring</b>	Bevat de eisen waaraan de organisatie van de zorgaanbieder moet voldoen;
<b>Overeenkomst Wlz 2017</b>	Bevat de voorwaarden van de overeenkomst waaronder bijvoorbeeld de looptijd, de vergoeding, de omgang m.b.t.



	geschillen. Alle inkoopdocumenten inclusief bijlagen maken integraal onderdeel uit van de overeenkomst;
<b>Programma van Eisen</b>	Bevat aanvullende voorwaarden en richtlijnen van de zorgkantoren waaraan de zorg(aanbieder) moet voldoen en/of die als basis dienen voor de te maken afspraken met zorgaanbieders;
<b>Bijlagen 5 tot en met 9 inkoopkader Wlz 2017</b>	Bevatten eisen rondom Crisiszorg en spoedzorgregeling, Meerzorg, het Voorschrift zorgtoewijzing en het Declaratieprotocol waaraan zorgaanbieders moeten voldoen.

Aanbieders met een meerjarenovereenkomst verklaren door middel van een instemmingsverklaring in te stemmen met het geformuleerde inkoopbeleid Wlz 2017. Bovenstaande documenten hoeven dus door deze aanbieders niet aangeleverd te worden.

#### **2.2.4 Stap 4 - Beoordelen zelfanalyse en voorstel ontwikkelplan**

Zorgkantoren verwachten dat de zorgaanbieders in ontwikkeling blijven en zich inspannen om verbeteringen voor cliënten door te voeren. De zelfanalyse en het voorstel voor het ontwikkelplan dienen als middel om de dialoog aan te gaan met het zorgkantoor over deze gewenste ontwikkelingen. Een beknopte zelfanalyse vormt daarbij de basis en het voorstel ontwikkelplan van de zorgaanbieder borduurt hierop voort; voor de ontwikkelpunten die blijken uit de zelfanalyse en die in lijn liggen met de doelstellingen van zorgaanbieder en zorgkantoor kunnen partijen tot een definitief ontwikkelplan komen.

##### **De zelfanalyse**

Voor wat betreft de zelfanalyse maken de zorgkantoren onderscheid naar zorgaanbieders die reeds in 2016 een zelfanalyse hebben ingediend en ontwikkelafspraken zijn overeengekomen en aanbieders voor wie dit nieuw is.

##### *Zorgaanbieders die voor 2017 voor het eerst ontwikkelafspraken willen maken*

Zorgaanbieders die voor 2017 voor de eerste keer ontwikkelafspraken willen maken met het zorgkantoor is het opstellen van een zorgvuldige zelfanalyse een voorwaarde. De zelfanalyse is bedoeld om inzicht te geven in de sterktes en de ontwikkelpunten van de zorgaanbieder met betrekking tot de niveaus en daarbij horende kwaliteitsthema's gedefinieerd in hoofdstuk 3.

Voor het aanleveren van de zelfanalyse stellen de zorgkantoren een format in WORD beschikbaar. De zorgaanbieder kan het format zoals weergegeven in bijlage 4A Formats zelfanalyse gebruiken (volledige variant), tenzij de zorgaanbieder beschikt over een eigen document/format dat alle elementen bevat om te komen tot een zorgvuldige zelfanalyse zoals hieronder gedefinieerd. Onder een zorgvuldige zelfanalyse wordt verstaan dat de zorgaanbieder in de zelfanalyse voor de kwaliteitsthema's gedefinieerd door het zorgkantoor in hoofdstuk 3 beknopt ingaat op:

- De wijze waarop de zorgaanbieder momenteel invulling geeft aan de geformuleerde doelstellingen en de mate waarin beleid hierover geïmplementeerd is;
- De sterktes en ontwikkelpunten van de zorgaanbieder;
- De ervaring van de cliënt(vertegenwoordiging) met de aanpak van de zorgaanbieder op het betreffende thema;

- Het niveau waarop de analyse van toepassing is en de eventuele verschillen op regio-, locatieniveau en leveringsvorm;
- De eventueel gegevens die ten grondslag liggen aan de analyse.

Daarnaast geeft de zorgaanbieder aan op basis van welke kwaliteitsthema's de zorgaanbieder een ontwikkelplan aanlevert.

De zelfanalyse leidt niet tot een opslag op het basistarief. Wel is de zelfanalyse een voorwaarde om een voorstel voor het ontwikkelplan te kunnen formuleren en daarmee een voorwaarde om in aanmerking te komen voor een opslag op het basistarief.

#### *Zorgaanbieders die voor 2016 al een zelfanalyse hebben ingediend*

Zorgaanbieders die voor 2016 al een zelfanalyse hebben ingediend en ontwikkelafspraken hebben gemaakt hoeven niet opnieuw een zelfanalyse in te vullen.

Er kan desgewenst, als introductie op de ontwikkelafspraken 2017, een beschouwing op de zelfanalyse 2016 toegevoegd worden. Deze beschouwing noemen we de 'zelfanalyse 2017 light' en is niet verplicht.

De zelfanalyse 2017 light wordt eveneens vanuit zorgaanbieder- en cliëntperspectief gevuld en kan inzichtelijke gemaakt worden in bijlage 4A Formats zelfanalyse (light-variant). Het staat zorgaanbieders overigens vrij een zelfanalyse 2017-light in een eigen gekozen vorm aan te leveren. In deze beschouwing kunnen zorgaanbieders en cliëntenraden inzichtelijk maken wat, terugkijkend naar de zelfanalyse en ontwikkelafspraken 2016, de logische vervolgstappen zijn voor 2017.

#### **Het voorstel voor een ontwikkelplan**

In het voorstel voor het ontwikkelplan beschrijft de zorgaanbieder de voorgenomen ontwikkeling in zijn organisatie voor 2017. Zorgkantoren beogen niet dat zorgaanbieders voor elk ontwikkelpunt uit de zelfanalyse een voorstel voor een ontwikkelplan aanleveren. Uitgangspunt voor de zorginkoop 2017 is dat zorgaanbieders voorstellen voor ontwikkelafspraken doen aan het zorgkantoor. Doel is dat het voorstel voor het ontwikkelplan aansluit bij de prioriteiten van de eigen cliënten/organisatie en de doelstellingen zoals beschreven in hoofdstuk 3 van dit inkoopkader.

Zorgkantoren willen zorgaanbieders stimuleren om een zo volledig mogelijk ontwikkelplan aan te leveren bij het doen van de inschrijving. Echter, zorgkantoren willen ook onnodige administratieve lasten beperken: de nadruk moet liggen op het voeren van de inhoudelijke dialoog. Voor het aanleveren van het voorstel voor het ontwikkelplan kan de zorgaanbieder het Excel- format gebruiken weergegeven in bijlage 4B Format ontwikkelplan. Er kunnen per ontwikkelafpraak max 2 bijlagen vormvrij worden bijgevoegd ter onderbouwing/toelichting. De zorgaanbieder die beschikt over een eigen document/format dat alle elementen bevat zoals hieronder gedefinieerd kan ook gebruik maken van het eigen document/format. Het format ontwikkelplan dient als het ware als een leeswijzer/oplegger bij de eventuele aanvullende documenten (zie voorbeeld) en geeft ten minste inzage in:

- de doelstelling van de ontwikkelafpraak, deze doelstelling moet gericht zijn op de cliënt.
- het beoogde resultaat van de ontwikkelafpraak in termen van het effect voor de cliënt.
- de wijze waarop de zorgaanbieder het resultaat behaalt (globaal plan van aanpak).

