

Inkoopkader Langdurige Zorg 2016

GEHANDICAPTENZORG



Juni 2015

Voorwoord en leeswijzer

Voor u ligt het Inkoopkader Langdurige Zorg 2016. De Wlz-uitvoerders hebben zorgkantoren gemandateerd om in 2016 de zorginkoop Wlz uit te voeren. Dit inkoopkader geeft de bewegingen en afspraken weer die zorgkantoren voor 2016 gezamenlijk maken.

Voor het jaar 2016 kiezen zorgkantoren ervoor om - in lijn met de verwachtingen van cliëntenorganisaties, het ministerie van VWS en zorgaanbieders - nadrukkelijker in te zetten op vernieuwing in de zorginkoop en focus op kwaliteit en cliëntgerichtheid. Daar waar 2015 nog in het teken stond van de overgang van AWBZ naar de Wet langdurige zorg (Wlz) en het toegroeien naar een nieuwe situatie kiezen zorgkantoren voor 2016 voor een inkoopprocedure waarin dialoog en verbeteringen in de zorg voor cliënten centraal staan.

Dit jaar 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 negental bijlagen. De hoofdtekst bestaat uit:

- **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 2016. 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.

Het inkoopkader bevat de volgende bijlagen:

- Bijlage 1: Programma van Eisen
- Bijlage 2: Overeenkomst
- Bijlage 3: Bestuursverklaring
- Bijlage 4: 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 2015¹
- Bijlage 9: Declaratieprotocol Wlz 2016

¹ Het voorschrift zorgtoewijzing wordt in het najaar 2015 geactualiseerd.

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.

Hoofdstuk 1 Uitgangspunten in de zorginkoop 2016

1.1 Inleiding

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 zijn aangewezen. Daarnaast leveren de zorgkantoren met de zorginkoop een bijdrage aan de doelstellingen van de Wet langdurige zorg. Dit hoofdstuk beschrijft de inhoudelijke uitgangspunten waarop de zorgkantoren zich baseren bij de zorginkoop en de vormgeving van het inkoopproces.

1.2 Zorg en leveringsvormen in de Wlz

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 het mogelijk. De Wlz kent vijf verschillende leveringsvormen. De cliënt mag zelf kiezen van welke leveringsvorm hij/zij gebruik wil maken. De leveringsvormen zijn:

- zzp (zorg zwaarte pakket);
- vpt (volledig pakket thuis);
- mpt (modulair pakket thuis);
- pgb (persoonsgebonden budget).

Het vpt, mpt en pgb zijn alternatieven voor cliënten die hun zorgvraag liever in een zelfstandige woon-omgeving ingevuld zien in plaats van in een zorginstelling. Ook een combinatie van mpt en pgb is mogelijk. Cliënten die zorg vanuit de Wlz ontvangen, hebben een intensieve zorgvraag en zorg in de nabijheid nodig of permanent toezicht. Dat betekent dat zorgaanbieders die de zorg in een thuisomgeving leveren, zich moeten realiseren en erop toegerust moeten zijn dat deze zorg nagenoeg vergelijkbaar is als ware het zorg in een intramurale instelling. In onderstaand overzicht worden de kenmerken van de leveringsvormen samengevat weergegeven:

	Zzp	Vpt	Mpt	Pgb
Verblijf	Ja	Nee	Nee	Nee
Algemene medische zorg	Ja/nee ²	Nee	Nee	Nee
Specifieke behandeling	Ja/nee*	Ja	Ja	Nee
Maaltijdvoorziening	Ja	Ja	Nee	Nee
Huishoudelijke hulp	Ja	Ja	Ja	Ja
Welzijnsactiviteiten	Ja	Ja	Nee	Nee
Outillagemiddelen	Ja	Ja	Ja	Nee
Logeren	Nee	Ja	Ja	Ja
Aantal zorgaanbieders	Eén	Eén	Meerdere	Meerdere
Combinatie leveringsvorm mogelijk	Nee	Nee	pgb	mpt

² * Dit is afhankelijk van de vraag of de cliënt zijn zzp inclusief of exclusief medische zorg of specifieke behandeling verzilvert.

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, heeft het zorgkantoor de taak te beoordelen of deze zorg in de thuissituatie verantwoord en doelmatig geleverd kan worden. Ten behoeve van de beoordeling van het verantwoord zorg thuis leveren hebben zorgkantoren een toetsingskader ontwikkeld. Voor de beoordeling van de doelmatigheid wordt gebruikgemaakt van een rekenmodule. Het nieuwe toetsingskader is vanaf 1 juli 2015 van kracht en is te vinden op de websites van de zorgkantoren en van Zorgverzekeraars Nederland.

1.3 Uitgangspunten in de zorginkoop

De Wlz is sinds 1 januari 2015 een feit. Met de invoering van deze wet staan drie onderling samenhangende doelstellingen centraal:

- Betere kwaliteit van zorg, wat in het bijzonder inhoudt dat de zorg die wordt geleverd beter aansluit bij de wensen van cliënten (maatwerk);
- Terugdringing van institutionalisering van de zorg door een groter beroep op de mogelijkheden en eigen regie van de cliënt en zijn omgeving;
- Betere financiële houdbaarheid en beheersbaarheid van de langdurige zorg door toetsing van de te leveren zorg op kwaliteit en doelmatigheid.

Op basis van deze doelstellingen hebben de zorgkantoren de onderwerpen cliëntgerichtheid, kwaliteit en cliëntondersteuning als richtinggevend voor het inkoopbeleid 2016 genoemd.

Dit heeft voor het inkoopbeleid 2016 geleid tot de volgende uitgangspunten:

- Cliëntgerichtheid;
- Kwaliteit van leven;
- Zichtbaar zorgkantoor;
- In dialoog komen tot maatwerk;
- Geen onnodige administratieve lasten;
- Doelmatigheid.

In de volgende alinea's beschrijven we hoe we deze uitgangspunten toepassen in onze inkoop 2016.

1.4 Cliëntgerichtheid

De Wlz gaat over langdurige zorg. Zorgkantoren nemen daarom de wensen van de cliënt nadrukkelijk als uitgangspunt bij de inrichting van de inkoopprocedure. Dat betekent dat het zorgkantoor zich inspant om voldoende zorg in te kopen die veilig, verantwoord, effectief en doelmatig is, waarbij de verschillende leveringsvormen in voldoende mate aanwezig zijn en rekening gehouden wordt met waar de cliënt de zorg wil ontvangen.

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 dient ook de keuzevrijheid van de cliënt rond zijn/haar zorgaanbieder van voorkeur en locatie van zorgverlening geborgd te 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 zorg die past bij de identiteit van de cliënt of noodzakelijk is voor specifieke doelgroepen. Dit betekent dat het inkoopbeleid bij een specifieke regionale behoefte meer ruimte biedt voor afspraken op maat. 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.

1.5 Verbeteren van kwaliteit & persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Het verbeteren van de kwaliteit van leven van de cliënt en de inhoudelijke kwaliteit van zorg en ondersteuning zijn belangrijke doelstellingen van de Wlz. Van de zorgkantoren wordt verwacht dat zij zich stevig - meer dan in de AWBZ - inspannen voor goede, cliëntgerichte zorg voor hun cliënten en een mentaliteitsverandering bij alle betrokkenen om de gewenste kwaliteitsverbetering te realiseren. Cliënten en hun familie zijn belangrijke bepalende factoren bij het vaststellen van de zorgbehoefte en de kwaliteit van de zorg. Zorgkantoren pakken deze handschoenen op en gaan, geïnspireerd door modellen uit het veld, in de zorginkoop 2016 uit van drie niveaus:

- Basis versterken;
- Ervaren kwaliteit van leven;
- Samenhangende zorg.

