
Contracteerbeleid langdurige zorg 2020

Zorgkantoor DSW

Juni 2019

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Visie	3
3.	Ontwikkelingen	4
3.1	<i>Kwaliteit VV en GZ</i>	4
3.1.1	<i>Kwaliteitskaders VV en GZ</i>	4
3.2	<i>Arbeidsmarkt</i>	4
3.3	<i>Pgb-initiatieven</i>	5
3.4	<i>Regionaal project ouderenzorg</i>	5
3.5	<i>Passende zorg organiseren in de GZ</i>	5
3.6	<i>Herijking tarieven VV</i>	6
3.7	<i>Innovatie</i>	6
4	Marktanalyse	6
4.1	<i>Algemene ontwikkelingen</i>	6
4.2	<i>Sectorspecifieke ontwikkelingen in de VV</i>	7
4.3	<i>Sectorspecifieke ontwikkelingen in de GZ</i>	7
4.4	<i>Sectorspecifieke ontwikkelingen in de GGZ</i>	8
5	Afspraak	8
5.1	<i>Tarief</i>	8
5.2	<i>Volume</i>	9
5.3	<i>Monitor</i>	10
5.4	<i>Kwaliteitsbudget VV 2020</i>	10
6	Proces Zorgcontracting	12
6.1	<i>Schematisch verloop en planning</i>	12
6.2	<i>Indiening offerte</i>	13
6.3	<i>Beoordeling offerte</i>	13
6.4	<i>Uitkomsten beoordeling offerte</i>	14
6.5	<i>Voorbehouden</i>	14
6.6	<i>Geschillen</i>	15
BIJLAGE I	Extra middelen voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg	16
4.1	<i>Welke extra middelen zijn er voor de verpleeghuiszorg?</i>	16
4.2	<i>Hoe zit het met het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg?</i>	17
4.3	<i>Hoe zit het met het ontwikkelbudget vanuit de transitie-middelen?</i>	24
BIJLAGE II	Realiseren ambities programma volwaardig leven	27
5.1	<i>Passend aanbod voor mensen met complexe zorgvraag</i>	27
5.2	<i>Zorgkantoren maken in 2020 extra maatwerkplaatsen mogelijk</i>	28
5.3	<i>Zorgkantoren werken toe naar een landelijke dekking van crisisinterventieteams</i>	32
5.4	<i>Expertise</i>	35
BIJLAGE III	In te dienen documenten	36
BIJLAGE IV	Toelichting Oudememingsplan	39

1. Inleiding

Voor u ligt het Contracteerbeleid Langdurige zorg 2020 voor de regio Westland, Schieland, Delfland (WSD), dat is afgestemd met regionale partijen die betrokken zijn bij de Wet langdurige zorg (Wlz). Bij het opstellen van dit beleid is gebruik gemaakt van het in landelijk verband opgestelde Inkoopkader Wet Langdurige zorg 2018-2020 en de Aanvulling 2020 landelijk inkoopkader 2018-2020. Indien er verschillen bestaan tussen dit regionale contracteerbeleid en het landelijke inkoopkader, dan prevaleert het regionale beleid.

2. Visie

De zorg die vanuit de Wlz geboden wordt, is bedoeld voor kwetsbare ouderen, cliënten met een beperking of geestelijke stoornis. Zorgkantoor DSW is verantwoordelijk om de Wlz in de regio WSD voor deze cliënten uit te voeren. Dat kan het zorgkantoor niet alleen. Het is daarom belangrijk dat alle betrokken partijen binnen en buiten de domeinen samenwerken, gebaseerd op vertrouwen in elkaar. **Gezamenlijk** in de regio klaar staan voor deze kwetsbare groep mensen: dat is de essentie van ons contracteerbeleid.

De kwaliteit van zorg wordt bepaald door de professionals. Het voldoen aan de **basiskwaliteit** is primair de verantwoordelijkheid en expertise van de zorgaanbieders.

Het zorgkantoor vindt keuzevrijheid van belang. Cliënten kunnen zelf kiezen voor een zorgaanbieder, waarbij de zorg zo passend en zo dichtbij de cliënt als mogelijk wordt georganiseerd. Om te voldoen aan de vraag van de cliënt is het de zorgaanbieder die ervoor moet zorgen dat de zorg **cliëntgericht** is, waarbij er rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften. Het zorgkantoor zorgt ervoor dat in de financiering van de zorg de keuze van de cliënt wordt gevolgd. Wij passen het geld-volgt-klant principe toe en kunnen cliënten, desgevraagd, ondersteunen in het maken van een keuze voor een zorgaanbieder.

Het is de taak van de zorgaanbieders om te zorgen dat hun **personeel** dusdanig toegerust is dat zij in de wensen en behoeften van de cliënt kunnen voorzien. Het zorgkantoor is ervan overtuigd dat de inzet van voldoende en tevreden personeel en vrijwilligers bijdraagt aan zowel zorg van goede kwaliteit als aan het verhogen van de kwaliteit van leven.

Gezien de snel veranderende wereld, waarin de zorg steeds complexer wordt, vindt het zorgkantoor het van essentieel belang dat de samenwerking wordt gezocht met ketenpartners en dat zorgaanbieders **ondernemerschap** tonen. Dat uit zich onder andere in het tijdig inspelen op innovaties, maar ook in het over grenzen van domeinen heen durven bewegen en (financiële) risico's nemen als dat de cliënt ten goede komt. Hiervoor is eigenzinnigheid en daadkracht nodig.

3. Ontwikkelingen

De zorgsector is en blijft continu in ontwikkeling. In dit deel beschrijft het zorgkantoor de belangrijkste algemene ontwikkelingen in de Wlz.

3.1 Kwaliteit VV en GZ

De doorontwikkeling van de kwaliteit van de langdurige zorg is een belangrijke opgave waar alle partijen in de zorg, zoals zorgaanbieders, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de zorgkantoren en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zich gezamenlijk hard voor maken.

3.1.1 Kwaliteitskaders VV en GZ

De afgelopen periode zijn verschillende landelijke programma's opgestart, zoals 'Volwaardig leven' en 'Thuis in het verpleeghuis' en zijn de kwaliteitskaders verpleging en verzorging (VV) en gehandicaptenzorg (GZ) geïntroduceerd. Het zorgkantoor verwacht van zorgaanbieders dat zij zich inzetten om de implementatie van de programma's en kwaliteitskaders zo snel mogelijk te voltooien, omdat dit bijdraagt aan de verbetering van de kwaliteit van zorg voor cliënten. Door middel van de monitor maakt het zorgkantoor inzichtelijk in hoeverre zorgaanbieders voldoen aan de verschillende kaders en programma's. De monitor fungeert als gespreksleidraad voor het overleg tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder over de kwaliteit van de zorg.

Om aanbieders zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen in het verbeteren van de kwaliteit en het implementeren van de programma's en kwaliteitskaders, is het voor het zorgkantoor noodzakelijk om goed op de hoogte te zijn van wat er speelt. Op verschillende manieren wordt geprobeerd zicht op de kwaliteit van de zorg en de ontwikkelingen die zorgaanbieders doormaken te krijgen. Naast de periodieke (bestuurlijke) overleggen, legt het zorgkantoor daarom locatiebezoeken af. Tijdens de periodieke overleggen zal het locatiebezoek geëvalueerd worden en zal tevens de invoering van het kwaliteitskader en het cliëntervaringsinstrument besproken worden. Deze aspecten verwacht het zorgkantoor ook terug te zien in het kwaliteitsplan (VV) of kwaliteitsrapport (GZ), dat jaarlijks door de zorgaanbieder opgesteld en gepubliceerd wordt.

Specifiek voor alle intramurale VV zorgaanbieders is het zorgkantoor in 2019 gestart met kwaliteitsoverleggen, naast de reguliere (bestuurlijke) overleggen. Het doel van dit overleg is onder andere om de inhoud van het kwaliteitsplan te bespreken en afspraken te maken over de stappen die een zorgaanbieder de komende periode gaat zetten op het gebied van kwaliteit. Ook de vaststelling en de inzet van het kwaliteitsbudget wordt besproken.

Voor 2020 is er ten opzichte van 2019 €600 miljoen extra beschikbaar gesteld door het ministerie van VWS. In totaal is er in 2020 landelijk € 1,2 miljard aan extra middelen beschikbaar met als doel de kwaliteit van VV (verder) te verbeteren, voornamelijk door het aannemen van extra zorgpersoneel.

3.2 Arbeidsmarkt

De arbeidsmarktproblematiek is één van de grootste uitdagingen waar de zorgsector op dit moment mee te maken heeft. Samen met de zorgaanbieders spant het zorgkantoor zich in om het werken in de Wlz aantrekkelijker te maken. De belangrijkste boodschap is

dat werken in de zorg iets is om trots op te zijn: van grote maatschappelijke waarde, liefdevol werk en waardering vanuit de cliënt en diens verwanten.

De krachten bundelen en creatieve oplossingen bedenken is nodig om de problemen aan te kunnen pakken en resultaten te boeken. Het zorgkantoor denkt hierbij aan het onderling organiseren van de zorg om de zorgmomenten te verdelen.

Om bij te dragen aan een toekomstbestendige personeelsvoorziening is er voor de regio een Regionaal Actieplan Aanpak Tekorten (RAAT) opgesteld. Aanvullend hierop vinden gesprekken plaats met de VV-zorgaanbieders om gezamenlijk tot afspraken te komen op het gebied van personeel.