Zorgkantoor en zorgaanbieder stellen waar nodig in dialoog de inhoud, aard, ambitie of het aantal ontwikkelafspraken bij aan de hand van het beeld dat voort is gekomen uit de zelfanalyse.

De ontwikkelplannen bevatten (nieuwe) resultaten voor kwaliteitsverbetering voor cliënten ten opzichte van behaalde resultaten in 2016. Zorgkantoren stellen ook bij zorgaanbieders met een meerjarenovereenkomst 2016/2017 als voorwaarde dat de tariefopslag 2017 onderbouwd wordt met een ontwikkelplan. De wijze waarop zorgkantoren hier specifiek invulling aan geven wordt in het regionale beleid van de zorgkantoren geformuleerd.

Figuur 2

Zorgaanbieder	Zelfanalyse	Ontwikkelplannen	Facultatief te gebruiken formats
<b>Nieuwe zorgaanbieder</b>	Facultatief	Facultatief voor aanbieders die op datum inschrijving aan alle voorwaarden voldoen	Format zelfanalyse (volledig) en format ontwikkelplan
<b>Zorgaanbieder met éénjarige overeenkomst die geen ontwikkelafspraken willen voor 2017</b>	Niet van toepassing	Niet van toepassing	N.v.t.
<b>Zorgaanbieder met éénjarige overeenkomst die voor het eerst ontwikkelafspraken willen voor 2017</b>	Nieuwe en volledige zelfanalyse	Nieuwe ontwikkelplannen	Format zelfanalyse (volledig) en format ontwikkelplan
<b>Zorgaanbieders met éénjarige overeenkomst die in 2016 al ontwikkelafspraken hadden en in 2017 nieuwe plannen willen starten en/of nieuwe resultaten bij bestaande plannen willen afspreken.</b>	Facultatief beschouwing op de zelfanalyse 2016	Voorstel ontwikkelplannen 2017 (bestaand/nieuw/bijgesteld vanuit 2016)	Format zelfanalyse (light) en format ontwikkelplan
<b>Zorgaanbieders met meerjarige overeenkomst die in 2016 al (meerjarige) ontwikkelafspraken hadden deze in weer 2017 willen (voortzetten)</b>	Facultatief beschouwing op de zelfanalyse 2016	Conform regionaal beleid bestaand/nieuw/bijgestelde afspraken en resultaten voor 2017 ter onderbouwing van de tariefopslag en/of nieuwe ontwikkelplannen.	Format zelfanalyse (light) en format ontwikkelplan

### 2.2.5 Stap 5 - Afspraken vaststellen

De afspraken die zorgkantoor en zorgaanbieder overeenkomen naar aanleiding van de inkoopprocedure bestaat uit een uitgewerkt ontwikkelplan, een afspraak over prijs en volume en indien van toepassing een meerjarig contract. Hieronder lichten we deze elementen verder toe.

#### *Dialogo over zelfanalyse en ontwikkelplan*

In de dialoog lichten zorgaanbieders (indien van toepassing) hun zelfanalyse en het voorstel voor een ontwikkelplan toe en is er gelegenheid voor het zorgkantoor om verdiepende vragen te stellen. Het doel is om een gezamenlijk beeld te krijgen over de huidige stand van zaken van de zorgaanbieder en op de doelstellingen voor 2017 en verder. Dit gezamenlijke beeld is het vertrekpunt voor het bespreken van de geformuleerde ontwikkelplannen voor

2017 van de zorgaanbieder. In het regionale deel van het zorginkoopbeleid staat beschreven vanaf welke datum de inkoopgesprekken starten.

Het ontwikkelplan wordt door het zorgkantoor beoordeeld op basis van onderstaand 'beoordelingskader ontwikkelplan 2017'.

#### Beoordelingskader ontwikkelplan

Het zorgkantoor beoordeelt het ontwikkelplan en bepaalt de opslag op het tarief aan de hand van de volgende landelijke elementen:

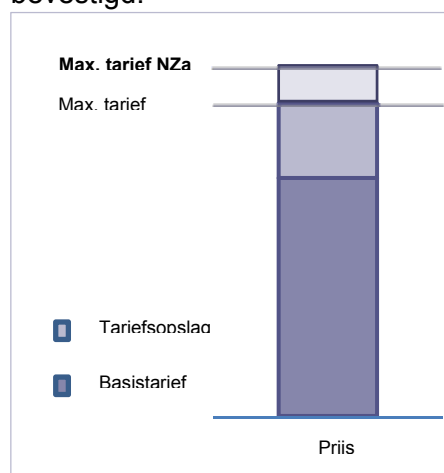
- het effect van de voorgestelde ontwikkelingen voor de cliënt;
- de mate waarin de ambitie en inspanning van het ontwikkelplan in verhouding staat met de aard, omvang en verbetercapaciteit van de zorgaanbieder;
- de mate waarin de implementatie van de voorgestelde ontwikkelingen haalbaar is gegeven de huidige sterktes en ontwikkelpunten van de zorgaanbieder.

Het zorgkantoor bepaalt zelf welke weging op deze elementen eventueel van toepassing is. In de regionale paragraaf van het zorgkantoor wordt dit nader toegelicht.

De dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over de zelfanalyse en het voorgestelde ontwikkelplan 2017 leidt in principe tot een in redelijkheid en billijkheid uitgewerkt definitief ontwikkelplan met daarin:

- de doelstelling van het ontwikkelplan voor de cliënt;
- een concreet plan van aanpak, waarin de zorgaanbieder beschrijft hoe hij de ontwikkeling realiseert;
- de planning voor het realiseren van het ontwikkelplan;
- de financiële investering die hiermee gepaard gaat;
- de resultaten waartoe het ontwikkelplan leidt;
- de bewijslast rondom het behalen van de resultaten.

De definitief overeengekomen ontwikkelplannen worden formeel richting zorgaanbieders bevestigd.



#### Bepaling van de prijs

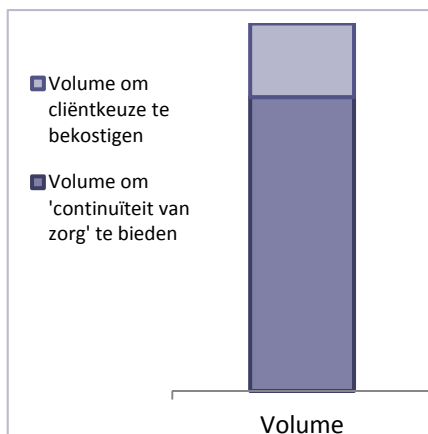
De zorgkantoren hanteren een basistariefpercentage per prestatie en een gemaximeerde tariefsopslag. Het basistarief verschilt per zorgkantoor en staat beschreven in het regionale beleid van het zorgkantoor. De tariefsopslag is landelijk vastgesteld op maximaal 3%. Voor een opslag op het basistarief percentage komt de zorgaanbieder uitsluitend in aanmerking wanneer hij met het zorgkantoor overeenstemming bereikt over een ontwikkelplan. Het zorgkantoor bepaalt tot welke opslag op het basistarief het nader uitgewerkte ontwikkelplan leidt aan de hand van het beoordelingskader geschetst in stap

5. Het doel is dat zorgkantoor en zorgaanbieder hierover in de dialoog overeenstemming bereiken. Echter, het finale besluit ligt bij het zorgkantoor.