Zorgkantoren willen in 2016 een verbetering realiseren in de zorginhoudelijke kwaliteit voor cliënten die gebruikmaken van de Wlz. Naast het uitgangspunt dat bij alle zorgaanbieders de zorginhoudelijke basis op orde moet zijn, is het voor zorgkantoren van belang dat er continu verbetering plaatsvindt in de zorginhoudelijke kwaliteit van de geleverde zorg en ondersteuning.

Ook gaan zorgkantoren meer aandacht besteden aan de ervaren kwaliteit van leven door de individuele cliënt. Belangrijk aandachtspunt daarbij is de vraag of de zorgaanbieder de zorg daadwerkelijk afgestemd heeft op de individuele behoefte van cliënten en er voldoende oog is voor de individuele kenmerken van cliënten en de wensen die daaruit voortvloeien. Hierbij gaat het over onderwerpen als eigen regie, bejegening, transparantie, keuzemogelijkheden en de manier van werken met het zorgplan. Uitgaan van welbevinden van cliënten geeft ook vraagstukken op het snijvlak van welbevinden en professioneel handelen. Het vastleggen van deze vraagstukken, het beleidsmatig oplossen en het op individueel niveau oplossen van deze vraagstukken stelt eisen aan de inrichting van het zorgplan en vraagt ruimte voor kennis- en discussietafels en beleid voor morele vraagstukken. Hierin wordt een actieve rol weggelegd voor cliënten, familie, mantelzorg(s), wettelijke vertegenwoordigers en professionals. Interne instrumenten die een zorgaanbieder hiervoor kan inzetten, zijn bijvoorbeeld ethische commissies, intervisie, moreel beraad.

Het niveau van de samenhangende zorg heeft als doelstelling dat voor cliënten een integraal en passend zorg- en behandelaanbod geboden wordt, waarbij er geen belemmeringen mogen ontstaan door het feit dat de zorg geleverd wordt door professionals vanuit verschillende domeinen. Maar ook de mate waarin zorgaanbieders erin slagen formele en informele zorg gezamenlijk invulling te laten geven aan de zorgvraag van individuele cliënten of bijzondere cliëntgroepen. Zorgkantoren zien de mate waarin zorgaanbieders zich bewust zijn van hun eigen positie en plek in de totale zorgketen rond een cliënt als een belangrijke voorwaarde voor samenwerking.

Bij de uitwerking van deze onderwerpen zorgen de zorgkantoren voor zoveel mogelijk aansluiting bij de ontwikkelingen die nu al plaatsvinden in de sectoren. Voor de Gehandicaptenzorg wordt aangesloten bij het visiedocument 'Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0' en het voorgenomen plan van aanpak, om de kwaliteit in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg te gaan verbeteren.

1.6 Zichtbaar zorgkantoor

Veel cliënten die zorg ontvangen of gaan ontvangen in het kader van de Wlz weten niet wat het zorgkantoor is en wat het zorgkantoor voor hen kan betekenen. Zorgkantoren willen zichtbaar zijn voor cliënten om hen waar nodig met kennis en expertise te ondersteunen in het verzilveren van hun zorgvraag.

Cliëntondersteuning

Zorgkantoren hebben er met de invoering van de Wlz een aantal belangrijke verantwoordelijkheden bij gekregen ter versterking van de eigen regie van cliënten, waarbij het van belang is dat zorgkantoren toegankelijk en vindbaar zijn voor cliënten. Zo zijn zorgkantoren verantwoordelijk voor het bieden van cliëntondersteuning, het verstrekken van keuze-informatie aan verzekerden over de verschillende leveringsvormen, het gecontracteerde zorgaanbod, eventuele wachttijden, et cetera. Ook blijven zorgkantoren - zoals in de AWBZ - cliënten ondersteunen en van informatie voorzien bij het vinden van een passende zorgaanbieder of bij een passend alternatief als er sprake is van wachtlijsten. Zorgkantoren bieden zelf cliëntondersteuning aan de Wlz-gerechtigden in de regio, maar stellen ook een aanbod voor onafhankelijke cliëntondersteuning beschikbaar. Ook van zorgaanbieders verwachten wij dat zij cliënten erop wijzen dat zij gebruik kunnen maken van onafhankelijke cliëntondersteuning. Cliënten zijn vrij in het kiezen van een partij tot cliëntondersteuning. Hiervoor hebben de zorgkantoren afspraken gemaakt met MEE en Zorgbelang.

Betrokkenheid cliëntenraden

Cliëntenraden³ 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 prettig mogelijke leefomgeving en kwaliteit van leven. Cliëntenraden zijn eveneens een belangrijke stakeholder voor zorgkantoren. Zorgkantoren hebben vorig jaar vragenlijsten voor cliëntenraden opgesteld. De vragenlijsten hebben waardevolle informatie opgeleverd en zijn input geweest op de wijze waarop we dit jaar met dit thema willen omgaan. Zorgkantoren zijn echter nog volop met cliëntenraden in gesprek over de uitkomsten, waardoor voor 2016 is besloten niet opnieuw vragenlijsten uit te zetten onder cliëntenraden.

Zorgkantoren vinden het van groot belang dat aanbieders en cliëntenraden regelmatig in gesprek zijn. Wij vragen zorgaanbieders dan ook hun cliëntenraad actief en aantoonbaar te betrekken bij het opstellen en evalueren van ontwikkelplannen voor 2016. Gedurende 2016 verwachten de zorgkantoren dat zorgaanbieders aantoonbaar maken hoe ze cliëntenraden hebben betrokken bij de bespreking van de voortgang van de ontwikkelafspraken, bijvoorbeeld door hen actief te betrekken bij de bespreking met het zorgkantoor. Zoals zorgkantoren dit jaar meer in dialoog zijn met zorgaanbieders over kwaliteit, willen zorgkantoren dat zorgaanbieders ook in gesprek hierover zijn met de cliëntenraden.

³ 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).

Om inzicht te geven aan cliëntenraden over wat zorgkantoren doen en welke thema's zorgkantoren voor de aanbieder belangrijk vinden, wordt in de zomer van 2015 een publieksversie van het inkoopbeleid gepubliceerd. Dit geeft handvatten voor de cliëntenraad om het gesprek met de zorgaanbieder te voeren.

Daarnaast organiseren zorgkantoren regiobijeenkomsten voor cliëntenraden, waarin zorgkantoren uitleggen wat zij doen en hoe zij cliëntenraden willen ondersteunen. Deze bijeenkomsten geven cliëntenraden de mogelijkheid om vragen te stellen en aanbevelingen te doen voor beleidsontwikkeling.

1.7 In dialoog komen tot maatwerk

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

Dit doen zorgkantoren vanuit de overtuiging dat de dialoog over kwaliteitsverbetering voor cliënten een beroep doet op de motivatie van de zorgaanbieder om te blijven werken aan kwaliteitsverbetering binnen de verschillende zorgsectoren. Door in gesprek met elkaar te zijn over dit onderwerp wordt beter aangesloten bij de intrinsieke motivatie en startsituatie van zorgaanbieders om te verbeteren.