3.3 Pgb-initiatieven

Het zorgkantoor ziet de vraag naar kleinschalige initiatieven, die op basis van pgb gefinancierd worden, toenemen. Voor een deel voorzien dergelijke initiatieven in een vraag. Maar het zorgkantoor ontvangt ook signalen van cliënten dat pgb-gefinancierde initiatieven meer ruimte voor eigen regie bieden dan zorg in natura (ZIN). Het zorgkantoor is van mening dat cliënten moeten kunnen kiezen voor een zorgaanbieder zonder dat zij gedwongen worden voor pgb te kiezen. Daarom nodigt het zorgkantoor nadrukkelijk pgb-initiatieven uit in gesprek te gaan over het overstappen naar het leveren van ZIN. Daarnaast gaat het zorgkantoor in gesprek met aanbieders van ZIN over de verschillen die cliënten in regievoering ervaren tussen pgb-gefinancierde zorg en ZIN.

3.4 Regionaal project ouderenzorg

In 2018 is (samen met de regiogemeenten) de stuurgroep 'Regionaal project ouderenzorg DWO en NWN' opgezet. Alle relevante partijen in de regio nemen hier op bestuurlijk en uitvoerend niveau aan deel: VV-aanbieders, ziekenhuizen, gemeenten, huisartsen, de Zorgorganisatie Eerste Lijn (ZEL) en DSW, zowel als zorgverzekeraar als zorgkantoor. In zeven projecten wordt gewerkt aan het verstevigen van de samenwerking tussen wijkteams, wijkverpleging en huisarts, het voorkomen van crisisopnamen en de doorstroom in de keten na opname in het ziekenhuis. Deze punten zijn benoemd als knelpunt in de regio. Concreet gaat het daarbij om:

- procesbeschrijvingen rondom vroegsignalering en opvolging;
- tijdige en passende ondersteuning in de thuissituatie;
- tijdig (proactief) juiste zorg en ondersteuning bieden aan kwetsbare ouderen kan leed voor ouderen en mantelzorg beperken en crisissituaties met als gevolg een vol liggende Spoedeisende Hulp voorkomen;
- voorkomen van onnodige opnames onder andere wegens wachtlijstproblematiek.

3.5 Passende zorg organiseren in de GZ

Het zorgkantoor merkt dat het organiseren van zorg rondom cliënten in de GZ - als gevolg van diverse factoren - complexer wordt. Om te faciliteren dat de zorg in de regio zo goed mogelijk vorm krijgt, werkt het zorgkantoor regionaal aan oplossingen ten behoeve van de moeilijk plaatsbare cliënten en de wachtlijstproblematiek. Hiertoe organiseert het zorgkantoor periodiek een regionale overlegtafel verstandelijk gehandicapten (VG).

Vanuit het eerder genoemde programma Volwaardig Leven en de Werkagenda Passende Zorg wordt voor cliënten met een complexe zorgvraag een passend aanbod beoogd. Landelijk zijn hier een drietal speerpunten geformuleerd;

- plekken organiseren waar maatwerk mogelijk is;
- crisisinterventieteams in de zorgkantoorregio's;
- expertise beschikbaar stellen.

Het zorgkantoor gaat hier met de zorgaanbieders over in gesprek. Zie in bijlage II aanvullende informatie over bovenstaande onderwerpen evenals de gestelde voorwaarden.

3.6 *Herijking tarieven VV*

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2017 aan KPMG verzocht een onderzoek uit te voeren naar de kosten voor zorg onder de Wlz. Op basis van dit onderzoek zijn in 2019 de tarieven voor de gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) herijkt. De tarieven voor de VV zijn slechts gedeeltelijk herijkt. Voor 2020 worden ook de tarieven van de intramurale VV herijkt.

Voor zorgaanbieders die door de samenstelling van ZZP-indicaties in totaal een lagere omzet hebben dan voor de tariefherijking zal een compensatiebudget beschikbaar worden gesteld. Deze compensatiecomponent wordt als een vaste, niet-onderhandelbare component opgenomen in het aangepaste begrotings- en verantwoordingsmodel voor het kwaliteitsbudget 2020 en gelijktijdig met het initiële budget per zorgaanbieder bekend gemaakt.

Daarnaast worden in 2020 de Waardigheid en Trots (W&T) middelen toegevoegd aan de ZZP-tarieven. In 2019 worden de middelen voor W&T nog via aparte prestaties verstrekt.

De definitieve contracteerruimte en de NZa beleidsregels voor 2020 zijn op het moment van publicatie van dit document nog niet bekend.

3.7 *Innovatie*

Het zorgkantoor verstaat onder een innovatie een vernieuwende methode van zorg leveren welke niet is vastgesteld op grond van de beleidsregels. De innovatie heeft als doel de kwaliteit van zorg voor de cliënt te verbeteren en/of om de zorg efficiënter te organiseren waardoor er meer zorg voor hetzelfde geld geleverd kan worden.

Het zorgkantoor vindt innovatie in de zorg belangrijk. Innovatie kan bijdragen aan betere kwaliteit van zorg voor cliënten en/of efficiëntere zorg aan meer cliënten. Het zorgkantoor is van mening is dat het initiatief voor innovatie uit het veld moet komen, maar wil een actievere rol gaan pakken in de ontwikkeling en verspreiding van innovaties. Het komende jaar worden innovatiebijeenkomsten georganiseerd, met als doel de kennis en expertise over innovaties in de regio te delen.

4 Marktanalyse

De marktanalyse ten behoeve van de zorgcontractering Wlz 2020 is te downloaden op www.zorgkantoor.dsw.nl. Hierin worden de trends in de ontwikkelingen van de zorgvraag versus het aanbod weergegeven.

4.1 *Algemene ontwikkelingen*

De marktanalyse laat een groei en een vergrijzing van de bevolking zien. Gezien deze ontwikkeling ziet zorgkantoor DSW, met name in de VV, al enige tijd een groeiend risico

in het ingezette overheidsbeleid om intramurale capaciteit af te bouwen. Het zorgkantoor is dan ook van mening dat de opdracht van de overheid om capaciteit af te bouwen te ver is doorgevoerd.

Tevens is het aantal Wlz-indicaties met 3,39 procent gestegen ten opzichte van vorig jaar. Om op de langere termijn aan de zorgbehoefte te kunnen voldoen, zullen er meer geclusterde woonvoorzieningen beschikbaar moeten komen. Hierin is ook een belangrijke rol weggelegd voor gemeenten om te zorgen voor passende woningen waarin cliënten ook daadwerkelijk verantwoord thuis kunnen blijven wonen.

Het zorgkantoor streeft ernaar om de beschikbare Wlz middelen zo optimaal mogelijk in te zetten. Het zorgkantoor heeft daartoe de marktanalyse uitgebreid met de kleinschalige wooninitiatieven die op basis van pgb gefinancierd worden. Daarnaast voert het zorgkantoor overleg met de gemeenten om bij diverse stakeholders bewustwording te creëren en een vorm van samenwerking te vinden.

4.2 Sectorspecifieke ontwikkelingen in de VV

Hieronder wordt op de belangrijkste conclusies uit de marktanalyse voor de VV ingegaan.

Het totaal aantal cliënten met een indicatie voor een hoog ZZP (zowel intramuraal als extramuraal) is na een aantal jaren constant te zijn geweest, in 2019 gestegen. De gemiddelde leeftijd van alle cliënten met een indicatie en de gemiddelde leeftijd bij overlijden blijft constant. Daarnaast stijgt ten opzichte van voorgaande jaren het aantal cliënten dat een tweede grondslag geïndiceerd heeft gekregen.

Een intramurale opname vindt op een steeds latere leeftijd plaats. De verblijfsduur van de cliënten blijft redelijk constant, het overgrote deel verblijft langer dan 12 maanden. Onder de opgenomen cliënten bevinden zich op peildatum 01-01-2019 aanzienlijk meer cliënten met een VV5 dan voorgaande jaren.

Het aantal cliënten dat in regio WSD wacht op een opname is aanzienlijk gestegen ten opzichte van 2018. Vooral cliënten met een VV4 of VV5 wachten op een opname. Gezien de constatering dat voornamelijk cliënten met een VV5 in een crisissituatie terecht komen, heeft het creëren van capaciteit voor deze groep prioriteit. Het zorgkantoor staat open voor initiatieven van zorgaanbieders die in deze zorgvraag kunnen voorzien. De gemeenten Schiedam en/of Westland zijn daarbij het meest voor de hand liggend, aangezien hier de meeste cliënten op een wachtlijst staan. In deze gemeenten worden reeds gesprekken gevoerd over capaciteitsuitbreiding. Daarbij heeft ook de gemeente Midden-Delfland onze aandacht, aangezien het aantal wachtenden ten opzichte van de capaciteit hoog is.

4.3 Sectorspecifieke ontwikkelingen in de GZ

Hieronder wordt op de twee belangrijkste conclusies uit de marktanalyse voor de GZ ingegaan.

Het totaal aantal indicaties (zowel intramuraal als extramuraal) is al een aantal jaren constant, evenals de gemiddelde leeftijd van alle cliënten met een indicatie. De gemiddelde leeftijd waarop cliënten overlijden zet de stijging van de afgelopen jaren door. Daarnaast stijgt het aantal cliënten met somatiek als tweede grondslag sterk. Om die reden wordt er op dit vlak steeds meer kennis van de zorgaanbieders in de GZ

gevraagd. Een samenwerking tussen GZ- en VV-zorgaanbieders is belangrijk om ook de steeds ouder wordende cliënt goede zorg te kunnen bieden.