Zorgkantoren willen zorgaanbieders belonen voor het daadwerkelijk realiseren van de afspraken zoals zijn overeengekomen in de ontwikkelplannen. Zorgkantoren lichten in hun regionale beleid toe wanneer en onder welke condities zij (delen van) de tariefsopslag in het tarief verwerken. Deze toekenning kan bij de initiële toekenning in november 2016, bij de herschikking en/of bij de nacalculatie voor 2017 plaatsvinden. In het regionale beleid staat eveneens toegelicht wanneer bijbehorende beoordelingsmomenten plaatsvinden. Aangezien zorgaanbieders en zorgkantoren een continue dialoog voeren over de voortgang van de ontwikkelplannen, betreft de beoordeling in veel gevallen de formalisatie van wat reeds besproken is. Zorgaanbieders kunnen na het overeenkomen van de ontwikkelafspraken feitelijk al eind 2016 aan de slag met hun ontwikkelafspraken. De dialoog met het zorgkantoor gedurende het jaar geeft zorgaanbieders inzicht in de wijze van beoordelen door het zorgkantoor en de verwachte uitkomsten daarvan, wat zorgaanbieders meer mogelijkheden geeft om bij te sturen of om consequenties door te vertalen binnen de eigen organisatie.

### *Bepaling van het volume*

Zoals aangegeven in onze visie en doelstellingen in hoofdstuk 1, nemen de zorgkantoren de wensen van de cliënt nadrukkelijk als uitgangspunt bij de inrichting van de inkoopprocedure. Voor de volumebepaling zetten de zorgkantoren een volgende stap naar een meer persoonsvolgende bekostiging; zowel de keuze voor een leveringsvorm zoals mpt, vpt of zzp, als de keuze voor een zorgaanbieder zijn bepalend.



Bovenstaande betekent dat alle zorgkantoren voor 2017 binnen de vastgestelde financiële kaders vooraf ruimte creëren voor de keuze van de cliënt. Daarnaast stellen zorgkantoren bij contractering een toekenningspercentage vast, wat recht doet aan de persoonsvolgende bekostiging, en tegelijkertijd de continuïteit van de zorg aan bestaande cliënten borgt. Dit betekent dat zorgkantoren bij de initiële afspraak 2017 niet het (volledige) volume vastzetten bij zorgaanbieders, maar ruimte laten voor de keuze van de cliënt. De middelen die daarmee onverdeeld blijven, worden in de herschikking 2017 verdeeld op basis van de keuze van de cliënt.

Ieder zorgkantoor beschrijft in hun regionale beleid hoe bovenstaande uitgangspunten zijn toegepast en tot welke toekenningsvolume deze hebben geleid.

Zorgkantoren zijn zich ervan bewust dat de bekostiging op basis van cliëntkeuze op voorhand meer onzekerheid voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Immers, een zorgaanbieder krijgt minder budgetzekerheid en de geleverde zorg wordt pas vergoed nadat de cliënt voor hem heeft gekozen (en bij voldoende middelen). Om zorgaanbieders comfort te bieden bij deze werkwijze, publiceren zorgkantoren minimaal ieder kwartaal over de uitnutting van de contracteerruimte. Zorgkantoren beschrijven in het regionale beleid hoe zij in contact treden met zorgaanbieders over de volumeontwikkeling in relatie tot de initiële productieafspraken.

Daar waar in 2017 in één of meerdere zorgkantoorregio's experimenten met persoonsvolgende bekostiging, zoals benoemd in de kamerbrief 'Waardig leven met zorg'

plaatsvinden, kunnen andere uitgangspunten dan hierboven beschreven gehanteerd worden. Waar en wanneer deze experimenten los zouden komen te staan met het landelijke inkoopkader 2017 worden betrokken zorgaanbieders actief geïnformeerd en staat de aard en inhoud beschreven in het regionale beleid van het betreffende zorgkantoor.

#### *Afsluiten eenjarige dan wel meerjarige overeenkomst met opslag op basistarief*

Zorgkantoren kunnen met zorgaanbieders komen tot de volgende overeenkomsten in 2017:

- Eenjarige overeenkomst tegen het basistarief;
- Eenjarige overeenkomst met een opslag op het basistarief;
- Voortzetting meerjarige overeenkomst met een opslag op het basistarief;
- Nieuwe meerjarige overeenkomst 2017/2018 met een opslag op het basistarief;

Voor het in aanmerking komen van een meerjarige overeenkomst met opslag op het basistarief gelden ten minste de volgende landelijke voorwaarden:

- Er zijn geen locaties van de zorgaanbieder die onder verscherpt toezicht van de IGZ staan;
- Tijdens de inkoopprocedure is geen onderzoek naar fraude door zorgverzekeraars, zorgkantoren en/of gemeenten (in het kader van Wmo) ingesteld;
- Na 2010 is er geen fraude vastgesteld bij de zorgaanbieder;
- De zorgaanbieder had over het jaar 2016 een overeenkomst met een van de zorgkantoren.

Zorgkantoren hebben de mogelijkheid om aanvullende voorwaarden te stellen voor het verlenen van een meerjarige overeenkomst. Deze zijn opgenomen in het regionale beleid van het betreffende zorgkantoor.

### **2.3 Tijdpad**

Het tijdpad waarbinnen de onder 2.2. beschreven stappen van de inkoopprocedure Wlz 2017 plaatsvinden is als volgt:

<b>Fase</b>	<b>Wie</b>	<b>Datum</b>
Contouren inkoopkader	ZK	Begin april 2016
Publicatie inkoopkader zorgkantoor	ZK	1 juni 2016
Indienen van vragen t.b.v. Nota van Inlichtingen	ZA	21 juni 2016
Nota van Inlichtingen beschikbaar stellen	ZK	Uiterlijk 1 juli 2016
Inschrijving zorgaanbieder (incl. aanlevering zelfanalyse en voorstel ontwikkelplan)	ZA	Uiterlijk 1 augustus 2016 17.00 uur
Dialoog zorgaanbieder - zorgkantoor	ZA-ZK	Na 1 augustus 2016
Voorlopige contractering (eenjarige/meerjarige overeenkomst, tariefopslag, etc.)	ZK	Uiterlijk 10 oktober 2016
Definitieve contractering en indiening budgetformulier bij NZa	ZK	1 november 2016

Nadere uitwerking van bovenstaande planning treft u aan in het regionale beleid van de zorgkantoren.

### **2.4 Afspraak gedurende het jaar**

Indien blijkt dat het betreffende zorgkantoor in 2017 niet voldoende kan voorzien in haar zorgplicht in zorg in natura, dan wel klanten aangeven de zorg graag in natura van een nog niet gecontracteerde zorgaanbieder te willen ontvangen, dan behouden zorgkantoren het recht voor om alsnog met nieuwe zorgaanbieders een productieafspraken en overeenkomst Wlz 2017 aan te gaan. Met welke zorgaanbieders de zorgkantoren een overeenkomst aangaan, is afhankelijk van de aard van de zorg en de specifieke omstandigheden en alleen ter bepaling van betreffende zorgkantoor. In alle gevallen zijn de voorwaarden voor nieuwe aanbieders zoals hierboven beschreven van toepassing.

## Hoofdstuk 3 Kwaliteit en persoonsgerichte gehandicaptenzorg

Voortgaand op de ingeslagen weg in 2016 hebben zorgkantoren de drie gedefinieerde niveaus waarop kwaliteitsverbetering plaats kan vinden gecontinueerd voor de gehandicaptenzorg voor 2017. In dit hoofdstuk lichten de zorgkantoren de drie niveaus met bijbehorende doelstellingen nader toe ten behoeve van de zelfanalyse en ontwikkelplannen 2017. Voor 2017 hebben de niveaus en doelstellingen alleen een update gekregen, zodat deze aansluiten bij de ontwikkelingen in het veld en de laatste inzichten van de sector. Hierbij is de verbinding gelegd met o.a. het vernieuwde Kwaliteitskader gehandicaptenzorg en de Kamerbrief en 'Waardig leven met zorg'.