Hiermee geven de zorgkantoren ook gehoor aan de wens van de brancheorganisatie en de staatssecretaris om de inkoop meer in dialoog te laten plaatsvinden. Deze veranderingen in de inkoop gaan echter niet vanzelf. Dit is een wezenlijke verandering voor zorgkantoren en zorgaanbieders, waarbij partijen elkaar ook de tijd moeten gunnen om hier ervaring mee op te doen en tot de gewenste resultaten te komen. Het is een groeiproces waarbij zorgaanbieders en zorgkantoren verschillende startposities hebben en ook de onderwerpen waarover gesproken wordt kunnen verschillen. Zorgaanbieders en zorgkantoren gaan de komende jaren gezamenlijk ervaren wat hierin haalbaar en wenselijk is en op welke wijze de dialoog optimaal ten goede komt aan kwaliteitsverbetering van zorg voor cliënten. De gezamenlijk uitgesproken wens om te komen tot een inkoopproces dat uitgaat van meer transparantie, gelijkwaardigheid en vertrouwen biedt hiervoor een goede basis. In 2016 zetten zorgkantoren de eerste stap.

1.8 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. In de zorginkoop 2015 hebben zorgkantoren expliciet stilgestaan bij dit thema en een aantal grote verbeterlagen bewerkstelligd. Zorgkantoren zijn van mening dat dit jaar de administratieve lasten geen apart thema moet zijn maar een uitgangspunt moet vormen voor het inkoopbeleid. In ons handelen zijn we er kritisch op, zodat onnodige administratieve lasten worden 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 is te verkrijgen 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.

1.9 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. 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 doelmatigere zorg te stimuleren.

Hoofdstuk 2 Inkoopprocedure 2016

2.1 Uitgangspunten inkoopprocedure

Voor 2016 krijgt de dialoog met zorgaanbieders en het bieden van ruimte voor regionaal maatwerk een prominente plek in de inkoop. Zorgkantoren willen, meer dan voorgaande jaren, het gesprek aangaan met zorgaanbieders over het versterken van de basis, de kwaliteit van leven en de samenhang in de zorg. Voor de inkoop 2016 doorlopen zorgkantoren en zorgaanbieders daarom 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.

Op maat gemaakte afspraken voor verbetering van zorg

In 2016 willen zorgkantoren met zorgaanbieders afspraken op maat maken. Dit doen zorgkantoren op basis van door de zorgaanbieders voorgestelde ontwikkelplannen. Als eerste stap om te komen tot een ontwikkelplan vragen zorgkantoren aan zorgaanbieder(s) een zelfanalyse op te stellen. De zorgaanbieder geeft met de zelfanalyse inzicht in de sterktes en ontwikkelpunten van de eigen organisatie en het effect hiervan op de cliënt. Aan de hand van deze zelfanalyse kan een zorgaanbieder een voorstel voor een ontwikkelplan aanleveren, waarin hij op hoofdlijnen beschrijft welke ontwikkeling de zorgaanbieder voor ogen heeft en op welke wijze deze wordt geïmplementeerd. Zorgkantoor en zorgaanbieder maken aan de hand van de zelfanalyse en ontwikkelplannen (verbeter)afspraken, gebaseerd op de individuele situatie van zorgaanbieder en de kansen die beide partijen herkennen. In paragraaf 2.2 wordt de werkwijze aangaande zowel de zelfanalyse als de ontwikkelplannen nader toegelicht.

De dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieder staat centraal

Door het invullen van de zelfanalyse en het indienen van een voorstel voor een ontwikkelplan is de zorgaanbieder aan zet; de zorgaanbieder geeft zelf aan waar het ontwikkelpotentieel van de organisatie ligt en welke ontwikkeling hij van belang acht. Het voorstel voor het ontwikkelplan vormt de basis waarop een gelijkwaardige, transparante en inhoudelijke 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 ontwikkelplannen. Deze ontwikkelplannen kunnen voor de zorgaanbieder leiden tot een opslag op het basistarief en eventueel een meerjarige overeenkomst. In tegenstelling tot voorgaande jaren komt de tariefsopslag dit jaar dus niet voort uit harde inkoopcriteria. Vertrouwen, transparantie, gelijkwaardigheid, open staan voor reflectie en de ambitie om doelstellingen te formuleren die SMART zijn, zijn voor de dialoog essentiële ingrediënten.

De dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieder is volgens zorgkantoren 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 gaan belonen voor de gerealiseerde uitkomsten van de zorgaanbieder en de toegevoegde waarde die dit voor de cliënten heeft. Uiteraard kunnen ook andere onderwerpen op de agenda voor het gesprek komen, zoals hoe de zorg voor de cliënt is verbeterd, de inzet van (onafhankelijke) cliëntondersteuning, wachtlijstbeheer, informatievoorziening, signalen die zorgkantoren ontvangen van zorgbemiddeling, materiële controle, klachten, herschikking, uitnutting van de productieafspraken, et cetera.

Meerjarige overeenkomst als stimulans voor kwaliteitsverbetering

Zorgaanbieders en brancheorganisaties hebben afgelopen jaren de wens uitgesproken om meerjarige overeenkomsten af te sluiten met zorgkantoren. Ook zorgkantoren willen meerjarige overeenkomsten afsluiten met zorgaanbieders met de mogelijkheid om daarbinnen ook tot meerjarige afspraken 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.

Vanaf 2016 sluiten zorgkantoren daarom met een zorgaanbieder die zich proactief inzetten voor onder andere de verbetering van kwaliteit en cliëntgerichtheid, een tweejarige overeenkomst. Om in aanmerking te komen voor een meerjarenovereenkomst, dient de zorgaanbieder zowel te voldoen aan een aantal voorwaarden die we beschrijven in paragraaf 2.2. als aan de eventuele voorwaarden die staan beschreven in de regionale paragraaf van zorgkantoren. Een tweejarige overeenkomst betekent dat zorgaanbieders in 2016 ten behoeve van de inkoopafspraken 2017 niet opnieuw een volledige inkoopprocedure hoeven te doorlopen. Zorgaanbieders hoeven niet opnieuw een offertevoorstel/inschrijving in te dienen (stap 1 t/m 4 van figuur 1. *Inkoopprocedure 2016* hoeft niet doorlopen te worden). Welke gegevens de zorgaanbieder jaarlijks wel moet aanleveren, hangt af van de wijze waarop het zorgkantoor omgaat met de tweejarige overeenkomst; of en op welke wijze het zorgkantoor jaarlijks de verbeterafspraken herijkt, waaronder de prijs en het volume en de overeengekomen ontwikkelplannen, is te lezen in de regionale paragraaf van het zorgkantoor.

Zorgkantoor en zorgaanbieder krijgen met de meerjarige overeenkomst de tijd om in gesprek te gaan over de ontwikkelplannen en thema's, zoals ontwikkelingen in het veld, het aansluiten van het aanbod op de regionale ontwikkelingen, et cetera.