De gemiddelde leeftijd waarop cliënten intramuraal worden opgenomen maakt de afgelopen jaren een stijging door. De grootste groep is de groep cliënten met een VG7. Ten opzichte van 2018 is deze groep gestegen. Tevens is het aantal cliënten met meerzorg en de kosten van het zorgkantoor hieraan gestegen.

Het aantal cliënten dat in de regio WSD wacht op een opname is gedaald ten opzichte van 2018. Dit is vermoedelijk het effect van het contracteren van fysieke locaties vanaf 2019. Op dit moment wachten vooral cliënten met een 3VG, 4VG en 6VG op een opname.

Het valt op dat het aantal cliënten met een pgb in de GZ hoog is, waarvan het grootste deel zich niet in een wooninitiatief bevindt. Wij zullen met zorgaanbieders in gesprek gaan waarom cliënten de voorkeur hebben voor pgb.

4.4 Sectorspecifieke ontwikkelingen in de GGZ

De marktanalyse bevat geen GGZ-specifieke ontwikkelingen omdat de doelgroep te beperkt is om te analyseren.

5 Afspraak

Voor de bepaling van het volume en het tarief maakt het zorgkantoor onderscheid tussen bestaande zorgaanbieders en nieuwe zorgaanbieders. Bestaande zorgaanbieders zijn gedefinieerd als zorgaanbieders die in 2019 al een overeenkomst en een productieafspraken hebben met zorgkantoor DSW. Nieuwe zorgaanbieders zijn gedefinieerd als aanbieders die in 2019 geen overeenkomst, of een overeenkomst zonder productieafspraken hebben met zorgkantoor DSW.

Aan de gemaakte afspraken kunnen geen rechten worden ontleend. Indien zorgaanbieders minder realiseren dan de afspraak, wordt uitsluitend de daadwerkelijk geleverde zorg gefinancierd, waarop indien nodig correcties conform overeenkomst worden toegepast.

5.1 Tarief

Voor de bepaling van het tarief hanteert het zorgkantoor de volgende werkwijze.

Bestaande zorgaanbieders

Het zorgkantoor is met bestaande zorgaanbieders in 2019 een tariefpercentage overeengekomen. Voor betreffende zorgaanbieders zal dit tariefpercentage voor 2020 gecontinueerd worden.

Met betrekking tot onderstaande prestaties hanteert het zorgkantoor het volgende beleid:

- Voor de extramurale functies begeleiding individueel (BG IND) en begeleiding groep (BG GRP) geldt een vast tarief van 90% van het NZa-tarief. De beweegreden hiervoor is het feit dat sinds 2015 de gemeenten tevens verantwoordelijk zijn voor de extramurale functies BG IND en BG GRP van niet

Wlz-cliënten. Zij maken hiervoor separaat afspraken met de zorgaanbieders. Met het percentage van 90%, ligt het tarief van het zorgkantoor in lijn met die van gemeenten. Ten aanzien van de zorg aan cliënten met een ZP inclusief dagbesteding zullen we bezien of we een soortgelijke korting toepassen.

- De tarieven voor extramurale prestaties worden als volgt berekend:
 - *Tarief per minuut:*
(het overeengekomen tariefpercentage * het NZa-tarief) / 60.
Het minuuttarief wordt naar beneden afgerond op 2 decimalen.
 - *Tarief per uur:*
Tarief per minuut * 60.
- Voor de NHC/NIC wordt 100% van het NZa-tarief afgesproken.

Nieuwe zorgaanbieders

Met nieuwe zorgaanbieders wordt een tariefpercentage van 91% van het NZa-tarief afgesproken. Voor de overige aspecten geldt hetgeen opgenomen onder 'bestaande aanbieders'.

5.2 Volume

In tegenstelling tot de meeste andere zorgkantoren maakt zorgkantoor DSW geen € 1 afspraak, maar een budgetafpraak gebaseerd op $p \cdot q$. Op die manier geeft het zorgkantoor zorgaanbieders op voorhand meer zekerheid voor de financiering van cliënten die reeds in zorg zijn.

Bestaande zorgaanbieders

Het volume komt tot stand door de aantallen, waarop de herschikking 2019 gebaseerd wordt, te vermenigvuldigen met de volumegarantie. Indien nodig worden de aantallen gemaximeerd tot de afgesproken aantallen in het addendum.

Voor 2020 hanteert het zorgkantoor op basis van bestendig beleid de volgende volumegaranties:

VV	90%
GZ	95%
GGZ	90%

Volumegarantie wordt in de afspraak verwerkt om invulling te geven aan het geld-volgt-klant principe. Het zorgkantoor vindt keuzevrijheid en cliëntgerichtheid belangrijke aspecten en verwerkt die op deze manier in de afspraak.

Uitbreiding van capaciteit is alleen bespreekbaar indien de marktanalyse daar aanleiding toe geeft en het zorgkantoor akkoord is. Dat betekent onder andere dat het zorgkantoor nadrukkelijk kijkt naar nieuwe aanbieders in die gemeenten waar het aantal intramurale aanbieders beperkt is, omdat het zorgkantoor veel waarde hecht aan keuzevrijheid voor cliënten.

Daarnaast kijkt het zorgkantoor bij uitbreiding eerst naar voorzieningen die gebaseerd zijn op het principe van scheiden van wonen en zorg. Dit heeft de voorkeur omdat het

enerzijds de mogelijkheid geeft om flexibel met deze 'capaciteit' om te gaan en anderzijds resulteert in een doelmatige inzet van de beschikbare middelen.

Scheiden van wonen en zorg kan worden afgesproken op basis van volledig pakket thuis (VPT) of modulair pakket thuis (MPT), waarbij VPT is voorbehouden aan een geclusterde setting.

Nieuwe zorgaanbieders

Het zorgkantoor komt met nieuwe zorgaanbieders een initiële afspraak overeen van maximaal € 25.000.

Indien met een kleinschalig wooninitiatief een overeenkomst wordt gesloten dat in jaar t-1 op basis van pgb gefinancierd werd, zal de afspraak overeenkomen met hetgeen gerealiseerd is in het pgb.

5.3 Monitor

Het zorgkantoor stelt een monitor op aan de hand waarvan een beeld wordt gevormd over een zorgaanbieder. Dit beeld wordt gevormd aan de hand van de elementen zoals benoemd in de visie, waarvan het zorgkantoor van mening is dat deze randvoorwaardelijk zijn voor goede zorgverlening. Daarnaast bevat de monitor de organisatorische onderdelen als administratie en organisatie.

Voor alle typen aanbieders geldt dat de monitor een leidraad is aan de hand waarvan het gesprek tussen zorgkantoor en de zorgaanbieder kan worden gevoerd. De monitor wordt door het zorgkantoor ingevuld en voorafgaand aan het overleg toegestuurd.

5.4 Kwaliteitsbudget VV 2020

Het kwaliteitsbudget is bedoeld om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verhogen naar het niveau zoals dit in het kwaliteitskader is beschreven. Het eindperspectief is dat elke zorgaanbieder in 2021 het kwaliteitskader heeft geïmplementeerd.

In de regio WSD zijn er verschillen tussen de zorgaanbieders in de mate waarin zij al aan het kwaliteitskader voldoen. Ons streven voor komende jaren is om deze verschillen te verkleinen en de zorgaanbieders dichter naar elkaar toe te laten groeien. Het is namelijk in het belang van de cliënten dat elke aanbieder in de regio zo snel mogelijk voldoet aan het kwaliteitskader en zorg van een hoog niveau levert.

Om in aanmerking te komen voor het kwaliteitsbudget ontvangen wij graag uiterlijk 31 december 2019 een begroting met het bedrag dat de zorgaanbieder komend jaar verwacht nodig te hebben voor de gefaseerde implementatie van het kwaliteitskader. Voor alle zorgaanbieders wordt een initieel budget gereserveerd vanuit het kwaliteitsbudget. Het initieel gereserveerde budget bedraagt circa 11% van de omzet van de productie van ZZP's en VPT's VV4 t/m VV10 (op basis van de nacalculatie 2018). Zorgaanbieders dienen een reële inschatting van het benodigde kwaliteitsbudget te maken en dit te onderbouwen in het kwaliteitsplan. In de kwaliteitsgesprekken (begin 2020) worden de begroting en het plan besproken, waarna het definitieve kwaliteitsbudget 2020 wordt toegekend. Hierbij wordt per zorgaanbieder kritisch gekeken naar de noodzaak van het kwaliteitsbudget.