De overheid geeft aan dat de focus in de Wlz ligt op het bereiken van een zo hoog mogelijke kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Om dit te bewerkstelligen moet de zorg zo goed mogelijk aansluiten bij de doelen, wensen en (ontwikkelings)mogelijkheden van de cliënt. Kortom, het individu is het uitgangspunt bij het realiseren van kwaliteitsverbetering in de sector. Tegelijkertijd geeft de overheid aan dat de zorg die wordt geboden een hoge mate van professionaliteit van zorgverleners vereist.

Ruimte voor professionals wordt breed onderschreven. Om het zorgproces rond de individuele cliënt en op het werkproces in de teams te verbeteren gaan 24 zorgaanbieders in proeftuinen aan de slag met het aangepast kwaliteitskader van de sector. Deze proeftuinen richten zich explicieter op intern verbeteren en extern verantwoorden. Zorgkantoren zijn benieuwd naar de eerste ervaringen van de proeftuinen en participeren graag in deze ontwikkeling om de relatie te kunnen leggen met de ontwikkelplannen en de daarbij behorende dialoog. De drie niveaus van kwaliteit die uitgangspunt vormen voor de dialoog in 2017, zijn de volgende:

In de ontwikkeling van een gezamenlijke visie op de GZ ligt de nadruk op de volgende uitgangspunten:

- Kwaliteit komt tot stand in dialoog tussen cliënt en zorgverlener.
- De persoon met beperkingen heeft regie over de invulling van zijn of haar leven
- De geboden zorg & ondersteuning zijn gericht op kwaliteit van bestaan
- Het ondersteuningsplan van de cliënt is een belangrijk middel voor gezamenlijke afspraken.

### **Niveau 1 - De basis blijven versterken**

Richt zich op het organisatieniveau; creëert de organisatie die randvoorwaarden, waardoor de zorgverleners op een zo hoog mogelijk niveau professionele zorg kunnen bieden?

### **Niveau 2 - Persoonsgerichte zorg**

Hierin komt naar voren hoe het beleid van de zorgaanbieder voor individuele cliënten tot zijn recht komt.

### **Niveau 3 - Samenhang in zorg**

Richt zich op hoe de zorgaanbieder samenwerkt met anderen ten behoeve van een passend aanbod voor de cliënt.



Zorgkantoren zijn zich ervan bewust dat er onderwerpen zijn die op alle drie de niveaus terug kunnen komen. De benaderingswijze is binnen de niveaus echter elke keer een andere. Om hier meer inzage in te geven volgt daarom een nadere toelichting per niveau.

### 3.1 Niveau 1 - De basis blijven versterken

**Doel:** De cliënt kan erop vertrouwen dat de zorg die geboden wordt voldoet aan de voorwaarden, van kwalitatief goed niveau is en voldoet aan de laatste inzichten in het veld ten behoeve van kwaliteit van bestaan.

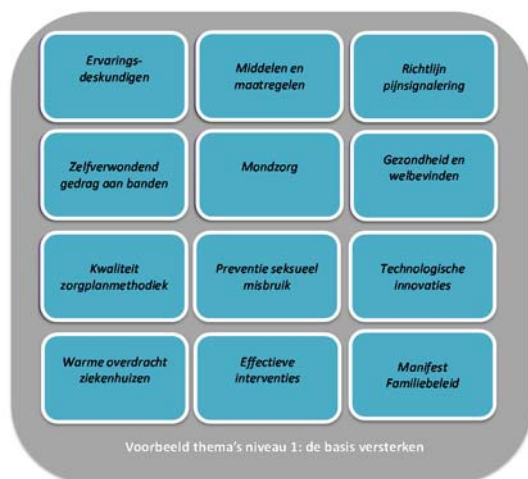
Zorgkantoren veronderstellen dat alle gecontracteerde en te contracteren zorgaanbieders voldoen aan de landelijk geldende eisen die worden gesteld aan het leveren van zorginhoudelijk kwalitatieve zorg en ondersteuning. In de eerste plaats denken we hierbij aan wetgeving, veldnormen, beleidsregels, etc. Zorgkantoren zien het voldoen aan wet- en regelgeving als voorwaarde voor het leveren van zorginhoudelijke kwaliteit en daarmee als voorwaarde voor contractering. Daarnaast stellen zorgkantoren tezamen nog een aantal eisen aan de zorgaanbieder of de zorglevering. Deze worden weergegeven in bijlage 1 Programma van Eisen. Het totale pakket aan eisen en normen beoogt te borgen dat de basiszorg op orde is en daarmee de zorg die cliënten ontvangen veilig, vertrouwd en verantwoord is.

De Gehandicaptenzorg blijft echter ook in ontwikkeling, waardoor ook de randvoorwaarden voor het leveren van kwalitatieve zorg steeds steviger worden neergezet. Nieuwe inzichten, richtlijnen en best practices vormen aangrijpingspunten voor deze verbetering. Zorgkantoren zien veel zorgaanbieders investeren in het creëren van nog betere voorwaarden voor de cliënt door het toepassen van nieuwe inzichten en het implementeren van nieuwe richtlijnen. Op deze wijze komt de kwaliteit van de Gehandicaptenzorg op een steeds hoger plan en verbeteren we de professionele standaard. Landelijk wordt er momenteel ook gewerkt aan een verbeterplan voor de Gehandicaptenzorg, vergelijkbaar met het plan 'Waardigheid en trots' voor de verpleeghuizen. Zorgkantoren participeren in de totstandkoming van dit plan van aanpak en onderschrijven de inzet om instellingen meer van elkaar te laten leren en goede voorbeelden met elkaar te delen.

Het toerusten van teams en medewerkers met actuele kennis en vaardigheden is een belangrijke voorwaarde voor kwalitatieve en verantwoorde zorg. Zo is een kwalitatief goed ondersteuningsplan wat een correcte inschatting van de veiligheids- en gezondheidsrisico's van de cliënt faciliteert essentieel. Echter het adequaat inspelen op individuele zorg aan cliënten, veranderde zorgvragen en complex gedrag vraagt om een systematische

benadering waarin binnen een bepaalde tijd een ontwikkeling wordt doorgemaakt. Daarvoor zijn professionele medewerkers nodig.

Op websites als die van de IGZ, VGN, Vilans, Kennisplein gehandicaptenzorg en Zorginzicht worden voorbeelden gegeven van innovaties, best practices en nieuwe richtlijnen etc. voor de Gehandicaptenzorg. Een aantal daaruit worden ter illustratie weergegeven in het kader hiernaast. Zorgaanbieders kunnen deze voorbeelden gebruiken bij het opstellen van hun



zelfanalyse en ontwikkelplan, door daarbij ook de signalen uit hun eigen organisatie betrekken.

*Essentie: Zorgaanbieders rusten organisatie, teams en medewerkers zodanig toe dat de cliënten kwalitatief goede zorg krijgen, die voldoet aan de laatste richtlijnen en inzichten in het veld en bijdraagt aan kwaliteit van bestaan.*

### 3.2 Niveau 2 - Persoonsgerichte zorg

In de Wlz hebben cliënten veel zorg en ondersteuning nodig, maar willen zij hun leven ook

Doel: De cliënt ontvangt zorg op een plek en wijze die is afgestemd op individuele wensen en mogelijkheden, waarbij de cliënt zeggenschap over zijn leven ervaart en waarbij begeleiders in staat zijn om samen met het netwerk met aandacht en respect invulling te geven aan de individuele ondersteuningsvragen.

zoveel mogelijk inrichten naar eigen inzicht en behoeften. Zorgkantoren veronderstellen dat wanneer zorgaanbieders erin slagen de zorg en ondersteuning, met familie en belangenbehartigers, zo goed mogelijk af te stemmen op iedere individuele cliënt, deze een hogere kwaliteit van bestaan ervaart. Wanneer we alleen maar focussen op de beperkingen van mensen, dan missen we de aandacht voor de persoonlijke ambities en het leefplezier dat we iedereen gunnen.