200 instellingen best practices

Op 10 februari 2015 is het plan voor de verbetering van kwaliteit van de verpleeghuizen Waardigheid en trots aan de Tweede Kamer verstuurd. Het plan is opgebouwd aan de hand van vijf speerpunten, die samenhangend uitgevoerd tot verbetering van kwaliteit leiden:

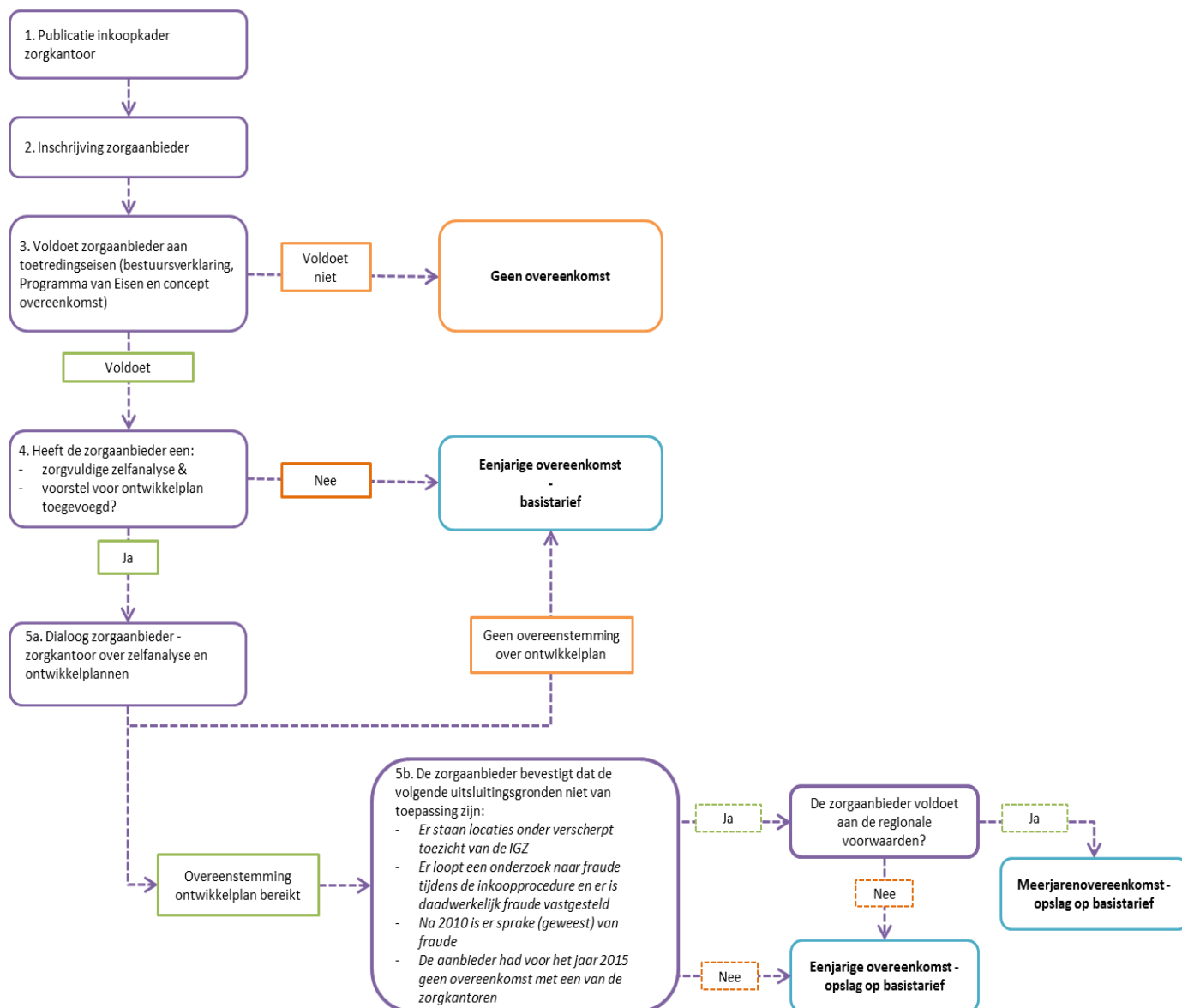
- Speerpunt 1: Samenwerking cliënt, informele zorg, zorgverlener
- Speerpunt 2: Basis op orde, veilige zorg
- Speerpunt 3: Meer ruimte voor en kwaliteit van professionals
- Speerpunt 4: Kwaliteit staat of valt met bestuurlijk leiderschap
- Speerpunt 5: Openheid en transparantie

In de kwaliteitsbrief verpleeghuizen is opgenomen dat 200 verpleeghuislocaties mee mogen doen met regelarm werken. Het gaat dan om goed presterende verpleeghuislocaties die zonder overbodige regelgeving de kwaliteit een flinke impuls willen geven. Om in aanmerking te komen, dienen deze verpleeghuislocaties een plan van aanpak te maken.

Om onnodige administratieve lasten te voorkomen, kunnen verpleeghuislocaties die straks door de selectie voor de best practices zijn gekomen, het plan dat is gemaakt voor deze selectie ook indienen voor de zorginkoop Wlz 2016. Het plan kan onderdeel uitmaken van de zelfanalyse en het voorstel ontwikkelplan dat een zorgaanbieder indient bij het zorgkantoor. Uiteindelijk wordt dit meegenomen in het totaal van afspraken die de zorgaanbieder en het zorgkantoor zijn overeengekomen in de dialoog. Het staat de zorgaanbieder en het zorgkantoor vrij om, indien wenselijk, aanvullende afspraken te maken. Het gaat immers om een integrale beoordeling. Het vervolgproces is voor de best practices dan ook gelijk aan de beschrijving zoals uiteengezet in dit inkoopkader.

2.2 Inkoopprocedure 2016

In 2016 bestaat de inkoopprocedure die zorgkantoren en -aanbieders doorlopen uit vijf stappen (zie ook figuur 1) die we hieronder toelichten.



Figuur 1. Inkoopprocedure 2016

De planning voor de inkoopprocedure is als volgt:

Fase	Wie	Datum
Publicatie inkoopkader zorgkantoor ⁴	ZK	1 juni 2015
Indienen van vragen t.b.v. Nota van Inlichtingen	ZA	Uiterlijk 21 juni 2015
Nota van Inlichtingen beschikbaar stellen	ZK	Uiterlijk 3 juli 2015
Inschrijving zorgaanbieder (incl. aanlevering van de zelfanalyse en voorstel ontwikkelplan)	ZA	Uiterlijk 31 juli 2015 17.00 uur
Dialogoorgaanbieder - zorgkantoor (facultatief n.a.v. zelfanalyse en voorstel ontwikkelplan)	ZA-ZK	
Voorlopige gunning (eenjarige/tweejarige overeenkomst, opslag op tarief, et cetera)	ZK	Uiterlijk 9 oktober 2015
Definitieve gunning	ZK	1 november 2015

2.2.1 Stap 1 en stap 2 - Publicatie inkoopkader en indienen vragen

Stap 1 en stap 2 van de inkoopprocedure zijn grotendeels gelijk aan de afgelopen jaren en betreft de publicatie van het inkoopkader van het zorgkantoor in uw regio en de indiening van uw inschrijving.

Omdat de inkoopprocedure een aantal aanpassingen kent ten opzichte van vorige jaren, willen zorgkantoren dat zorgaanbieders voldoende tijd hebben om vragen te stellen over eventuele onduidelikheden. Vanaf de publicatiedatum op 1 juni zijn zorgaanbieders tot uiterlijk 21 juni 2015 in de gelegenheid om vragen te stellen. Zorgkantoren zullen deze vragen uiterlijk op 3 juli 2015 door middel van een Nota van Inlichtingen beantwoorden. Na de hiervoor genoemde sluitingsdatum voor het indienen van vragen is er geen gelegenheid meer tot het stellen van vragen. Nadere uitwerking van bovenstaande planning treft u aan in de regionale uitwerking van de zorgkantoren.