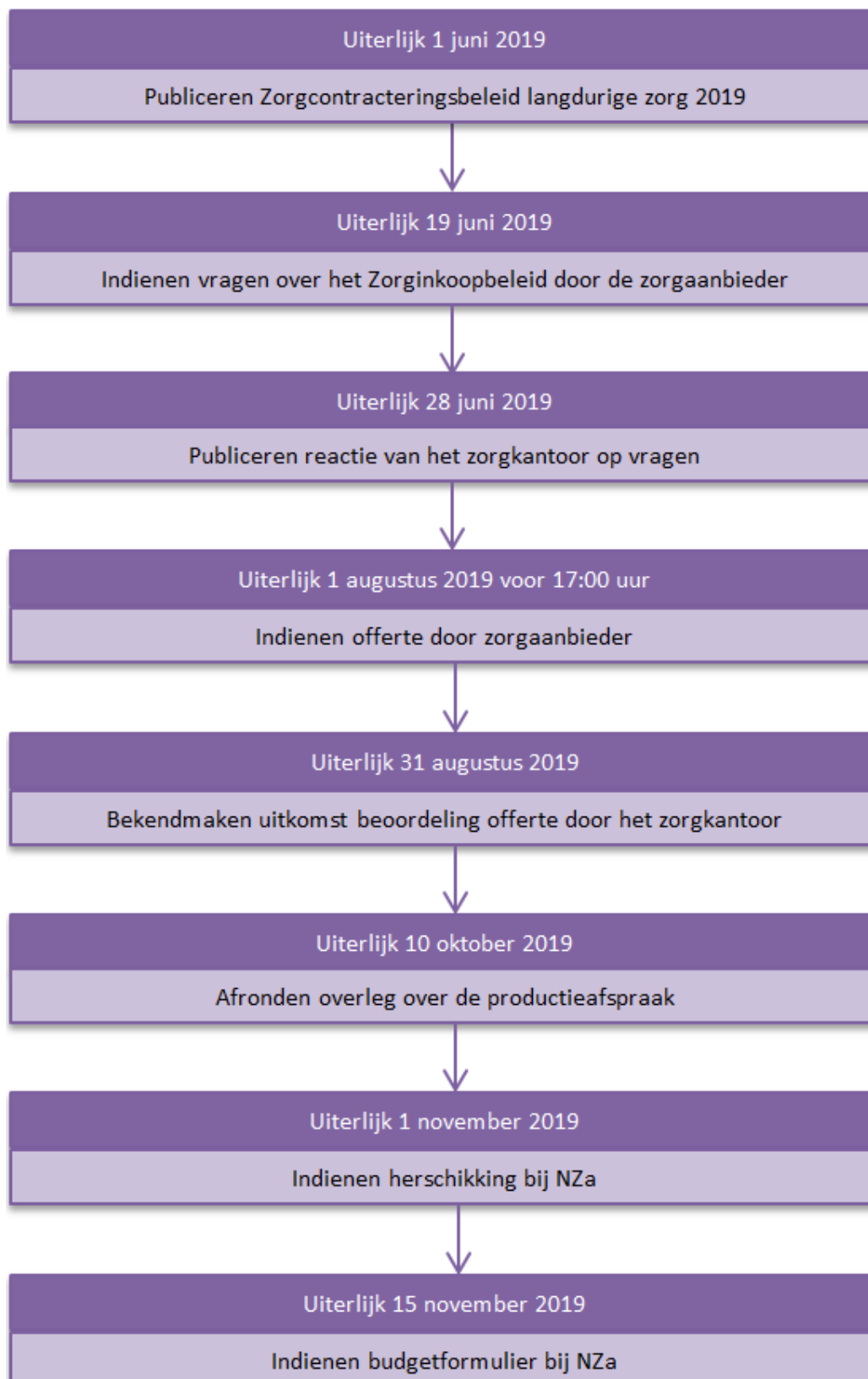
Indien de zorgaanbieder op basis van bovenstaande gemotiveerd op een ander bedrag uitkomt dan de 11% van de nacalculatie zoals in het addendum (bijlage I) is aangegeven en het zorgkantoor kent dit toe, dan geldt deze afspraak boven hetgeen in het addendum is vastgelegd.

Een nadere uitwerking over het kwaliteitsbudget valt te lezen in bijlage I van het contracteerbeleid.

6 Proces Zorgcontractering

6.1 Schematisch verloop en planning

Het zorgkantoor volgt bij het contracteerproces de landelijke planning. Schematisch verloopt het proces van de zorgcontracting 2020 als volgt:



6.2 *Indiening offerte*

De zorgaanbieder levert de gevraagde documenten aan om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. Hierbij maakt het zorgkantoor onderscheid tussen:

1. Bestaande zorgaanbieders met een overeenkomst 2019 van zorgkantoor DSW;
2. Zorgaanbieder nieuw in de regio (wel een overeenkomst in 2019 elders);
3. Geheel nieuwe zorgaanbieder (nog geen overeenkomst in 2019 elders).

In Bijlage III staat welke documenten de verschillende categorieën zorgaanbieders moeten indienen om een overeenkomst voor 2020 te verkrijgen.

De zorgaanbieder dient de offerteaanvragen uiterlijk 1 augustus 2019, voor 17.00 uur, per mail in op het e-mailadres contractering.wlz@dsw.nl. In het onderwerp van de mail dient de naam van de organisatie vermeld te zijn alsmede dat het de Offerte Wlz-zorg 2020 betreft. In overleg met het zorgkantoor is het mogelijk om de offerte per post in te dienen.

Een aanvrager dient altijd zelf te controleren of hij alle documenten, die op deze procedure betrekking hebben, ongeschonden en in definitieve versie heeft ontvangen. Het is niet mogelijk om de offerteaanvraag na het tijdstip van de indiening te wijzigen, aan te vullen en/of te verduidelijken, tenzij zorgkantoor DSW daartoe een verzoek doet. Aan een zodanig verzoek kan door de aanvrager geen aanspraak op een overeenkomst worden ontleend. Het zorgkantoor is in geen geval gehouden een dergelijk verzoek te doen.

Degene die een offerteaanvraag indient, wordt geacht kennis te hebben genomen van en onvoorwaardelijk te hebben ingestemd met de toepasselijkheid en inhoud van het Contracteerbeleid Langdurige zorg 2020 en alle daarbij behorende documenten, waaronder de overeenkomst zorgkantoor DSW – Zorgaanbieder Wlz. Alle aangeleverde documenten zijn in de Nederlandse taal opgesteld.

Het zorgkantoor heeft de offerteaanvraag met alle bijbehorende bijlagen met zorg samengesteld. Indien een aanvrager meent dat informatie of een bepaling in deze offerteaanvraag of andere documentatie rond deze offerteaanvraag – waaronder (maar niet uitsluitend) de geschiktheidseisen, uitsluitingsgronden en algemene voorwaarden – onjuist, onrechtmatig of op andere wijze onregelmatig is, dient de aanvrager binnen 28 dagen na 1 juni 2019 zorgkantoor DSW schriftelijk te attenderen op die vermeende onjuistheid, onrechtmatigheid of onregelmatigheid anderszins. Indien een aanvrager het zorgkantoor hierop niet tijdig op de voorgeschreven wijze heeft geattendeerd, is elke (latere) vordering gericht tegen de vermeende onjuistheid, onrechtmatigheid of onregelmatigheid anderszins niet ontvankelijk.

6.3 *Beoordeling offerte*

Zorgkantoor DSW controleert de offerteaanvragen op vormvereisten en volledigheid. Te laat ontvangen of onvolledige offerteaanvragen zijn ongeldig.

De aanvragen en de bijbehorende documenten worden beoordeeld op de geschiktheidseisen, uitsluitingsgronden en aanvullende voorwaarden. Wanneer zorgaanbieders niet voldoen aan de geschiktheidseisen of wanneer een van de uitsluitingsgronden op hen van toepassing is, worden zij uitgesloten van de contracteer procedure. Ook gedurende het jaar neemt het zorgkantoor nieuwe offertes van deze aanbieders niet in behandeling. Zij blijven uitgesloten voor de contracteer procedure

van 2020.

Het zorgkantoor kan verlangen dat de aanvrager zijn offerteaanvraag nader toelicht en/of voorziet van onderbouwende documenten. Hierbij is het zorgkantoor gerechtigd, maar niet gehouden om alle op basis van de aanvraag in te dienen gegevens en verklaringen op juistheid te controleren.

Een zorgaanbieder kan van deelname aan de contracteer procedure worden uitgesloten, indien het zorgkantoor zwaarwegende redenen heeft aan te nemen dat de zorgaanbieder zijn verplichtingen niet zal nakomen, zoals redelijkerwijs van hem gevraagd mag worden. Dit geldt ongeacht of de door het zorgkantoor gebruikte redenen al dan niet voldoende zijn om als een toerekenbare tekortkoming bij de uitvoering van de overeenkomst, zou deze tot stand zijn gekomen, te worden aangemerkt.

De aanvrager heeft geen recht op vergoeding van enigerlei kosten in het kader van deze offerteaanvraag. Zorgkantoor DSW zal de offertes met vertrouwelijkheid behandelen. De documenten zullen uitsluitend worden getoond aan medewerkers die direct bij de offerteprocedure zijn betrokken.

6.4 *Uitkomsten beoordeling offerte*

In onderstaande tabel staat welke uitkomsten er mogelijk zijn na het beoordelen van de offertes.

De zorgaanbieder voldoet:	Overeenkomst	Productieafspraken op:
<u>Niet aan de minimale eisen</u>	Nee	Nvt
Voldoet aan de minimale eisen, maar <u>niet aan alle eisen</u>	Onder voorbehoud voor 1 jaar Bij de nieuwe toetsing op 1 januari 2020 wordt bepaald of de overeenkomst wordt ontbonden of blijft bestaan	Indien de overeenkomst blijft bestaan: bij de herschikking op 1 november 2020
Voldoet aan alle eisen	Zorgaanbieder met een overeenkomst in 2019: meerjarenovereenkomst t/m 2023 Zorgaanbieder zonder een overeenkomst in 2019: 1 jaar	15 november 2019

6.5 *Voorbehouden*

Na publicatie van dit document is het mogelijk dat beleidswijzigingen worden aangekondigd, welke effect hebben op het contracteerbeleid. Zorgkantoor DSW neemt daarom de volgende voorbehouden op:

- Het zorgkantoor is altijd gerechtigd de contracteer procedure en het -beleid aan te passen en/of te stoppen dan wel de opdracht(en) niet te gunnen, indien bijvoorbeeld:
 - onvoldoende financiële middelen beschikbaar zijn c.q. komen;
 - door wijziging van regelgeving of overheidsbeleid de inhoud van de

- contracteer procedure dient te worden aangepast;
- een tegen zorgkantoor DSW uitgesproken vonnis hem daartoe noopt.
- Voor situaties die tijdens de publicatie van dit document niet bekend en/of voorzien waren, is het zorgkantoor gerechtigd de benodigde besluiten te nemen en/of maatregelen te treffen.
- Indien het zorgkantoor besluit de contracteer procedure te wijzigen en/of te stoppen is het op geen enkele wijze gehouden tot (schade)vergoeding jegens inschrijvers.