Persoonsgerichte zorg moet dan ook niet alleen gaan over de juiste behandelprotocollen, maar vooral over het optimaal aansluiten bij de individuele wensen en verwachtingen van de cliënt. Het op de juiste manier meenemen van wensen en perspectieven van eventuele ouders en belangenbehartigers is kenmerkend voor de gehandicaptenzorg. Eigen keuzes op het gebied van wonen moeten gecombineerd worden met eigen keuzes op het gebied van zorg. Dit in een omgeving waarin de cliënt gezien wordt en waarop hij invloed heeft. Waarbij zijn levensgeschiedenis meetelt en zijn naasten een blijvende rol kunnen spelen. Ook eigen keuzes op het gebied van dagbesteding en vrije tijdsbesteding vormen een belangrijk onderdeel van persoonsgerichte zorg. Hierbij kan waar mogelijk gekeken worden naar participatie van cliënten in de samenleving. Dit draagt bij aan het gevoel van eigenwaarde. Zorgaanbieders die erin slagen om dit vorm te geven, kunnen eveneens een breder ondersteuningsaanbod voor cliënten neerzetten, wat de keuzemogelijkheden en daarmee de persoonsgerichte zorg ten goede komt. Het niveau Persoonsgerichte zorg valt uiteen in een drietal subdoelen die hieronder worden toegelicht.

#### **Subdoel: Passende plek**

Cliënten ontvangen te allen tijde passende zorg op een passende plek, waarbij de keuze van de cliënt leidend is.

Zorgkantoren zien het tegemoet komen aan de wensen en zorgvraag van de cliënt, om te komen tot een passend aanbod op een passende plek als belangrijke voorwaarde voor de ervaren kwaliteit van bestaan door de cliënt. Om te komen tot dat passend zorgaanbod voor cliënten binnen de Gehandicaptenzorg, zijn informatie, keuzemogelijkheden en keuzevrijheid belangrijke voorwaarden. Voor cliënten en hun verwanten is het noodzakelijk dat zij weten wat de mogelijkheden en de te maken keuzes zijn voor het invullen van de zorgvraag. Het gaat hier onder andere om informatie over leveringsvormen, visie op zorg aan cliënten met

een specifieke levensbeschouwing, geloofsovertuiging en/of geaardheid, mogelijkheden tot dagbesteding, de doelgroepen waaraan de zorgaanbieder zorg verleent, et cetera. Pas als beide partijen over dezelfde informatie beschikken, kan in gezamenlijkheid gekomen én gekozen worden voor een passend zorgaanbod.

Ook dagbesteding wordt binnen de Gehandicaptenzorg als een belangrijke mogelijkheid gezien om het zorgaanbod een persoonlijke invulling te geven. Het creëren van een gevarieerd aanbod aan dagbesteding door zorgaanbieders vergroot dan ook de kans om te komen tot een passende invulling van zorg voor de cliënt.

Voor cliënten (en hun familie/netwerk) binnen de Gehandicaptenzorg is het vaak een wens om de zorgvraag te verzilveren op een plek dichtbij familie en vrienden. Soms kunnen de zorg en ondersteuning thuis geleverd worden, soms binnen een geclusterde woonvorm in dezelfde gemeente, een andere keer op een plek in een instelling in of buiten de regio. Het streven binnen de Gehandicaptenzorg is om de zorgvraag voor de cliënt 'zo thuis mogelijk in te vullen', door ook in de woonomgeving de verbinding te leggen met wat voor iemand belangrijk is. De verschillende leveringsvormen als intramurale zorg, vpt, mpt en/of pgb binnen de Wlz bieden voldoende mogelijkheden voor zorgaanbieders, om aan dit uitgangspunt tegemoet te komen. Daarnaast bieden innovatieve tools, nieuwe vormen van zorgverlening en woonzorgconcepten mogelijkheden om cliënten binnen de bestaande leveringsvormen een breder aanbod te kunnen doen.

Vanzelfsprekend geldt voor een passende plek nadrukkelijk ook dat de groepssamenstelling 'werkt' en dat de juiste deskundigheid aanwezig is. De professionaliteit van de zorgaanbieder bepaalt dan ook mede, hoe met de cliënt en zijn verwanten de zorgvraag daadwerkelijk ingevuld kan worden en hoe kwalitatief en duurzaam een plaatsing is.

### ***Subdoel: Persoonsgerichte zorg***

Cliënt voelt zich gehoord en gezien door de professional

Het is een breed gedeelde mening binnen de gehandicaptenzorg dat kwaliteit van bestaan grotendeels bepaald wordt door de mate waarin de cliënt zich gehoord en begrepen voelt door de professional. Cliënten moeten kunnen rekenen op een respectvolle relatie, waarbij de zorgverlener op een respect- en kwaliteitsvolle wijze communiceert en de cliënt zich écht gehoord en begrepen voelt. Vanuit de cliëntgerichte benadering verwachten zorgkantoren dat zorgaanbieders hierin investeren. Alleen wanneer de eigenheid van ieder individu gezien wordt en hiernaar gehandeld wordt, is er echt sprake van maatwerk. Dit overigens altijd met inachtneming van de professionaliteit en deskundigheid van de zorgaanbieder.

Een middel om de individuele afspraken met cliënten te borgen is via het zorg- of ondersteuningsplan. Wanneer de zorgaanbieder het gesprek met de cliënt en verwanten goed voert, vastlegt in het zorgplan, en evalueert, krijgt het zorgplan de juiste inhoud en worden realistische doelen gesteld. Het zorgplan is hierbij het middel om afspraken te borgen. Voor de cliënt gaat het natuurlijk om de wijze waarop de professional het zorgplan in de dagelijkse praktijk toepast (of waar nodig ervan afwijkt) en de wijze waarop hij de cliënt bejegt.

Cliënten wonen binnen de Gehandicaptenzorg vaak samen in groepsverband. Het is echter van belang om cliënten niet als groep te benaderen, maar als individu te blijven zien. Wij zien het als kracht van zorgaanbieders om de juiste balans te vinden tussen de groep en het

individu, zodat de voordelen van het groepswonen worden onderstreept zonder afbreuk te doen aan individuen.

Zorgkantoren veronderstellen tevens dat zorgaanbieders de gemeten cliëntervaringen gebruiken om de ondersteuning aan individuele cliënten en inhoudelijke kwaliteit van zorg te verbeteren. Daar waar zorgaanbieders op individueel niveau investeren in de verbetering, zullen de uitkomsten op instellingsniveau positievere resultaten laten zien.

### **Subdoel: versterken van de eigen regie**

De cliënt ervaart ruimte om eigen keuzes te maken en familie en sociaal netwerk worden betrokken.