2.2.2 Stap 3 - Toets van zorgkantoor op toetredingseisen

Onder toetredingseisen verstaan de zorgkantoren alle eisen waaraan een zorgaanbieder⁵ moet voldoen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst:

- De bestuursverklaring (bijlage 3) bevat de eisen waaraan de organisatie van de zorgaanbieder moet voldoen;
- De conceptovereenkomst (bijlage 2) 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;
- Het Programma van Eisen (bijlage 1) bevat alle inhoudelijke eisen waaraan de zorg moet voldoen aanvullend op geldende wet- en regelgeving;
- De bijlagen 5 tot en met 9 bevatten eisen rondom crisiszorg en spoedzorgregeling, meerzorg, het voorschrift zorgtoewijzing en het declaratieprotocol waaraan zorgaanbieders dienen te voldoen.

⁴ Onder voorbehoud van tijdige en juiste publicatie beleidsregels (NZa) en kaderbrief (VWS).

⁵ Dezelfde toetredingseisen zijn van toepassing op zelfstandigen zonder personeel.

Ten aanzien van de bewijslast aangaande bovenstaande maken zorgkantoren een onderscheid in twee type zorgaanbieders namelijk:

- **Bestaande zorgaanbieders**

Een bestaande zorgaanbieder heeft voor 2015:

- met het zorgkantoor voor de regio waarvoor hij voor 2016 wil inschrijven, een overeenkomst voor de levering van Wlz-zorg intramuraal en/of in vpt voor de sector V&V en/of voor de levering van functies en klassen/mpt met betrekking tot de desbetreffende sector en heeft daadwerkelijk productie in die sector geleverd ten laste van de contracteerruimte van datzelfde zorgkantoor voor deze regio;
- met het zorgkantoor voor de regio waarvoor hij voor 2016 wil inschrijven, een productieafspraken met betrekking tot een leveringsvorm voor een bepaalde sector ten laste van de contracteerruimte van het zorgkantoor voor deze regio, waarbij het budget een overheveling vanuit een andere regio van het zorgkantoor of een ander zorgkantoor betreft.

- **Nieuwe zorgaanbieders**

- **Geheel nieuw:** zorgaanbieders die voor 2015 geen overeenkomst hebben met enig zorgkantoor. Zorgaanbieders die in 2015 alleen als onderaannemer hebben gewerkt, als zzp'er onder de pilot zzp'ers een overeenkomst hadden met enig zorgkantoor of alleen zorg hebben geleverd die door klanten met een pgb is ingekocht, worden ook beschouwd als geheel nieuw.
- **Nieuw in de regio:** zorgaanbieders die voor 2015 een overeenkomst voor levering van zorg hebben met zorgkantoor X in regio X en ook daadwerkelijk productie leveren, maar die geen overeenkomst hebben met zorgkantoor Y in regio Y voor dezelfde zorg als geleverd in regio X, en willen inschrijven in regio Y voor dezelfde zorg als in regio X.
- **Nieuw zzp/vpt:** zorgaanbieders die voor 2015 voor alleen extramurale zorgprestaties een overeenkomst hebben met enig zorgkantoor (ongeacht de regio), die willen inschrijven om de prestaties zzp en vpt te gaan leveren.

Voor bestaande zorgaanbieders geldt dat er naast de bestuursverklaring geen aanvullende documenten worden opgevraagd met betrekking tot de toetredingseisen. Indien er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten/contractering 2015 dient de zorgaanbieder dit te melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren. Voor nieuwe zorgaanbieders geldt dat zij moeten aantonen of zij aan de toetredingseisen voldoen. De bewijstukken daartoe zijn opgenomen in bijlage 5 Bewijsstukken nieuwe zorgaanbieders.

Wanneer de zorgaanbieder voldoet aan de toetredingseisen opgenomen in de bestuursverklaring, de conceptovereenkomst en Programma van Eisen en indien van toepassing aan de aanvullende voorwaarden voor nieuwe zorgaanbieders, dan krijgt de zorgaanbieder een eenjarige overeenkomst. Op deze overeenkomst is het basistarief van toepassing. Het basistarief per zorgkantoor staat beschreven in de regionale paragraaf van het zorgkantoor en kan aldus per zorgkantoor verschillen.

Om in aanmerking te komen voor een opslag op het basistarief en eventueel een tweejarige overeenkomst, dient de zorgaanbieder naast het voldoen aan toetredingseisen een zelfanalyse en een voorstel voor een ontwikkelplan aan te leveren. Daarnaast dient de zorgaanbieder te voldoen aan een aantal aanvullende voorwaarden opgenomen onder stap 5.

2.2.3 Stap 4 - Indienen zelfanalyse en voorstel ontwikkelplan

Zorgkantoren verwachten dat de zorgaanbieders in ontwikkeling blijven en zich inspanssen om verbeteringen 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; aan de hand hiervan krijgen zorgkantoor en zorgaanbieder een gezamenlijk beeld bij de sterktes en ontwikkelpunten van de zorgaanbieder. Het voorstel ontwikkelplan van de zorgaanbieder borduurt hierop voort; voor de ontwikkelpunten die prioriteit hebben en die in lijn liggen met de doelstellingen van zorgaanbieder en zorgkantoor kunnen partijen tot een definitief ontwikkelplan komen.

De zelfanalyse

De beknopte 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. Uiteraard is er ook vrije ruimte voor de zorgaanbieder om zelf een onderwerp aan te dragen.

Het zorgkantoor gaat in gesprek met alle zorgaanbieders die een zorgvuldige zelfanalyse en een voorstel voor een ontwikkelplan hebben aangeleverd. Onder zorgvuldige zelfanalyse wordt verstaan dat de zorgaanbieder in de zelfanalyse voor de kwaliteitsthema's gedefinieerd door het zorgkantoor (zie bijlage 4 Format zelfanalyse en ontwikkelplan) 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-, locatie-niveau 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.

Voor het aanleveren van de zelfanalyse dient de zorgaanbieder het format te gebruiken weergegeven in bijlage 4, tenzij de zorgaanbieder beschikt over een eigen document/format dat alle elementen bevat om te komen tot een zorgvuldige zelfanalyse zoals hierboven gedefinieerd.

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.

Het voorstel voor een ontwikkelplan

In het voorstel voor het ontwikkelplan beschrijft de zorgaanbieder de gewenste essentiële ontwikkeling in zijn organisatie. Zorgkantoren beogen niet dat zorgaanbieders voor elk ontwikkelpunt een voorstel voor een ontwikkelplan aanleveren. Doel is dat het voorstel voor het ontwikkelplan aansluit bij de prioriteiten van de eigen organisatie en de doelstellingen die zorgkantoren van belang achten.

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

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. Het voorstel voor het ontwikkelplan dat de zorgaanbieder bij zijn inschrijving indient, moet daarom zodanig uitgewerkt zijn, dat het voldoende basis vormt om het gesprek aan te gaan. Voor de zorgkantoren betekent dit dat het ten minste de volgende ingrediënten bevat:

- Een beschrijving van de doelstelling van het ontwikkelplan. Deze doelstelling moet gericht zijn op de cliënt.
- De wijze waarop de zorgaanbieder het resultaat behaalt (globaal plan van aanpak).

Voor het aanleveren van het voorstel voor het ontwikkelplan dient de zorgaanbieder het format te gebruiken weergegeven in bijlage 4 Format zelfanalyse en ontwikkelplan, tenzij de zorgaanbieder beschikt over een eigen document/format dat alle ingrediënten bevat die hierboven zijn beschreven.