Eventuele aanpassingen of wijzigingen na publicatie van het contracteerbeleid worden via de website van het zorgkantoor (www.zorgkantoordsw.nl) bekend gemaakt.

Het zorgkantoor behoudt zich zonder meer en zonder tot enigerlei schadeplichtigheid te zijn gehouden, in ieder geval het recht voor:

- de tijdsplanning te wijzigen;
- nader onderzoek in te stellen en behoudt zich de mogelijkheid voor om de aanvragers uit te sluiten in geval van gegronde twijfel over reële mogelijkheden van de aanvrager om de offerteaanvraag gestand te doen;
- aanvragers die onjuiste en/of valse gegevens verstrekken uit te sluiten van de contracteer procedure;
- een offerteaanvraag ongeldig te verklaren waaraan één of meer voorwaarden of voorbehouden zijn verbonden.

6.6 *Geschillen*

Op de contracteer procedure is Nederlands recht van toepassing. De (voorzieningen-) rechter van de Rechtbank te Rotterdam is bij uitsluiting bevoegd om geschillen te beslechten.

Een aanvrager dient bezwaren tegen de gunningsbeslissing(en) binnen 15 dagen na verzending van de mededeling door betekening van een dagvaarding een kort geding aanhangig te hebben gemaakt tegen die gunningsbeslissing. Indien binnen 15 dagen na verzending van de gunningsbeslissing een kort geding aanhangig is gemaakt, zal zorgkantoor DSW niet overgaan tot gunning van de overeenkomst(en) waarop die gunningsbeslissing(en) ziet/zien, voordat in kort geding vonnis is gewezen, tenzij een zwaarwegend belang onverwijld gunning gebiedt.

Indien niet binnen 15 dagen na verzending van de gunningsbeslissing(en) een kort geding aanhangig is gemaakt, kunnen de gepasseerde aanvragers geen bezwaren meer maken naar aanleiding van de gunningsbeslissing(en) en hebben zij hun rechten terzake verwerkt. Zorgkantoor DSW is in dat geval dan ook vrij om gevolg te geven aan de geuite beslissing(en). De gepasseerde aanvragers hebben in genoemd geval evenzeer hun rechten verwerkt in een (bodem)procedure een vordering tot schadevergoeding in te stellen.

BIJLAGE I - Extra middelen voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg

4. Extra middelen voor kwaliteitskader verpleeghuiszorg

4.1 Welke extra middelen zijn er voor de verpleeghuiszorg?

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

Extra middelen voor de verpleeghuiszorg

- Een bedrag oplopend tot € 2,1 miljard t.b.v. de uitvoering van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg¹:
 - Voor 2017 is € 100 miljoen beschikbaar gekomen en verwerkt in de tarieven voor ZZP en VPT (4 t/m 10).
 - Voor 2018 is hier bovenop € 335 miljoen beschikbaar gekomen en verwerkt in de tarieven voor ZZP en VPT (4 t/m 10). Daarmee is € 435 miljoen verwerkt in de genoemde tarieven.
 - Voor 2019 is er € 600 miljoen beschikbaar in de vorm van een kwaliteitsbudget.
 - Voor 2020 wordt het kwaliteitsbudget met € 500 miljoen verhoogd tot € 1.100 miljoen. Hiervan wordt € 125 miljoen ingezet om zorgaanbieders te compenseren die in de inkomsten erop achteruit gaan als gevolg van de herijking van de tarieven. Dit betekent dat van het kwaliteitsbudget € 975 miljoen (€ 600 miljoen + € 375 miljoen) beschikbaar is voor extra personeel en andere investeringen in het kwaliteitskader.
 - Naar verwachting wordt het kwaliteitsbudget (totaal € 1.495 miljard) vanaf 2021 bekostigd via een kwaliteitstoeslag op het tarief. Het resterende deel van de € 2,1 miljard is gereserveerd voor aanzuigende werking (€ 0,3 miljard) en demografische ontwikkeling (€ 0,25 miljard).
- € 50 miljoen per jaar (2018 tot en met 2021) vanuit de transitiebudgetten voor regionale knelpunten op het gebied van innovatie, ICT of arbeidsmarkt², beschikbaar in de vorm van een ontwikkelbudget.
- W&T middelen voor zinvolle dagbesteding en deskundigheidsbevordering landen vanaf 2020 in de tarieven.

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

¹ De vigerende NZa beleidsregels zijn van toepassing.

² De vigerende NZa beleidsregels zijn van toepassing.

4.2 Hoe zit het met het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg?

Het kwaliteitsbudget is bedoeld voor de uitvoering van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. In het door VWS opgestelde 'Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis' is beschreven hoe de middelen³ moeten worden aangewend.

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

Differentiatie tussen zorgaanbieders op basis van goedgekeurde aanvragen van extra middelen voor de uitvoering van kwaliteitsplannen is mogelijk. Dit geldt zowel voor de extra middelen voor extra personeel als voor de overige middelen. Het kan zijn dat er zorgaanbieders zijn die minder snel de extra personeelsinzet kunnen realiseren en zorgaanbieders die juist sneller extra personeelsinzet kunnen realiseren. Binnen de kaders van de € 975 miljoen bieden zorgkantoren hiervoor de ruimte. Dit betekent dat van de verhouding

85% - 15% bij de planvorming per zorgaanbieder afgeweken kan worden in overleg met het zorgkantoor. De zorgkantoren hebben hierbij de verantwoordelijkheid om er voor te zorgen dat het landelijk beschikbare kwaliteitsbudget niet overschreden wordt en de inzet van de beschikbare middelen in lijn is met de afspraken in het Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis.

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

Voor alle zorgaanbieders wordt een initieel budget gereserveerd vanuit het kwaliteitsbudget⁴. Het gereserveerde initieel budget bedraagt circa 11% van de omzet van de productie van ZZP's en VPT's VV4 t/m VV10 (op basis van de nacalculatie 2018⁵). Het gereserveerde initiële budget wordt naar verwachting begin september bekendgemaakt nadat de contracteeruimte is vastgesteld en is vastgelegd in de nieuwe beleidsregels van de NZa. Een deel van het gereserveerde initiële budget kan bestaan uit de compensatiecomponent.

4.2.2 Zorgaanbieders stellen het kwaliteitsplan op inclusief een verbeterparagraaf per locatie

Zorgaanbieders maken jaarlijks een kwaliteitsplan⁶, waarin zij onder andere de verbeteringen beschrijven die zij per locatie willen realiseren. Dit kwaliteitsplan wordt uiterlijk 31 december voor het komende jaar opgesteld. Zorgaanbieders bepalen op basis van hun eigen kwaliteitsplan welke verbeteringen ze willen realiseren, waar ze het kwaliteitsbudget voor in willen zetten en ze een aanvraag voor indienen. In de

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

⁴ Er is landelijk voor 2020 € 1.100 miljoen beschikbaar, zodra de NZa de middelen naar de zorgkantoren heeft verdeeld wordt de zorgaanbieder geïnformeerd over de initiële verdeling. De zorgkantoren reserveren een gedeelte van de financiële middelen voor nieuw te contracteren zorgaanbieders, de middelen zullen in de herschikking worden ingezet.

⁵ Voor zorgaanbieders die in 2019 gestart zijn als Wlz zorgaanbieder en hierdoor geen afspraak in de nacalculatie 2018 hebben, geldt dat wordt uitgegaan van een percentage van de omzet van de productie van ZZP's en VPT's VV4 t/m VV10 in 2019 geëxtrapoleerd vanaf 1 juni 2019.

⁶ Onderwerpen in het kwaliteitsplan zijn beschreven in het "Programmaplan – Thuis in het Verpleeghuis" op pagina 15 in het kader.

verbeterparagraaf wordt op locatieniveau een toelichting gegeven. De zorgaanbieder beschrijft in deze toelichting:

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

4.2.3 Het kwaliteitsplan wordt onderbouwd met een meerjarenbegroting voor het kwaliteitsbudget

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

Hieronder is toegelicht welke extra kosten gefinancierd mogen worden uit het kwaliteitsbudget. De extra kosten die al via andere bekostigingsbronnen gefinancierd worden, komen niet in aanmerking voor financiering vanuit het kwaliteitsbudget. Denk hierbij aan de Sectorplan-plus-gelden of de transitiemiddelen. Dubbele bekostiging is niet toegestaan

4.2.4 Richtlijn is dat 85% van het kwaliteitsbudget is bestemd voor extra personeel

Het kwaliteitsbudget voor de verpleeghuiszorg is vooral bedoeld voor de inzet van extra zorgpersoneel.

Onder zorgpersoneel vallen: behandelaren, verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, geestelijk verzorgenden, gastvrouwen en anderen. Uiteraard zijn ook vrijwilligerscoördinatoren, activiteitencoördinatoren van belang^{7,8}. Vanuit het kwaliteitsbudget kunnen de daadwerkelijke loonkosten of kosten van inhuur gefinancierd worden.