Het ervaren van eigen regie draagt voor cliënten bij aan het gevoel van eigenwaarde en een betere kwaliteit van bestaan. Zorgaanbieders moeten een visie hebben op de wijze waarop zij in hun ondersteuningsaanbod bijdragen aan het aansluiten op de eigen regie van cliënten. Omdat cliënten binnen de Gehandicaptenzorg vaak niet volledig eigen regie kunnen voeren, is het belangrijk om mantelzorgers en verwanten van cliënten te betrekken bij het opstellen van een integraal hulp- en ondersteuningspakket. Zij zijn het die met, en soms voor, de cliënt verwoorden hoe de eigen regie geborgd kan worden in de invulling van de zorgvraag. Natuurlijk is ook bekend dat de visie van verwanten op de eigen regie van de cliënt soms een andere is dan die van de cliënt zelf en/of van die van de professional. Wij verwachten dat zorgaanbieders de professionals toerusten, om het gesprek met cliënten en verwanten hierover aan te gaan. Ook (onafhankelijke) cliëntondersteuners kunnen hier overigens een rol bij spelen. Een gedeelde visie van de cliënt, mantelzorgers/ verwanten en zorgaanbieder op wat eigen regie voor die specifieke cliënt inhoudt, is van belang. Vanuit dat vertrekpunt worden gezamenlijke afwegingen tussen veiligheid, risico's en het versterken van eigen regie door de cliënt mogelijk.

Naast het feit dat mantelzorgers en verwanten vaak bijdragen aan het verwoorden van de wensen van de cliënt tot eigen regie, dragen zij ook vaak bij aan de feitelijke invulling daarvan. Door deze informele zorg die zij - evenals vrijwilligers - aan de cliënt bieden, worden de mogelijkheden tot een persoonlijke invulling van de zorg, maar ook het participeren in de samenleving vergroot. Het is hierbij uitdrukkelijk niet de bedoeling dat familie/vrijwilligers/mantelzorgers de professionele zorg vervangen (bijvoorbeeld vrijwilligers die werk uitvoeren van activiteitenbegeleiders). Het gaat juist om het bieden van activiteiten ter verrijking van het leven van cliënten. Daardoor kan de cliënt meer welzijn en welbevinden ervaren, waardoor hij in sommige gevallen minder beroepsmatige zorg en ondersteuning nodig heeft.

*Essentie: zorgaanbieders nemen de vraag, de wens en de mogelijkheden van de cliënt als uitgangspunt en zorgen voor de benodigde deskundigheid en een passende leefomgeving waar de cliënt met al zijn eigenheid thuis kan zijn. In samenspraak met verwanten, belangenbehartigers en mogelijk vrijwilligers wordt gekeken op welke wijze de eigen regie van de cliënt versterkt kan worden.*

### **3.3 Niveau 3 - Samenhang in zorg en welzijn**

Doel: Cliënten ervaren een betere kwaliteit van bestaan, omdat de zorgaanbieder in samenwerking met anderen werkt aan een passend aanbod voor de individuele cliënt en voor bijzondere doelgroepen.

In bovenstaande doelstelling wordt met een passend aanbod zowel bedoeld op de samenwerking ten behoeve van de benodigde expertise, als op de samenwerking over de domeinen Wlz, Wmo, Jeugdwet en Zvw. Dit derde niveau valt uiteen in een tweetal subdoelen.

### ***Subdoel: Samenwerking ten behoeve van expertise***

Zorgorganisaties werken samen met anderen ( Wlz en sociaal domein) ten behoeve van een passend aanbod voor de cliënt. Er is specifieke aandacht/ afstemming voor doelgroepen met een bijzondere/ complexe zorgvraag.

Om kwalitatief goede zorg in samenhang te leveren aan cliënten, is het van belang dat zorgaanbieders weten hoe zij zich verhouden tot hun omgeving, dat zij weten waar hun expertise ligt en waar samenwerkingspartners zich bevinden. Het resultaat van samenwerking is een toename en verdieping van deskundigheid bij deelnemende organisaties, een effectievere inzet van expertise maar ook meer duidelijkheid omtrent doelgroep, bevordering van kwalitatief goede zorg in bestaande situaties, dan wel doorstroming van klanten waar nodig. Welke samenwerkingsverbanden gesloten worden kan sterk per zorgaanbieder verschillen. Waar het zorgaanbieders betreft die deel uit maken van zorgketens ligt het accent meer op de preventie, vloeiende overgangen voor cliënten en eenduidigheid in methodiek. Gaat het om zorgaanbieders met hele specifieke doelgroepen of specialistisch behandelaanbod, dan zal het accent liggen op het delen of uitwisselen van expertise. Deze samenwerkingsverbanden vloeien logischerwijs voort uit het (doelgroepen)beleid van de zorgaanbieder.

Voor een aantal cliëntgroepen waar veelal complexe zorgvragen spelen, is het van belang dat zorgaanbieders aanvullend beleid ontwikkelen. Op basis van de bijzondere eisen die gelden voor de zorg aan deze cliënten, moeten zorgaanbieders aan cliënten en stakeholders kunnen aangeven hoe ze die specifieke zorg organiseren. Anders gezegd: waar haalt en brengt de zorgaanbieder zijn expertise? Of hoe dragen zorgaanbieders (samen) bij om nieuwe kennis en methoden te ontwikkelen voor cliënten met complexe zorgvragen? Zorgkantoren denken hierbij onder andere aan de expertise rond de inzet van meerzorg, ouder wordende cliënten, NAH, cliënten die bekend zijn met autisme, psychiatrische problematiek, verslavingszorg, zintuiglijke problematiek, et cetera.

Zorgkantoren zijn van mening dat zorgaanbieders hun eigen kracht moeten kennen, maar dat professionaliteit van een organisatie ook wordt bepaald door de mate waarin zij hun grenzen kennen. Zorgkantoren roepen aanbieders op om kennis niet in huis te houden, maar elkaar te versterken met kennis en vaardigheden ten behoeve van passende zorg.

### ***Subdoel Samenwerking over de domeinen***

Cliënten ervaren passende hulp en hebben geen last van de diverse schotten/regelingen tussen de diverse domeinen

De stelselwijziging die in 2015 heeft plaatsgevonden, werpt nieuwe vraagstukken op waar het gaat om samenhang en samenwerking. Zorgkantoren zien dat zorgaanbieders nieuwe keuzes maken voor wat betreft hun focus op doelgroepen, dat de raakvlakken tussen de zorgdomeinen veranderd zijn, evenals de indicatiestelling. Er wordt een groter appèl gedaan op de cliënt zelf en zijn netwerk om (mee) invulling te geven aan de zorg. De weg vinden in dit zorglandschap is er niet eenvoudiger op geworden. Zowel in de Wmo als in de Wlz is er

sprake van (onafhankelijke) cliëntondersteuning. De knip die er zit tussen de periode voor- en na indicatiestelling Wlz is onwenselijk en draagt niet bij aan een soepele overgang van het ene naar het andere domein. De mogelijkheid van (onafhankelijke) cliëntondersteuning moet meer onder de aandacht worden gebracht, zodat hiervan eerder en meer gebruik van kan worden gemaakt

Een goed samenspel tussen de verschillende domeinen kan bijdragen aan het vinden van de juiste zorg op de juiste plek. Hierin zien zorgkantoren echter nog wel hiaten, die we met elkaar moeten oplossen. Het is onze gezamenlijke verantwoordelijkheid om de knelpunten die we constateren op de juiste plek te agenderen om te komen tot oplossingen. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij hun rol hierin pakken en zich op cliëntniveau hiervoor inzetten, zodat cliënten geen schotten tussen de domeinen ervaren en er geen cliënten tussen wal en schip vallen.

Zorgkantoren zien hierin overigens ook uitdrukkelijk een taak voor zichzelf. Wanneer zorgaanbieders belemmeringen ervaren, dan willen zorgkantoren graag samen optrekken, om tot oplossingen te komen. Deze knelpunten kunnen zorgaanbieders dan ook deel laten uit maken van hun zelfanalyse op dit thema.

