



Nota van Inlichtingen



Inleiding

In de Nota van inlichtingen vindt u een overzicht van de correcties en aanvullingen op het inkoopbeleid Wlz 2021 tot en met 2023

Per paragraaf en bijlage van het inkoopbeleid Wlz 2021 tot en met 2023 van Zilveren Kruis Zorgkantoor NV, verder te noemen Zilveren Kruis, is in dit document aangegeven wat er wijzigt door de Nota van inlichtingen. Enkele vragen en antwoorden hebben geleid tot aanpassingen in het zorginkoopbeleid en de bijlagen. Een overzicht van de wijzigingen in het beleid en de bijlagen van Zilveren Kruis (8 -12) vindt u in Tabel 1. Voor wijzigingen in het landelijke inkoopkader en de landelijke bijlagen (1 - 7) verwijzen we naar de Nota van Inlichtingen Inkoopkader Wlz 2021-2023.

Tabel 1: overzicht van aanpassing in het Inkoopbeleid Wlz 2021 tot en met 2023 naar aanleiding van de Nota van Inlichtingen

Aanpassing		Onderdeel zorginkoopbeleid
1	Figuur 5 is figuur 3 geworden	Paragraaf 1.4
2	Figuur 3 is figuur 5 geworden, aan Tariefpercentage 2022-2023 is [illustratief] toegevoegd	Paragraaf 3.2
3	In tabel 2 is bij stap 7 de datum gewijzigd in 1-2-2022	Paragraaf 4.3.6
4	De link naar de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten GGZ is aangepast	Paragraaf 2.3.3
5	De genoemde bezwaartermijn van 20 kalenderdagen is aangepast naar 14 kalenderdagen, conform de titel van de paragraaf	Paragraaf 11.10.1
6	Op het voorblad is het format voor het invullen van het NZa-nummer aangepast	Bijlage 11 a t m d

De actuele versie van het zorginkoopbeleid en de bijlagen vindt u op onze websites (www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor en www.zorgkantoorfriesland.nl).

In deze Nota van Inlichtingen staan de antwoorden op de vragen over het inkoopbeleid die voor iedereen van belang zijn

Wij hebben vragen van gelijke strekking gebundeld om het document overzichtelijk en toegankelijk te houden. We hebben de strekking van deze vragen samengevat en één antwoord gegeven op deze gebundelde vragen. De gestelde vragen, van antwoorden voorzien, komen dus niet letterlijk terug in de Nota van Inlichtingen. U vindt de gebundelde vragen en bijbehorende antwoorden per paragraaf terug in dit document.

Sommige vragen zijn niet opgenomen in de Nota van Inlichtingen

Uw vraag is niet opgenomen als het antwoord op de vraag letterlijk terug te vinden is in de inkoopdocumenten, een vraag betrekking heeft op de situatie van de individuele zorgaanbieder of als de gestelde vraag geen feitelijke vraag betreft over de inkoopprocedure.

De Nota van Inlichtingen gaat voor op het Inkoopbeleid Wlz 2021-2023

Hiermee maakt de Nota van Inlichtingen onderdeel uit van deze inkoopprocedure.

1 Samen in beweging naar een regionaal zorgaanbod dat past bij de zorgvraag van onze huidige en toekomstige klanten

1.1 Voorspelde tekorten in 2040 voor de Wlz vormen de aanleiding voor een gewijzigde focus in het nieuwe meerjarige inkoopbeleid

Vraag	Antwoord
Waarom de afspraken 2020 niet met een jaar verlengen? Voor Friese zorgaanbieders zijn de veranderingen dubbelop met niet alleen een wijzigend inkoopbeleid alsook een nieuwe inkoopprocedure.	De Wlz-uitvoerders van Zilveren Kruis en de Friesland zijn gefuseerd vanaf 01-01-2020. Het is voor het eerst dat het meerjarige inkoopbeleid van Zilveren Kruis ook voor de regio Friesland geldt. We realiseren ons dat dit extra impact heeft voor de Friese zorgaanbieders. Tegelijkertijd zien we een enorme opgave op ons afkomen om de langdurige zorg toegankelijk te houden. Die opgave vraagt een grote beweging in het veld. Deze beweging is op onderdelen door het coronavirus ook al versneld op gang aan het komen. We willen niet 1,5 jaar wachten om met het inkoopbeleid aan te sluiten bij deze beweging. We beseffen dat zorgaanbieders, in ieder geval de komende maanden, alle tijd en aandacht nodig hebben om de zorg tijdens en ook na de coronacrisis goed te organiseren. Daarom willen wij u zo min mogelijk belasten met de inkoopprocedure. Dat is de reden dat wij voor 2021 hebben gekozen voor een overgangsjaar waarin we een eerste (kleine) stap zetten richting de toekomstige opgave.
Waarom is gekozen voor een eenzijdige breuk van het beleid zonder gedragen consultatie met de branche en juist in deze (Corona)periode?	De branches zijn vanuit ZN geconsulteerd. Aanvullend hebben we vanuit Zilveren Kruis het zorginkoopbeleid vanaf september 2019 op verschillende momenten getoetst bij een vertegenwoordiging van zorgaanbieders, zowel voor als tijdens de coronacrisis.
U beschrijft in figuur 1 de tekorten in de VV en GZ sector. Waarom verandert u het inkoopbeleid van de GGZ sector dan ook?	De GGZ is in figuur 1 niet meegenomen vanwege het kleine aandeel dat de sector had in 2019 t.o.v. de V&V en GZ. Desalniettemin kennen we dezelfde uitdagingen ook in de GGZ. Ons zorginkoopbeleid is dan ook gericht op het zorglandschap als geheel, zodat dit gaat passen bij de zorgvraag van onze huidige en toekomstige klanten.
Hoe kan voorkomen worden dat de inrichting van expertisecentra voor hoog complexe – laag volume groepen andere uitgangspunten kennen dan de plannen voor regionale samenwerking die ingediend kunnen worden (zie paragraaf 1.1. en 5.2)?	De maatwerkafpraak regionale ontwikkeling heeft een breder perspectief dan enkel samenwerking voor klanten met een hoogcomplexiteit zorgvraag (met lage volumes). Als het plan dat u indient betrekking heeft op dezelfde doelgroep(en) als het landelijke traject naar de opzet van expertise centra zullen wij in overleg met u beoordelen of dit op elkaar aansluit.

<p>Uit figuur 1 blijkt dat er een wezenlijk verschil is in de voorspelde tekorten in 2040 in de V&V vs GZ. Welke motivatie is er dan om voor beide sectoren hetzelfde beleid uit te zetten?</p> <p>Daarnaast is de landelijke trend binnen het zorglandschap regionalisering. Dit komt ook terug in het Inkoopkader WLZ en uw inkoopbeleid. Het gebied van Zorgkantoor Zilveren Kruis is groot, wat maakt dat u er toch heeft gekozen voor generieke doelen?</p>	<p>De omvang van de opgave verschilt per sector en regio maar voor iedere sector en regio geldt dat er extra aandacht nodig is voor het realiseren van voldoende beschikbare zorg nu en in de toekomst. Daarom zijn de inkoopdoelen gelijk. De manier waarop we de inkoopdoelen gaan bereiken kan per sector en regio verschillen. De zes maatwerkafspraken die we op hoofdlijnen beschrijven in het zorginkoopbeleid werken we de komende periode verder uit per sector. Regionaal zijn wij in gesprek met de veldpartijen over de uitwerking in die regio.</p>
<p>Hier gaat het over deeltijdverblijf als ontwikkeling. In het inkoopbeleid van uw zorgkantoor lezen wij niets terug over deeltijdverblijf, wat is de reden voor het ontbreken hiervan?</p>	<p>Voor Deeltijdverblijf verwijzen wij u naar paragraaf 1.1. van hoofdstuk 1 van het Landelijk inkoopkader Langdurige Zorg 2021 2023 en het Voorschrift Zorgtoewijzing 2020 (paragraaf 4.3.1.) Indien u Deeltijdverblijf wil gaan leveren, kunt u hierover in gesprek met uw zorginkoper.</p>
<p>In het Landelijke inkoopkader van ZN wordt gesproken over deeltijdverblijf binnen de WLZ. In het Inkoopbeleid van het Zorgkantoor van ZK wordt hier niet over gerept; wat is het standpunt van het Zorgkantoor in deze?</p>	<p>Zilveren Kruis Zorgkantoor volgt hierin de lijn zoals benoemd in het Landelijk inkoopkader Langdurige Zorg 2021 2023. Ook Zilveren Kruis vindt Deeltijdverblijf een mooie ontwikkeling en wij zien graag dat zorgaanbieders invulling geven aan dit zorgaanbod.</p>

1.2 Het nieuwe meerjarige inkoopbeleid richt zich op een regionaal zorgaanbod dat past bij de zorgvraag van huidige en toekomstige klanten

Vraag	Antwoord
<p>Op pagina 4 worden 4 inkoopdoelen geformuleerd. Deze doelen zijn heel algemeen geformuleerd. Kunt u de doelen verder verduidelijken?</p>	<p>In het webinar over ons zorginkoopbeleid geven we een toelichting op de inkoopdoelen. U kunt dit webinar terug kijken. Ook op onze website vindt u meer informatie over de inkoopdoelen: https://cm-www.zilverenkruis.nl/zkz/zorgaanbieders/zorginkoop/inkoopstrategie-en-beleid-2021-2023</p>
<p>Op pagina 4 worden 4 inkoopdoelen geformuleerd. Heeft u onderzocht op welke wijze deze doelen bijdragen aan toekomstbestendige zorg? Blijkbaar is uw aanname dat schaarste worden opgelost met (alleen) doelmatigheid, klopt dat?</p>	<p>Onze inkoopdoelen zijn tot stand gekomen via uitgebreide literatuurstudie en door verschillende sessies met experts vanuit Zilveren Kruis en zorgaanbieders. Onze aanname is zeker niet dat schaarste alleen opgelost kan worden met doelmatigheid. Slechts één van de zes maatwerkafspraken die wij vanaf 2022 willen invoeren, heeft betrekking op de doelmatigheid.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.2.1</i></p>	
<p>Streven is klanten zo lang mogelijk thuis te houden met passende zorg. Hoe gaat u dit beleid faciliteren met onder andere inzet ondersteuning van mantelzorgers en inzet van dagbehandeling en/of dagbesteding? Wat is uw beleid met betrekking tot inzet van genoemde</p>	<p>Vanaf 2022 zijn we van plan twee maatwerkafspraken in te voeren om meer Wlz-zorg in de eigen passende woning mogelijk maken. In verband met het coronavirus hebben we deze uitgesteld. We starten in 2020 al wel met een verkennend project om te onderzoeken hoe wij als</p>

<p>ondersteuningsmogelijkheden voor het zo lang mogelijk thuis blijven wonen van klanten?</p>	<p>zorgkantoor kunnen bijdragen aan het realiseren van meer passend woonaanbod voor mensen met Wlz-zorg [zie Paragraaf 1.5.1].</p>
<p>De doelstelling kunnen we op zich onderschrijven. Praktisch gezien zal realisatie gedurende de looptijd van het contract (t/m 2023) zeer lastig of niet haalbaar zijn. Realisatie van passende huisvesting in de vorm van geclusterde VPT is een zaak van lange adem die vaak 3 tot 5 jaar vraagt en deels afhankelijk is van factoren die buiten de beleidsruimte van de zorgaanbieders liggen (denk bijvoorbeeld aan vergunningen, bestemmingplan, beschikbaarheid van locaties, bezwaar van omwonenden). Dit kan in onze optiek dan ook geen onderwerp zijn met een resultaatverplichting gedurende de looptijd van het contract. Kan worden aangegeven of met de invloed van exogene factoren rekening wordt gehouden bij het beoordelen van resultaatafspraken?</p>	<p>Uw vraag is naar ons idee pas van toepassing vanaf 2022. In 2021 geldt immers een inspanningsverplichting en geen resultaatverplichting. In het inkoopbeleid staat het meerjarige beleid op hoofdlijnen beschreven. De kaders van het meerjarige beleid zijn daarmee helder. Deze hoofdlijnen gaan we voor 2022 en 2023 verder uitwerken. Dat zullen we doen in overleg met (een vertegenwoordiging van) zorgaanbieders en klanten en brancheorganisaties. Het door u genoemde langere termijn perspectief zullen we daarin meenemen.</p>
<p>Hoe ziet u hier de overlap met het beschermd wonen waarvoor de gemeentefinanciering geldt? Laat u hier zien dat u ook beschermd wonen weer in de GGZ Wlz pakketten op wilt nemen?</p>	<p>Het zorginkoopbeleid is opgesteld voor klanten met een Wlz-indicatie en zorgaanbieders die zorg aan deze Wlz-klanten verlenen. Ook dit inkoopdoel heeft betrekking op klanten met een Wlz-indicatie, dus ook op klanten die beschermd wonen met een Wlz-indicatie. Het beleid is niet van toepassing op klanten met een Wmo-indicatie (of andere indicatie dan Wlz).</p>
<p>Als eerste inkoopdoel wordt genoemd Meer Wlz-zorg in een eigen passende woning. Daaronder wordt mede verstaan in een geclusterde woonomgeving op basis van een VPT. we hebben hier 3 vragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Achten het zorgkantoor dit beleid ook haalbaar voor de zorg aan GZ en GGZ cliënten? 2. Wij vragen ons af of dit beleid haalbaar is tegen de achtergrond van de huidige stikstof crisis, de enorme tekorten op de woningmarkt, de zeer lange duur van het aanpassen van bestemmingsplannen en de afhankelijkheid van de gemeenten? 3. Is het zorgkantoor bereid om de lage ZZP's VG 1 en VG 2 in VPT toe te staan? 	<p>1. We verwachten dat ook voor een deel van de klanten met een verstandelijk handicap of een psychische stoornis zorg buiten de muren van een instelling mogelijk is, op een plek waar ze graag willen wonen. Zorg thuis betekent thuis in de zin dat het jouw woning is. Het zijn omgevingen waar het dagelijks leven met elkaar al een deel van de zorg overneemt. Ook in de GZ/GGZ zien we steeds vaker gemengde woonvormen, waar mensen vooral bewoners, burens zijn. Waar ook Wlz klanten wonen, met steun van medebewoners, aangevuld met de nodige professionele hulp. Graag horen we daarvan goede voorbeelden en ook belemmeringen die zorgaanbieders daarbij zien zodat we daarmee rekening kunnen houden bij de concretisering van het beleid vanaf 2022.</p> <p>2. Het oplossen van deze knelpunten is niet eenvoudig. Daar zijn veel verschillende partijen bij betrokken. Voor ons als zorgkantoor is dit een nieuw terrein. We gaan de komende tijd, in overleg met betrokken partijen, verkennen hoe wij hierin een rol kunnen pakken.</p> <p>3. Voor de lage ZZP's VG1 en VG2 geldt overgangsrecht, dat is ingegaan bij de herziening</p>

	<p>langdurige zorg in 2015. In dat overgangsrecht is bepaald dat de lage ZZP's alleen nog maar op intramurale wijze verzilverd mogen worden. Zorgkantoren hebben geen mandaat om van dat overgangsrecht af te wijken. Als de zorgvraag sinds de herziening zwaarder is geworden en dit een herindicatie rechtvaardigt, kan een ander zorgprofiel aangevraagd kan worden, dat niet onder dat overgangsrecht valt.</p>
<p>Heeft het zorgkantoor onderzocht of en waarom WLZ-zorg thuis in een eigen passende woning doelmatiger zou zijn, en zijn daarin ook factoren op gebied van veiligheid meegenomen, zoals de Wet Zorg en Dwang?</p>	<p>We verwachten niet dat zorg in een eigen passende woning doelmatiger is dan intramurale zorg. Dit inkoopdoel is gericht op de toegankelijkheid van Wlz-zorg in de toekomst. Door klanten die dat willen de mogelijkheid te geven om zorg te ontvangen op de plek waar ze willen wonen blijven intramurale plekken beschikbaar voor klanten die dat nodig hebben. De maatwerkafspraken die we vanaf 2022 willen maken om dit inkoopdoel te realiseren zijn er voor een deel op gericht om de doelmatigheid van VPT en MPT te verbeteren.</p>
<p>Kan gespecificeerd worden welke eisen/uitgangspunten gelden voor VPT en het vernieuwde VPT/MPT binnen GGZ (wonen)?</p>	<p>Voor VPT gelden dezelfde eisen als voor alle Wlz-zorg in de GGZ. De zorg moet verantwoord geleverd kunnen worden en voldoen aan de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten.</p>
<p>"Het gaat ook om zorg op plekken waar klanten zo zelfstandig mogelijk kunnen wonen, zodat klanten zich meer thuis voelen, bijvoorbeeld in een geclusterde woonomgeving op basis van een VPT." Hoe verhoudt dit doel zich met de tariefkorting op de ZZP 4? Met deze tariefkorting is geclusterd wonen op basis van een VPT voor een grote groep cliënten niet meer betaalbaar</p>	<p>Het zorgkantoor maakt geen kostprijsberekeningen. De NZa bepaalt de maximumtarieven. Deze zijn landelijk vastgesteld. Wij vergoeden een percentage van dit maximum NZa-tarief, hetgeen past binnen de tariefstructuur van NZa en de vrijheid die zorgkantoren op dit punt hebben. De komende periode werken we uit hoe we vanaf 2022 invulling gaan geven aan de maatwerkafspraken die bedoeld zijn om dit inkoopdoel te realiseren. Dit zullen we doen in overleg met branches en een vertegenwoordiging van zorgaanbieders.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.2.2.</i></p>	
<p>Een kanttekening bij de automatische aanname dat innovatie leidt tot meer zorg met dezelfde middelen is onterecht. Het kenmerk van innovatie is dat je nieuwe dingen uitprobeert, maar niet zeker weet of het beoogde resultaat wordt gerealiseerd. Dit is strijdig met de later in het inkoop document aangegeven resultaat verplichting. Wij werken met cliënten met probeerruimte om ontwikkeling en groei te stimuleren. Soms levert dat heel mooie resultaten, soms ook niet. Beide gevallen beoordelen we als positief. Kunt u aangeven dat bij innovatie ook "mislukte" projecten positief beoordeeld worden?</p>	<p>In ons zorginkoopbeleid gaat het bij innovatie juist niet om een resultaatsverplichting maar om een inspanningsverplichting. We zijn ons er van bewust dat een innovatie niet vanzelfsprekend leidt tot een beoogd resultaat. Daarom is ons beleid gericht op het versnellen van een beweging om meer innovaties in te zetten en/of innovaties breder in te zetten die de potentie hebben om bij te dragen aan de aanpak van de arbeidsmarkproblematiek.</p>

<p>Wat wordt bedoeld met niet-urgente zorgvraag?</p>	<p>Daarmee bedoelen we zorg aan klanten die op een wachtlijst staan en niet via crisis opgenomen worden.</p>
<p>"Het optimaal inzetten van de beschikbare middelen gaat over het zo optimaal mogelijk inzetten van het beschikbare budget voor de Wlz, beschikbare medewerkers en technologie waar dat passend is. Zo kunnen we met de beschikbare middelen meer klanten van passende zorg voorzien." Kan het zorgkantoor met voorbeelden onderbouwen dat dit een realistische opgave is, en dat met dezelfde middelen meer klanten van passende zorg kunnen worden voorzien?</p>	<p>De opgave voor de toekomst is een grote uitdaging waarvoor een grote beweging nodig is: van zorgkantoren, zorgaanbieders maar ook van landelijke stakeholders, klanten en domeinen buiten de Wlz. Vanaf 2021 vragen we voor een deel van het tarief een specifieke inzet van zorgaanbieders, gericht op de grote opgave die we op ons af zien komen in de langdurige zorg. Dit is nodig om de beweging die er is te versnellen. Zodat we met elkaar ook in de toekomst klanten die afhankelijk zijn van langdurige zorg van passende zorg kunnen blijven voorzien. We verwachten dat zorgaanbieders kijken naar mogelijkheden om de zorg doelmatiger te organiseren, zodat de kwaliteit nu en in de toekomst geborgd blijft. In 2021 kunt u in aanmerking komen voor een opslag op het tarief van 1% om doelmatigheidsverbetering te realiseren.</p> <p>We verwachten dat er voor iedere organisatie verbetermogelijkheden zijn in de inzet van hun financiële middelen. Dat baseren wij op de verschillen die we zien tussen zorgaanbieders in de wijze waarop ze de beschikbare middelen inzetten. Zorgaanbieders die al zeer doelmatig werken kunnen ervoor kiezen om niet in te schrijven op deze maatwerkafspraken en af te zien van de tariefsopslag. Deze doelmatig werkende zorgaanbieders hebben dan deze stimulans niet nodig en kunnen kwalitatief goede zorg leveren met de beschikbare middelen.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.2.3</i></p>	
<p>Hier wordt alleen de V&V genoemd. Is dit niet van toepassing op de GZ en GGZ onderdelen van de Wlz?</p>	<p>In deze paragraaf noemen we expliciet de V&V waar het gaat om wachttijden. Dit knelpunt zien we in de andere sectoren minder. Het overige deel van de paragraaf heeft betrekking op alle sectoren.</p>
<p>Het is ons niet duidelijk waar het zorgkantoor precies op doelt, en wat dit inkoopdoel moet gaan opleveren, kunt u dit verder concretiseren (over welke complexe zorgvraag gaat het, waarom blijkt zorg niet te passen, wat is de reden dat klanten langer thuis wonen dan verantwoord?)</p>	<p>Wat dit inhoudt kunnen we niet in algemene zin beantwoorden. Dit verschilt per regio en zorgaanbieder afhankelijk van demografische ontwikkelingen in de regio, het vertrekpunt en de gezamenlijke ambitie. Vanaf 2022 zijn we van plan om meer maatwerk toe te passen in financiële afspraken. Hoe dat precies vorm krijgt in de uitwerking van de zes maatwerkafspraken, werken we de komende tijd verder uit. We zullen dat doen in overleg met een vertegenwoordiging van zorgaanbieders, klanten en brancheorganisaties.</p>