2.2.4 Stap 5 - (Verbeter)afspraken vaststellen

De (verbeter)afpraak die zorgkantoor en zorgaanbieder sluiten naar aanleiding van de inkoop-procedure bestaat uit een uitgewerkt definitief ontwikkelplan, een afspraak over prijs en volume en indien van toepassing een meerjarig contract. Hieronder lichten we deze elementen verder toe.

Dialoog over zelfanalyse en ontwikkelplan

In de dialoog lichten zorgaanbieders 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 op de doelstellingen voor 2016 en verder. Dit gezamenlijke beeld dient ook als vertrekpunt voor het bespreken van de geformuleerde ontwikkelplannen van de zorgaanbieder.

De dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over de zelfanalyse en het voorstel voor een ontwikkelplan leidt in principe tot een uitgewerkt definitief ontwikkelplan met daarin:

- de doelstelling van het ontwikkelplan voor de cliënt;
- een SMART 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 risico's die hiermee gepaard gaan en de wijze waarop de zorgaanbieder deze risico's beheerst;
- de resultaten waartoe het ontwikkelplan leidt;
- de bewijslast rondom het behalen van de resultaten.

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

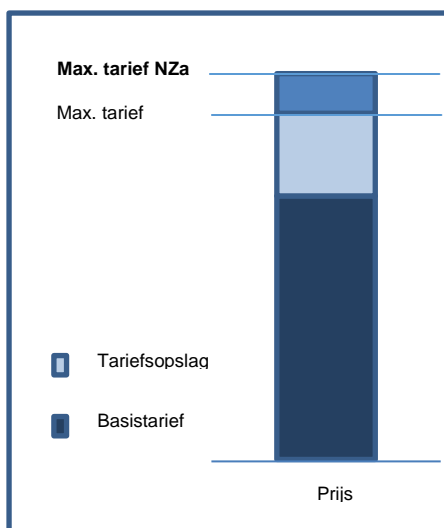
Beoordelingskader ontwikkelplan

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 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.

Bepaling van de prijs



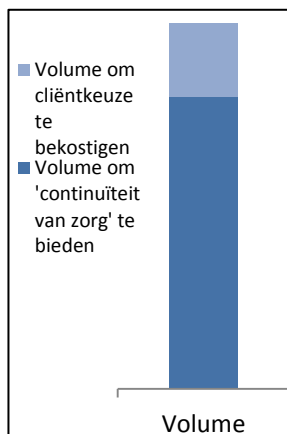
De zorgkantoren hanteren een basistarief per prestatie en een gemaximeerde tariefsopslag. Het basistarief¹ verschilt per zorgkantoor en staat beschreven in de regionale paragraaf van het zorgkantoor. De maximale tariefsopslag is landelijk vastgesteld op maximaal 3%. Voor een opslag op het basistarief komt de zorgaanbieder uitsluitend in aanmerking wanneer hij met het zorgkantoor overeenstemming bereikt over een definitief 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 definitieve ontwikkelplannen. Zorgkantoren lichten in hun regionale paragraaf toe wanneer en onder welke condities zij (delen van) de tariefsopslag in het tarief verwerken. Deze toekenning kan bij de initiële toekenning in november 2015, bij de herschikking en/of bij de nacalculatie voor 2016 plaatsvinden. In de regionale paragraaf 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 hetgeen reeds besproken is. Zorgaanbieders kunnen na het overeenkomen van de ontwikkelafspraken feitelijk al eind 2015 aan de slag met hun ontwikkelafspraken. De dialoog met het zorgkantoor gedurende het jaar geeft zorgaanbieders inzage 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. Dit geldt ook bij de volumebepaling. Zorgkantoren willen de bekostiging waar mogelijk volgend maken op de keuze van de cliënt; zowel de keuze voor een leveringsvorm zoals mpt, vpt of zzp, als de keuze voor een zorgaanbieder.

Bovenstaande betekent dat alle zorgkantoren voor 2016 binnen de vastgestelde financiële kaders vooraf zo veel mogelijk 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 2016 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 2016 verdeeld op basis van de keuze van de cliënt.



Zorgkantoren bepalen het toekenningspercentage voor de sector/leveringsvorm op basis van 1) de mutatiegraad per sector en leveringsvorm en 2) het beleid van voorgaande jaren van het betreffende zorgkantoor met in acht neming van het te hanteren inkoopmodel. Ieder zorgkantoor beschrijft in de regionale paragraaf hoe bovenstaande uitgangspunten zijn toegepast en tot welke toekenningspercentages 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 bij de initiële afspraak 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 periodiek over de uitnutting van de contracteerruimte. Zorgkantoren beschrijven in de regionale paragraaf hoe zij in contact treden met zorgaanbieders over de volumeontwikkeling in relatie tot de initiële productieafspraken.

Afsluiten eenjarige dan wel twejarige overeenkomst met opslag op basistarief

Wanneer zorgkantoor en zorgaanbieder tot een (verbeter)afpraak komen, kan dit leiden tot een:

- Eenjarige overeenkomst met een opslag op het basistarief;
- Tweejarige overeenkomst met een opslag op het basistarief.

Voor het in aanmerking komen van een twejarige 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 voor het jaar 2015 een overeenkomst met een van de zorgkantoren.

Zorgkantoren hebben de mogelijkheid om aanvullende voorwaarden te stellen voor het verlenen van een tweejarige overeenkomst. Deze zijn opgenomen in de regionale paragraaf van het zorgkantoor. Zorgaanbieders die tot een (verbeter)afspraken zijn gekomen met het zorgkantoor maar die niet voldoen aan de landelijke voorwaarden voor een tweejarige overeenkomst, dan wel aan de regionale voorwaarde voor een tweejarige overeenkomst, krijgen een eenjarige overeenkomst met een opslag op het tarief.

Hoofdstuk 3 Kwaliteit en persoonsgerichte gehandicaptenzorg

Zoals toegelicht in hoofdstuk 1 hebben zorgkantoren een drietal niveaus gedefinieerd die centraal staan in de zorginkoop voor de GZ voor 2016. In dit hoofdstuk lichten de zorgkantoren deze drie niveaus en de doelstellingen voor 2016 nader toe. We willen aansluiten bij de bewegingen zoals die momenteel in het veld worden opgepakt (zoals onder andere het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0) en plaatsen deze binnen de kaders zoals de overheid deze binnen de Wlz voor ogen heeft. 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. De zorg dient hiervoor aan te sluiten 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. Waarbij die professionals ook de ruimte moeten krijgen om hun vak uit te oefenen.

Bovenstaande hebben de zorgkantoren vertaald in een drietal niveaus van kwaliteit die uitgangspunt vormen voor de dialoog in 2016:

- **Niveau 1 - De basis 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 beter aanbod voor de cliënt.

Zorgkantoren zijn zich ervan bewust dat in de kwaliteitscycli van zorgaanbieders onderwerpen op alle drie de niveaus terug kunnen komen. De benaderingswijze is binnen de niveaus echter elke keer een andere. In het Format zelfanalyse en ontwikkelplan (bijlage 4) vinden zorgaanbieders terug op welke aspecten zij ten minste een analyse dienen te maken. Hieronder volgt een toelichting per thema.