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

1. Directe loonkosten: salaris, vakantietoeslag.

⁷ Bij deze definitie is aangesloten bij het Programmaplan Thuis in het verpleeghuis, p7 voetnoot 1.

⁸ Functies die vallen onder de definitie van zorgpersoneel: behandelaren, verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, geestelijk verzorgenden, gastvrouwen, vrijwilligerscoördinatoren, activiteitencoördinatoren, welzijnsmedewerkers, medewerkers activiteitenbegeleiding, beweegagogen, sociaal agogen, leerlingen, medewerkers leefplezier, woonbegeleiders, medewerkers zorg & welzijn, zij-instromers met BBL-opleiding, stagiaires, huiskamermedewerkers, SPW-ers, familiecoach, voedingsassistenten die direct werken met klanten, huishoudelijke medewerkers of facilitaire medewerkers die direct werken met klanten, catering medewerkers die direct werken met klanten, locatiemanagers en teamleiders als ze (deels) werken als zorgpersoneel.

2. Indirecte loonkosten: pensioenkosten, reiskosten, onkostenvergoedingen, secundaire arbeidsvoorwaarden, zoals inkomenszekerheid bij arbeidsongeschiktheid of een Anw-gat verzekering, kosten voor eventuele personeelsverzekeringen, zoals een ziekteverzuimverzekering.

3. Verplichte premies en bijdragen: loonbelasting, premie volksverzekeringen (AOW, Anw en Wlz), premies werknemersverzekeringen (WW, WAO, WIA en ZW) inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet (werkgeversheffing en in evt. bijdrage Zorgverzekeringswet). De overige kosten mogen niet meegenomen worden als loonkosten.

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

In de meerjarenbegroting neemt de zorgaanbieder een onderbouwing op van de verwachte extra personeelskosten (per jaar) waarvoor hij een aanvraag doet voor het kwaliteitsbudget:

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

Er is in samenspraak met Actiz een begrotings- en verantwoordingsmodel ontwikkeld dat gebruikt wordt voor de berekening van de extra loonkosten voor het personeel, dit model sluit aan bij de personeelsplanning van zorgaanbieders en het kwaliteitskader. Vanaf 1 mei 2019 is het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg in gebruik. Voor de aanvraag van het kwaliteitsbudget dient een zorgaanbieder gegevens op te geven via het portaal. Het begrotings- en verantwoordingsmodel hoeft daarmee niet meer apart ingediend te worden bij het zorgkantoor. In het Portaal is ook de klantpopulatie opgenomen, zodat indien nodig de extra loonkosten gecorrigeerd worden bij wijzigingen in de klantpopulatie.

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

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

Het zorgkantoor heeft daarnaast de ruimte om bij voorinvesteringen in bijzondere gevallen afspraken te maken om ten laste van de 85% een compensatie te verstrekken, waarbij gemotiveerd wordt afgeweken van de modeluitkomst. Met voorinvestering wordt de situatie bedoeld waarbij zorgaanbieders al meer personeel

(bovenop de extra middelen die al geland zijn in de tarieven) hebben ingezet vooruitlopend op het kwaliteitsbudget. Alleen in bijzondere gevallen, kan hiervoor worden gecompenseerd.

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

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

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

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

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

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

- Het verhogen van de productiviteit van medewerkers.
Denk hierbij bijvoorbeeld aan inspanningen gericht op het terugdringen van ziekteverzuim, verminderen van administratieve lasten, ook ondersteunend personeel kan hiermee betaald worden.
- Het verhogen van de deskundigheid van medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers
Denk hierbij bijvoorbeeld aan scholing.
- De inzet van extra of nieuwe technologie.
Het gaat hierbij om technologie die bijdraagt aan meer tijd voor directe zorg/aandacht voor klanten.
- Verbeteringen die directe impact hebben op het welbevinden van klanten.
- De overheadkosten. Deze kosten moeten uiteraard betrekking hebben op extra fte's zorgpersoneel.
- Kosten voor de werving en selectie.
- Accountantskosten voor extra middelen.

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

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

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

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

4.2.7 Zorgkantoren toetsen de aanvragen voor het kwaliteitsbudget zo snel mogelijk

We bespreken de aanvraag zo spoedig mogelijk. Eerder aanleveren van de aanvraag geeft sneller uitsluitel. Plannen die voor 1 november 2019 ingediend zijn, worden voor 1 januari 2020 besproken. De zorgkantoren toetsen of de aanvragen voldoen aan de gestelde eisen, deze zijn opgenomen in alinea's 4.2.2 t/m 4.2.5. Als de aanvraag niet voldoet aan de gestelde eisen vindt er overleg plaats met de zorgaanbieder. In dit overleg wordt gevraagd om een toelichting op de afwijking en wordt de aanvraag aangepast aan de gestelde eisen.

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

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

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

Het streven is dat zorgkantoor en indienende zorgaanbieder overeenstemming krijgen over de aanvraag. Als een zorgkantoor en zorgaanbieder er onderling niet lijken uit te komen, kunnen partijen mediation inzetten om tot een oplossing te komen. Het streven is om de afspraken over het kwaliteitsbudget binnen zes weken nadat de aanvraag is ontvangen te maken, maar in ieder geval uiterlijk binnen drie maanden als er bijzonderheden spelen.

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

Als zorgaanbieders de aanvraag voor het kwaliteitsbudget en het kwaliteitsplan eerder indienen dan 31 december 2019, dan beoordeelt het zorgkantoor de aanvraag zo snel mogelijk en kunnen afspraken gemaakt worden tot het voor de zorgaanbieder gereserveerde bedrag (lees: 11% budget nacalculatie 2018). De zorgkantoren doen op dat moment over aanvragen boven het voor de zorgaanbieder gereserveerde kwaliteitsbudget nog geen uitspraken in verband met het landelijke maximumkader van € 1.100 miljoen. Deze zorgaanbieders kunnen wel in aanmerking komen voor een hoger kwaliteitsbudget dan het gereserveerde bedrag (zie alinea 4.2.10). De afspraken over het kwaliteitsbudget worden uiterlijk eind maart 2020 vastgelegd in een addendum op de overeenkomst en door beide partijen ondertekend. U vindt het addendum op de overeenkomst in bijlage 6.

4.2.9 Zorgaanbieders ontvangen een voorschot op het kwaliteitsbudget

Als de afspraken over het kwaliteitsbudget tijdig zijn overeengekomen, ontvangen zorgaanbieders een voorschot op zijn vroegst beginnend 1 januari 2020. Het voorschot bedraagt 75% van het bedrag dat op maandbasis voor een zorgaanbieder afgesproken is. Zorgaanbieders leveren in mei, juli en oktober informatie aan over de realisatie bij de zorgkantoren via het Portaal Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg. Het voorschot wordt indien nodig en na overleg tussentijds aangepast in lijn met de daadwerkelijke realisatie. Wanneer het plan wordt goedgekeurd (uiterlijk 1 april 2020) worden de voorschotten met terugwerkende kracht tot 1 januari 2020 uitgekeerd.

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

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

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

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

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

- In de nacalculatie die jaarlijks voor 1 juni (jaar t+1) wordt ingediend bij de NZa, verantwoordt de zorgaanbieder zich over de inzet van het kwaliteitsbudget.
- Voor de inzet van extra personeel geldt dat alleen de daadwerkelijke extra kosten voor personeel in aanmerking komen voor vergoeding. Zo nodig vindt correctie plaats voor eventuele wijzingen in de klantpopulatie (zie 4.2.4). Alleen kosten tot een maximum van de afspraken worden vergoed. Te veel betaalde extra middelen worden teruggevorderd of waar mogelijk verrekend.
- Ook over de inzet van de overige extra middelen (niet zijnde extra fte's) verantwoordt de zorgaanbieder zich. Uiteraard moet de inzet van de middelen bijdragen aan het overeengekomen resultaat. Als de middelen niet (of niet conform de afspraak) zijn ingezet worden deze teruggevorderd of waar mogelijk verrekend.
- Het resultaat kan achteraf tot een andere verhouding leiden. Dus niet 85/15%, bijvoorbeeld doordat minder extra personeel is ingezet dan verwacht

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

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

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

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

Het kan zijn dat na afrekening bij de nacalculatie de totale kosten landelijk alsnog minder dan € 1.100 miljoen bedragen. De zorgaanbieders die meer kosten voor zorgpersoneel opgevoerd hebben, en dit extra personeel ook daadwerkelijk in dienst hebben, komen dan mogelijk alsnog in aanmerking voor vergoeding van deze kosten. Uiteraard alleen als het gaat om kosten waarvoor de aanvraag is goedgekeurd. De zorgkantoren geven in de nacalculatie aan welke zorgaanbieders voor welk bedrag hiervoor in aanmerking komen.

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

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

4.2.15 De planning voor kwaliteitsbudget 2020 is op hoofdlijnen als volgt

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

4.3 Hoe zit het met het ontwikkelbudget vanuit de transitie middelen?

4.3.1 Voor 2020 is € 50 miljoen aan ontwikkelbudget beschikbaar voor implementatie kwaliteitskader verpleeghuiszorg vanuit de transitie middelen kwaliteitskader

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

Het ontwikkelbudget wordt ingezet voor problematiek die bij meerdere zorgaanbieders speelt.