Subparagraaf 1.2.4

<p>Hoe wordt meer samenwerking met de Wmo en Wijkverpleging (Zvw) concreet gezien? Hoe zijn gemeente en verzekeraars betrokken bij jullie inkoopbeleid?</p>	<p>Bij het opstellen van het zorginkoopbeleid is afstemming gezocht met de Zvw. Daarnaast hebben we gemeenteadviseurs in dienst, ze zijn op de hoogte van het inkoopbeleid en nemen dit mee in hun contacten met gemeenten.</p> <p>Hoe we de samenwerking in de regio concreet zien hangt af van de specifieke situatie in de regio. We nodigen zorgaanbieders uit om samen met (zorgaanbieders uit) andere domeinen (bijvoorbeeld Wmo, Zvw, en Jeugdwet) te komen met plannen die passen bij de regio en aansluiten bij de gestelde inkoopdoelen.</p>
<p>Hoe zijn gemeente en verzekeraars betrokken bij jullie inkoopbeleid?</p>	<p>Bij het opstellen van het zorginkoopbeleid is afstemming gezocht met de Zvw. Daarnaast hebben we gemeenteadviseurs in dienst, ze zijn op de hoogte van het inkoopbeleid en nemen dit mee in hun contacten met gemeenten.</p>
<p>U schrijft dat het merendeel van de klanten in de WLZ komt vanuit de WMO, Jeugdwet of Zvw. Zorgaanbieders herkennen de overlap tussen de verschillende zorgdomeinen. Echter hebben zorgaanbieders nog geen concrete onderzoeken kunnen vinden over de instroom tussen de domeinen onderling, kunt u deze beschikbaar stellen?</p>	<p>Ook bij ons zijn geen concrete onderzoeken bekend van de doorstroom tussen de verschillende sectoren, het beeld dat wij beschrijven komt uit de praktijk.</p>

1.3 Om de inkoopdoelen te bereiken behouden we veel elementen uit de werkwijze van de afgelopen jaren en voegen we maatwerkafspraken toe

Vraag	Antwoord
<p>U geeft twee redenen voor verlaging van het basistariefpercentage met 2,6% ten opzichte van vorig jaar. Die redenen nemen niet weg dat van zorgaanbieders wordt verlangd dat zij dezelfde zorg leveren als vorig jaar, terwijl de kosten van zorgaanbieders stijgen. Kunt u toelichten waarom u desondanks vindt dat u met het verlaagde basistariefpercentage een redelijke vergoeding biedt? Waar bestaat financiële ruimte uit om vernieuwing te stimuleren bij een basistarief met de maximale opslag die lager of gelijk is aan het huidige tarief?</p>	<p>Het basistarief wordt verlaagd om differentiatie mogelijk te maken. Differentiatie stimuleert efficiëntie, kwaliteitsverbetering en innovatie. We vragen een specifieke inzet van zorgaanbieders, gericht op de grote opgave die we op ons af zien komen in de langdurige zorg. Hiervoor krijgen zorgaanbieders een opslag op het basistarief. We moeten ons allen inzetten om ook in de toekomst klanten die afhankelijk zijn van langdurige zorg van passende zorg te blijven voorzien. De zorg moet voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen. We verwachten dat u kijkt naar mogelijkheden om de zorg doelmatiger te organiseren, zodat de kwaliteit geborgd blijft.</p> <p>In 2021 kunt u in aanmerking komen voor een opslag op het tarief van 1% om doelmatigheidsverbetering te realiseren. Als u deze doelmatigheidsverbetering daadwerkelijk</p>

	<p>realiseert heeft u zowel 1% opslag op het basistariefpercentage als 1% extra financiële middelen die u op een andere manier kunt inzetten. Daarmee komen er extra middelen beschikbaar voor de zorgverlening aan uw klanten. U bepaalt zelf op welke onderdelen u de doelmatigheidswinst wilt realiseren.</p>
<p>Een dringende oproep om de administratieve lasten voor de verantwoording zoveel mogelijk te beperken. De indruk die wordt nu gewekt dat de verantwoording behoorlijk wat inspanning zal vragen. Graag in de tekst opnemen dat wordt gewerkt met een minimale verantwoording, zoveel mogelijk gebaseerd op bij de aanbieder reeds aanwezige gegevens?</p>	<p>We begrijpen dat de maatwerkafspraken extra inspanning vragen. Maatwerk betekent ook maatwerk in afspraken. We houden de extra inspanning minimaal door aan te sluiten bij wat zorgaanbieders zelf al doen en vastleggen. We vragen u een beknopt plan in te dienen door enkele vragen te beantwoorden in een Excel format. Daarnaast levert u ook in een Excel format uw resultaten aan volgens indicatoren die u zelf heeft opgenomen in uw plan.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.3.1</i></p>	
<p>Hoe gaat het zorgkantoor er mee om als er meer groei plaatsvindt dan past binnen de beschikbare contracteerruimte?</p>	<p>Dan passen wij de werkwijze toe zoals staat beschreven in Paragraaf 10.1.4 van het Zorginkoopbeleid.</p>
<p>Kunnen wij er als instelling vanuit gaan dat als een patiënt een Wlz pakket heeft en wij de zorg leveren, deze ook betaald wordt?</p>	<p>Dit geldt voor alle zorgaanbieders die een overeenkomst met ons hebben zolang het past binnen de gemaakte afspraken en de contracteerruimte van het zorgkantoor. In paragraaf 10.1.4 van het zorginkoopbeleid leest u hierover meer.</p>
<p>Wat wordt bedoeld met beschikbare contracteerruimte van het zorgkantoor? Gaat het hier om het macrobudget alle zorgkantoren samen of alleen om budget Zilveren Kruis?</p>	<p>Hier bedoelen we het budget van Zilveren Kruis.</p>
<p>"Dit zolang het past binnen de beschikbare contracteerruimte van het zorgkantoor." Hoe weten wij tijdig wanneer het plafond is bereikt, zodat we tijdig kunnen bijsturen. Hoe worden wij hieraan gehouden; we kunnen niet met minder middelen en het aanbod vergroten en de kwaliteit verhogen.</p>	<p>In paragraaf 10.1.3 en 10.1.4 van het zorginkoopbeleid leest u hoe wij u informeren en hoe we omgaan met een (dreigende) overschrijding van de contracteerruimte.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.3.3</i></p>	
<p>We willen hierbij een aanvulling vragen. Is het mogelijk om ook de samenhang van de segmenten van de Wlz (V&V, GHZ en GGZ) zichtbaar te maken in de analyses? Een deel van de cliënten heeft meervoudige problematiek die onder meerdere Wlz grondslagen valt. Daarnaast kent de arbeidsmarkt problematiek geen grenzen binnen de Wlz of daarbuiten in de zorg.</p>	<p>De huidige regioanalyses zijn toegespitst op de sectoren en er is momenteel geen overkoepelende analyse over sectoren of regio's.</p>
<p>Ook in de regio Friesland start u met regioanalyses en regioplannen voor V&V, GZ en GGZ. Is er een tijdpad beschikbaar voor</p>	<p>We publiceren op 1 juli 2020 een nieuwsbericht op de website met daarin het tijdpad voor de regioanalyses voor de regio Friesland.</p>

ontwikkeling van deze regioanalyses en-plannen in de regio Friesland?	
De regio-analyses zoals we die nu kennen kunnen inzicht geven in doelmatigheid, maar niet in doeltreffendheid of kwaliteit. Hoe gaat het zorgkantoor de regio-analyses hiervoor corrigeren?	De zorginkopers in onze zorgkantoorregio's zijn in gesprek met de zorgaanbieders in hun regio, maar ook met andere partijen die een rol spelen rond Wlz-zorg (bijvoorbeeld de gemeente als het gaat om wonen). In die gesprekken komen zorgvraag, zorgaanbod en kwaliteit van zorg/leven aan bod. De uitvoeringsagenda van de gezamenlijke regionale partijen en de regio-analyse vormen gezamenlijk het regioplan dat op onze website gepubliceerd wordt. Dit jaar zijn de regioanalyses aangepast, zodat ze aansluiten bij de inkoopdoelen zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid 2021-2023.
Om de regio-analyses te kunnen duiden, en erop te acteren is het van belang dat we over actuele analyses kunnen beschikken. Hoe gaat het zorgkantoor hieraan voldoen?	Jaarlijks publiceert Zilveren Kruis geactualiseerde regioanalyses. Wij hebben onze cyclus voor het opstellen van de regioplannen afgestemd op de beschikbaarheid van de landelijke data en de juiste momenten om daarover met stakeholders in gesprek te zijn.
Hoe komt het regioplan voor een zorgkantoorregio tot stand? In hoeverre is hier dialoog over met GGZ zorgaanbieders?	In 2019 spraken wij met zorgaanbieders over de regioanalyses 2019. Deze analyses en gesprekken resulteren in een regioplan 2020 voor iedere regio. Voor de GGZ zijn deze regioanalyses en regioplannen er nog niet. In de GGZ gaan we de komende jaren de werkwijze met regioanalyses en regioplannen doorontwikkelen zodat deze vergelijkbaar wordt met die in de V&V en GZ.
Wanneer komen de regio-analyses en regioplannen ter beschikking?	De regioplannen en regioanalyses zijn beschikbaar. Deze vindt u op de website van Zilveren Kruis: https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/uw-zorgverlening/analyses . Begin 2021 zullen we de regioplannen van dat jaar toevoegen.
<i>Subparagraaf 1.3.4</i>	
Zegt u hier impliciet dat u deze kwaliteitskaders ook in de GGZ gaat verplichten?	De zorgkantoren werken met voorlopige kwaliteitsuitgangspunten voor de GGZ. Wanneer u GGZ zorg levert, moet u hieraan voldoen. Deze voorlopige kwaliteitsuitgangspunten zijn door de gezamenlijke zorgkantoren in overleg met het veld opgesteld en vormen een voorloper op de definitieve kwaliteitsuitgangspunten waaraan vanuit de Nederlandse GGZ gewerkt wordt. Dit staat ook beschreven in paragraaf 2.3.3.
<i>Subparagraaf 1.3.5</i>	
Er zit een tegenstrijdigheid in deze paragraaf. Stimuleren met een korting en financiële dwang is niet direct een stimulans om aan de slag te gaan. De ontwikkeling zal eerder stagneren omdat het draagvlak voor ontwikkelingen wordt	Er is geen sprake van een bezuiniging. Het basistarief wordt verlaagd om differentiatie mogelijk te maken. Differentiatie stimuleert efficiëntie, kwaliteitsverbetering en innovatie. We vragen een specifieke inzet van zorgaanbieders,

<p>aangetast door de dwang. Graag een toelichting van het zorgkantoor hoe korting en dwang gewenste ontwikkeling kan stimuleren.</p>	<p>gericht op de grote opgave die we op ons af zien komen in de langdurige zorg. Hiervoor krijgen zorgaanbieders een opslag op het basistarief. We moeten ons allen inzetten om ook in de toekomst klanten die afhankelijk zijn van langdurige zorg van passende zorg te blijven voorzien. De zorg moet voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen. We verwachten dat u kijkt naar mogelijkheden om de zorg doelmatiger te organiseren, zodat de kwaliteit geborgd blijft.</p>
<p>Er zit een tegenstrijdigheid in de tekst van 1.3.5 en hoe de maatwerkafspraken worden vormgegeven. Dat is veel dwingender geformuleerd dan wordt gesuggereerd in 1.3.5. Kan het zorgkantoor verhelderen wat van ons wordt verwacht. In 2021. En in de jaren daarna.</p>	<p>Voor 2021 vragen wij u per maatwerkafpraak een beknopt plan in te dienen. Wij verwachten dat u invulling geeft aan de plannen en zich inzet om deze te realiseren. De voortgang van de implementatie monitoren wij in de dialoog die we met u voeren. Daarin is voor ons belangrijk dat we een beweging zien volgens het plan dat u zelf heeft opgesteld en bij ons heeft ingediend. Op basis daarvan zullen wij vaststellen of de inspanning die u daarvoor heeft gedaan past bij uw ambities.</p> <p>In het inkoopbeleid staat het meerjarige beleid op hoofdlijnen beschreven. De kaders van het meerjarige beleid zijn daarmee helder. Deze hoofdlijnen gaan we voor 2022 en 2023 verder uitwerken. Dat zullen we doen in overleg met een vertegenwoordiging van zorgaanbieders en klanten en brancheorganisaties. Zodra we meer weten over de verdere uitwerking van het beleid vanaf 2022 zullen wij u hierover informeren zodat u hierop desgewenst kunt anticiperen.</p>
<p>De 5 vragen (x2) die voor de plannen worden opgegeven om in aanmerking te komen voor de 2% opslag, wanneer en waar worden deze bekend gemaakt?</p>	<p>De vragen vindt u in het hoofdstukken over de maatwerkafspraken en in Bijlage 11.</p>

1.4 We hanteren een basistariefpercentage met opslagen op basis van maatwerkafspraken

Vraag	Antwoord
<p>Wat is verschil tussen maatwerkafspraken en de ontwikkelafspraken 2016-2018?</p>	<p>De methodiek lijkt enigszins op elkaar, maar de vorm en inhoud is anders. In het inkoopdocument is uitgebreid beschreven op welke wijze we de afspraken willen vormgeven.</p>
<p>Verder een vraag over het tarief. 94% basistarief, 2% maatwerk. Wat de laatste 4%? Regionaal landschap of wat anders?</p>	<p>Uw vraag impliceert dat de zorgkantoren per klant vanuit het financieel kader een vergoeding ontvangen van 100% van het NZa tarief. Dit is niet het geval. We hebben de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. Net als</p>

	<p>andere jaren vergoeden wij niet 100% van het maximum NZa-tarief. Hierdoor kunnen we – binnen de financiële kaders die door VWS gesteld worden – meer klanten van Wlz-zorg voorzien en voorkomen we het ontstaan van wachtlijsten. Daarnaast reserveren wij een klein deel van de beschikbare contracteerruimte voor maatwerkafspraken over regionale ontwikkeling. De zorgkantoren stellen de beschikbare middelen (het budgettair kader) volledig ter beschikking aan de zorg voor Wlz-klanten. Er blijft derhalve geen ruimte over.</p>
<p>In paragraaf 1.4 (pagina 16) staat dat u partijen die meer bijdragen aan de beweging die nodig is voor de toekomst wilt faciliteren met een passende vergoeding. Bedoelt u met partijen individuele zorgaanbieders of kan een aantal zorgaanbieders samen ook een partij zijn?</p>	<p>Met partijen bedoelen we zowel zorgaanbieders als samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders.</p>
<p>In paragraaf 1.4 (pagina 16) staat over het basistariefpercentage vanaf 2021 dat zorgaanbieders die zorg leveren binnen de kwaliteitskaders een vast basistariefpercentage krijgen. Wij nemen aan dat u met “binnen de kwaliteitskaders” voor de V&V doelt op het vastgestelde Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Klopt dat? Zo nee, graag een toelichting.</p>	<p>Het klopt dat we voor de V&V met kwaliteitskader het vastgestelde Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg bedoelen. Voor de extramurale verpleeghuiszorg geldt het Addendum Wlz-zorg thuis</p> <p>Voor de GZ gaat het om het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en voor de GGZ om de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten.</p>
<p>In paragraaf 1.4 (pagina 16) geeft u aan dat u gaat differentiëren tussen zorgaanbieders vanwege de mate waarin zorgaanbieders bijdragen aan de beweging die nodig is voor de toekomst. Daaronder maakt u met betrekking tot het basistariefpercentage onderscheid tussen aanbieders die zorg binnen het kwaliteitskader leveren (en niet) en zorgaanbieders groter en kleiner dan € 500.000. Hoe staan de verschillende categorieën in relatie tot de differentiatie tussen zorgaanbieders?</p>	<p>Uw aanname dat we onderscheid maken in basistariefpercentage tussen zorgaanbieders die wel en niet aan de kwaliteitskaders voldoen klopt niet. Zorg leveren binnen de kwaliteitskaders is een basisvereiste voor het leveren van Wlz-zorg. Dat verwachten we van alle zorgaanbieders en monitoren we via de kwaliteitsdialogo. Daarom geldt het basistariefpercentage voor alle zorgaanbieders, ongeacht hun omzet. Alleen de mogelijke maatwerkafspraken en bijbehorende opslagen verschillen tussen zorgaanbieders met een Wlz-omzet van € 500.000,- of hoger en zorgaanbieders met een lagere omzet.</p>
<p>In paragraaf 1.4 (pagina 16) staat dat zorgaanbieders met een Wlz-omzet lager dan € 500.000 niet in aanmerking komen voor maatwerkafspraken. In figuur 3 staat bij Flexibele opslag in de rechter kolom dat opslag mogelijk is op basis van maatwerkafspraken. Die mogelijkheid geldt dus niet voor deze aanbieders. Tegelijkertijd staat in voetnoot 2 bij figuur 3 dat kleinere aanbieders in 2022 en 2023 een lagere opslag krijgen dan er mogelijk is voor grotere aanbieders. Kleinere aanbieders krijgen dus wel een opslag, maar lager en zonder maatwerkafspraken. Kunt u duidelijk</p>	<p>In 2021 kunnen kleinere zorgaanbieders voor een vaste opslag van 2% in aanmerking komen als ze een toelichting geven op hun ambitie [zie Hoofdstuk 7 van het zorginkoopbeleid].</p> <p>Grotere zorgaanbieders kunnen voor eenzelfde vaste opslag van 2% in aanmerking. Met hen maken we daarover maatwerkafspraken [zie Hoofdstuk 4 en 5 van het zorginkoopbeleid].</p> <p>Vanaf 2022 zijn we van plan de hoogte van de opslag voor grotere zorgaanbieders flexibeler te maken door meer maatwerkafspraken in te voeren.</p>

<p>toelichten? Kunt u daarbij aangeven waarom grotere aanbieders voor dezelfde opslag wel maatwerkafspraken (met een inspannings- en/of resultaatverplichting) moeten indienen?</p>	<p>Voor kleinere zorgaanbieders zijn we van plan om ook vanaf 2022 een vaste opslag te hanteren. De hoogte van deze opslag bepalen we bij de uitwerking van het beleid vanaf 2022. Deze vaste opslag is dan lager dan de opslagen die de grotere zorgaanbieders kunnen krijgen.</p> <p>De reden van dit onderscheid leest u in ons zorginkoopbeleid in Paragraaf 3.2.2: Kleinere zorgaanbieders, met een Wlz-omzet lager dan € 500.000,- kunnen vanwege hun omvang in mindere mate bijdragen aan het realiseren van een regionaal zorgaanbod dat past bij de zorgvraag van onze huidige en toekomstige klanten. De impact voor klanten in relatie tot de transactiekosten die maatwerkafspraken met zich meebrengen zijn dan onvoldoende in balans. Daarom komen deze zorgaanbieders niet in aanmerking voor maatwerkafspraken.</p>
<p>Er wordt in overgangsjaar 2021 onderscheid gemaakt tussen zorgaanbieders met een lagere dan wel hogere Wlz-omzet dan € 500.000 voor wat betreft de opslag van 2% op het basistariefpercentage. In voetnoot 1 bij Figuur 3 staat dat de kleinere aanbieders een standaard opslag van 2% op het basistariefpercentage krijgen. In de tekst van paragraaf 1.4 staat dat zij daarvoor een toelichting moeten geven op hun ambities voor het leveren van Wlz-zorg in de toekomst. Gezien de huidige omstandigheden vragen wij u deze werkwijze (het indienen van een toelichting op hun ambities) in het overgangsjaar 2021 ook toe te passen voor de zorgaanbieders met een Wlz-omzet hoger dan € 500.000. Gaat u dit overnemen?</p>	<p>Van grotere zorgaanbieders vragen we een inzet op optimaliseren van de inzet van financiële middelen (maatwerkafpraak 1) en innovaties die bijdragen aan de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek (maatwerkafpraak 2). Voor kleinere zorgaanbieders hebben we ervoor gekozen op algemeen niveau naar ambities te vragen. We gaan het beleid hierop niet aanpassen omdat we geloven dat het belangrijk is nu al te investeren in de beweging die nodig is voor het realiseren van een regionaal zorgaanbod dat past bij de zorgvraag van onze huidige en toekomstige klanten. We denken dat grotere zorgaanbieders hieraan in 2021, rekening houdend met het coronavirus, het meest kunnen bijdragen met deze twee maatwerkafspraken.</p>
<p>Er staat dat zorgaanbieders met een Wlz-omzet van € 500.000 of hoger in 2021 door maatwerkafspraken maximaal 2% opslag op het basistariefpercentage kunnen ontvangen. De toevoeging maximaal kan erop duiden dat het opslagpercentage lager kan zijn dan 2%. In figuur 3 staat echter dat er in 2021 sprake is van een standaard opslag van 2%. Kan een zorgaanbieder met een Wlz-omzet van € 500.000 of hoger een lagere opslag dan 2% krijgen in 2021 of niet? Graag toelichten. (NB – In paragraaf 3.2 staat ook maximaal 2%.)</p>	<p>De term standaard opslag in figuur 3 is foutief. Dit moet zijn vaste opslag. Dit zullen we aanpassen.</p> <p>Met vaste opslag bedoelen we dat deze altijd 1% is per maatwerkafpraak. Één procent voor het optimaliseren van de inzet van financiële middelen en 1% voor innovaties die bijdragen aan de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek.</p> <p>Een zorgaanbieder kan ervoor kiezen zich niet in te schrijven voor een maatwerkafpraak. In dat geval ontvang de zorgaanbieder geen vaste opslag (0%). Of een zorgaanbieder kiest ervoor slechts één maatwerkafpraak te maken (en ontvangt dan een opslag van 1%).</p>