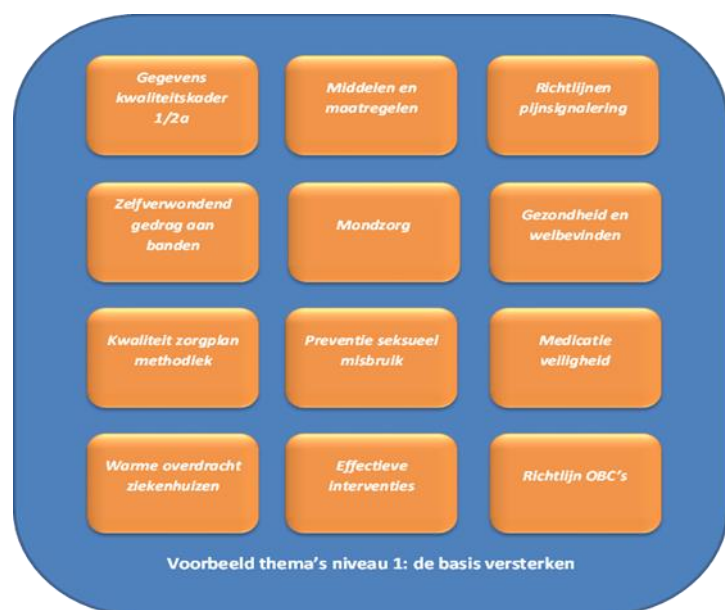
3.1 Niveau 1 - De basis versterken

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.

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, et cetera. 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 zorgaanbieder of zorglevering ten behoeve van de kwaliteit. 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. Zoals beschreven in hoofdstuk 2, worden de inhoudelijke eisen die zorgkantoren stellen en die binnen de onderscheiden sectoren (Gehandicaptenzorg, Verpleging & Verzorging en langdurige GGZ) de basis vormen, weergegeven in bijlage 1 Programma van Eisen.

De Gehandicaptenzorg is 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. Toch ontvangen zorgkantoren soms nog signalen over zorgaanbieders (denk hierbij aan rapporten van de IGZ, onvoldoende scores binnen het kwaliteitskader, signalen van cliënten, uitkomsten materiële controles), waaruit blijkt dat bij aanbieders specifieke onderdelen nog niet op orde zijn. Het is dan ook voor cliënten van belang dat we als sector blijvende aandacht hebben voor kwaliteitsverbetering. De staatssecretaris heeft in dit kader aangegeven te komen met een verbeterplan voor de Gehandicaptenzorg, vergelijkbaar met het plan voor verpleeghuizen. Hij wil onder andere graag dat de instellingen meer van elkaar leren en goede voorbeelden van elkaar overnemen.

De zorgkantoren onderschrijven dit streven van de staatssecretaris en verwachten van alle aanbieders dat zij actief signalen ten aanzien van hun eigen organisatie oppakken en kennis nemen van landelijke ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsverbetering in de sector, om vervolgens deze innovaties, best practices en nieuwe richtlijnen, waar van toepassing, in hun organisatie te implementeren. Op websites als die van de IGZ, VGN, Vilans, Kennisplein gehandicaptenzorg worden voorbeelden gegeven van ontwikkelpunten binnen 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 daarbij ook signalen ten aanzien van hun eigen organisatie betrekken. Indien zorgkantoren signalen hebben dat bepaalde elementen bij specifieke zorgaanbieders onder de maat zijn (bijvoorbeeld inspectierapporten), dan gebruiken zij deze gegevens in ieder geval om zich voor te bereiden op de dialoog met de zorgaanbieder op het niveau De basis versterken.

Zorgkantoren willen in de zelfanalyse inzage krijgen in de wijze waarop zorgaanbieders momenteel werken aan het verbeteren van hun voorwaarden voor kwalitatieve en verantwoorde zorg. Het toerusten van teams en medewerkers met actuele kennis en vaardigheden is hier een belangrijke voorwaarde voor. Zo vraagt een kwalitatief goed ondersteuningsplan een systematiek die het maken van een correcte inschatting van de veiligheids- en gezondheidsrisico's van de cliënt faciliteert. Kennis bij medewerkers over onder andere agressie, middelenverslaving, grensoverschrijdend gedrag en gezondheidsrisico's is vervolgens nodig om deze risico's goed in te kunnen schatten. Beide randvoorwaarden zijn van belang.

Essentie: zorgaanbieder 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.

3.2 Niveau 2 - Persoonsgerichte zorg

Om te komen tot een zo hoog mogelijke kwaliteit van bestaan, is het - naast alle zorginhoudelijke randvoorwaarden - van belang dat de focus van zorgaanbieders ligt op de eigenheid en wensen van individuele cliënten. Zorgkantoren veronderstellen dat wanneer zorgaanbieders erin slagen de zorg en ondersteuning zo goed mogelijk af te stemmen op iedere individuele cliënt, deze een hogere kwaliteit van bestaan zal ervaren.

Onder het niveau Persoonsgerichte zorg onderscheiden zorgkantoren een viertal onderwerpen:

- Passende zorg;
- De cliënt wordt gezien door de professional;
- Versterken eigen regie;
- Ervaren kwaliteit van bestaan.

3.2.1 Passende zorg

Doel: de cliënt ontvangt 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 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. De cliënt kan een (onafhankelijke) cliëntondersteuner vragen te helpen bij de zoektocht naar een passende plek. Vanuit de zorgaanbieder is het van belang dat deze zich nadrukkelijk verdiept in de specifieke zorgvraag en wensen van de cliënt. Pas als beide partijen over dezelfde informatie beschikken, kan in gezamenlijkheid gekomen én gekozen worden voor een passend zorgaanbod.

Voor cliënten (en hun familie) 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'. Waar dit letterlijk niet mogelijk is, zou het ten minste voor de cliënt zo moeten voelen. 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. 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.

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. Van professionele zorgaanbieders wordt verwacht dat deze cliënten ondersteuning bieden, enkel wanneer zij, zowel beschikken over de benodigde inhoudelijke deskundigheid (dan wel deze met anderen kunnen organiseren), als wanneer zij een aanbod kunnen bieden dat afgestemd is op de individuele behoeften en wensen van de cliënt zoals hierboven beschreven.

Essentie: zorgaanbieders nemen de vraag en wens van de cliënt als uitgangspunt voor plaatsing en zetten deze af tegen de gevraagde deskundigheid en het professionele inzicht van de zorgaanbieder, wat tot resultaat heeft dat cliënten (in één keer) op de meest passende plek terechtkomen.

3.2.2 De cliënt wordt gezien door de professional

Doel: cliënten ervaren dat de zorgprofessional oog voor hem/haar heeft evenals voor zijn/haar eigenheid en voorkeuren.

Individuele behoeften en wensen van de cliënt zijn niet alleen van belang bij het vormgeven van een passend zorgaanbod, maar natuurlijk ook tijdens het verlenen van zorg en ondersteuning. Zorgkantoren zijn van mening dat kwaliteit van bestaan grotendeels bepaald wordt door de mate waarin de cliënt zich gehoord en begrepen voelt door de professional. Zeker omdat cliënten binnen de Gehandicaptenzorg vaak in groepsverband samenleven, is het van belang om hen niet als groep te benaderen, maar om het individu te blijven zien. De zorgaanbieder moet de zorgverlening en bejegening zo veel mogelijk afstemmen op de zorgbehoeften, waarden en normen, culturele en levensbeschouwelijke opvattingen van de cliënt. Pas wanneer de cliënt daadwerkelijk gezien wordt, kan de professional prioriteiten stellen, doelen formuleren en bepalen welke interventies effectief zijn voor de betreffende cliënt. 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 de inhoud van het zorgplan in de dagelijkse praktijk toepast en de wijze waarop hij de cliënt bejegt.