*Essentie: zorgaanbieders werken vanuit het professionele inzicht in eigen handelen samen met anderen om de expertise en de kwaliteit van het aanbod voor (bijzondere) cliëntengroepen te versterken, zowel binnen de eigen instelling, die van de ander als over de domeinen. Zorgkantoren zijn bereid om, indien er zich knelpunten voordoen, samen met zorgaanbieders naar oplossingen te zoeken*

# Hoofdstuk 4 Toelichting beleidsontwikkelingen

Dit hoofdstuk beschrijft themagewijs een aantal beleidsontwikkelingen die binnen de Wlz gaande zijn of onlangs hebben plaatsgevonden. Zorgkantoren willen in dit hoofdstuk deze thema's specifiek onder de aandacht brengen en/of hun visie hierop geven.

## 1. Meerzorg

Binnen de AWBZ/Wlz bestaat al jaren een speciale beleidsregel voor Meerzorg. Meerzorg is bedoeld voor cliënten die gezien hun behoefte aan zorg (al dan niet tijdelijk) niet uitkomen met de financiering die samenhangt met de Wlz-indicatie die zij hebben. Zorgkantoren onderschrijven het belang van de Beleidsregel Meerzorg, omdat we zien dat met het (tijdelijk) beschikbaar stellen van extra middelen de kwaliteit van zorg en daarmee de kwaliteit van bestaan voor cliënten met complexe of intensieve zorgvragen kan worden verbeterd.

Vanaf 1 januari 2016 is de beleidsregel meerzorg naast de gehandicaptenzorg ook open gesteld voor ZZP en binnen de Verpleging- en Verzorging en de Geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast is het mogelijk gemaakt om meerzorg, indien nodig, ook voor zorg thuis (modulair pakket thuis (mpt), volledig pakket thuis (vpt) of pgb) aan te vragen. De voorwaarden en procedure om in aanmerking te komen voor meerzorg zijn door de zorgkantoren landelijk vastgesteld in de bijlage 7 bij de overeenkomst "Protocol meerzorg GZ GGZ en VV".

### *Proeftuinen meerzorg GZ*

In een aantal regio's worden momenteel proeftuinen meerzorg uitgevoerd om doorontwikkeling van de regeling op kwaliteit en doelmatigheid voor de cliënt te verbeteren. Zorgkantoren zijn enthousiast over de eerste voorlopige uitkomsten van deze proeftuinen. Als gevolg van de proeftuinen kunnen er voor aanbieders afwijkende procedures gelden. Landelijk wordt door de zorgkantoren gewerkt aan een aanvulling op de NZa-beleidsregel Meerzorg om deze proeftuinen breder te legitimeren.

## 2. Proeftuinen vernieuwing kwaliteitskader gehandicaptenzorg

De VGN is in 2016 een aantal proeftuinen gestart rond het vernieuwde kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Voor deelnemers aan de proeftuinen kwaliteitskader gehandicaptenzorg geldt dat zij zijn vrijgesteld voor de aanlevering van kwaliteitsgegevens. Dit betekent dat zij pijler 1 begin 2017 niet hoeven te vullen over het jaar 2016 en verder dat zij in 2016 pijler 2a niet hoeven te vullen. Afgesproken is dat deze aanbieders het kwaliteitsrapport, dat in de proeftuinen wordt ontwikkeld, wel gaan delen met de zorgkantoren. Zorgkantoren kijken uit naar de eerste bevindingen van de proeftuinen en gaan de ontwikkelingen met belangstelling volgen. Zorgkantoren zien het kwaliteitskader GZ potentieel als een belangrijke bron voor kwaliteitsverbetering en daarmee ontwikkelafspraken in de toekomst. Voor aanbieders die

niet deelnemen aan de proeftuinen geldt dat zij aan hun reguliere aanlever verplichting moeten voldoen.

#### *Kwaliteitskader GZ als kwaliteitssysteem*

Daarnaast geldt dat de zorgkantoren voornemens zijn het kwaliteitskader GZ op termijn als alternatief voor een kwaliteitssysteem, zoals genoemd in de bestuursverklaring, te gaan beschouwen. Voorwaarde voor ons is hierbij is wel dat in de opzet van de visitatie binnen het kwaliteitskader de kwaliteit en onafhankelijkheid voldoende geborgd wordt. Hierover zijn wij met de VGN in gesprek. Concreet voor 2017 betekent dit dat de zorgaanbieders die deelnemen in de proeftuinen 2016 en per 2017 visiteren op het KKGZ hiermee aan de eis tot een landelijk erkend kwaliteitssysteem met onafhankelijke toetsing voldoen. Wanneer we een concreter hebben wat het kwaliteitsrapport en de visitatie binnen het KKGZ definitief inhouden kunnen we besluiten over vervolgstappen.

### **3. Vernieuwingsagenda/Waardig leven met zorg**

Zorgkantoren hebben op een drietal punten uit de vernieuwingsagenda, zoals beschreven in de kamerbrief van de staatssecretaris “Waardig leven met zorg” een belangrijke rol. Voor de onderwerpen 4, 6 en 7 uit deze kamerbrief zijn zij dan ook met andere stakeholders in gesprek om hier invulling aan te geven. Hieronder vermelden wij per punt de wijze waarop wij hier (voorlopig) invulling aan denken te geven.

#### *Onderwerp 4*

“Om mensen te helpen een weloverwogen afweging te maken tussen zorgaanbieders worden per 2017 de eisen die Wlz-uitvoerders stellen aan zorgaanbieders openbaar en begrijpelijk gemaakt”.

#### *Afspraak/stand van zaken*

Zorgkantoren maken in samenspraak met cliënten(organisaties) op hun respectievelijke websites in begrijpelijk Nederlands, de voor cliënten relevante onderdelen van hun inkoopbeleid openbaar en verzoeken zorgaanbieders de (vertegenwoordigers van) cliënten hier actief naar te verwijzen. Op die manier versterken zorgkantoren de rol van de cliënt(enraad) in de inkoopprocedure en dragen wij bij aan transparantie over kwaliteitseisen die zorgkantoren stellen aan zorgaanbieders.

Zorgaanbieders maken de uitkomsten van de cliëntervaringsmeting, in samenspraak met de cliëntenraad en/of cliëntorganisaties, op locatieniveau voor cliënten inzichtelijk. Deze uitkomsten worden voorzien van de belangrijkste overeengekomen acties over kwaliteitsverbetering voor cliënten.

#### *Onderwerp 6*

“Ik wil mensen die kiezen voor het pgb, omdat zij een voorkeur hebben voor een pgb-gefinancierd wooninitiatief meer mogelijkheden geven om deze vorm van zorg ook in natura geleverd te krijgen. Daartoe maak ik afspraken met Wlz-uitvoerders en de betreffende zorgaanbieders om de pgb-financiering van deze initiatieven desgewenst om te zetten in zorg in natura.”