	<p>Als een zorgaanbieder niet aan de eisen van een maatwerkafpraak voldoet kunnen wij (een deel) van de opslag terugvorderen, dan wel verrekenen. Daarom spreken we van een maximale opslag en van mogelijke opslagen.</p>
<p>In paragraaf 1.4 (pagina 16) is figuur 3 opgenomen met de titel: tariefopbouw vanaf 2021 vergeleken met de tariefopbouw 2020. Wij nemen aan dat over de figuur goed is nagedacht en daar rechten aan kunnen worden ontleend (lees: u er later op terug kunt vallen). Deze veronderstelling wordt mede ingegeven door het feit dat er (in tegenstelling tot figuur 5 in paragraaf 3.2) niet bij staat dat het illustratief is. In het document inkoopbeleid wordt niets gezegd over de (mogelijke) percentages in de kolom Tariefpercentage 2022-2023. Wij kunnen begrijpen dat u daar nog geen duidelijkheid over kunt geven. Om misverstanden te voorkomen verzoeken wij u de kolom 2022-2023 uit figuur 3 in het inkoopbeleid te schrappen, zodat er geen discussie over kan ontstaan als u er later toch een beroep op doet en/of naar gaat verwijzen. Neemt u deze suggestie over?</p>	<p>De figuren 3 en 5 zijn per ongeluk omgedraaid. De figuur geplaatst als figuur 3 is figuur 5 en de figuur geplaatst als figuur 5 is figuur 3. We passen het zorginkoopbeleid hierop aan.</p> <p>De figuur bedoeld als figuur 3 laat illustratief zien wat de opbouw van het tarief is in de periode 2021 tot en met 2023. Het is illustratief omdat de tariefpercentages vanaf 2022 nog niet bekend zijn.</p> <p>De figuur bedoeld als figuur 5 is voor 2021 illustratief omdat deze figuur de feitelijke tariefopbouw in 2021 laat zien. Voor de staafgrafiek vanaf 2022 zullen we toevoegen dat deze illustratief is, net zoals de staafgrafiek 2021-2023 in de bedoelde figuur 3.</p>
<p>Graag vernemen wij of nog steeds de mogelijkheid bestaat om, in bijzondere omstandigheden en in onderling overleg met het Zorgkantoor, af te kunnen wijken van de gehanteerde percentages. Bijvoorbeeld om alsnog 100% van het NZa- tarief vergoed te krijgen.</p>	<p>Zoals in Paragraaf 11.6 staat behouden wij ons in algemene zin het recht voor om aanvullende afspraken met zorgaanbieders te maken buiten deze zorginkoopprocedure om als dit nodig is om aan onze zorgplicht te kunnen blijven voldoen.</p>
<p>Zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een tariefopslag, moeten hiervoor een plan indienen. De beoordelingscriteria voor deze plannen zijn niet opgenomen in de inkoopdocumenten. Daardoor is de beoordelingssystematiek van de plannen niet transparant. Wij verzoeken u gemotiveerd toe te lichten hoe de plannen zullen worden beoordeeld</p>	<p>We toetsen of de plannen die u indient voldoen aan de voorwaarden uit het zorginkoopbeleid [zie Paragraaf 4.3.2 en 5.2]. Wij verwachten dat u invulling geeft aan de plannen en zich inzet om deze te realiseren. De voortgang van de implementatie monitoren wij in de dialoog die we met u voeren. Daarin is voor ons belangrijk dat we een beweging zien volgens het plan dat u zelf heeft opgesteld en bij ons heeft ingediend. Op basis daarvan zullen wij vaststellen of de inspanning die u daarvoor heeft gedaan past bij uw ambities.</p>
<p>Is het mogelijk om plannen die in eerder (in 2020) zijn ingediend onder een bepaald budget en van doorlopende aard zijn in 2021, nu binnen een ander budget te plaatsen? Dit om via herindeling van plannen en budgetten te komen tot een nieuwe optimale situatie.</p>	<p>Ja, het is mogelijk om een ander jaar voor een andere financieringsbron te kiezen. Dubbele financiering is uiteraard niet toegestaan.</p>
<p>Elke organisatie zit in een andere fase van ontwikkeling wat ook is gebleken uit de dialoog van het afgelopen jaar, wat maakt dat er desondanks is gekozen voor het generiek</p>	<p>De opbouw van het tarief uit een basistarief met opslagen maakt differentiatie tussen zorgaanbieders mogelijk.</p>

<p>bepalen van het percentage?</p>	<p>De kwaliteitskaders blijven de basis voor zorgaanbieders voor de invulling van de zorg. Zorg leveren binnen de kwaliteitskaders is een basisvereiste voor het leveren van Wlz-zorg. Dat verwachten we van alle zorgaanbieders en monitoren we via de kwaliteitsdialogo. Zorgaanbieders kunnen een hoger tariefpercentage ontvangen dan het basistariefpercentage.</p> <p>Met maatwerkafspraken kunnen zorgaanbieders in aanmerking komen voor een vaste opslag van 2%. Daar bovenop kunnen ze met ons afspraken maken voor regionale ontwikkelingen.</p>
<p>Hoe staat het generiek bepalen van het percentage in verhouding tot de regionale ontwikkelingen waar in het verdere stuk over geschreven wordt, als ook het landelijke inkoopbeleid (met als titel, Maatwerk in de regio)?</p>	<p>Met maatwerkafspraken kunnen zorgaanbieders in aanmerking komen voor een vaste opslag van 2%. Daar bovenop kunnen ze met ons afspraken maken voor regionale ontwikkelingen. Deze afspraken verschillen per zorgaanbieder.</p>
<p>Op welke wijze wordt getoetst in hoeverre de percentages die voor 2022 en 2023 worden vastgesteld in verhouding zijn met de daadwerkelijke kosten voor het leveren van de zorg?</p>	<p>Het zorgkantoor maakt geen kostprijsberekeningen. De NZa bepaalt de maximumtarieven. Deze zijn landelijk vastgesteld. Wij vergoeden een percentage van dit maximum NZa-tarief, hetgeen past binnen de tariefstructuur van de NZa en de vrijheid die zorgkantoren op dit punt hebben. Als er een structurele verandering van kosten is, dan zal dat verdisconteerd zijn in de door de NZa vastgestelde maximum tarieven. Bij de vaststelling van het basistariefpercentage is onder meer gekeken naar de huidige afspraken op landelijk niveau en zijn analyses gemaakt van de financiële positie van zorgaanbieders om de mogelijke impact te kunnen inschatten. Dit hebben we meegenomen in de afwegingen.</p>
<p>In de grafiek voor de periode van 2022 en 2023 staat de mogelijkheid tot het maken van zes maatwerkafspraken. Betekent dit dat voor elk van deze maatwerkafspraken er een opslag van 1% komt? Zo ja, wordt er daarmee ook een verdere verlaging van het basistarief beoogd?</p>	<p>De opbouw van het tarief met een basistariefpercentage en flexibele opslagen geldt voor de gehele periode van het zorginkoopbeleid (2021 tot en met 2023). De percentages zijn vanaf 2022 nog niet bekend. We zijn vanaf 2022 niet van plan om per maatwerkafpraak een vaste opslag van 1% toe te kennen. Vanaf 2022 willen we zorgaanbieders meer keuze bieden in de maatwerkafspraken die ze met ons willen maken. Uit de zes maatwerkafspraken kan iedere zorgaanbieder die afspraken kiezen die het beste passen bij de ambities van de organisatie. We zijn ook van plan meer maatwerk in financiering te gaan toepassen. Hoe dat precies vorm krijgt werken we de komende tijd verder uit. We zullen dat doen in overleg met een vertegenwoordiging van zorgaanbieders, klanten en brancheorganisaties.</p>

Gesteld wordt dat het ontwikkelbudget voor regionale plannen nog beschikbaar is tot en met 2021. Betekent dit dat het ontwikkelbudget in 2022 definitief stopt? En klopt het dat de regionale ontwikkeling in 2022 onderdeel gaat uitmaken van de maatwerkafpraak die iedere zorginstelling apart met het zorgkantoor moet maken?	De middelen voor 2021 ontwikkelbudget zijn voor de ingroefase van het kwaliteitskader (2019-2021) door VWS beschikbaar gesteld. Aanvullend op het ontwikkelbudget is het vanaf 2021 mogelijk om afspraken te maken over de regionale ontwikkeling.
U stelt: de opslagen zijn afhankelijk van de maatwerkafspraken die we maken gericht op een regionaal zorgaanbod wat past bij de zorgvraag van de client. Onder paragraaf 1.5 geeft u aan dat de maatwerkafspraken gericht zijn op optimaal inzetten van de financiële middelen en innovaties voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek. Dit is in tegenstrijd met elkaar. Het ene is regionaal gericht, het andere is op de eigen zorginstelling gericht. Hoe moeten wij de regionale doelstelling zien? in het document wordt regelmatig de 'regionale ontwikkeling' aangehaald, maar hoe verhoudt zich dit tot het ontwikkelbudget, de maatwerkafspraken in 2021 en verder? Het is verwarrend, zie bijv. ook paragraaf 1.5.4. En zie ook de opmerking onder 1.6 : "daarnaast zien we dat zorgaanbieders steeds vaker gezamenlijk optrekken bij het oplossen van regionale knelpunten. Ook die beweging willen we in 2021 al ondersteunen d.m.v. maatwerkafspraken."	Individuele zorgaanbieders kunnen bijdragen aan de realisatie van de inkoopdoelen. In 2021 kunnen ze dat doen via de maatwerkafspraken optimale inzet van financiële middelen en innovaties voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek. Voor een toekomstbestendig zorglandschap is meer nodig dan de beweging van individuele zorgaanbieders. Daarvoor is ook samenwerking in de regio nodig. Om dit te stimuleren is de maatwerkafpraak regionale ontwikkeling bedoeld. Wij zien het als aanvullende maatwerkafspraken die gezamenlijk bijdragen aan de realisatie van de inkoopdoelen.
In hoeverre is het schuiven tussen de opslag van optimale inzet financiële middelen en innovaties voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek mogelijk?	Schuiven in opslagen tussen maatwerkafspraken is niet mogelijk. Voor iedere zorgaanbieder is een opslag mogelijk van 1% voor de optimale inzet van beschikbare middelen en 1% voor innovaties voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek.
Pagina 4-5 94% basistarief + 2% maatwerkafpraak Hoe gaat het zorgkantoor de effectiviteit van deze aanpak meten en evalueren?	Dat werken we verder uit aan de hand van de in Paragraaf 12.6 beschreven kaders.

1.5 **Met de maatwerkafspraken en projecten willen we een regionaal zorgaanbod creëren dat past bij de zorgvraag van huidige en toekomstige klanten**

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 1.5.1</i>	
Hoe wordt het grote tekort aan de genoemde geclusterde woonvormen opgelost? De gemeentes zie ik dat niet doen	Het oplossen van dit knelpunt is niet eenvoudig. Daar zijn veel verschillende partijen bij betrokken. Voor ons als zorgkantoor is dit een nieuw terrein. We gaan de komende tijd, in overleg met betrokken partijen, verkennen hoe wij hierin een rol

	kunnen pakken.
<i>Subparagraaf 1.5.2</i>	
U geeft ook als voorbeeld het inzetten van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Dit levert geen bijdrage aan verlichting van zorgpersoneel. We ervaren juist dat deze mensen alleen maar meer begeleiding nodig hebben en dus geen verlichting geven. We zien dezelfde voorbeelden als vorig jaar waarbij toen al aangegeven werd dat het niet werkt om de zorginzet te doen verminderen of de zorgmedewerker te ontlasten.	Wij hebben voorbeelden geselecteerd waarmee het mogelijk is om op termijn een bijdrage te leveren aan de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek. Voor alle voorbeelden geldt dat er tijd en een zorgvuldige implementatie nodig is om dit te realiseren. Mocht u in de uitgewerkte voorbeelden geen voorbeelden vinden die passen bij uw ambities, dan kunt u zelf een innovatie (of combinatie van innovaties) kiezen die bijdraagt aan de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek binnen de vier hiervoor benoemde onderwerpen van innovaties [zie Paragraaf 5.2].
"Op basis daarvan denken we dat er mogelijkheden zijn om de beschikbare middelen doelmatiger in te zetten". Hoe verhoudt deze doelstelling zich tot de kwaliteit, en tot meer lange termijn doelen als tevredenheid en behoud van personeel? Voor zorgaanbieders is het kunnen werven en behouden van tevreden, betrokken en gemotiveerde medewerkers een belangrijk strategisch uitgangspunt, want betrokken medewerkers zijn een voorwaarde voor kwalitatief goede en toekomstbestendige zorg.	We delen met u het belang van het behouden van medewerkers. Daarom is dat ook één van de onderwerpen waarover u afspraken kunt maken bij de maatwerkafpraak innovatie voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek.
<i>Subparagraaf 1.5.3</i>	
"Wij willen aansluitend op dit landelijk traject de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg verbeteren voor doelgroepen waarvoor dit niet vanzelfsprekend goed geregeld is." We maken hieruit op dat het mogelijk wordt om vernieuwend en gespecialiseerd zorgaanbod in de regio waarmee we inspelen op een behoefte, zoals een gespecialiseerde woonvorm voor cliënten met Parkinson, bekostigd te krijgen, klopt dat?	Hoe we de maatwerkafspraken vanaf 2022 gaan invullen, werken we de komende periode verder uit. Dit publiceren we in een geactualiseerd beleid voor 2022 en 2023.
<i>Paragraaf 1.5.4</i>	
Wat betekent dit voor de (administratieve) vastlegging? Krijgen we een kassiersfunctie, hoe vindt verantwoording plaats, wat als doelen niet gerealiseerd kunnen worden?	In Hoofdstuk 6 van het zorginkoopbeleid leest u de uitwerking van de maatwerkafpraak regionale ontwikkeling voor 2021. In dat hoofdstuk worden uw vragen beantwoord.
"Tot slot reserveren we in 2021, net als in de jaren daarna, contracteerruimte voor regionale ontwikkelingen. " Hoe kunnen we volgen dat budget dat wordt aangewend voor regionale ontwikkelingen en projecten doelmatig wordt	Uw zorginkoper informeert u over de wijze waarop de middelen in uw regio worden ingezet.

aangewend en daadwerkelijk ten goede komt aan de klant?

1.6 Voor 2021 hebben we een aangepast inkoopbeleid om u tijdens de coronacrisis te ontlasten

Vraag	Antwoord
U geeft aan het tariefpercentage en het beleid voor 2021: we gaan een contract aan voor 3 jaar. Hoe heeft een aanbieder genoeg informatie om een driejarig contract te tekenen als de ontwikkeling voor 2022 en 2023 nog niet duidelijk is?	In het inkoopbeleid staat het meerjarige beleid op hoofdlijnen beschreven. De kaders van het meerjarige beleid zijn daarmee helder. Deze hoofdlijnen gaan we voor 2022 en 2023 verder uitwerken. Met uw inschrijving en het ondertekenen van de bestuursverklaring stemt u in met het geschetste perspectief voor de zorginkoop voor de komende drie jaar. Voor de jaren 2022 en 2023 publiceren we een geactualiseerd beleid met daarin ook het basistariefpercentage en de mogelijke maatwerkafspraken voor het betreffende jaar. Dit doen wij zoals altijd uiterlijk 1 juni van het jaar voorafgaand aan de ingangsdatum van het beleid. Zoals gebruikelijk vragen wij u te zijner tijd om instemming met het geformuleerde beleid voor de contractering Wlz en met de voorwaarden van de overeenkomst Wlz van het betreffende jaar. Op dat moment kunt u ook bezwaar maken tegen de gepubliceerde aanvullingen.
Pagina 20: De maatwerkplannen worden opgevraagd op het moment dat het Coronavirus weer genormaliseerd is. Dit is een erg onzeker factor en wat zijn de criteria voor "genormaliseerd". Bedoelt u hiermee wanneer er een vaccin beschikbaar is en wat gaat u hiermee doen als er een tweede coronagolf aan komt?	<p>Het coronavirus is voor ons allemaal iets nieuws dus we weten helaas nog niet hoe dat verder gaat, dat brengt onzekerheid met zich mee. Met genormaliseerd bedoelen we dat zorgaanbieders de zorg en bedrijfsvoering weer op orde hebben. Ook met de nieuwe situatie waarin corona mogelijk nog lang een onderdeel blijft van onze maatschappij.</p> <p>Over het moment van opvragen plannen willen we in augustus in overleg met de branches en een vertegenwoordiging van zorgaanbieders. Dit zullen we in ZN-verband doen. We streven ernaar hierin landelijk één lijn te trekken. Voor de maatwerkafspraken regionale ontwikkeling kan dit moment per regio verschillen afhankelijk van de impact van het coronavirus in de regio. Als we verschillen maken tussen regio's zal dit altijd in overleg zijn met zorgaanbieders in de betreffende regio.</p> <p>We verwachten nu dat we op 1 september meer duidelijkheid kunnen geven. Maar het kan ook later worden. We blijven daarover in contact met zorgaanbieders.</p>

	<p>Als uiterste datum voor het opvragen van plannen hebben we in het beleid opgenomen uiterlijk 1 juli 2021 is. Mocht de situatie dan nog niet voldoende genormaliseerd zijn, dan kennen we voor 2021 de toeslagen toe zonder daarvoor een beknopt plan op te vragen.</p> <p>Deze keuze voor latere aanlevering betekent niet dat wij verwachten dat alle zorgaanbieders tot die tijd het uitvoering geven aan ambities voor de langere termijn stilleggen. We willen alle zorgaanbieders de vrijheid geven om hierin zelf afwegingen te maken. U kunt hiervoor inhoudelijke afstemming zoeken met uw zorginkoper. Wanneer u hiervoor kiest, ontvangen wij uw plan graag uiterlijk 1 september 2020. Dit kan per mail naar zorginkoopwvz@zilverenkruis.nl. In dat geval nemen we de beoordeling van het plan mee met de definitieve terugkoppeling inschrijving (23 oktober 2020).</p>
<p>In paragraaf 1.6 (pagina 20) staat dat u in 2021, net als in de jaren daarna, contracteerruimte voor regionale ontwikkelingen gaat reserveren. In figuur 3 in paragraaf 1.4 heeft u voor deze ontwikkelingen in 2021 "X%" (vermoedelijk 1%) gereserveerd. In 2022-2023 is deze aparte opslag verdwenen. Gaat de "X%" in 2022-2023 ten laste (ten koste) van het basistarief in 2022-2023?</p>	<p>Nee, dat klopt niet. In de staafgrafiek over 2022-2023 (eerste versie beleid figuur 3, in het aangepaste beleid figuur 5) valt het budget voor regionale ontwikkeling onder de flexibele opslag.</p>
<p>Waarom heeft het zorgkantoor er in het licht van de coronacrisis niet voor gekozen te wachten met het invoeren van de nieuwe inkoopsystematiek?</p>	<p>We zien een enorme opgave op ons afkomen om de langdurige zorg toegankelijk te houden. Die opgave vraagt een grote beweging in het veld. Deze beweging is op onderdelen door het coronavirus ook al versneld op gang aan het komen. We willen niet 1,5 jaar wachten om met het inkoopbeleid aan te sluiten bij deze beweging. We beseffen dat zorgaanbieders in ieder geval de komende maanden alle tijd en aandacht nodig hebben om de zorg tijdens en ook na de coronacrisis goed te organiseren. Daarom willen wij u zo min mogelijk belasten met de inkoopprocedure. Dat is de reden dat wij voor 2021 hebben gekozen voor een overgangsjaar waarin we een eerste (kleine) stap zetten richting de toekomstige opgave.</p>
<p>Hoe voldoet het zorgkantoor aan het transparantiebeginsel als het bij de inschrijving niet te voorzien is wanneer de situatie rondom de coronacrisis weer genormaliseerd zal zijn en daarmee niet duidelijk is wanneer een plan moet worden ingediend?</p>	<p>Wij hebben hieraan op twee manieren voldaan: 1- We hebben in het beleid opgenomen dat we u op 1 september 2020 nadere informatie geven over de termijn van het opvragen van plannen waarbij we hebben opgenomen dat u vanaf het moment van opvragen 2 maanden de tijd heeft voor het indienen van een plan</p>