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. De zorgkantoren verwachten dat een correcte bejegening van de zorgverlener richting de cliënt ertoe leidt dat het welbevinden van de cliënt wordt vergroot.

Essentie: zorgaanbieders reflecteren actief op de relatie cliënt - professional ten behoeve van een persoonsgerichte bejegening en hebben inzicht in de mate waarin het ondersteuningsplan afgestemd is op de individuele mogelijkheden en ontwikkeldoelen van de cliënt.

3.2.3 Versterken eigen regie cliënt/cliëntvertegenwoordiger

Doel: de cliënt ervaart eigen regie. De mantelzorgers en/of vrijwilligers zijn geactiveerd en geïnformeerd, waardoor ook zij de eigen regie van de cliënt kan ondersteunen.

Belangrijke pijler van de hervorming van de langdurige zorg is dat burgers zo veel (en lang) mogelijk eigen regie kunnen blijven voeren over hun leven. Dit uitgangspunt geldt ook voor cliënten binnen de Gehandicaptenzorg. Het ervaren van eigen regie draagt voor cliënten bij aan het gevoel van eigenwaarde en ervaren kwaliteit van bestaan. Zorgaanbieders zouden een visie moeten 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 versterken met verwanten, belangenbehartigers en vrijwilligers de eigen regie van de cliënt.

3.2.4 Ervaren kwaliteit van bestaan

Doel: de door de cliënt ervaren kwaliteit van bestaan wordt gemeten en de uitkomsten leiden tot verbetering van de ondersteuning aan de individuele cliënt en inhoudelijke kwaliteitsverbetering van de zorg en ondersteuning door de instelling.

Zorgaanbieders hebben de afgelopen jaren geïnvesteerd in het meten en verbeteren van kwaliteit van bestaan van cliënten. De instrumenten uit pijler 2b van het kwaliteitskader Gehandicaptenzorg bieden zorgaanbieders instrumenten, om deze ervaren kwaliteit binnen de sector te meten. Aan de hand van deze metingen hebben zorgkantoren met zorgaanbieders gesproken over uitkomsten en de wijze waarop op basis van de geaggregeerde gegevens gewerkt kan worden aan kwaliteitsverbetering. Aangezien de individuele cliënt centraal staat binnen de zorginkoop 2016, past het niet meer om met zorgaanbieders uitsluitend het gesprek aan te gaan over de wijze waarop de ervaren kwaliteit van bestaan op instellingsniveau tot verbetering leidt. Zorgkantoren willen dat ook de uitkomsten voor individuele cliënten bijdragen tot verbeteringen. De kwaliteitscyclus moet zich richten op zowel individueel niveau als instellingsniveau. Daarbij spelen cliëntenraden een belangrijke rol. Zorgaanbieders moeten deze betrekken bij zowel de metingen als bij het opstellen van verbeterplannen die hieruit voortvloeien.

Daar waar zorgaanbieders op individueel niveau investeren in de verbetering, zullen de uitkomsten op instellingsniveau positievere resultaten laten zien. Op die manier wordt meer recht gedaan aan het participeren van cliënten in kwaliteitsmetingen.

Essentie: zorgaanbieders gebruiken de uitkomsten van individuele metingen op kwaliteit van bestaan als leidraad, om verbeteringen door te voeren voor individuele cliënten. Inzichten op geaggregeerd niveau leiden in samenspraak met de cliëntenraad tot afspraken voor verbetering.

3.3 Niveau 3 - Samenhang in zorg

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

In bovenstaande doelstelling wordt met een beter aanbod zowel bedoeld op de samenwerking ten behoeve van de benodigde expertise, als op de samenwerking over de domeinen.

3.3.1 Samenwerking ten behoeve van expertise

Doel: cliënten ervaren professionele zorg omdat de zorgaanbieder in samenwerking met anderen werkt aan expertiseontwikkeling en een beter (specialistisch) aanbod voor bijzondere doelgroepen.

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 behandel-aanbod, 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 aangeven hoe ze die zorg organiseren. Anders gezegd: waar haalt en brengt de zorgaanbieder zijn expertise? 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. Cliënten van passende zorg voorzien door het hebben van een visie op doelgroepen, het voeren van een doelgroepenbeleid en het aangaan van samenwerking met partners (in de regio) versterkt de professionaliteit van de zorgaanbieder en verbetert het zorgaanbod.

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 bij de eigen instelling, als die van de ander.

3.3.2 Samenwerking ten behoeve van keuzemogelijkheden

Doel: de cliënt ervaart meer keuzemogelijkheden omdat de zorgaanbieder hiertoe de samenwerking opzoekt met anderen.

Zorgkantoren signaleren dat zorgaanbieders als gevolg van druk op de financiering keuzes maken in hun zorgaanbod. Dat is begrijpelijk, maar dit heeft vaak ook consequenties voor de keuzemogelijkheden voor cliënten. Voor wat betreft het zorgaanbod heeft dit bijvoorbeeld de afgelopen jaren als gevolg gehad dat het aanbod tot logeren sterk is afgenomen en dat zorgaanbieders de dagbesteding steeds meer naar binnen halen. Zorgkantoren zien ook dat waar zorgaanbieders elkaar (regionaal) opzoeken, er meer mogelijkheden ontstaan voor de cliënt.

Zorgkantoren zien graag dat zorgaanbieders ook voor de Wlz-doelgroep de verbinding blijven zoeken met organisaties buiten het zorgveld. Participatie van cliënten in de samenleving draagt bij aan het gevoel van eigenwaarde en past bij het gedachtegoed van de hervormingen. Zorgaanbieders die erin slagen deze samenwerking vorm te geven, kunnen eveneens een breder ondersteuningsaanbod voor cliënten neerzetten, wat de keuzemogelijkheden van cliënten ten goede komt. De mogelijkheid voor cliënten om deel te nemen aan reguliere voorzieningen en diensten, het ontmoeten van mensen in de directe woonomgeving en het creëren van extra kansen op doorstroom naar begeleid wonen en begeleid werken, kan de kwaliteit van bestaan van cliënten vergroten. Ook hierbij blijven de individuele wensen en mogelijkheden van de cliënt vanzelfsprekend het uitgangspunt.

Essentie: zorgaanbieders zoeken de samenwerking met partijen binnen en buiten het zorgveld ten behoeve van keuzemogelijkheden voor cliënten.

3.3.3 Samenwerking over de domeinen

Doel: cliënten ervaren geen schotten tussen de domeinen

Ten aanzien van de samenwerking over de domeinen (Wlz, Wmo, Jeugdwet & Zvw) geldt dat de hervorming van de langdurige zorg met ingang van het jaar 2015 is doorgevoerd en we zijn als samenleving nog aan het ervaren zijn wat de effecten hiervan zijn. Zorgkantoren willen dat cliënten geen nadeel ervaren van deze stelselwijziging, nu en in de toekomst. De stelselwijziging die 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 appel gedaan op de cliënt zelf en zijn netwerk om (mee) invulling te geven aan de zorgvraag. Allemaal bewegingen die effect hebben op de samenhang in de zorglevering. Een goed samenspel tussen de verschillende domeinen draagt hieraan bij. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij 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 uitmaken van hun zelfanalyse op dit thema.

Essentie: zorgaanbieders zetten zich in, om cliënten zo min mogelijk last te laten ervaren van de schotten tussen de verschillende domeinen. Zorgkantoren zijn bereid om samen met zorgaanbieders naar oplossingen zoeken.