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

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

1. Er is sprake van een probleem/knelpunt (zoals omschreven in de NZa beleidsregel⁹) in het kader van de implementatie en/of doorontwikkeling van het kwaliteitskader.
2. Het initiatief draagt aantoonbaar bij aan de oplossing van het geconstateerd probleem bij meer dan één zorgaanbieder en past binnen de scope van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.
3. Het initiatief richt zich op een onderwerp dat een individuele zorgaanbieder niet of lastig zelf kan oplossen, maar dat in samenwerking met anderen wel kan. Het initiatief wordt gesteund door individuele zorgaanbieders of meerdere zorgaanbieders die samenwerken in de aanpak.

⁹ De vigerende NZa beleidsregels zijn van toepassing.

4. Het initiatief pakt een probleem/knelpunt/verbetering aan dat nog niet door andere zorgaanbieders binnen de regio is opgepakt.
5. Er is een concreet plan van aanpak opgesteld waarin duidelijk beschreven is wie welke verplichtingen aangaat.
6. Het plan van aanpak kent duidelijke tijdslijnen en bijbehorende acties en resultaten.
7. Bij het opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak is een "substantieel" deel van de zorgaanbieders in desbetreffende regio betrokken.

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

- Advieskosten/consultancy
- Reguliere zorg waarvoor financiering aanwezig is

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

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

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

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

4.3.5 Tussen partijen worden afspraken gemaakt over monitoring en verantwoording

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

4.3.6 De planning van het ontwikkelbudget is op hoofdlijnen als volgt

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

BIJLAGE II - Realiseren ambities programma volwaardig leven

5. Realiseren ambities programma volwaardig leven

5.1 Passend aanbod voor mensen met complexe zorgvraag

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

Het realiseren van passend aanbod volgt uit de *Werkagenda Passende Zorg is Maatwerk*¹⁰ en het *Programma Volwaardig Leven*¹¹. Deze programma's zetten belangrijke stappen op weg naar een toekomstbestendige gehandicaptenzorg in Nederland. Alle betrokken partijen werken toe naar een kwalitatief beter passend zorgaanbod voor mensen met (ernstige) beperkingen. Met een beter passend zorgaanbod kunnen deze klanten meer naar wens en vermogen meedoen in onze samenleving.

Zorgkantoren hanteren als uitgangspunt voor het bepalen welke mensen tot deze groep behoren de definitie van OPAZ¹². Het gaat dan om mensen die het in de praktijk niet lukt om passende zorg en ondersteuning te vinden, soms door (onnodige) complicering van hun zorgvraag, waardoor verergering of escalatie van de inhoudelijke problematiek dreigt.

Dit kan zijn als:

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

Het gaat hierbij om mensen:

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

¹⁰ <https://www.vgn.nl/artikel/26774>

¹¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/09/30/programma-volwaardig-leven>

¹² Programma Ondersteuning Passend Zorgaanbod (OPaZ), een initiatief van het ministerie van VWS, voor structurele oplossingen die de zoektocht naar passende zorg bij complexe zorgvragen makkelijker maken.

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

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

Het ministerie van VWS stelt in 2020 en verder voor de uitvoering van deze activiteiten € 40 miljoen per jaar uit de groeimiddelen beschikbaar. Zorgkantoren verkennen met VWS de mogelijkheden om al in de tweede helft van dit jaar lopende initiatieven voor deze doelgroep binnen de kaders van deze programmalijn te realiseren. Hiervoor toetsen zorgkantoren eerst of dit geplande zorgaanbod daadwerkelijk past bij de behoefte van klanten die nu bij zorgkantoren bekend zijn en waarvoor nu geen passend aanbod is. Het zorgkantoor gaat in overleg met deze zorgaanbieders en alle andere betrokkenen om op zo kort mogelijke termijn in 2019 maatwerk voor deze klanten te realiseren. Waar een match is tussen plan en zorgvrager(s), wordt deze extra capaciteit al in 2019 gerealiseerd. Het realiseren van deze quick wins werken we in dit document niet verder uit.

5.2 Zorgkantoren maken in 2020 extra maatwerkplaatsen mogelijk

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

Voor deze maatwerkplaatsen gelden de volgende uitgangspunten:

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

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

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

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

Alle zorgkantoren werken in alle regio's op een vergelijkbare wijze. Zorgkantoren bundelen de regionale uitkomsten tot een (geanonimiseerde) landelijke lijst van klanten met deze intensieve ondersteuningsbehoefte. Op basis van deze clustering en analyse van de zorgvraag maken zorgkantoren keuzes voor welke klanten maatwerkplaatsen nodig zijn en welke klanten de hoogste prioriteit hebben.

5.2.2 Zorgkantoren kopen zorg in bij zorgaanbieders die maatwerk kunnen leveren

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

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

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

5.2.3 Zorgkantoren beoordelen gezamenlijk plannen voor nieuw passend aanbod van maatwerk

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

Zorgkantoren vragen zorgaanbieders die voldoen aan bovengenoemde criteria om uiterlijk eind december 2019 op basis van de prioritering een plan in te dienen. Zorgkantoren beoordelen in januari en februari 2020 de plannen op de uitgangspunten en criteria voor deze plaatsen en de financiële haalbaarheid van het voorstel. Zorgkantoren bespreken en beoordelen de ingediende plannen gezamenlijk, rekening houdend met de samenhang en spreiding van initiatieven en de diversiteit van de zorgvragen. Als zorgaanbieders en/of plannen niet voldoen aan de gestelde uitgangspunten en criteria, volgt een afwijzing. Zorgkantoren stellen gezamenlijk vast welke plannen niet aan de gestelde uitgangspunten en criteria voldoen en worden afgewezen.

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

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

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

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

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

5.2.4 Klanten en verwanten zijn betrokken bij besluit over toewijzing

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

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

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

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

5.2.6 Financiering vindt plaats via reguliere afspraken

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

5.2.7 Aanmelden geïnteresseerde zorgaanbieders

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

5.2.8 Planning

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

5.3 Zorgkantoren werken toe naar een landelijke dekking van crisisinterventieteams

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

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

5.3.1 Samenstelling crisisinterventieteams

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

Om de expertise te onderhouden en te borgen, vormen de crisisinterventieteams een landelijk leernetwerk. De minimale eisen en criteria voor CIT's worden nader vastgelegd.

Het team richt zich in eerste instantie¹³ op klanten met een verstandelijke beperking waarbij sprake is van complex gedrag, psychiatrische problemen en/of verslaving. Alle crisisinterventieteams beschikken tenminste over expertise op deze terreinen. Elk team is een samenwerking tussen meerdere zorgaanbieders. Dit is niet alleen nodig voor het borgen van de expertise, het draagt ook bij aan het verlagen van de drempel voor andere zorgaanbieders om een beroep te doen op deze teams.

5.3.2 Werkwijze crisisinterventieteams

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

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

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

- verminderen van het aantal crisisopnames;
- terugdringen van de duur van crisisopnames;
- terugplaatsen van klanten na een crisisopname;
- voorkomen of verkorten van een ingrijpende uithuisplaatsing;
- maatwerk van behandeling en begeleiding, daar waar de klant op dat moment is;
- overdracht deskundigheid naar behandelteam van klant, waardoor crisis of uitplaatsing voorkomen kan worden;
- tijdelijke ondersteuning aan teams binnen woonvoorziening;
- verminderen uitval en verloop personeel

¹³ Na de opstartfase kijken we of een bredere inzet van deze teams mogelijk is om te voorkomen dat er mensen tussen wal en schip vallen. We denken daarbij aan mensen zonder verstandelijke beperkingen maar met een vergelijkbaar niveau van sociaal en maatschappelijk functioneren als gevolg van NAH, autisme of andere aandoeningen.

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

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

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

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

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

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

5.3.5 Planning

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

5.4 Expertise

Het creëren van extra plaatsen bij zorgaanbieders en het voorkomen van crisisopnames en uitplaatsingen is op zichzelf niet voldoende om voor klanten met een complexe zorgvraag blijvend passende zorg te leveren. Omdat de zorgvraag steeds complexer en zwaarder wordt, is het noodzakelijk dat de expertise bij een brede groep zorgaanbieders beschikbaar komt om ook deze doelgroep goed te kunnen bedienen. Dat voorkomt dat de klant moet verhuizen naar een andere plaats en daarmee het risico van trauma.

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

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

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

BIJLAGE III - In te dienen documenten

In deze bijlage is met een X aangegeven welke documenten moeten worden aangeleverd bij de offerteaanvraag.