	2- We hebben een uiterste datum opgenomen voor het opvragen van plannen (1 juli 2021).
Hoe rijmt u dit met de verplichting van het sluiten van een 3 jarige overeenkomst?	Het doel van een meerjarige overeenkomst is om zorgaanbieders over meerdere jaren de zekerheid van een contract te bieden. Er zitten door het coronavirus iets meer onzekerheden in het meerjarige beleid. De afweging daarbij was dat we u niet te veel willen belasten op dit moment. In het inkoopbeleid staat het meerjarige beleid op hoofdlijnen beschreven. De kaders van het meerjarige beleid zijn daarmee helder. Deze hoofdlijnen gaan we voor 2022 en 2023 verder uitwerken. Met uw inschrijving en het ondertekenen van de bestuursverklaring stemt u in met het geschetste perspectief voor de zorginkoop voor de komende drie jaar. Voor de jaren 2022 en 2023 publiceren we een geactualiseerd beleid met daarin ook het basistariefpercentage en de mogelijke maatwerkafspraken voor het betreffende jaar. Dit doen wij zoals altijd uiterlijk 1 juni van het jaar voorafgaand aan de ingangsdatum van het beleid. Zoals gebruikelijk vragen wij u te zijner tijd om instemming met het geformuleerde beleid voor de contractering Wlz en met de voorwaarden van de overeenkomst Wlz van het betreffende jaar. Op dat moment kunt u ook bezwaar maken tegen de gepubliceerde aanvullingen.
Tabel 1 bevat de "Tabel 1: overzicht van invoer van maatwerkafspraken". Welke van deze afspraken gelden voor de GGZ? Hoe ziet u de "Concentreren van expertise voor hoogcomplexere zorgvragen" in samenhang met de reeds jaren bestaande KIB en LIZ clusters?	De komende periode werken we de maatwerkafspraken voor 2022 en 2023 verder uit. Dan bepalen we ook hoe de maatwerkafspraken voor de verschillende sectoren invulling krijgen.
Met de inzet van innovaties voor de aanpak van de arbeidsmarkt-problematiek komt er meer tijd beschikbaar voor de zorg aan klanten met een Wlz-indicatie. Daarnaast verminderen we het fysieke contact tussen klanten en medewerkers als dit niet nodig is. Waarom zou sprake zijn van (fysiek) contact tussen klanten en medewerkers als dit niet nodig is?	Wij bedoelen dit in de context van het coronavirus. Een voorbeeld: voor lichamelijke verzorging is altijd fysiek contact nodig. Voor een persoonlijk gesprek is het gewenst maar nu dit extra risico's met zich meebrengt kan daarin de afweging gemaakt worden om dit via beeldbellen te doen.
In 2021 worden 3 van de 6 maatwerkafspraken ingevoerd. Kan met het ZK hiervan afgeweken worden, als de organisatie al actief werkt ,aangezien de ontwikkeling al in 2020 in gang is gezet, aan de ontwikkeling van een maatwerkafpraak die pas na 2022 wordt ingevoerd?	In verband met de impact van het coronavirus hebben wij in het inkoopbeleid geen verwachtingen geformuleerd voor de inkoopdoelen waarvoor in 2021 geen maatwerkafspraken te maken zijn. Samen met het veld gaan we de komende tijd uitwerken hoe we de in het beleid geschetste hoofdlijnen gaan invullen. Het staat u natuurlijk vrij om wel alvast stappen te zetten richting de realisatie van de inkoopdoelen. Zodra we meer weten over de verdere uitwerking van het beleid vanaf 2022 zullen wij u hierover informeren zodat u hierop desgewenst kunt anticiperen. Het is pas bij

	<p>de inschrijving voor/instemming met een overeenkomst voor 2022 mogelijk om over de maatwerkafspraken voor 2022 financiële afspraken te maken (uitgezonderd afspraken voor regionale ontwikkeling, zie Paragraaf 6.3.2). Er gelden in 2021 vaste tariefopslagen voor de in het zorginkoopbeleid beschreven maatwerkafspraken optimale inzet van financiële middelen en innovaties voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek. Per maatwerkafpraak kunt u één plan indienen om daarvoor in aanmerking te komen.</p>
<p>U geeft aan dat het ZK voor 2021 op een andere manier invulling aan de maatwerkafspraken geeft dan u in de jaren daarna van plan bent. 'In 2021 zit het maatwerk niet in de financiële vergoeding maar enkel in de inhoud van de afspraak'. Kunt u deze laatste zin verduidelijken?</p>	<p>Daarmee bedoelen we dat iedere zorgaanbieder een vaste opslag krijgt van 1% per maatwerkafpraak voor het optimaliseren van de inzet van financiële middelen en de inzet van innovaties voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek. Deze opslag is niet afhankelijk van de inhoud van de maatwerkafpraak. U ontvangt een opslag als u een beweging maakt die past binnen de kaders van de maatwerkafpraak. Het maatwerk zit in de inhoud, want zorgaanbieders kunnen op verschillende manieren invulling geven aan de maatwerkafspraken passend bij de organisatie.</p>
<p>"Iedere zorgaanbieder bepaalt, passend bij de eigen organisatie en binnen de kaders van de maatwerkafpraak wat hij wil doen om voor een vaste opslag in aanmerking te komen." We gaan er vanuit dat het hier een schrijffout betreft, en bedoeld wordt "lagere korting" in plaats van "vaste opslag", klopt dat?</p>	<p>Nee, dat klopt niet. Het gaat om een vaste opslag op het voor 2021 geldende basistariefpercentage voor zorg.</p>
<p>Op welke "vertegenwoordigers van zorgaanbieders" bij het concretiseren van maatwerkafspraken wordt hier geduid?</p>	<p>We hebben dit zo omschreven omdat we niet met iedere zorgaanbieder in gesprek kunnen gaan om het beleid vanaf 2022 verder uit te werken. Wat een goede vertegenwoordiging is van al deze zorgaanbieders hebben we nog niet bepaald. Dat zullen we de komende periode gaan doen.</p>

2 Met het zorginkoopbeleid sluiten we aan bij de ontwikkelingen per sector

2.1 Ontwikkelingen in de Verpleging en Verzorging

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 2.1.1</i>	
<p>Wij ervaren het nieuwe kader als een aanpassing van de ingezette koers vanuit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Actiz heeft reeds aangegeven dat het nieuwe inkoopkader de samenhang met het kwaliteitsbudget mist en de beweging die wij als sector maken. Dit onderschrijven we. Het kwaliteitsbudget heeft (financiële) zekerheid gegeven om een bepaalde koers in te zetten, die komt hiermee onder druk te staan. Wat gaan jullie doen om ons zekerheid te geven? Maar ook wat doen jullie om te zorgen dat we niet ineens weer terug moeten naar de situatie van 3 jaar geleden?</p>	<p>Er is geen sprake van een bezuiniging. Het basistarief wordt verlaagd om differentiatie mogelijk te maken. Differentiatie stimuleert efficiëntie, kwaliteitsverbetering en innovatie. We vragen een specifieke inzet van zorgaanbieders, gericht op de grote opgave die we op ons af zien komen in de langdurige zorg. Hiervoor krijgen zorgaanbieders een opslag op het basistarief. We moeten ons allen inzetten om ook in de toekomst klanten die afhankelijk zijn van langdurige zorg van passende zorg te blijven voorzien. De zorg moet voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen. We verwachten dat u kijkt naar mogelijkheden om de zorg doelmatiger te organiseren, zodat de kwaliteit geborgd blijft.</p> <p>Er is sprake van financiële zekerheid door de structurele beschikbaarheid van de kwaliteitsgelden. Het lumpsum kwaliteitsbudget 2021 zal naar verwachting volledig verwerkt worden in de integrale tarieven van de betreffende prestaties. Het Wlz-kader is verhoogd o.b.v. de toegenomen vraag en er is sprake van een compensatie voor de gevolgen van de corona crisis.</p>
<i>Subparagraaf 2.1.2</i>	
<p>De bekostigingssystematiek gaat mogelijk wijzigen in 2023. Betekent dit dat het inkoopkader ook aangepast gaat worden, in het specifiek de tariefpercentages? Of wordt er vervroegd een nieuw inkoopkader vanaf 2023 voorgesteld dan wel de uitstel van de bekostigingssystematiek naar 2024?</p>	<p>Het huidige meerjarige inkoopkader schetst op inhoud een meerjarig perspectief. Het hoofddoel van de zorginkoop tot en met 2023 blijft daarom: een regionaal zorgaanbod dat past bij de zorgvraag van onze huidige en toekomstige klanten. Dit doel zal de komende 3 jaar niet wijzigen. Als het onderzoek van de NZa leidt tot een nieuwe bekostigingssystematiek, passen zorgkantoren het inkoopkader hierop aan. We publiceren voor (2022 en) 2023 een geactualiseerd beleid. In dit geactualiseerde beleid publiceren we ook het basistariefpercentage voor het betreffende jaar. Zoals gebruikelijk vragen wij u te zijner tijd om instemming met het geformuleerde beleid voor de contractering Wlz en met de voorwaarden van de overeenkomst Wlz van het betreffende jaar.</p>

Waarom wordt een fundamentele wijziging in de bekostigingssystematiek ingevoerd gedurende de looptijd van de voorliggende overeenkomst en niet meegenomen in de nieuwe inkoopcyclus 2024-2026?	Wijziging van de bekostigingssystematiek is een keuze van de NZa, zij stellen de prestaties en tarieven vast. Als de NZa een wijziging doorvoert is het aan de zorgkantoren om hierop het zorginkoopbeleid aan te passen.
Worden de zorgaanbieders tijdig betrokken in het traject? En wordt er voldoende rekening gehouden met de verplichtingen die door de zorgaanbieder zijn aangegaan?	Het onderzoek wordt uitgevoerd door de NZa. Het is aan de NZa om te bepalen wie ze daar bij betrekken.

2.2 Ontwikkelingen in de Gehandicaptenzorg

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 2.2.1</i>	
Hoe verhoudt de eerste alinea van deze paragraaf zich met de verschuiving van het doel van het inkoopbeleid zoals verwoord in paragraaf 1.2?	Verheldering van vragen, wensen en behoeften van klanten en verwanten is van uiterst belang om persoonsgerichte zorg te kunnen (blijven) organiseren. Zoals benoemd in paragraaf 1.2 verandert onze missie niet met het nieuwe inkoopbeleid. We blijven ons ervoor inzetten dat klanten zoveel mogelijk hun leven kunnen leiden zoals ze dat het liefste willen door met de beschikbare middelen met en voor klanten de beste oplossing te realiseren. Ons inkoopdoel verandert wel. Van oplossingen voor individuele klanten gericht op kwaliteit van leven in het hier en nu naar een tijdig passend regionaal zorgaanbod voor huidige én toekomstige klanten.

2.3 Ontwikkelingen in de Geestelijke gezondheidszorg

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 2.3.1</i>	
Hoe kijkt het zorgkantoor tegen de nieuwe toegang Wlz voor GGZ cliënten?	Per 01-01-2021 krijgen mensen die hun leven lang intensieve GGZ nodig hebben, toegang tot de Wlz. Dit is het resultaat van een wetwijziging. Het zorgkantoor voert deze uit. Dit neemt de rechtsongelijkheid weg voor mensen met een psychische stoornis die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uurszorg in nabijheid. We begrijpen ook dat deze ontwikkeling onzekerheid mee kan brengen voor zorgaanbieders en klanten. Wij geven daarom graag invulling aan de wens om in de huidige setting bij de huidige zorgaanbieder te kunnen blijven wonen, wanneer dit binnen de kaders van ons beleid mogelijk is. Dit staat ook beschreven in

	ons inkoopbeleid in paragraaf 2.3.1.
Waar baseert u deze aannames op? Immers, er is alleen directe toegang tot de WLZ voor mensen met een aanzienlijke tijd weinig perspectief voor verbetering. Waar baseert u de aannames op dat er veel kleinere instellingen zullen toetreden?	Wij herkennen uw samenvatting niet. In paragraaf 2.3.1 van ons inkoopbeleid stellen wij dat dat vanaf 1 januari 2021 de Wlz is opengesteld voor mensen vanaf 18 jaar die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg nodig hebben én voldoen aan de Wlz-toegangscriteria. Wij geven aan dat hierdoor het aantal GGZ-klienten binnen de Wlz aanzienlijk zal stijgen, evenals het aantal zorgaanbieders binnen de Wlz.
<i>Subparagraaf 2.3.2</i>	
Er wordt aangegeven dat u aan de wensen van de cliënten met een nieuwe GGZ-indicatie om bij de huidige zorgaanbieder te kunnen blijven wonen zoveel mogelijk tegemoet wil komen. Komen hier nog gesprekken over tussen zorgkantoor en zorgaanbieder voordat zorgaanbieder deze zorg kan afspreken?	Met nieuwe zorgaanbieders gaan we vanaf september 2020 in gesprek. Met bestaande zorgaanbieders die GGZ gaan leveren in de Wlz zullen we dit gesprek voeren tijdens reguliere contacten. Dit moment kan per zorgaanbieder verschillen, afhankelijk van de situatie.
Als er overeenstemming is tussen Zilveren Kruis en de zorgaanbieder over het leveren van Wlz gefinancierde GGZ, valt deze zorg dan ook onder de persoonsvolgende bekostiging? Dit voor zover passend binnen de beschikbare contracteerruimte.	Het geld-volgt-klient model geldt voor alle sectoren, dus ook voor de GGZ.
Per 2021 worden GGZ-C indicaties vanuit de WMO omgezet naar de Wlz in bepaalde situaties. Voor ons betekent dit extra klienten en dus extra kosten. Wordt hiervoor apart budget vanuit de WMO overgeheveld? Krijgen wij als aanbieder (aantoonbaar) extra budget toebedeeld voor deze groep nieuwe klienten?	Onze zorginkoop is persoonsvolgend (volgens het geld-volgt-klient model). Dat betekent dat u betaalt krijgt voor de Wlz-klienten waaraan u zorg levert. De NZa bepaalt de maximale vergoedingen per klient (de maximum tarieven per prestatie. We vergoeden per klient een percentage van het NZa tarief. De GGZ-C indicaties die vanuit de WMO omgezet worden naar de Wlz worden vanaf 1 januari 2021 gefinancierd vanuit de Wlz. Zie voor meer informatie over het tarief paragraaf 3.2 van ons inkoopbeleid. Meer informatie over het geld-volgt-klient model leest u in paragraaf 10.1.
<i>Subparagraaf 2.3.3</i>	
Wij hebben een vraag over de kwaliteitseisen voor de nieuwe Wlz-wonen doelgroep binnen de GGZ, die vanaf 1-1-2021 in gaat. Komen hier vanuit Zilveren Kruis nog aparte kwaliteitseisen voor, of worden dezelfde eisen gesteld als die al bekend zijn binnen de Wlz?	Dit staat beschreven in ons inkoopbeleid in paragraaf 2.3.3. Totdat de landelijke kwaliteitsuitgangspunten gereed zijn werken we met de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten (https://www.zn.nl/publicaties?folderid=339214370&title=Inkoopgidsen&parentid=339214370&parenttitle=Inkoopgidsen). Deze zijn door de gezamenlijke zorgkantoren in overleg met het veld opgesteld en vormen een voorloper op de definitieve kwaliteitsuitgangspunten. De dialoog over de kwaliteit van zorg zullen we in de GGZ voeren aan de hand van deze voorlopige kwaliteitsuitgangspunten.

<p>De link die u stuurt bevat een link naar "Inkopen op kwaliteit door zorgkantoren". Daar wordt echter geen GGZ kwaliteitsplan genoemd. Wanneer wordt deze toegevoegd? Waarom bent u van mening dat het redelijk is om in te stemmen met een niet bestaand document?</p>	<p>Dank voor uw signaal. We passen de link in het beleid aan. Dit is de juiste link: https://www.zn.nl/publicaties?folderid=339214370&title=Inkoopgidsen&parentid=339214370&parenttitle=Inkoopgidsen</p>
<p>Is het bekend wanneer de landelijke kwaliteitsuitgangspunten GGZ gereed zijn?</p>	<p>Dit kunt u het beste navragen bij de Nederlandse GGZ.</p>
<p><i>Paragraaf 2.3.4</i></p>	
<p>Hoe rijmt u deze paragraaf met het eerste punt van toename van de instroom in de WLZ voor de GGZ?</p>	<p>Zoals beschreven in paragraaf 2.3.4 houden wij de herstelgedachte vast in de GGZ. Wij vinden het belangrijk dat onze klanten met langdurige psychiatrische problematiek perspectief houden en ondersteuning krijgen om een waardig leven te leiden en kunnen meedoen in de maatschappij. Natuurlijk binnen de eigen mogelijkheden van ieder individu. De toename van het aantal GGZ-klanten binnen de Wlz doet hier niet aan af.</p>

3 We spreken een basistariefpercentage af met mogelijke opslagen in een geld-volgt-klant model

3.1 We vergoeden kwaliteit met een basistariefpercentage en stimuleren doelmatigheid en toegankelijkheid met maatwerkafspraken

Vraag	Antwoord
Er wordt gezegd dat een deel van de vergoeding afhankelijk is van maatwerkafspraken. Deze maatwerkafspraken zijn echter nog niet bekend. Daarmee is (dus) ook niet bekend of ze (bijv.) wel haalbaar en meetbaar zijn. In die zin vinden wij het niet realistisch om nu al af te spreken dat een deel van de vergoeding daarvan afhankelijk wordt gesteld. Daarnaast is niet geborgd dat er voldoende onafhankelijk zal worden getoetst. Op welke wijze kunt u aan deze bezwaren wegnemen en ons daarin tegemoet komen?	De maatwerkafspraken voor 2021 zijn uitgewerkt in het zorginkoopbeleid in de hoofdstukken 4, 5 en 6.

3.2 Voor 2021 geldt een vast basistariefpercentage met een mogelijke opslag van maximaal 2% voor alle sectoren

Vraag	Antwoord
Er staat dat een reden om het tariefpercentage te verlagen is dat de NZa een nieuwe verdeelsleutel gaat hanteren. De tarieven zijn echter landelijk afgesproken in ZN-verband. Kunt u de motivering dat het verdeelmodel het noodzakelijk maakt voor Zilveren Kruis om de tarieven te verlagen nader toelichten?	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de vaststelling en verdeling van de landelijke contracteerruimte voor de Wlz. Zij bepalen hoe de totale contracteerruimte wordt verdeeld over de verschillende zorgkantoren. Hierbij zorgen zij ervoor dat alle beschikbare middelen zijn uitgezet. We hebben de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. Net als andere jaren vergoeden wij niet 100% van het maximumtarief. Hierdoor kunnen we – binnen de financiële kaders die door VWS gesteld worden – meer klanten van Wlz-zorg voorzien en voorkomen we het ontstaan van wachtlijsten. De zorgkantoren stellen de beschikbare middelen (het budgettair kader) volledig ter beschikking aan de zorg voor Wlz-klanten. Er blijft derhalve geen ruimte over. Door het nieuwe verdeelmodel wordt het geld op een andere manier verdeeld over de zorgkantoren. Dat is een eerlijker model waarbij rekening gehouden wordt met de regionale zorgvraag. Hierdoor hebben wij minder geld per klant beschikbaar.</p> <p>Het nieuwe verdeelmodel was aanleiding om het</p>

	<p>basistariefspercentage gelijk te trekken tussen alle zorgkantoren en sectoren. Bij de vaststelling van het basistariefspercentage is onder meer gekeken naar de huidige afspraken op landelijk niveau en zijn analyses gemaakt van de financiële positie van zorgaanbieders om de mogelijke impact te kunnen inschatten. Dit hebben we meegenomen bij de afwegingen.</p> <p>In vergelijking met andere zorgkantoren was het tariefpercentage bij Zilveren Kruis de afgelopen jaren hoog. Daarom moeten wij dit naar beneden bijstellen om met de middelen die we hebben alle klanten van zorg te blijven voorzien en wachtlijsten te voorkomen.</p>
<p>Het Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023 van ZN is door de zorgkantoren gezamenlijk opgesteld en is in heel Nederland van toepassing voor de zorginkoop bij zorgaanbieders voor de Wet langdurige zorg (Wlz), behalve waar expliciet een uitzondering is gemaakt. Hoe verhoudt zich in dat verband de standaard opslag van 2% voor 2021 in het inkoopkader van ZN zich tot de maximale opslag van 2% die uw zorgkantoor in 2021 hanteert?</p>	<p>Met vaste opslag bedoelen we dat deze altijd 1% is per maatwerkafpraak. Eén procent voor het optimaliseren van de inzet van financiële middelen en 1% voor innovaties die bijdragen aan de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek.</p> <p>Een zorgaanbieder kan ervoor kiezen zich niet in te schrijven voor een maatwerkafpraak. In dat geval ontvangt de zorgaanbieder geen vaste opslag (0%). Of een zorgaanbieder kiest ervoor slechts één maatwerkafpraak te maken (en ontvangt dan een opslag van 1%).</p> <p>Als een zorgaanbieder niet aan de eisen van een maatwerkafpraak voldoet kunnen wij (een deel) van de opslag terugvorderen, dan wel verrekenen. Daarom spreken we van een maximale opslag en van mogelijke opslagen. We benadrukken dat de intentie van de maatwerkafspraken is om een beweging te stimuleren en te belonen. We zullen alleen in geval dat een zorgaanbieder niet voldoet aan deze intentie tot het niet toekennen dan wel terugvorderen van een opslag overgaan.</p>
<p>Voor Zilveren Kruis leidt dit nieuwe verdeelmodel tot een verlaging van de contracteerruimte bij een gelijkblijvend aantal klanten. Hoe kan het zijn dat er een verlaging van de contracteerruimte wordt verwacht, terwijl er door de stelselwijziging WLZ per 2021 juist een toename van het aantal cliënten en hiermee het aantal indicaties wordt voorzien?</p>	<p>U doelt op de zin: Voor Zilveren Kruis leidt dit nieuwe verdeelmodel tot een verlaging van de contracteerruimte bij een gelijkblijvend aantal klanten. Hiermee bedoelen we niet dat het aantal klanten feitelijk gelijk blijft en daarmee de contracteerruimte verlaagd wordt.</p> <p>We bedoelen hiermee: stel het aantal klanten zou gelijk blijven, dan zouden we daarvoor vanaf 2021 minder budget beschikbaar hebben. Door het nieuwe verdeelmodel ontvangt Zilveren Kruis bij een zelfde aantal klanten een lager bedrag.</p>
<p>Het tarief gaat dit jaar naar 94%. Dat betekent een tariefkorting van minimaal 2% op de basiszorg. De tariefopslag van 2% dient</p>	<p>Er is geen sprake van een bezuiniging. Het basistarief wordt verlaagd om differentiatie mogelijk te maken. Differentiatie stimuleert</p>