### *Afspraak/stand van zaken*

Zorgkantoren onderschrijven de doelstelling van de staatssecretaris om op basis van de wens van de cliënt PGB initiatieven om te zetten naar Zorg in natura en nodigen PGB aanbieders dan ook uit om een offerte in te dienen en met zorgkantoren in gesprek te gaan. Zorgkantoren hechten echter ook aan een gelijk speelveld in de contractering van aanbieders, na afstemming met vertegenwoordigers van kleinschalige aanbieders is geconcludeerd dat het ook niet nodig is om contracteervoorwaarden hiervoor bij te stellen. Nieuwe aanbieders krijgen wel wat langer de tijd om aan specifieke voorwaarden te gaan voldoen. Zorgkantoren gaan PGB aanbieders die voldoen aan de contracteervoorwaarden een overeenkomst voor Zorg in natura aanbieden. Zorgkantoren handelen op dit onderdeel conform landelijk beleid en doen hier geen regionale aanvullingen op. Er is daarnaast geconstateerd dat er andere uit bv. wet- en regelgeving voortkomende belemmeringen kunnen zijn voor aanbieders of cliënten om de stap van PGB naar ZIN te maken, deze zullen in samenspraak met het ministerie van VWS en de overige veldpartijen opgepakt gaan worden.

### *Onderwerp 7*

“Om investeringen te stimuleren in innovaties die ten goede komen aan de wensen van mensen, worden voor mensen met zeldzame en complexe aandoeningen (zoals specialistische zorg voor complexe niet aangeboren hersenletsel, de ziekte van Huntington, gerontopsychiatrie, mensen met ernstige meervoudige beperkingen en sterk gedragsgestoorde mensen met een licht verstandelijke beperking), meerjarige inkoopafspraken gemaakt”.

### *Afspraak/stand van zaken*

Zorgkantoren erkennen dat het van belang is dat specialistische aanbieders innoveren en zo goed als mogelijk tegemoet aan de behoeften en wensen van cliënten met specialistische zorgvragen. In algemene zin zijn zorgkantoren bereid om meerjarige overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders die aan de voorwaarden voldoen. Zorgkantoren en veldpartijen zien echter niet dat voor specialistische aanbieders een andere benadering nodig is dan voor overige aanbieders binnen de Wlz; iedere cliënt in de Wlz is een kwetsbare cliënt die op dezelfde aandacht mag rekenen.

Wel wordt gezien dat er blijvend aandacht moet zijn voor het in stand houden van specifieke specialistische kennis bij bepaalde aanbieders die zich op specifieke doelgroepen richten, zodat de kwaliteit en doelmatigheid van de betreffende zorg geborgd blijft voor cliënten. Dit brengt met zich mee dat deze specialistische zorg bij een gericht en bij een beperkt aantal aanbieders zal worden ingekocht.

### **Schoonmaak**

Onder voorbehoud dat definitief wordt besloten dat vanaf 2017 huishoudelijke hulp een aanspraak is onder de Wlz, hanteren de zorgkantoren de volgende beleidslijn: Bij intramurale opname en VPT is huishoudelijke hulp regulier onderdeel van het ZZP, maar bij het MPT kan dit als losse module Schoonmaak door zorgkantoren worden ingekocht. De schoonmaak kan worden geleverd aan cliënten met een Wlz-indicatie met de leveringsvorm MPT. Voor het inkopen van de schoonmaak sluiten zorgkantoren aan bij de beleidsregel die de NZa in deze voor 2017 vaststelt. We verwachten dat de NZa er, net als vorig jaar, in deze beleidsregel

van uit gaat dat partijen in staat zijn om goede afspraken te maken over de huishoudelijke zorg en laat de tariefstelling daarom over aan het veld. Een definitieve uitwerking van de inkoop op de prestatie Schoonmaak geven zorgkantoren na het beschikbaar komen van de beleidsregel MPT voor 2017. Het budget voor schoonmaak per cliënt wordt door zorgkantoren gelijk gesteld aan het budget zoals dat op jaarbasis in 2017 voor PGB-cliënten geldt.

Landelijk hebben de zorgkantoren gesteld dat zorgaanbieders die door het zorgkantoor gecontracteerd worden voor het leveren van het MPT ook verantwoordelijk zijn voor het organiseren van de schoonmaak aan deze cliënt wanneer dit van toepassing is. Wanneer meerdere zorgaanbieders samen het MPT leveren is de zorgaanbieder met het grootste aandeel in het MPT verantwoordelijk voor het organiseren van de schoonmaak aan de desbetreffende cliënt. Zorgaanbieders kunnen dit uitbesteden in onder aanneming. Zorgkantoren stellen hierbij als voorwaarde dat de onderaannemer lid is van de brancheorganisatie OSB of SIEV en moet kunnen aantonen dat hij voldoet aan het OSB dan wel het SIEV. Indien een cliënt een MPT ontvangt en alleen schoonmaak verzilvert, hanteren zorgkantoren dezelfde werkwijze als bij een cliënt die geen voorkeursaanbieder heeft uitgesproken. De cliënt wordt dan geleid naar een ZIN zorgaanbieder die ook schoonmaak levert.

#### **4. Zorg onderwijs arrangementen**

Binnen de Wlz is ook de verantwoordelijk voor de financiering van de zorg en ondersteuning tijdens (passend) onderwijs voor de cliënten in de Wlz belegd.

Zorgkantoren hebben een notitie opgesteld om duidelijk te maken op welke wijze en onder welke condities financiering van zorg en ondersteuning tijdens onderwijs binnen de Wlz kan plaatsvinden.

Hiervoor verwijzen we naar de notitie "Notitie zorg en ondersteuning tijdens onderwijs" die de zorgkantoren gepubliceerd hebben op hun website.

Daarnaast is er ook meer informatie te vinden in de handreiking zorg en onderwijs:

<https://www.passendonderwijs.nl/wp-content/uploads/2015/06/Handreiking-onderwijs-en-zorg-gesprekshandleiding.pdf>

#### **5. Wlz Behandeling**

Met de in werking treding van de Wlz hebben alle cliënten binnen de Wlz recht gekregen op Wlz behandeling, met uitzondering van de cliënten met een laag ZZP. In de praktijk hebben we echter nog te maken met regelgeving die bepaalt voor wie welke behandeling binnen de Wlz bekostigd kan worden. Wlz behandeling is hiermee niet voor alle cliënten even goed toegankelijk. Het nu volledig integraal opnemen van Wlz behandeling in de financiering is volgens de zorgkantoren niet (in alle gevallen) wenselijk, maar zeker is dat de contracteerruimte daar ook niet toereikend voor is.

Landelijk loopt er momenteel vanuit VWS een onderzoek naar behandeling binnen de Wlz. De verwachting is echter niet dat dit op korte termijn tot iets leidt wat bovenstaande

problematiek oplost. De zorgkantoren zijn echter van mening dat de toegang tot Wlz behandeling voor de cliënten op korte termijn moet worden verbeterd.

Voor de sector GZ hanteren de zorgkantoren de volgende beleidslijn.

Om de periode tot een structurele oplossing te overbruggen hanteren wij ten aanzien van het declareren van behandeling individueel op basis van de beleidsregel MPT 2017 naast een ZZP of VPT exclusief behandeling het volgende uitgangspunt:

MPT behandeling declareren naast een ZZP of VPT exclusief behandeling is in beginsel alleen mogelijk voor de consultatie van de SOG (H335) / AVG arts (H336) door huisartsen. Voor het kortdurend (aanvullend) declareren van de overige behandelprestaties, is uitdrukkelijk vooraf toestemming nodig van het zorgkantoor per cliënt voor de inzet van een x aantal uren voor een afgebakende periode. We gaan er vanuit dat deze inzet tijdelijk van aard is. Het verschil in financiële waarde tussen een VPT inclusief en exclusief behandeling (op jaarbasis) geldt hierbij als financieel kader voor de te declareren behandeling MPT naast een ZZP/VPT exclusief behandeling. Zonder formele goedkeuring van het zorgkantoor worden onterecht ingediende declaraties achteraf gecorrigeerd.