In te dienen documenten	Toelichting op in te dienen documenten	Meesturen bij de inschrijving				Op 1 januari 2020			
		1. a Bestaande zorgaanbieders 19-23	1. b Bestaande zorgaanbieders 19	2. Zorgaanbieders nieuw in de regio	3. Geheel nieuwe zorgaanbieders	1. a Bestaande zorgaanbieders 19-23	1. b Bestaande zorgaanbieders 19	2. Zorgaanbieders nieuw in de regio	3. Geheel nieuwe zorgaanbieders
Bestuursverklaring inclusief bijlagen			X	X	X				
Werkzaam in de regio WSD	Bij het indienen van de offerte kan de aanvrager aantonen dat er in de maanden april, mei en juni 2019 in de regio WSD gemiddeld aan minimaal 10 cliënten met een Wlz-indicatie zorg is verleend.			X	X				
Ondernemingsplan: Onderdelen 4 en 5	De invulling van het ondernemingsplan is beschreven in Bijlage II.			X					
Ondernemingsplan	De invulling van het ondernemingsplan is beschreven in Bijlage II.				X				
Inschrijving Kamer van Koophandel (KvK)	<ul style="list-style-type: none"> - Het afschrift van de inschrijving is niet ouder dan 1 januari 2019. - Het afschrift bevat de namen van de leden van de Raad van Toezicht. Deze gegevens dienen op grond van het Handelsregisterbesluit ook opgenomen te zijn in het handelsregister. - De organisatievorm (juridische entiteit) die zich inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient hetzelfde te zijn als vermeld op het afschrift van de KvK. 				X				
WTZi-toelating	<ul style="list-style-type: none"> - Een afschrift van de WTZi-toelating. - De organisatievorm (juridische entiteit) die zich inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient hetzelfde te zijn als op de WTZi-toelating. - De inhoud van de toelating moet overeenstemmen met de inhoud van het ondernemingsplan: de functies die de zorgaanbieder wil gaan leveren moeten vermeld staan op de WTZi-toelating (waarvoor de zorgaanbieder is toegelaten). 				X				

In te dienen documenten	Toelichting op in te dienen documenten	Meesturen bij de inschrijving				Op 1 januari 2020		
		1.a Bestaande zorgaanbieders 19-23	1.b Bestaande zorgaanbieders 19	2. Zorgaanbieders nieuw in de regio	3. Geheel nieuwe zorgaanbieders	1.a Bestaande zorgaanbieders 19-23	1.b Bestaande zorgaanbieders 19	2. Zorgaanbieders nieuw in de regio
Verklaring Omtrent het Gedrag voor rechtspersonen (VOG RP)	<ul style="list-style-type: none"> - Een VOG RP is niet ouder dan 1 januari 2019 en specifiek aangevraagd voor de deelname aan de zorgcontracteerprocedure 2020. - Een Gedragsverklaring Aanbesteding (GVA) volstaat niet. - Een Verklaring Omtrent het Gedrag voor Natuurlijke Personen volstaat niet. 				X			
Statuten van de inschrijvende zorgaanbieder	<ul style="list-style-type: none"> - Actuele statuten van de contracterende partij. - In de statuten is de Governancecode Zorg geborgd, waaronder de informatie over het toezichthoudend orgaan. 				X			
Verzekering voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> - Een afschrift van het polisblad waarmee wordt aangetoond dat de aanvrager adequaat verzekerd is voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000,- (per gebeurtenis). - De verzekering is geldig gedurende de gehele looptijd van de Wlz-overeenkomst. - De organisatievorm (juridische entiteit) die zich inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient hetzelfde te zijn als op het op het polisblad. 				X			
AGB-code	Bij het indienen van de offerte beschikt de aanvrager over een regionale AGB-code voor de regio WSD.				X			
Vragenlijst IGZ voor nieuwe zorgaanbieders	Iedere nieuwe zorgaanbieder moet deze vragenlijst invullen en het bewijs van invulling indienen bij de inschrijving https://www.nieuwezorgaanbieders.nl/vragenlijst				X			
Kwaliteitskader van de sector/werkend landelijk erkend kwaliteitssysteem met externe toetsing	De aanvrager toont aan dat hij voldoet aan het kwaliteitskader van de sector danwel werkt met een kwaliteitssysteem.							X

In te dienen documenten	Toelichting op in te dienen documenten	Meesturen bij de inschrijving				Op 1 januari 2020		
		1.a Bestaande zorgaanbieders 19-23	1.b Bestaande zorgaanbieders 19	2. Zorgaanbieders nieuw in de regio	3. Geheel nieuwe zorgaanbieders	1.a Bestaande zorgaanbieders 19-23	1.b Bestaande zorgaanbieders 19	2. Zorgaanbieders nieuw in de regio
Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling cliëntenraad								X
Voldoen aan vigerende Governancecode Zorg	Statutaire borging dan wel borging in de relevante reglementen zoals bepaald en uitgewerkt in de Governancecode Zorg.							X
Gedegen bedrijfsadministratie	De aanvrager beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens waaronder: <ul style="list-style-type: none"> - declaraties (AW 319) volgens afspraken vastgelegd in het uniform declaratieprotocol Wlz aan het zorgkantoor; - relevante berichten in iWlz aan het zorgkantoor conform standaarden die door het Zorginstituut Nederland zijn vastgesteld; - gegevens voor de oplegging van de eigen bijdrage door het CAK. 							X
Privacybeleid	<ul style="list-style-type: none"> - Het beleid staat gepubliceerd op de website van de aanvrager met een werkende link. - Het beleid voldoet aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). 							X
Klachtenregeling	<ul style="list-style-type: none"> - Het beleid staat gepubliceerd op de website van de zorgaanbieder met een werkende link. - Het beleid voldoet aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). - Er is een klachtfunctionaris. 							X
Onderdeel 'Zorgverlening' uit de overeenkomst	De aanvrager voldoet aan het onderdeel 'Zorglevering', zoals respectievelijk opgenomen in artikel 1 en 4 van Deel II en artikel 1 van Deel III van de Wlz-overeenkomst.							X

BIJLAGE IV - Toelichting Ondernemingsplan

Het zorgkantoor verlangt van zorgaanbieders een ondernemingsplan dat ten tijde van de indiening niet ouder is dan 12 maanden. Ook moet het gericht zijn op een onderneming die ZIN biedt waarop uit hoofde van de Wlz een aanspraak bestaat. Het ondernemingsplan dient daarnaast betrekking te hebben op zorgverlening aan cliënten woonachtig in de regio WSD alsmede in de sector waarvoor wordt ingeschreven. In het ondernemingsplan dient de zorgaanbieder derhalve duidelijk aan te geven tot welk type zorgaanbieders en zorgverleners zijn organisatie behoort met vermelding van het deskundigheidsniveau.

Een volledig ondernemingsplan bestaat uit een aantal onderdelen. Hieronder wordt per onderdeel weergegeven welke aspecten ten minste in het ondernemingsplan moeten terugkomen.

1. Organisatie-inrichting

Van zorgaanbieders wordt verlangd dat zij in het ondernemingsplan beschrijven:

- aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling Raad van Bestuur of directie;
- aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling van onafhankelijk, statutair geborgd toezichthoudend orgaan (bijvoorbeeld Raad van Toezicht);
- aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling onafhankelijke klachtencommissie en cliëntenraad;
- implementatie van de Governancecode Zorg;
- toelichting op een eventuele holding- of concernconstructie;
- een organogram van de juridische structuur van de zorgaanbieder.

2. Missie en strategie

Dit onderdeel is een beschrijving van de algemene bedrijfsdoelstelling en bevat:

- de algemene doelstelling, missie en of strategie van de organisatie;
- wat is de bedrijfsfilosofie?
- welke methodieken en de door de sector geldende kwaliteitsstandaarden worden gehanteerd?

3. Omgevingsanalyse

De omgevingsanalyse resulteert in een duidelijk beeld van alle factoren die wel van invloed zijn op het bedrijfsplan, maar waar door de organisatie geen directe invloed op kan worden uitgeoefend. De volgende onderwerpen moeten hierbij benoemd worden:

- de (toekomstige) rol en/of functie in samenwerkingsverbanden waaraan de nieuwe zorgaanbieder reeds deelneemt of gaat deelnemen. Op welke wijze gaat de nieuwe zorgaanbieder samenwerking zoeken met bijvoorbeeld gemeenten, ketenpartners of andere zorgaanbieders?
- concurrenten: wie wordt gezien als de (grootste) concurrent, hoe ziet de marktverdeling er volgens de nieuwe zorgaanbieder uit, welk aandeel denkt de nieuwe zorgaanbieder te kunnen verwerven?

4. Het bedrijfsplan

Dit onderdeel bevat:

- aan welke doelgroep zorg wordt geleverd?
- welke zorgprestaties worden geleverd?
- waar wordt de zorg geleverd?
- voor welke leemte in het huidige zorgaanbod in de regio waar de zorgaanbieder offreert, de zorgaanbieder een adequaat aanbod biedt?
- op welke wijze het geoffreerde aanbod zich onderscheidt van andere zorgaanbieders?
- op welke wijze de levering van de zorg door voldoende personeel met de nodige kwalificaties is geborgd. Een overzicht van het aantal personeel en deskundigheidsniveau in relatie tot de doelgroep is vereist;
- hoe de zorgaanbieder gaat zorgen voor een snelle en juiste administratieve afhandeling conform Wlz-eisen voor ZIN;
- inzicht in aantallen bestaande cliënten en/of cliënten op de wachtlijst, gespecificeerd naar domein (Wmo/Zvw/pgb).

5. Financieel plan

In het financiële plan wordt een algemene toelichting op de financiële positie van de zorgaanbieder gegeven evenals een realistische omzetprognose. Hieruit moet een duidelijk beeld ontstaan dat de onderneming financieel gezond is, er geen sprake is van een negatief eigen vermogen, een positief resultaat verwacht, waardoor borging van de continuïteit van zorg aannemelijk is.

Het zorgkantoor betreft eveneens de jaarrekeningen van de voorafgaande jaren (2017 en 2018) bij de beoordeling van de financiële positie van de zorgaanbieder, tenzij de zorgaanbieder een startende organisatie is waar nog geen jaarrekening van is vastgesteld. De zorgaanbieder levert de jaarrekeningen 2017 en 2018 bij dit onderdeel van het ondernemingsplan aan. Ook de jaarrekeningen 2017 en 2018 van een eventuele moedermaatschappij levert de zorgaanbieder bij dit plan aan. Daarnaast bevat het Financieel plan een begroting voor 2019 en 2020.