<p>gebruikt te worden voor de realisering van een aantal door uw zorgkantoor geformuleerde doelen. Dit betekent dat er jaarlijks 2% minder budget beschikbaar is voor de basiszorg aan cliënten. Concreet betekent dit dat er minder 'handen aan het bed' gefinancierd kunnen worden. Hierdoor zijn wij genoodzaakt de huidige zorginzet aan cliënten te verlagen en kunnen wij op de basiszorg niet langer de gewenste kwaliteit van zorg leveren. De laatste jaren staan de tarieven steeds verder onder druk; iedere contracteerronde is er een tariefsverlaging toegepast en komt de kwaliteit van de zorg verder onder druk te staan. Een tariefsverlaging van 2% vinden wij niet proportioneel en staat niet in verhouding tot de door ons geleverde diensten. Te meer nu er steeds meer cliënten zijn die zwaardere zorg nodig hebben en de personeelskosten sterk toenemen als gevolg van de arbeidsmarktproblematiek. Wij verzoeken u dan ook het tariefpercentage aan te passen naar ten minste het huidige niveau.</p>	<p>efficiëntie, kwaliteitsverbetering en innovatie . We vragen een specifieke inzet van zorgaanbieders, gericht op de grote opgave die we op ons af zien komen in de langdurige zorg. Hiervoor krijgen zorgaanbieders een opslag op het basistarief. We moeten ons allen inzetten om ook in de toekomst klanten die afhankelijk zijn van langdurige zorg van passende zorg te blijven voorzien. De zorg moet voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen. We verwachten dat u kijkt naar mogelijkheden om de zorg doelmatiger te organiseren, zodat de kwaliteit geborgd blijft.</p>
<p>Als gevolg van de toenemende complexiteit van de zorgvraag is vaak hoger gekwalificeerd en daarmee duurder personeel nodig. Daarnaast neemt de druk op het personeel toe (bijvoorbeeld door meer agressie van cliënten), waardoor het ziekteverzuim stijgt. Om dit op te vangen moet extra zorgpersoneel ingezet worden . Dit betekent reeds een extra investering voor zorgaanbieders, dan wel, indien deze investering niet gedaan kan worden, dat er minder geld besteed kan worden aan de directe zorgverlening aan de cliënt. Ook door de aanpassing van het basistarief naar 94% is er minder geld beschikbaar voor het verlenen van goede zorg. Bovendien blijkt uit het laatste kostprijsonderzoek van de NZa dat tarief voor VG7 te kort schiet. Wij verzoeken u dan ook het tariefpercentage aan te passen naar ten minste het huidige niveau.</p>	<p>Het zorgkantoor maakt geen kostprijsberekeningen. De NZa bepaalt de maximumtarieven. Deze zijn landelijk vastgesteld. Wij vergoeden een percentage van dit maximum NZa-tarief, hetgeen past binnen de tariefstructuur van NZa en de vrijheid die zorgkantoren op dit punt hebben. Het basistarief wordt verlaagd om differentiatie mogelijk te maken. Differentiatie stimuleert efficiëntie, kwaliteitsverbetering en innovatie . We vragen een specifieke inzet van zorgaanbieders, gericht op de grote opgave die we op ons af zien komen in de langdurige zorg. Hiervoor krijgen zorgaanbieders een opslag op het basistarief. We moeten ons allen inzetten om ook in de toekomst klanten die afhankelijk zijn van langdurige zorg van passende zorg te blijven voorzien. De zorg moet voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen. We verwachten dat u kijkt naar mogelijkheden om de zorg doelmatiger te organiseren, zodat de kwaliteit geborgd blijft.</p> <p>Er zijn inderdaad verschillen in complexiteit van de zorgvraag voor klanten. In de basis maken de zorgprofielen met bijhorende tarieven hierin onderscheid. Daarnaast zijn er toeslagen mogelijk. Met name de Meezorgregeling is momenteel een belangrijk middel om in te zetten bij klanten met complexe zorgvragen.</p> <p>Wij zijn van plan om vanaf 2022 specifieke</p>

	<p>maatwerkafspraken te maken met zorgaanbieders die zorg leveren aan klanten met hoogcomplexere zorgvragen. Hoe we hieraan invulling gaan geven werken we de komende periode verder uit. Daarbij sluiten we aan bij landelijk traject om een kennisinfrastructuur op te zetten voor klanten met hoogcomplexere zorgvragen met lage volumes.</p>
<p>De mogelijke aanpassing van de tariefpercentages naar aanleiding van de vaststelling van de contracteerruimte is in de tekst opgenomen. De berekeningen op macro niveau bepalen niet de kostprijs voor de zorg. Aanpassing van het tarief is niet de oplossing. Er ontstaat een volume mogelijk in de loop van het jaar een volume probleem. Kan deze zin worden verwijderd?</p>	<p>Deze zin handhaven we in het zorginkoopbeleid. We verwijzen naar de landelijke contracteerruimte en de beleidsregels waarin de NZa de maximum tarieven publiceert. Wanneer de tarieven en de contracteerruimte voor 2021 duidelijk zijn kunnen wij pas bepalen wat de gevolgen zijn voor het gestelde tariefpercentage. Wanneer hierin wijzigingen komen publiceren wij hier aanvullend over via een Nadere Nota van Inlichtingen. De beleidsregels van de NZa worden gewoonlijk begin juli gepubliceerd, de definitieve contracteerruimte wordt later bekend. Met uw inschrijving gaat u akkoord met alle voorwaarden in het zorginkoopbeleid.</p>
<p>U schrijft "Dit verdeelmodel is onder andere gebaseerd op het aantal indicaties, de ontwikkeling in aantallen klanten en de leveringsvormen." waar doelt u op? Doelt u op gemeentelijk gefinancierde mogelijkheden? Of opties in de ZVW?</p>	<p>Wij gaan ervan uit dat u wilt weten welke leveringsvormen worden meegenomen in het verdeelmodel van de NZa. Dat zijn de verschillende leveringsvormen in de Wlz: ZZP, VPT en MPT.</p>
<p>U stelt "Ons zorgkantoor hanteerde afgelopen jaren een relatief hoog tarief". Welk tariefpercentage hanteerde u dan?</p>	<p>De tarieven van voorgaande jaren kunt u terug vinden op de website van Zilveren Kruis in het zorginkoopbeleid van het betreffende jaar (https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/downloads).</p>
<p>Er staat dat het basistariefpercentage voor zorg in 2021 94% van de NZa maximumtarieven is. Daarnaast ontvangen de aanbieders in 2021 een opslag van maximaal 2% procent op het basispercentage voor zorg. Waar is de 2% van afgeleid. Wij nemen aan dat de 2% ook gebaseerd is op de NZa maximumtarieven en dat het totale tarief in 2021 derhalve 96% van de NZa maximumtarieven bedraagt. Kunt u dat bevestigen?</p>	<p>Uw aanname klopt. Als u voor beide maatwerkafspraken inschrijft en aan de in het beleid gestelde voorwaarden voldoet (als u een grotere zorgaanbieder bent) komt u op een tariefpercentage uit van 96% van het NZa maximumtarief.</p>
<p>Voor de bepaling van de WLZ-omzet 2021 wordt peildatum 1 april 2020 gehanteerd. In welke mate wordt de invloed van Corona hierin gecompenseerd aangezien de peildatum binnen de corona crisis valt en hierdoor geen representatief beeld geeft ?</p>	<p>Het peilmoment is inderdaad op 1 april 2020 maar om de omzet te bepalen gebruiken we de goedgekeurde AW319-declaraties 2019. We verwachten geen invloed van het coronavirus op de omzet in 2019. Mocht blijken dat uw declaraties over 2019 door corona op 1 april 2020 onvolledig zijn zullen we in overleg met u naar een passende oplossing zoeken.</p>
<p>U geeft aan dat de NHC/NIC component voor 2021 voor 100% wordt meegenomen. Kunt u het perspectief voor de jaren 2022 en 2023</p>	<p>In het landelijk inkoopkader komt de zin te vervallen waarin aangegeven staat dat zorgkantoren mogelijk met ingang van 2022 gaan</p>

<p>geven?</p>	<p>differentiëren op het NHC/NIC tarief. De NHC/NIC component is later dit jaar onderwerp van bespreking met de brancheorganisaties.</p>
<p>Het zorgkantoorbeleid, met daarbij behorende tariefstelling wordt ingezet vanuit de toekomstbestendigheid van de zorg, met toenemende krapte in het financiële kader. De verwachte groei in aantallen cliënten binnen de WLz betreft met name de VV. Hoe ziet u dit voor zorgaanbieders die de afgelopen jaren al flink hebben ingezet op innovaties op de optimale inzet van financiële middelen en op aanpak van de arbeidsmarktproblematiek?</p>	<p>We hebben de maatwerkafspraken optimale inzet van financiële middelen en innovaties voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek gekozen omdat we verwachten dat alle zorgaanbieders hierin stappen kunnen zetten en omdat deze maatwerkafspraken aansluiten bij de beweging die door het coronavirus versneld op gang is gekomen.</p> <p>Om maatwerkafspraken te maken hoeft u geen nieuwe dingen op te pakken als u al bezig bent met de onderwerpen van de maatwerkafspraken. U mag een bestaand plan aanleveren waar u op dit moment al aan werkt en nog niet volledig hebt uitgevoerd. U kunt er ook voor kiezen om iets wat u al doet uit te breiden naar bijvoorbeeld andere locaties, medewerkers of doelgroepen. Als u zelf geen verbetermogelijkheden meer ziet in uw organisatie kunt u ervoor kiezen om geen maatwerkafpraak te maken. Vanaf 2022 zijn we van plan meer maatwerkafspraken mogelijk te maken waaruit u kunt kiezen.</p>
<p>Opvallend is dat de waddentoeslag niet wordt meegenomen in de opslagen. Wij vragen u de volgende passage en bijbehorende toeslag op te nemen conform de inkoop 2020: "Friese Waddeneilanden : In het geval dat er in 2020 Wlz-zorg is geleverd op één of meer van de Friese Waddeneilanden (Vlieland, Terschelling, Ameland en/of Schiermonnikoog) wordt er aanvullend een percentage toegekend. Het zorgkantoor bepaalt het aanvullende percentage op basis van de geleverde Wlz-zorg in de eerste 6 maanden van 2020. Voor elke procent zorg (afgerond op hele procenten) – van de totaal door een zorgaanbieder in die periode geleverde Wlz-zorg – die geleverd is op de Friese Waddeneilanden, wordt een 0,025% punt toegevoegd aan het percentage van het maximum NZa-tarief waarvoor de zorgaanbieder in aanmerking komt.</p>	<p>Bent u zorgaanbieder op een waddeneiland, dan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper voor meer informatie hierover.</p>
<p>Het basistarief is 94%, landelijk gelijkgetrokken, maar voor zorgaanbieders van zorgkantoor Zilveren Kruis geldt dat dit lager is dan 2020. Dit betekent dat je minder personeel kan inzetten op basis van dit basistarief. Kan je dan een deel van de personeelskosten overhevelen naar je kwaliteitsgelden? Immers anders moet je mogelijk in personeel afschalen.</p>	<p>Nee, dit is niet mogelijk. We verwachten dat u kijkt naar mogelijkheden om de zorg doelmatiger te organiseren, dit kan ook op andere manieren dan door kosten voor zorgpersoneel te verminderen.</p>

<p>Basistariefpercentage: we krijgen t/m 2021 kwaliteitsgelden om te kunnen voldoen aan het kwaliteitskader. Vanaf 2021 krijgen we echter een extra tariefkorting van 3% bovenop de tariefkorting van 3 % die er al was. (van 97% naar 94% van het NZa-tarief). Vanuit het kwaliteitsbudget hebben we een groot aantal medewerkers aangenomen en opgeleid. Het lijkt daarmee dat het zorgkantoor het kwaliteitskader los laat. We gaan er vanuit dat we alle medewerkers die we hebben aangenomen om te kunnen voldoen aan het kwaliteitskader (client/fte ratio) in dienst kunnen houden, en dat de extra tariefkorting niet mag leiden tot ontslag, bent u dat met ons eens?.</p>	<p>Het basistariefpercentage geldt voor alle zorgaanbieders, met maatwerkafspraken kunnen u in aanmerking komen voor een opslag van 2%. We verwachten dat zorgaanbieders kijken naar mogelijkheden om de zorg doelmatiger te organiseren, zodat de kwaliteit nu en in de toekomst geborgd blijft. Zorg leveren binnen de kwaliteitskaders is een basisvereiste voor het leveren van Wlz-zorg. Het is aan u om te bepalen op welke wijze u hier invulling aan geeft en welke personeelsinzet hiervoor nodig is.</p>
<p>In 2020 is sprake van een toeslag voor grootstedelijke problematiek. Is deze toeslag ook voor 2021 van toepassing en hoe hoog is deze?</p>	<p>De NZa heeft een component niet beïnvloedbare factoren opgenomen in de beleidsregels. Wij verwachten dat de NZa deze component ook voor 2021 opneemt in de beleidsregels. We spreken de prestatiecodes incl. component niet-beïnvloedbare factoren, indien van toepassing, met u af. De hoogte van de factor bepaalt de NZa en is onderdeel van de tarieven van de NZa.</p>
<p>Indien wij na inschrijving vernemen dat de 2% opslag niet aan ons wordt toegekend, mogen wij onze inschrijving dan intrekken c.q. de overeenkomst beëindigen zonder schadeplichtig te worden? Zo nee, waarom niet? Indien wij na inschrijving vernemen dat de 2% opslag niet aan ons wordt toegekend, mogen wij er dan voor kiezen de door ons opgestelde plannen niet uit te voeren? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>U kunt uw inschrijving niet intrekken op basis van het niet toekennen van een opslag. Met uw inschrijving gaat u akkoord met het zorginkoopbeleid en daarmee ook met de voorwaarden die wij aan de maatwerkafspraken stellen.</p> <p>Mocht u het niet eens zijn met een eventueel besluit van ons om een opslag niet toe te kennen, dan kunt u daartegen bezwaar maken.</p> <p>Wat betreft het uitvoer geven aan plannen: we hopen dat de maatwerkafspraken u uitnodigen om met ons afspraken te maken over onderwerpen die passen bij uw ambities en die u mogelijk ook al van plan was te gaan oppakken. Bij een eventueel besluit van ons om een opslag niet toe te kennen komt de maatwerkafpraak te vervallen en zullen wij u niet verplichten uitvoering te geven aan een ingediend plan.</p> <p>We benadrukken dat de intentie van de maatwerkafspraken is om een beweging te stimuleren en te belonen. We zullen alleen in het geval dat een zorgaanbieder niet voldoet aan deze intentie tot het niet toekennen dan wel terugvorderen van een opslag overgaan.</p>
<p>U vermeldt 'In 2021 vergoeden we voor de NHC/NIC component 100%. Deze componenten nemen we, indien van toepassing, voor 100% mee in de bepaling van</p>	<p>Het NZa maximum tarief per prestatie is opgebouwd uit een component voor zorg, een component voor vastgoed (NHC) en een component voor inventaris (NIC). Voor zorg</p>

<p>het tarief per prestatie'. Betekent dit dat de NHC/NIC component boven op het basis tarief van 94% komt of is het onderdeel van dit basistarief?</p>	<p>vergoeden we als basispercentage 94% met van het NZa maximum tarief. Dit percentage kan hoger worden door de maatwerkafspraken die u met ons maakt. Voor de componenten NHC en NIC vergoeden we 100% van het NZa maximum tarief. Indien van toepassing slaat op het feit dat niet in elke prestatie een NHC/NIC component is opgenomen.</p>
<p>U vermeldt 'In 2021 vergoeden we voor de NHC/NIC component 100%. Deze componenten nemen we, indien van toepassing, voor 100% mee in de bepaling van het tarief per prestatie'. Wat zijn eventuele financiële gevolgen indien prestatie (deels) niet is gerealiseerd?</p>	<p>Met prestatie bedoelen we hier de door de NZa gedefinieerde prestaties waaraan de tarieven gekoppeld zijn. U declareert bij ons per klant de NZa prestaties (bijvoorbeeld een ZZP). We vergoeden de prestaties die u bij ons declareert zolang dit past binnen de contracteerruimte van Zilveren Kruis (het geld-volgt-klant model). We betalen per prestatie het totale tarief, opgebouwd uit een component voor zorg (een basispercentage met mogelijke opslagen), NHC (100%) en NIC (100%).</p>
<p>Het Zorgkantoor heeft diverse ambities geformuleerd op basis van de gekozen kernelementen waarvoor een opslag van 2% op het basistarief kan worden verkregen. Indien de investeringskosten van de door ons opgestelde plannen voor de kernelementen hoger uitkomen dan de opslag van 2% op het basistarief, is het Zorgkantoor dan bereid om de hogere kosten te dekken bijvoorbeeld door het toekennen van een hogere toeslag? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Voor 2021 hebben we gekozen voor vaste opslagen per maatwerkafpraak. Deze zijn niet bedoeld om een daadwerkelijke investering te vergoeden maar om een beweging te stimuleren. We hebben hiervoor gekozen om de registratielast zo laag mogelijk te houden vanwege de tijd die het coronavirus van u vraagt. We zijn vanaf 2022 niet van plan om per maatwerkafpraak een vaste opslag van 1% toe te kennen. Vanaf 2022 willen we ook meer maatwerk in financiering gaan toepassen. Hoe dat precies vorm krijgt werken we de komende tijd verder uit. We zullen dat doen in overleg met een vertegenwoordiging van zorgaanbieders, klanten en brancheorganisaties.</p>
<p>Het Zorgkantoor heeft diverse ambities geformuleerd op basis van de gekozen kernelementen waarvoor een opslag van 2% op het basistarief kan worden verkregen. a) Heeft het Zorgkantoor onafhankelijk onderzoek (laten) verrichten naar de kosten van realisering van de geformuleerde ambities? Zo ja, dan ontvangen wij graag de uitkomsten van dit onderzoek. b) Indien de investeringskosten van de door ons opgestelde plannen voor de kernelementen hoger uitkomen dan de opslag van 2% op het basistarief, is het Zorgkantoor dan bereid om de hogere kosten te dekken bijvoorbeeld door het toekennen van een hogere toeslag? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Wij hebben geen onafhankelijk onderzoek laten doen naar de kosten voor de realisering van de geformuleerde ambities. Deze kunnen per zorgaanbieder ook variëren, afhankelijk van vertrekpunt, ambitie en termijn van uitvoering. Vanaf 2022 zijn we van plan om meer maatwerk toe te passen in financiële afspraken. Hoe dat precies vorm krijgt werken we de komende tijd verder uit. We zullen dat doen in overleg met een vertegenwoordiging van zorgaanbieders, klanten en brancheorganisaties.</p>
<p>Op 12 juni jongstleden is ons bekend geworden dat Minister de Jonge 340 miljoen structureel gaat inzetten voor de hogere kosten in de Wlz. Deze bekendmaking is van latere datum de</p>	<p>De 340 miljoen euro die vanuit de wijkverpleging wordt overgeheveld naar de Wlz is nodig voor de ophoging van het landelijke budget (de landelijke contracteerruimte). Dit is nodig om het</p>

<p>door u aangeleverde stukken. In paragraaf 3.2 wordt onder meer gerefereerd aan de verdeling van de beschikbare middelen en wordt door u gezegd dat het basistariefpercentage voor zorg inclusief de opslag van 2% lager is dan het percentage van voorgaande jaren. Wij maken bezwaar tegen deze bepaling, mede gelet op het feit dat nu blijkt dat er extra middelen ter beschikking zijn gesteld. Bent u bereid om en, zo ja, op welke wijze aan ons bezwaar tegemoet te komen?</p>	<p>toenemende aantal klanten van Wlz-zorg te kunnen blijven voorzien zonder dat er een tekort ontstaat in het landelijk beschikbare budget. Deze ophoging betekent dus niet dat wij hogere tariefpercentages kunnen betalen maar dat u meer ruimte heeft om te groeien om zo een toenemend aantal klanten van zorg te kunnen voorzien (op basis van het geld-volgt-klant model zoals we beschrijven in Hoofdstuk 10).</p>
<p>Voor 2021 wordt de hoogte van de Wlz-omzet bepaald op basis van goedgekeurde AW319-declaraties 2019 op peilmoment 1 april 2020. Maar vanaf 2021 zal de zorg toenemen omdat de Wlz vanaf 1 januari 2021 direct toegankelijk is voor mensen met een psychische stoornis. Hoe wordt de afspraak in dat geval gemaakt?</p>	<p>Net als voor nieuwe zorgaanbieders zullen we bij zorgaanbieders die een substantiële groei verwachten (zoals de nieuwe GGZ-doelgroep) op basis van het ondernemingsplan en een toetsend gesprek bepalen of de categorie waarin de zorgaanbieder valt wordt meegenomen. Als dit bij u het geval is kunt u dit aangeven aan uw zorginkoper.</p>
<p>Hoe verhoudt de op p.8 van het inkoopkader langdurige zorg 2021-2023 van ZN genoemde prioriteit van het terugdringen van administratieve lasten zich tot de grote mate van vrijheid die de zorgkantoren nemen om invulling te geven aan de inhoud, tariefopslag, timing, onderbouwing en verantwoording van de kernelementen?</p>	<p>We zien regionaal verschillende knelpunten en kansen en verschillende oplossingen hoe hiermee om te gaan. Daarom hebben wij voor onze regio's dit beleid vastgesteld en andere zorgkantoren ander beleid voor hun regio's. Zorgkantoren werken onderling samen, waar nodig en van belang stemmen zorgkantoren onderling af. Als initiatieven die u indient bij een ander zorgkantoor ook passen bij de maatwerkafspraken en de regionale context van de regio('s) van Zilveren Kruis kunt u deze indienen. We houden de extra inspanning die we vragen minimaal door aan te sluiten bij wat zorgaanbieders zelf al doen en vastleggen.</p>
<p>Op pagina 17 staat dat door vanaf 2022 de vergoeding voor NHC/NIC te differentiëren, zorgkantoren beter sturen kunnen op aanbod van vastgoed dat past bij de wensen en behoeften van de klant. Wij denken dat differentiatie van de NHC/NIC vergoeding de onzekerheid voor zorgaanbieders versterkt om te investeren in capaciteitsontwikkeling. Om die reden pleiten we voor meerjarig perspectief op de gehele vergoeding van de NHC/NIC. Bent u bereid dat aan te passen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>In het landelijk inkoopkader komt de zin te vervallen waarin aangegeven staat dat zorgkantoren mogelijk met ingang van 2022 gaan differentiëren op het NHC/NIC tarief. De NHC/NIC component is later dit jaar onderwerp van bespreking met de brancheorganisaties.</p>
<p>Welke consequenties heeft deze maatregel verder op de samenvoeging van de kwaliteitsgelden (met deze correcties) in het integraal tarief in 2022?</p>	<p>Om verpleeghuizen in staat te stellen om aan het Kwaliteitskader te kunnen voldoen, heeft het kabinet extra middelen beschikbaar gesteld. In het programmaplan Thuis in het Verpleeghuis is aangegeven dat de extra middelen voor het kwaliteitskader oplopen tot een structureel bedrag van € 2,1 miljard. Het lump sum kwaliteitsbudget 2021 zal per 2022 naar verwachting volledig</p>

	worden verwerkt in (lees: omgerekend worden naar) de integrale tarieven per prestatie ZZP en VPT 4 t/m 10 VV. Daarmee blijven de middelen die in 2021 beschikbaar worden gesteld ook structureel beschikbaar. De precieze landing van het kwaliteitsbudget in de integrale tarieven voor 2022 dient nog te worden besloten. Meer informatie volgt in het inkoopkader 2022.
<i>Subparagraaf 3.2.1</i>	
Er staat dat zorgaanbieders voor de maatwerkafspraken in 2021 een opslag van 1% ontvangen per maatwerkafpraak. Later moeten ze via een beknopt plan laten weten wat ze gaan doen voor de maatwerkafpraak. Moeten de zorgaanbieders per maatwerkafpraak de 1% opslag inhoudelijk gaan verantwoorden, waardoor later kan blijken dat ze minder toegekend krijgen?	Wij verwachten dat u invulling geeft aan de plannen en zich inzet om deze te realiseren. De voortgang van de implementatie monitoren wij in de dialoog die we met u voeren. Daarin is voor ons belangrijk dat we een beweging zien volgens het plan dat u zelf heeft opgesteld en bij ons heeft ingediend. Op basis daarvan zullen wij vaststellen of de inspanning die u daarvoor heeft gedaan past bij uw ambities. Als dat niet het geval is kunnen wij besluiten (een deel van) de tariefopslag terug te vorderen dan wel te verrekenen. Mocht u het niet eens zijn met een eventueel besluit van ons om een opslag niet toe te kennen, dan kunt u daartegen bezwaar maken.
Op welke wijze worden de ontvangen opslagen maatwerkafspraken nagecalculeerd?	Voor de maatwerkafspraken met een tariefopslag geldt dat de definitieve opslag op het tarief wordt meegenomen in de berekening van de nacalculatie. De maatwerkafpraak regionale ontwikkeling is een lumpsum afspraak en deze is ook onderdeel van de nacalculatie. De (definitieve) lumpsum afspraak wordt verdisconteerd in de tarieven. Als onderdeel van de nacalculatie ontvangt u van ons in maart 2022 een overzicht met daarin de definitieve tarieven per prestatie.
<i>Subparagraaf 3.2.2</i>	
Er staat als reden om aanbieders met een Wlz-omzet lager dan € 500.00 niet in aanmerking te laten komen voor maatwerkafspraken: "De impact voor klanten in relatie tot de transactiekosten die maatwerkafspraken met zich meebrengen zijn dan onvoldoende in balans." Kunt u dit toelichten? Kunt u daarbij aangeven waarom dat bij aanbieders met een hogere omzet (waar het gaat om 2% van het tarief in 2021) niet leidt tot een disbalans?	Vanwege hun omvang heeft de beweging die grotere zorgaanbieders in gang zetten een grotere impact op de huidige en toekomstige klanten. Ze hebben een groter bereik.
Er staat als reden om aanbieders met een Wlz-omzet lager dan € 500.000 niet in aanmerking te laten komen voor maatwerkafspraken: "De impact voor klanten in relatie tot de transactiekosten die maatwerkafspraken met zich meebrengen zijn dan onvoldoende in	Wij realiseren ons dat we in het overgangsjaar 2021 voor eenzelfde tariefopslag van kleinere zorgaanbieders een andere inspanning vragen dan van grotere zorgaanbieders. We hebben hiervoor gekozen als tussenstap naar de invoer van het volledige meerjarige zorginkoopbeleid vanaf 2022.

balans.” In plaats daarvan leveren deze aanbieders een toelichting aan op de ambities voor het leveren van Wlz-zorg in de toekomst. Is deze toelichting niet in disbalans met de eisen die worden gesteld aan de maatwerkafspraken en inspanningsverplichting van de aanbieders met een hogere omzet? Graag uw toelichting.	Vanaf 2022 kunnen grotere zorgaanbieders, afhankelijk van de maatwerkafspraken die ze met ons maken, een hogere opslag krijgen op het basistarief dan de vaste opslag die vanaf 2022 geldt voor kleinere zorgaanbieders.
Is het mogelijk om 1 zorginstelling op te splitsen in meerdere units van minder dan 500.000 euro?	Het staat u vanzelfsprekend vrij om u organisatie op te splitsen in zelfstandige juridische entiteiten. Dat is een afweging van uw organisatie. Als u dit vraagt in het perspectief van het onderscheid in het zorginkoopbeleid wijzen wij u erop dat dit vanaf 2022 tot een mogelijke verlaging van het tarief kan leiden.
Vanaf welke kalenderjaar geldt deze 500.000 euro verwachte omzet?	Zie Paragraaf 3.2 van het zorginkoopbeleid: Voor 2021 bepalen we de hoogte van de Wlz-omzet binnen de zorgkantorregio's van Zilveren Kruis op basis van goedgekeurde AW319-declaraties 2019 op peilmoment 1 april 2020 (inclusief de regio Friesland).

3.3 U kunt op eigen verzoek kiezen voor een lager tariefpercentage

Geen correcties of aanvullingen

3.4 We verwachten dat u inzicht geeft in de inzet van de extra middelen voor verduurzaming van vastgoed

Vraag	Antwoord
<p>Wij hebben de 0,16% toegevoegd aan investeringsruimte in het rekenmodel welke gebruikt wordt bij businesscases voor zowel voor nieuwbouw- als renovatieprojecten. We zien dat het investeringsruimte die dit geeft niet toereikend is om de kosten te dekken voor de duurzaamheidsinvesteringen die nodig zijn om te voldoen aan wet en regelgeving (vanaf 1 januari 2021 BENG). Wij investeren ondanks dat de middelen niet toereikend zijn wel in duurzame panden en voldoen bij een aanvraag voor een omgevingsvergunning aan de eisen. Nu, maar ook vanaf 1 januari.</p> <p>De 0,16% niet apart wordt geregistreerd, maar onderdeel is van de investering.</p> <p>Vraag 1: Is bovenstaande als onderbouwing voldoende?</p> <p>Vraag 2: Hoe relevant is het apart onderbouwen van de 0,16% in de wetenschap dat wij veel meer moeten besteden om te voldoen aan Wet en regelgeving (BENG)</p> <p>Vraag 3: Wij leggen in ons jaarverslag verantwoording af voor haar beleid op het</p>	<p>We willen graag zien op welke manieren zorgaanbieders bezig zijn met verduurzaming van vastgoed. U heeft daarvoor de extra middelen die daarvoor beschikbaar zijn gesteld toegevoegd aan uw totale investeringsbudget. Het is in dat geval voldoende als u in uw jaarverslag onderbouwt welke investeringen u doet voor verduurzaming van uw vastgoed.</p>

gebied van duurzaamheid. Is dit voldoende zonder extra onderbouwing van 0,16?	
Hoe verwacht u dat wij de inzet van de extra middelen gaan aantonen als u in uw beleid heeft aangekondigd op deze middelen te gaan korten?	De extra middelen waarop we in deze paragraaf doelen zijn vanuit VWS speciaal beschikbaar gesteld voor investeringen in duurzaam vastgoed. Daarom willen we graag weten wat zorgaanbieders hiervoor doen.
Wat als er sprake is van huursituaties en de verhuurder geen maatregelen treft? Of bij sterk verouderde eigendom panden waarvoor nieuwbouwplannen bestaan waardoor investeringen in het bestaande gebouw niet meer rendabel zijn?	Als u geen investeringen doet in de verduurzaming van uw vastgoed dan kunt u niet verantwoordelijk worden gehouden voor wat u doet met dit deel van het NHC-tarief. We adviseren u om de reden daarvoor te verantwoorden in het jaarverslag.
Volgens paragraaf 3.4 moeten we via het jaarverslag inzicht geven in de inzet van (NHC) middelen voor verduurzaming van vastgoed. Welke eisen worden gesteld aan deze toelichting?	In het inkoopbeleid 2021-2023 hebben we geen specifieke eisen gesteld aan de verantwoording. We adviseren u om in het jaarverslag zoveel mogelijk aan te sluiten bij de wijze waarop u intern de inzet van deze middelen begroot en verantwoordt. We zien graag een combinatie van budget (kwantitatief) en inhoud (kwalitatief).
Hoe stelt u de inspanning van een zorgaanbieder vast op basis van een vrijwillige publicatie/opstelling van een jaarverslag? Op dit moment is publicatie van de jaarrekening en verantwoording kwaliteitskaders een verplichting. Het publiceren van een jaarverslag niet.	Zoals in het zorginkoopbeleid staat, verwachten we dat u middels uw jaarverslag inzicht geeft in de inzet van de extra middelen voor verduurzaming van vastgoed. We gaan een analyse maken van de verantwoorde inzet. Op basis van de uitkomsten van deze analyse zullen we bepalen of en hoe we beleid op dit onderwerp verder gaan vormgeven.
Er staat: De tarieven NHC zijn vanaf 2019 verhoogd voor verduurzaming vastgoed. Is dit niet vanaf 2020?	Dit is vanaf 2019. Zie hiervoor de kaderbrief 2019 van de minister van VWS.
Hoe gaat het Zorgkantoor het kernelement Duurzaamheid invullen? Kunt u toelichten waarom het kernelement Duurzaamheid niet is opgenomen in het inkoopbeleid?	De landelijke kernelementen zijn bedoeld als kader waarbinnen elk zorgkantoor eigen keuzes kan maken, passend bij de opgave die zij zien in de regio's. Wij hebben ervoor gekozen geen invulling te geven aan het kernelement duurzaamheid. Op basis van onze inkoopdoelen hebben wij prioriteit gegeven aan andere kernelementen.

4 Beleid voor de maatwerkafpraak over optimale inzet van financiële middelen

4.1 **Waarom?: Optimale inzet van financiële middelen draagt bij aan een goede toegankelijkheid van zorg voor toekomstige Wlz-klanten.**

Geen correcties of aanvullingen

4.2 **Wat?: U kunt in 2021 een opslag van 1% ontvangen voor het optimaal inzetten van financiële middelen**

Vraag	Antwoord
Er wordt gesproken over verschillende budgetten waarvoor je verschillende plannen en formats in moet dienen. Hoe verhouden deze zich tot elkaar? Er zit overlap in onderwerpen die eronder kunnen vallen. Hoe verhouden de plannen voor het kwaliteitsbudget zich tot de opslag van de maatwerkafspraken? Welk budget moet je eerst gebruiken? Mogen innovaties die slechts gedeeltelijk gefinancierd worden uit het kwaliteitsbudget voor een aanvullend gedeelte gefinancierd worden uit de maatwerkafpraak?	Er zijn raakvlakken tussen de maatwerkafspraken en de kwaliteitsgelden. Zowel de kwaliteitsgelden als de maatwerkafspraken kunnen ingezet worden voor het realiseren van de kwaliteitsplannen. Bij de uitwerking van deze maatwerkafspraken in het zorginkoopbeleid staat per maatwerkafpraak hoe we hiermee omgaan [zie Hoofdstuk 4, 5 en 6]. Uitgangspunt is dat dubbelfinanciering niet mogelijk is. Het is aan zorgaanbieders om in overleg met hun zorginkoper te bepalen welke onderdelen van hun kwaliteitsplan of andere plannen ze indienen als maatwerkafpraak en wat als aanvraag voor kwaliteitsgelden.
Per wanneer is de spiegelinformatie beschikbaar om te delen?	Wij baseren de spiegelinformatie voornamelijk op jaarverslaggegevens. Deze komen 1 keer per jaar beschikbaar. Door het coronavirus is dat dit jaar later dan andere jaren. Het precieze moment van aanlevering van de spiegelinformatie is nog onduidelijk. We zorgen ervoor dat zorgaanbieders de spiegelinformatie beschikbaar hebben, ruim voor het moment van indienen van het beknopte plan voor deze maatwerkafpraak.
Eenzijds moeten er doelmatigheidsafspraken gemaakt worden waarmee een besparing van minimaal 1% gerealiseerd moet worden, anderzijds moet er extra personeel ingezet worden ter verantwoording van het kwaliteitsbudget/om aan het kwaliteitskader te voldoen. Dit strookt niet met elkaar. Hoe kijkt het Zorgkantoor hier naar?	We zien de tekorten aan personeel als een groot knelpunt. Dat is nu al het geval en zal in de toekomst verder toenemen. We zien het aantrekken van extra personeel niet als de enige en meest toekomstbestendige beweging om klanten nu en in de toekomst van passende zorg te blijven voorzien. Met de beweging van het optimaliseren van de inzet van financiële middelen en de inzet van innovaties voor inperking van de arbeidsmarkproblematiek verwachten we meer bij te dragen aan een toekomstbestendig zorglandschap. In de V&V worden in 2021 extra personele kosten nog steeds vergoed via het kwaliteitsbudget. Omdat wij de tekorten aan personeel als een grote uitdaging zien kunnen zorgaanbieders een voorstel doen voor een afwijking aan de 85/15-verhouding als ze daardoor

	<p>een groter deel van het kwaliteitsbudget inzetten voor innovaties die bijdragen aan de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek.</p>
<p>U geeft aan dat het uitgangspunt is dat aanbieders minimaal 1% efficiënter kunnen werken. U gaat er daarmee vanuit dat aanbieders dit minimaal 1% beter kunnen dan nu. Het verbeterpotentieel van een organisatie is onder meer afhankelijk van hoe doelmatig de organisatie reeds werkt. Dit betekent dat organisaties die hierop tot dusver niet of matig hebben geïnvesteerd, nu een hoger verbeterpotentieel hebben dan organisaties die reeds een flinke verbetering hebben gerealiseerd. Wat als aanbieders deze slag uit zichzelf al hebben gemaakt? Waarom is er geen sprake van een beloningsopslag voor aanbieders die al hebben geïnvesteerd in efficiëntie en dit ook hebben laten zien?</p>	<p>We verwachten dat er voor iedere organisatie verbetermogelijkheden zijn in de inzet van hun financiële middelen. Dat baseren wij op de verschillen die we zien tussen zorgaanbieders in de wijze waarop ze de beschikbare middelen inzetten. Zorgaanbieders die al zeer doelmatig werken kunnen ervoor kiezen om niet in te schrijven op deze maatwerkafspraken en afzien van de tariefsopslag. Deze doelmatig werkende zorgaanbieders hebben dan deze stimulans niet nodig en kunnen kwalitatief goede zorg leveren met de beschikbare middelen.</p> <p>Vanaf 2022 zijn we van plan meer maatwerkafspraken mogelijk te maken waarvoor deze zorgaanbieders dan kunnen kiezen.</p>
<p>In 2021 wilt u streven naar optimale inzet van financiële middelen? Op dit moment is over de relatie tussen zorglevering en de daarbij passende financiering nog volstrekt onduidelijk en onzeker, door de Corona maatregelen. Hoe denkt u dan te komen tot een optimale inzet van financiële middelen en een passende vergoeding voor te leveren zorg? Waar baseert u deze aanname op?</p>	<p>We verwachten, met of zonder corona, dat er verbetermogelijkheden zijn voor organisaties in de inzet van hun financiële middelen. Dat baseren wij op de verschillen die we zien tussen zorgaanbieders in de wijze waarop ze de beschikbare middelen inzetten. Juist door het optimaliseren van de inzet van de financiële middelen komt meer geld beschikbaar dat zorgaanbieders kunnen inzetten om de mogelijk langere termijn gevolgen van de coronacrisis het hoofd te bieden.</p>
<p>Het begrip doelmatigheid kan niet los worden gezien van zorginhoud. Het ontwikkelpotentieel van cliënten loopt per grondslag en zorgvraagtype uiteen, net als de effort die de nodige zorginzet van de organisatie en van zorgprofessionals voor deze cliënten vraagt. In dat kader zien wij dat deze maatwerkafspraken ongelijk uitpakt voor verschillende organisaties. Erkent u dat en zo nee, hoe borgt u dan gelijkheid en een level playing field voor aanbieders over verschillende grondslagen en zorgvraagtypen?</p>	<p>We houden hiermee rekening op twee manieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. We vergoeden een percentage van het NZa maximum tarief. Het tarief verschilt per zorgprofiel. Daarmee wordt in het tarief rekening gehouden met verschillen in zorgzwaarte. Als er structurele verandering van kosten zijn dan gaan we er van uit dat de NZa dit meeneemt in de bepaling van de tarieven. 2. In de spiegelinformatie die we beschikbaar stellen spiegelen we zorgaanbieders aan vergelijkbare zorgaanbieders. Daarbij houden we o.a. rekening met de zorgzwaarte van de klanten.
<p>U stelt spiegelinformatie beschikbaar over "kosten voor zorgpersoneel, overheadkosten, verzuim, etc.". Hoe kunnen wij toetsen of deze spiegelinformatie volledig, representatief en gevalideerd is voor ons? En welke definities hanteert u hierbij, zodat wij weten dat het daarmee een goede tool voor ons is om doelmatigheidsverbetering te halen? Hoe definieert u vergelijkingsgroepen?</p>	<p>Wij baseren de spiegelinformatie voornamelijk op jaarverslaggegevens. Bij de ontwikkeling van de spiegelinformatie en het definiëren van vergelijkingsgroepen, zullen we zorgaanbieders betrekken. U kunt de spiegelinformatie bespreken met uw zorginkoper. Daarnaast staat het u vrij om op andere wijze een keuze te maken voor een doelmatigheidsverbetering.</p>

<p>De eisen aan de projecten om de toeslag te verkrijgen zijn onrealistisch. Het kenmerk van innovatie is juist dat de opbrengsten nog onderzocht en zichtbaar moeten worden. Het voorbeeld van 1% toeslag om minimaal 1% besparing te realiseren is onhoudbaar. Het laaghangend fruit is echt al geplukt. De situatie op de arbeidsmarkt is dusdanig ernstig dat de snelle winst echt al is gerealiseerd. Nieuwe acties zullen een langere termijn hebben om effect te laten zien. Is het zorgkantoor bereid hiermee rekening te houden bij de beoordeling en verantwoording van initiatieven?</p>	<p>Wij staan open voor plannen over meerdere jaren. We zullen u dan vragen deze plannen in onderdelen te splitsen zodat we in ieder geval voor 2021 een maatwerkafpraak kunnen maken over de implementatie van een onderdeel van een meerjarig plan. De wijze waarop we vanaf 2022 omgaan met meerjarige plannen werken we de komende periode verder uit.</p>
<p>De voorgestelde werkwijze en eisen kunnen een effect hebben dat precies tegenovergesteld is aan wat er gewenst wordt. Alleen plannen zonder risico worden ingediend, terwijl dit waarschijnlijk niet de meest innovatieve projecten zijn. Hoe denkt het zorgkantoor dit risico te mitigeren?</p>	<p>Deze maatwerkafpraak heeft voor de zorgverlening aan klanten een positief effect. Zorgaanbieders ontvangen een opslag op het tarief van 1% om doelmatigheidsverbetering te realiseren. Als ze deze doelmatigheidsverbetering daadwerkelijk realiseren ontvangen ze zowel 1% opslag op het basistariefpercentage als 1% extra financiële middelen. Deze middelen kunnen op een andere manier ingezet worden. Daarmee komen er extra middelen beschikbaar voor de zorgverlening aan uw klanten. We verwachten dat zorgaanbieders zich hiervoor graag willen inzetten. Voor 2021 geldt een inspanningsverplichting. We verwachten dat dit een stimulans is voor het inbrengen van meer ambitieuze plannen.</p>
<p>Er dient rekening gehouden te worden met externe factoren. Bijvoorbeeld medewerkers die als ZZP-er meer kunnen verdienen dan op basis van de CAO kan worden betaald. Een element waarop wij als aanbieder weinig invloed hebben. Gemeenschappelijke actie van het zorgkantoor met de aanbieders richting politiek is wenselijk om aan deze misstand iets te doen. Is het zorgkantoor bereid om in overleg met de aanbieders de doelstelling van projecten vast te stellen, zonder resultaat eisen vooraf? Ook in de jaren 2022 en 2023?</p>	<p>We realiseren ons dat ook externe factoren van invloed zijn op uw bedrijfsprocessen. Waar mogelijk spelen wij graag een rol om deze in landelijke overleggen te agenderen. In de spiegelinformatie spiegelen we u aan zorgaanbieders die met dezelfde externe factoren te maken hebben. We verwachten dat er voor iedere organisatie verbetermogelijkheden zijn in de inzet van hun financiële middelen. Dat baseren wij op de verschillen die we zien tussen zorgaanbieders in de wijze waarop ze de beschikbare middelen inzetten. Voor 2021 geldt een inspanningsverplichting. Hoe we deze maatwerkafpraak vorm geven vanaf 2022 werken we de komende tijd in overleg met het veld uit.</p>
<p>U stelt spiegelinformatie beschikbaar. Is deze informatie ook beschikbaar voor de GGZ sector? Zo ja, wanneer kunnen wij hierover beschikken?</p>	<p>Op dit moment is er helaas nog geen spiegelinformatie beschikbaar voor de GGZ. Wij verwachten dat deze in de loop van 2021 beschikbaar komt. In 2021 beginnen we met het verzamelen van data voor de GGZ die gebruikt kan worden voor de spiegelinformatie.</p>
<p>Doelmatigheidsverbeteringen die al via andere bekostigingsbronnen gefinancierd worden, komen niet in aanmerking voor de tariefopslag.</p>	<p>Het zorginkoopbeleid gaat over de wijze waarop het Wlz-budget wordt ingezet voor zorg aan klanten met een Wlz-indicatie. De</p>

Dubbele bekostiging is niet toegestaan. Dus u verwacht serieus dat wij effecten van maatregelen gaan toerekenen aan financieringsstromen? Zo ja, dan graag een uiteenzetting hoe dat zou moeten in bijvoorbeeld de voorbeelden die u noemt.	maatwerkafpraak optimale inzet van financiële middelen gaat dan ook over het Wlz-budget. Dat betekent dat de doelmatigheidsverbetering van 1% ook geldt voor de Wlz-omzet. Gezien de gescheiden budgettaire kaders en daarmee samenhangende verantwoordingsverplichtingen gaan we ervan uit dat u de verschillende financieringsstromen in uw organisatie kunt scheiden.
Wat als je als organisatie al zeer doelmatig bent? Zijn er ook grenzen aan doelmatigheid? 1% opbrengst is namelijk heel veel geld, maar ook niet altijd goed aan te tonen. Soms zit de doelmatigheid meer in het vereenvoudigen van processen. En hierdoor hoeft bijvoorbeeld ondersteuning niet uitgebreid terwijl aantal medewerkers in de zorg toeneemt.	Het voorbeeld wat u noemt kan een onderdeel vormen van de maatwerkafpraak als het voldoet aan de in Paragraaf 4.3.2 gestelde voorwaarden.

4.3 Hoe?: Op basis van uw inschrijving en op een later moment een beknopt plan kennen we een tariefopslag toe

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 4.3.2</i>	
In paragraaf 4.3.2 (pagina 28) staat dat dubbele bekostiging niet is toegestaan. Als voor het realiseren van de doelmatigheidsverbetering meer financiering nodig is dan de 1% van de maatwerkafpraak, dan is naar wij aannemen aanvullende financiering uit andere bronnen wel toegestaan. Klopt dat?	De maatwerkafpraak vergoedt niet de feitelijke kosten voor een doelmatigheidsverbetering maar een beweging. Als u van meerdere financieringsbronnen gebruik wil maken voor eenzelfde doelmatigheidsverbetering omdat de verbetering erg groot is kunt u met uw zorginkoper bespreken hoe u dit het beste kunt opdelen. U kunt bijvoorbeeld locaties uit elkaar halen of de verschillende fasen van verbetering apart uitwerken.
Hoe beoordeelt Zilveren Kruis de doelmatigheidsverbetering en waar wordt die doelmatigheidsverbetering tegen af gezet? Wat gebeurt er als een zorgaanbieder bijvoorbeeld 0,5% doelmatigheidswinst heeft behaald? Daarnaast schrijft u dat als een aanbieder in aanmerking wil komen voor een opslag van 1%, dat de beoogde doelmatigheidsverbetering minimaal 1% van uw Wlz-omzet is. Dat wil zeggen, als er niet wordt voldaan aan de maatwerkafpraak dan is er een korting van 1%. Wordt er wel voldaan aan maatwerkafpraak dan moet minstens 1% van totale Wlz-omzet worden bezuinigd, voordat tariefopslag tot max 1% wordt vergoed. Hiermee zegt u eigenlijk dat aanbieders per definitie 1% op hun totale Wlz-	We vragen u om in het plan dat u indient beoordelingscriteria op te nemen [zie Paragraaf 4.3.2]. De beoordeling van de gerealiseerde doelmatigheidsverbetering vindt plaats aan de hand van deze criteria. U informeert ons daarover via een vast format [zie Paragraaf 4.3.5]. Wij verwachten dat u invulling geeft aan de plannen en zich inzet om deze te realiseren. De voortgang van de implementatie monitoren wij in de dialoog die we met u voeren. Daarin is voor ons belangrijk dat we een beweging zien volgens het plan dat u zelf heeft opgesteld en bij ons heeft ingediend. Op basis daarvan zullen wij vaststellen of de inspanning die u daarvoor heeft gedaan past bij uw ambities.

omzet worden gekort, en de tariefopslag van 1% een 'sigaar uit eigen doos is' klopt dit?	
U schrijft "Het verbeteren van de doelmatigheid mag niet ten koste gaan van de kwaliteit van zorg." Hoe ziet u dit gecombineerd met het aanbieden van deze zorg onder de kostprijs?	Deze maatwerkafspraken is juist bedoeld om uw kostprijs te optimaliseren. U ontvangt een opslag op het tarief van 1% om doelmatigheidsverbetering te realiseren. Als u deze doelmatigheidsverbetering daadwerkelijk realiseert heeft u zowel 1% opslag op het basistariefpercentage als 1% extra financiële middelen die u op een andere manier kunt inzetten. Daarmee komen er extra middelen beschikbaar voor de zorgverlening aan uw klanten.
Onder de voorwaarden staat vermeld dat de doelmatigheidswinst minimaal gelijk moet zijn aan de vergoeding die u ontvangt als opslag op uw tarief. Vaak zijn dit soort trajecten gericht op de middellange of lange termijn en is er niet direct sprake van doelmatigheidswinst. Wij vragen aan u om de "terugverdiendtijd" te verlengen naar bijv. 3 jaar.	We passen het beleid hierop niet aan. De maatwerkafspraken die gekoppeld zijn aan de vaste tariefopslagen gelden voor 1 jaar. Voor deze maatwerkafspraken geldt een inspanningsverplichting.
Op pagina 28 staat: als u ook afspraken heeft voor het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg is het niet mogelijk om afspraken voor doelmatigheidsverbetering te maken door terugdringen PNIL en verzuim omdat dubbele bekostiging niet is toegestaan. Hoe ziet het zorgkantoor de reparatie van onbedoelde effecten (daling verzuim en daling PNIL) zoals vermeld in de Bestuurlijke afspraken kwaliteitsbudget en in de motie van Bergkamp, als een bekostiging uit de kwaliteitsmiddelen? Wat is het verschil tussen reparatie en bekostiging?	U krijgt bij een daling van verzuim en/of daling PNIL een compensatie vanuit het kwaliteitsbudget. Een voorbeeld. Bij een daling van verzuim blijven de kosten gelijk, maar krijgt u wel een vergoeding vanuit het kwaliteitsbudget. U krijgt hiermee de kosten van het personeel vergoed welke door de daling van verzuim extra inzet ingezet kunnen worden. Voor aanbieders waarmee we ook afspraken maken over het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg is het daarom niet mogelijk om afspraken voor doelmatigheidsverbetering te maken door terugdringen PINL en verzuim.
Op pagina 28 staat: als u ook afspraken heeft voor het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg is het niet mogelijk om afspraken voor doelmatigheidsverbetering te maken voor terugdringen PNIL en verzuim omdat dubbele bekostiging niet is toegestaan. Kunt u uitleggen waarom met deze maatregel niet indirect de uitvoering van de Bestuurlijke afspraken en de motie van Bergkamp (van de in de vorige vraag benoemde reparatie van onbedoelde effecten) indirect teniet wordt gedaan?	Vanuit het kwaliteitsbudget blijft in 2021 de compensatie voor daling van verzuim en/of daling van PNIL mogelijk. Voor de maatwerkafpraak optimale inzet van financiële middelen heeft u de mogelijkheid om een plan te dienen voor doelmatigheidsverbetering gerealiseerd voor andere aspecten zoals bijvoorbeeld overheadkosten verminderen. We zijn het dan ook niet met u eens dat dit de motie van Bergkamp teniet doet.
Veel zorgaanbieders leveren ook WMO/Zvw producten. Verbetermaatregelen hebben betrekking op de gehele organisatie. De Wlz vormt vaak een deel van de activiteiten van een instelling en een afzonderlijk idee binnen een financieringsstroom brengt extra kosten met zich mee. Mag de eventuele realisatie van de organisatie brede doelmatigheidswinst worden	Het zorginkoopbeleid gaat over de wijze waarop het Wlz-budget wordt ingezet voor zorg aan klanten met een Wlz-indicatie. De maatwerkafpraak optimale inzet van financiële middelen gaat dan ook over het Wlz-budget. Dat betekent dat de doelmatigheidsverbetering van 1% ook geldt voor de Wlz-omzet en dus niet voor de WMO/Zvw.

<p>meegenomen voor de berekening van de minimale eis van 1 % voor de WLZ omzet (m.a.w. effect van verzuim in gehele organisatie en geen naar rato toerekening voor Wlz-personeel)?</p>	
<p><i>Subparagraaf 4.3.3</i></p>	
<p>Er staat dat een plan kan worden afgewezen als het niet voldoet aan de gestelde voorwaarden. Klopt het dat het hier gaat om de eisen die zijn genoemd in paragraaf 4.3.2?</p>	<p>Ja dat klopt.</p>
<p><i>Subparagraaf 4.3.4</i></p>	
<p>Eventuele afwijzing van plannen met terugwerkende kracht is wel een heel bijzondere voorwaarde. We mogen inschrijven op een toeslag, zonder project in te dienen, de datum waarop het project moet worden ingediend is nog niet bekend (mogelijk in 2021 pas) en het financiële risico wordt met terugwerkende kracht bij de aanbieder gelegd. Kan deze passage vervallen?</p>	<p>Het risico dat u loopt is beperkt. De voorwaarden voor het beknopte plan staan opgenomen in het zorginkoopbeleid. Voor 2021 geldt een inspanningsverplichting waarbij we willen zien dat u een beweging maakt volgens het door u opgestelde plan. Wij hebben het opvragen van plannen uitgesteld om zorgaanbieders hiermee niet te belasten in een tijd waarin het coronavirus veel extra's vraagt. Mocht u er behoefte aan hebben dan kunt u het plan eerder aanleveren. U kunt hiervoor inhoudelijke afstemming zoeken met uw zorginkoper. Wanneer u hiervoor kiest ontvangen wij uw plan graag uiterlijk 1 september 2020. Dit kan per mail naar zorginkoopwz@zilverenkruis.nl. In dat geval nemen we de beoordeling van het plan mee met de definitieve terugkoppeling inschrijving (23 oktober 2020).</p>
<p>Binnen hoeveel dagen wordt een plan beoordeeld en een besluit afgegeven of het wordt toegekend of afgewezen?</p>	<p>Zoals in de Paragrafen 4.3.6, 5.3.7 en 6.3.5 beschreven staat informeren we u over de exacte procedure en tijdslijnen op een later moment. U kunt er ook voor kiezen om uw plan uiterlijk 1 september 2020 in te dienen, per mail naar zorginkoopwz@zilverenkruis.nl. In dat geval nemen we de beoordeling van het plan mee met de definitieve terugkoppeling inschrijving (23 oktober 2020).</p>
<p><i>Subparagraaf 4.3.5</i></p>	
<p>In paragraaf 4.3.5 (pagina 28) staat dat u van de zorgaanbieder verwacht dat die zich inspannt om de doelmatigheidsverbeteringen te realiseren. Wij interpreteren de maatwerkafspraken zo dat wij een inspanningsverplichting hebben en geen financiële sanctie opgelegd krijgen (lees: niet de volledige 1% krijgen) als de in het plan geformuleerde doelen niet allemaal/niet geheel zijn behaald. Klopt onze interpretatie? En is het mogelijk om bezwaar te maken tegen het besluit</p>	<p>Voor 2021 geldt een inspanningsverplichting. Wij vragen u een doelmatigheidsverbetering te implementeren waarmee na implementatie een doelmatigheidswinst van tenminste 1% van de Wlz-omzet wordt gerealiseerd. Wij verwachten dat u invulling geeft aan de plannen en zich inzet om de doelmatigheidsverbetering te realiseren. De voortgang van de implementatie monitoren wij in de dialoog die we met u voeren. Daarin is voor ons belangrijk dat we een beweging zien volgens het plan dat u zelf heeft opgesteld en bij ons heeft</p>

<p>of de doelen niet zijn behaald?</p> <p>Daarnaast wordt aangegeven dat indien het resultaat van de uitgevoerde plannen per 2022 maatgevend is voor de beloning van de tariefopslag. Is het behaalde resultaat van 2021 dan maatgevend of dat van 2022?</p>	<p>ingediend. Om inzicht te krijgen in de behaalde resultaten informeert u ons uiterlijk 1 februari 2022 over de behaalde resultaten. Op basis daarvan zullen wij vaststellen of de inspanning die u daarvoor heeft gedaan past bij uw ambities. We benadrukken dat de intentie van de maatwerkafspraken is om een beweging te stimuleren en te belonen. We zullen alleen in het geval dat een zorgaanbieder niet voldoet aan deze intentie overgaan tot het niet toekennen dan wel terugvorderen van (een deel van) de opslag. Mocht u het niet eens zijn met onze beslissing dan kunt u daartegen te zijner tijd bezwaar maken.</p>
<p>Om de behaalde resultaten te beoordelen staat de verplichting om voor 1 februari 2022 inzicht te geven in de behaalde resultaten. Gezien de realiteit dat bij de meeste zorginstellingen de jaarcijfers die, onder andere, nodig zijn om dit aan te tonen niet eerder dan april bekend zijn, is het aanleveren van voldoende informatie voor een gedegen beoordeling niet haalbaar. Waarom heeft u gekozen voor een deadline van 1 februari 2022?</p>	<p>1 februari 2022 is als deadline gekozen omdat we dan de beoordeling kunnen meenemen bij de nacalculatie over 2021.</p>
<p><i>Subparagraaf 4.3.6</i></p>	
<p>Stap 7 in tabel 2 bevat een gestelde deadline voor het aanleveren van informatie over geleverde inspanningen en de behaalde resultaten, te weten: 15-1-2022. In bijlage 11a staat de deadline op 1-2-2022. Kan het zorgkantoor een eenduidige deadline verstrekken?</p>	<p>De juiste datum is 1-2-2022. We zullen de datum in tabel 2 aanpassen.</p>
<p>Geldt dit voor alle aanbieders of alleen voor de aanbieders die zich voor 31 juli 2020 hebben ingeschreven voor een maatwerkafpraak?</p>	<p>Dit geldt voor zorgaanbieders die zich bij inschrijving hebben aangemeld voor de maatwerkafpraak.</p>

4.4 Vanaf 2022 zijn we van plan om naast de inspanning ook het resultaat te belonen

Vraag	Antwoord
<p>Impliceert dit dat er alleen plannen ingediend kunnen worden die in 2021 binnen 1 jaar gerealiseerd kunnen worden? Anders zouden we niet kunnen aantonen of het resultaat behaald is op het moment van verantwoording.</p>	<p>Wij staan open voor plannen over meerdere jaren. We zullen u dan vragen deze plannen in onderdelen te splitsen zodat we in ieder geval voor 2021 een maatwerkafpraak kunnen maken over de implementatie van een onderdeel van een meerjarig plan. De wijze waarop we vanaf 2022 omgaan met meerjarige plannen werken we de komende periode verder uit.</p>

5 **Beleid voor de maatwerkafpraak Innovaties voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek**

5.1 **Waarom?: Door innovatie kan meer tijd beschikbaar komen voor de zorg**

Geen correcties of aanvullingen

5.2 **Wat?: U kunt in 2021 1% opslag ontvangen voor de inzet van innovaties**

Vraag	Antwoord
Als eis staat dat tenminste 10% van de klanten en/of medewerkers na implementatie met de innovatie(s) te maken krijgt. Hoe ziet u dat met betrekking tot het implementeren van een innovatieve manier om medewerkers aan te trekken?	Bij het aantrekken van medewerkers is de relatie wat indirect maar ook dan gaat het er om dat u niet slechts één medewerker aantrekt maar een aantal waardoor tenminste 10% van uw klanten bijvoorbeeld betere zorg ontvangt of (een ander voorbeeld) tenminste 10% van uw medewerkers minder werkdruk ervaart. Wij horen graag van u hoe het aantrekken van medewerkers merkbaar wordt voor uw klanten en/of medewerkers.
Als eis staat dat tenminste 10% van de klanten en/of medewerkers na implementatie met de innovatie(s) te maken krijgt. Wat als na de geïmplementeerde van de innovatie blijkt dat niet 10% van de klanten en/of medewerkers hiermee te maken krijgt? Heeft dit een effect op de vaste opslag van 1% in 2021?	We verwachten dat met de plannen die u heeft voor het implementeren van één of meerdere innovaties tenminste 10% van de klanten en/of medewerkers na implementatie bereikt wordt. De voortgang van de implementatie monitoren wij in de dialoog die we met u voeren. Daarin is voor ons belangrijk dat we een beweging zien volgens de mijlpalen die u zelf heeft opgesteld en bij ons heeft ingediend. De zorginkoper zal in gesprek met u vaststellen of de inspanning die u daarvoor heeft gedaan past bij uw ambities.
Er staat niets over het feit dat het in 2021 ten aanzien van de maatwerkafpraak innovaties voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek gaat om een inspanningsverplichting. Wij interpreteren de maatwerkafpraak op basis van het inkoopbeleid als een inspanningsverplichting en verwachten geen financiële sanctie (lees: niet de volledige 1% krijgen) als de in het plan geformuleerde doelen niet allemaal/niet geheel zijn behaald. Klopt onze interpretatie?	Uw interpretatie klopt. Wij vragen u één of meerdere innovaties te implementeren die voldoen aan de beschreven voorwaarden [Paragraaf 5.2]. De voortgang van de implementatie monitoren wij in de dialoog die we met u voeren. Daarin is voor ons belangrijk dat we een beweging zien volgens de mijlpalen die u zelf heeft opgesteld en bij ons heeft ingediend. Op basis daarvan zullen wij vaststellen of de inspanning die u daarvoor heeft gedaan past bij uw ambities. We benadrukken dat de intentie van de maatwerkafspraken is om een beweging te stimuleren en te belonen. We zullen alleen in het geval dat een zorgaanbieder niet voldoet aan deze intentie overgaan tot het niet toekennen dan wel terugvorderen van (een deel van) de opslag. Mocht u het niet eens zijn met onze beslissing dan kunt u daartegen te zijner tijd bezwaar maken.
Ten aanzien van de maatwerkafpraak over de inzet van innovaties schrijft u: "Tenminste 10%	De 10% geldt inderdaad per erkenning. Dus voor 10% van de klanten en/of medewerkers van de

<p>van de klanten en/of medewerkers krijgt na implementatie met de innovatie(s) te maken.” Waarop heeft deze 10% betrekking? Geldt dit per zorgkantoorregio van Zilveren Kruis, dus per erkenning?</p>	<p>organisatie waarvoor de tariefopslag geldt. Voor de volledigheid merken we hierbij op de 10% betrekking heeft op de onderdelen van uw organisatie waarvoor u bij Zilveren Kruis een overeenkomst heeft.</p>
<p>De voorwaarden aan de inspanning is niet realistisch. Dit betreft het gegeven dat minimaal 10% van de medewerkers of cliënten hiermee te maken moet krijgen. Een voorbeeld: wij starten een dagbestedingsgroep bij op de locatie van een ROC, waarbij de studenten in de dagbesteding komen en de cliënten mee gaan doen in onderwijs. Dit is zeer innovatief om cliënten een zinvolle dagbesteding te bieden en bij studenten de instroom als medewerker in de sector te stimuleren. Hoe je een dergelijk initiatief aan de 10% norm moet koppelen is onbegonnen werk. Terwijl het initiatief goed past in de doelstelling van het inkoopbeleid. Het effect is mogelijk pas over 2 of 3 jaar te zien. De vraag is daarom om in overleg met de aanbieders de projecten te beoordelen, zonder voorwaarden vooraf. kunt u dit in die zin aanpassen?</p>	<p>In uw voorbeeld is de relatie wat indirect maar ook dan gaat het er om dat tenminste 10% van uw klanten bijvoorbeeld betere zorg ontvangt of (een ander voorbeeld) tenminste 10% van uw medewerkers minder werkdruk ervaart. Wij horen graag van u hoe het project dat u noemt merkbaar wordt voor uw klanten en/of medewerkers.</p> <p>Voor deze maatwerkafpraak geldt een inspanningsverplichting. De voortgang van de implementatie monitoren wij in de dialoog die we met u voeren. Daarin is voor ons belangrijk dat we een beweging zien volgens de mijlpalen die u zelf heeft opgesteld en bij ons heeft ingediend. De zorginkoper zal in gesprek met u vaststellen of de inspanning die u daarvoor heeft gedaan past bij uw ambities.</p>
<p>Wat wordt er verstaan over onder “de (combinatie van) innovatie(s) is proportioneel”?</p>	<p>Daarmee bedoelen we dat de innovatie een omvang heeft die in verhouding staat tot de omvang van uw organisatie. Het bepalen daarvan is maatwerk.</p>
<p>Breder invoeren van een bekende innovatie is mogelijk. Maar indien uitbreiding al eerder is ingezet vanuit reguliere Wlz-gelden betekent dit een korting op het tarief, terwijl de organisatie al wel bezig is de arbeidsproblematiek aan te passen met innovaties. Hoe kijkt het zorgkantoor hier tegen aan?</p>	<p>Er zijn vele mogelijkheden om innovaties in te zetten die kunnen bijdragen aan de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek. Daarom verwachten dat er voor iedere organisatie een extra inzet mogelijk is. Als u voor een al eerder ingevoerde innovatie in 2021 nog implementatiestappen zet, kunt u dat opnemen in uw beknopte plan.</p>
<p>U noemt een vijftal vereisten aan de innovatie gesteld. Zijn deze cumulatief?</p>	<p>De innovatie dient inderdaad aan alle eisen te voldoen zoals opgenomen in Paragraaf 5.2 van het zorginkoopbeleid.</p>
<p>Wat is de reden dat een innovatie al moet zijn uitontwikkeld? Dat betekent dat je niet kan experimenteren, of dat experimenteer fase per definitie voor eigen rekening is. Vernieuwing is iets anders dan het overnemen van innovaties van anderen. En is nodig om in 2040 klaar te staan om de exploderende zorgvraag aan te kunnen.</p>	<p>Beide vormen van vernieuwing zijn nodig. Voor de maatwerkafpraak hebben we gekozen voor uitontwikkelde innovaties omdat er daar veel van beschikbaar zijn die nog maar beperkt worden toegepast en dit voor alle zorgaanbieders realiseerbaar is.</p>
<p>Er worden 4 onderwerpen voor innovatie aangegeven, maar mag je ook zelf een onderwerp aandragen? Als je al begonnen bent met een van de genoemde innovaties, kun je die dan ook inzetten voor een opslag van 1%?</p>	<p>U mag zelf innovaties aandragen. Deze moeten wel passen bij één van de 4 onderwerpen, zoals beschreven in paragraaf 5.2.</p>

Met plannen kunnen wij een tariefopslag op het basistarief verdienen. Het is niet uit te sluiten dat de investeringskosten voor deze plannen de te verdienen opslag te boven zullen gaan. Is het Zorgkantoor in dat geval bereid om de hogere kosten te vergoeden dan wel de voorwaarden zodanig aan te passen dat investering en opbrengst minimaal met elkaar in verhouding staan?	De maatwerkafpraak vergoed niet de feitelijke kosten voor innovatie maar een beweging. Bij de beoordeling van de ingediende innovaties kijken we niet naar de verhouding tussen investeringen en vergoeding. De eisen waarin een innovatie moet voldoen staan beschreven in Paragraaf 5.2.
--	--

5.3 **Hoe?: Op basis van uw inschrijving en op een later moment een beknopt plan kennen we een tariefopslag toe**

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 5.3.2</i>	
Veel zorgaanbieders leveren ook WMO/ZVW producten. Verbetermaatregelen hebben betrekking op de gehele organisatie of een deel ervan. Wij zetten innovaties graag in voor al onze cliënten, ongeacht financieringsvorm en/of geclusterd wonen/verblijf. Mogen de organisatie brede effecten van de innovatie m.b.t. de arbeidsproblematiek worden meegenomen bij de verantwoording en berekening? Zo nee, hoe worden wij geacht hierin te differentiëren?	Het zorginkoopbeleid gaat over de wijze waarop het Wlz-budget wordt ingezet voor zorg aan klanten met een Wlz-indicatie. De maatwerkafspraken gelden dan ook voor de Wlz-budget en dus niet voor de WMO/Zvw.
Eventuele afwijzing van plannen met terugwerkende kracht is wel een heel bijzondere voorwaarde. We mogen inschrijven op een toeslag, zonder project in te dienen, de datum waarop het project moet worden ingediend is nog niet bekend (mogelijk in 2021 pas) en het financiële risico wordt met terugwerkende kracht bij de aanbieder gelegd. Kan deze passage vervallen?	Het risico dat u loopt is beperkt. De voorwaarden voor het beknopte plan staan opgenomen in het zorginkoopbeleid. Voor 2021 geldt een inspanningsverplichting waarbij we willen zien dat u een beweging maakt volgens het door u opgestelde plan. Wij hebben het opvragen van plannen uitgesteld om zorgaanbieders hiermee niet te belasten in een tijd waarin het coronavirus veel extra's vraagt. Mocht u er behoefte aan hebben dan kunt u het plan eerder aanleveren. U kunt hiervoor inhoudelijke afstemming zoeken met uw zorginkoper. Wanneer u hiervoor kiest ontvangen wij uw plan graag uiterlijk 1 september 2020. Dit kan per mail naar zorginkoopwlz@silverenkruis.nl . In dat geval nemen we de beoordeling van het plan mee met de definitieve terugkoppeling inschrijving (23 oktober 2020).
Binnen hoeveel dagen wordt een plan beoordeeld en een besluit afgegeven of het wordt toegekend of afgewezen?	Zoals in de Paragrafen 4.3.6, 5.3.7 en 6.3.5 beschreven staat informeren we u over de exacte procedure en tijdlijnen op een later moment. U kunt er ook voor kiezen om uw plan uiterlijk 1 september 2020 in te dienen, per mail naar zorginkoopwlz@silverenkruis.nl . In dat geval nemen we de beoordeling van het plan mee met

	de definitieve terugkoppeling inschrijving (23 oktober 2020).
<i>Subparagraaf 5.3.5</i>	
Er staat dat een plan kan worden afgewezen als het niet voldoet aan de gestelde voorwaarden. Klopt het dat het hier gaat om de eisen die zijn genoemd in paragraaf 5.2?	Ja, dat klopt.

5.4 **Vanaf 2022 zijn we van plan de investeringen die nodig zijn voor de inzet van innovaties te vergoeden**

Vraag	Antwoord
Wat is de motivatie van zorgkantoor om in 2022 de daadwerkelijke investeringen te vergoeden en voor 2021 voor een tariefopslag van 1% te kiezen?	De afweging hierbij is dat we in 2021 zorgaanbieders minimaal willen belasten en toch al een eerste stap willen zetten in het versnellen van de beweging die nodig is voor een toekomstbestendig zorglandschap. Daarom hebben we voor 2021 gekozen voor een inspanningsverplichting. Wij vragen u één of meerdere innovaties te implementeren die voldoen aan de beschreven voorwaarden [Paragraaf 5.2]. De voortgang van de implementatie monitoren wij in de dialoog die we met u voeren. Daarin is voor ons belangrijk dat we een beweging zien volgens de mijlpalen die u zelf heeft opgesteld en bij ons heeft ingediend. Het vergoeden van investeringen, zoals we van plan zijn vanaf 2022 geeft meer mogelijkheden voor maatwerk en versnelt daarmee de beweging die we als noodzakelijk zien voor de toekomst. Het vergoeden van investeringen brengt meer registratielast met zich mee vanwege de noodzakelijke verantwoording van de rechtmatigheid van de uitgaven. Ook in 2022 zullen we de registratielast zoveel als mogelijk proberen te beperken.
Impliceert dit dat er alleen plannen ingediend kunnen worden die in 2021 binnen 1 jaar gerealiseerd kunnen worden? Anders zouden we niet kunnen aantonen of het resultaat behaald is op het moment van verantwoording.	Wij staan open voor plannen over meerdere jaren. We zullen u dan vragen deze plannen in onderdelen te splitsen zodat we in ieder geval voor 2021 een maatwerkafpraak kunnen maken over de implementatie van een onderdeel van een meerjarig plan. De wijze waarop we vanaf 2022 omgaan met meerjarige plannen werken we de komende periode verder uit.

6 Beleid voor de maatwerkafpraak over regionale ontwikkeling

6.1 Waarom?: Voor een toekomstbestendig zorglandschap is regionale ontwikkeling belangrijk

Vraag	Antwoord
Het Zorgkantoor geeft aan dat er nog extra afspraken kunnen worden gemaakt om bijvoorbeeld knelpunten gedurende het jaar samen te kunnen oplossen of regionale samenwerkingsafspraken of de levering van bijzondere zorg te stimuleren. Kunt u nader aangeven op basis van welke objectieve parameters deze extra afspraken zullen worden gemaakt en waar die extra afspraken dan op zien, zoals bijvoorbeeld verhoging van het basistarief of eenmalige subsidietoekenningen? Hoe gaat u deze extra afspraken bekostigen?	Eerste voorwaarde voor toekenning is dat u een aanvraag, met een plan ter onderbouwing aanlevert, dat voldoet aan de voorwaarden zoals beschreven in Paragraaf 6.3.1. We beoordelen of uw aanvraag en plan voldoen aan de in Paragraaf 6.3.2 beschreven eisen. We vergoeden de kosten die nodig zijn voor de uitvoering van het plan, en die u aan ons aanlevert in een begroting. Het uitbetalen van een lumpsum bedrag is op dit moment niet mogelijk in de Wlz. Dat bepalen VWS en de NZa. De enige manier om dit te doen is het bedrag verdisconteren in de tarieven. Zowel tijdens de herschikking als tijdens de nacalculatie zullen we deze verdiscontering zodanig bijstellen dat het afgesproken eindbedrag past bij de afspraak.
Het Zorgkantoor geeft aan dat er nog extra afspraken kunnen worden gemaakt om bijvoorbeeld regionale samenwerkingsafspraken te stimuleren. Onze organisatie werkt op het snijvlak van 6 zorgkantoren. Het is bijna onmogelijk om in alle regio's volwaardig mee te doen aan de regionale ontwikkeling. Hoe gaan zorgkantoren hier mee om?	We zien regionaal verschillende knelpunten en kansen en verschillende oplossingen hoe hiermee om te gaan. Daarom hebben wij voor onze regio's dit beleid vastgesteld en andere zorgkantoren ander beleid voor hun regio's. Zorgkantoren werken onderling samen, waar nodig en van belang stemmen zorgkantoren onderling af. Als initiatieven die u indient bij een ander zorgkantoor ook passen bij de maatwerkafspraken en de regionale context van de regio('s) van Zilveren Kruis kunt u deze indienen. We houden de extra inspanning die we vragen minimaal door aan te sluiten bij wat zorgaanbieders zelf al doen en vastleggen. U kunt er ook voor kiezen om niet in te schrijven voor maatwerk afspraak regionale ontwikkeling of in een beperkt aantal regio's. Deze keuze is aan u.

6.2 Wat?: U kunt een vergoeding ontvangen van de kosten die nodig zijn voor regionale ontwikkeling

Vraag	Antwoord
Wat is de rol van het Zorgkantoor bij de regionale samenwerking? Wat gaat het Zorgkantoor concreet doen hierbij?	We blijven regio-analyses en regioplannen delen. Voor de GGZ en de regio Friesland gaan we deze systematiek ook invoeren. Daarnaast reserveren we financiële middelen voor initiatieven die zorgaanbieders gezamenlijk ontwikkelen om regionale knelpunten aan te pakken. We zijn en

	blijven gesprekspartner van partijen in de regio en brengen partijen bij elkaar. We zullen in gesprekken in de regio participeren en knelpunten en kansen die we zien adresseren.
U geeft aan dat er een mogelijkheid is voor extra budget voor regionale samenwerking. Wat is voor u de definitie van regionale samenwerking? Wij zien namelijk vooral kansen om samenwerking ook met partners buiten de zorg in te zetten om herstel van onze patiënten te bevorderen. We denken dan aan afspraken met bijvoorbeeld woningbouwcorporaties en gemeenten. Kunnen dit type afspraken ook worden gezien als regionale samenwerking? En derhalve in aanmerking komen voor een opslag op het tarief?	Het zorginkoopbeleid gaat over de wijze waarop het Wlz-budget wordt ingezet voor zorg aan klanten met een Wlz-indicatie. De bedoeling van de maatwerkafpraak Regionale ontwikkeling is om zorgaanbieders met wie wij een overeenkomst hebben extra budget te geven voor regionale ontwikkeling die ten goede komt aan klanten met een Wlz-indicatie. Het is niet de bedoeling dat Wlz-budget wordt besteed aan woningcorporaties en gemeenten. Zij kunnen wel onderdeel zijn van een regionaal plan en een regionale samenwerking waarbij iedere partij vanuit de eigen verantwoordelijkheid een bijdrage levert. Als een dergelijk plan voldoet aan de eisen zoals opgenomen in Paragraaf 6.3.2 kan dit voor het deel dat onder de Wlz-verantwoordelijkheid valt in aanmerking komen voor deze maatwerkafpraak.
Vanuit onze rol als grote zorgaanbieder in de regio hebben wij reeds samenwerkingsverbanden gezocht met andere zorgaanbieders. Wij zoeken continue de verbinding om uiteindelijk kwalitatief sterke zorg te kunnen bieden binnen alle financieringsstromen. Over welke additionele percentages kunnen wij denken? Kunt u hier inzicht in geven?	Wij kunnen de per sector gereserveerde bedragen niet uitdrukken in een percentage per zorgaanbieder. Dit hangt samen met het aantal van de aanvragen per regio, het budget per aanvraag en de wijze waarop het budget over zorgaanbieders verdeeld wordt.

6.3 Hoe?: Op basis van uw plannen maken we afspraken over regionale ontwikkeling

Vraag	Antwoord
In paragraaf 6.3 geeft u aan dat aanbieders die een bijdrage leveren aan de regionale ontwikkeling een vergoeding van de kosten voor de uitvoering van het plan kunnen ontvangen. Kunt u toelichten welke type kosten in aanmerking komen voor vergoeding?	Wij willen zorgaanbieders de ruimte geven om aan te sluiten bij de kansen en knelpunten in de eigen regio. We geven in het inkoopbeleid met thema's richting. Daarbij hebben zorgaanbieders de vrijheid hierin eigen keuzes te maken. Voorwaarde voor toekenning is dat u een aanvraag, met een plan ter onderbouwing aanlevert, dat voldoet aan de voorwaarden zoals beschreven in Paragraaf 6.3.1. We beoordelen of uw aanvraag en plan voldoen aan de in Paragraaf 6.3.2 beschreven eisen. We vergoeden de kosten die nodig zijn voor de uitvoering van het plan, en die u aan ons aanlevert in een begroting.
<i>Subparagraaf 6.3.1</i>	
Hoe verhoudt de op p. 8 van het Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023 van ZN genoemde	Om maatwerkafspraken te maken gaan we differentiëren in tarieven. Deze differentiatie

<p>prioriteit van het terugdringen van administratieve lasten zich tot de plannen die gevraagd worden om in aanmerking te komen voor de opslag (maatwerk afspraken)?</p>	<p>brengt een verantwoordingsverplichting met zich mee die verder gaat dan de dialoog. Dat geldt voor ons aan de NZa en voor zorgaanbieders aan ons. We begrijpen dat de maatwerkafspraken extra inspanning vragen. Maatwerk betekent ook maatwerk in afspraken. We houden de extra inspanning minimaal door aan te sluiten bij wat zorgaanbieders zelf al doen en vastleggen. We vragen u een aanvraag te doen door enkele vragen te beantwoorden in een Excel-format. Daarnaast levert u een plan inclusief begroting aan. Dit plan kunt u aanleveren in de vorm die u wenst, zodat u een bestaand plan op basis waarvan u al werkt kunt indienen.</p>
<p><i>Subparagraaf 6.3.2</i></p>	
<p>U geeft aan dat er een mogelijkheid is voor extra budget voor regionale samenwerking. Welke budget is hiervoor beschikbaar?</p>	<p>De budgetten die daarvoor beschikbaar zijn staan in Paragraaf 6.3.2 van het zorginkoopbeleid.</p>
<p>Wat wordt bedoeld nog een extra opslagtarief op het basistarief? Welk gedeelte is er dan variabel en aan welke percentages moeten we dan denken? Met wie vinden de onderhandelingen plaats over dit extra opslagtarief?</p>	<p>U kunt een vergoeding ontvangen van de kosten die nodig zijn voor regionale ontwikkeling. De financiering vindt plaats door de afgesproken vergoeding te verdisconteren in het tariefpercentage. Gesprekken over de aanvraag voor een maatwerkafpraak vinden plaats met uw zorginkoper. Dat geldt ook voor de maatwerkafpraak Regionale ontwikkeling.</p>
<p>Voor de GGZ is € 0,7 miljoen beschikbaar voor regionale projecten. Zijn bepaalde kosten/investeringen uitgesloten van deze vergoeding? Mag het een bestaande samenwerking betreffen? Geldt een maximum per zorgaanbieder?</p>	<p>Kosten die via andere bekostigingsbronnen gefinancierd worden, komen niet in aanmerking voor vergoeding vanuit deze maatwerkafpraak. U mag een bestaand plan aanleveren waar u op dit moment al aan werkt, maar u kunt alleen een vergoeding aanvragen voor het deel van het plan dat nog niet is uitgevoerd. Er geldt geen maximum per zorgaanbieder. Wij stellen eisen aan de initiatieven die ingediend worden, dit leest u in paragraaf 6.3.2.</p>
<p>I.h.k.v. de afspraken over regionale ontwikkeling is voor de GGZ € 0,7 mln. beschikbaar. De middelen verdelen we per sector over de regio's naar rato van de zorgkosten ultimo 2019, maar gedeeld door het aantal van 11 regio's is het nog geen € 65.000. Dit lijkt ons een beperkt budget en wij verwachten dat dit te laag is ingeschat. Hoe is die € 0,7 miljoen tot stand gekomen?</p>	<p>De middelen die wij beschikbaar stellen voor de regionale ontwikkelpunten zijn naar rato verdeeld (op basis van de zorgkosten per sector ultimo 2019) over de drie sectoren, VV, GZ en GGZ. Hierbij is nog geen rekening gehouden met de verwachte toename van de contracteerruimte voor de GGZ in 2021. Onze afweging daarbij is dat nieuwe zorgaanbieders in 2021 bezig zijn om goed te landen in de Wlz en nog niet meteen gericht zijn op het bijdragen aan regionale ontwikkeling.</p>
<p>Wat is het verschil tussen deze transitiebudgetten en de maatwerkafpraak over regionale ontwikkeling? Dat lijkt hetzelfde?</p>	<p>De middelen voor 2021 ontwikkelbudget zijn voor de ingroefase van het kwaliteitskader (2019-2021) door VWS beschikbaar gesteld. Aanvullend op het ontwikkelbudget is het vanaf 2021 mogelijk om afspraken te maken over de regionale</p>

	ontwikkeling.
Binnen hoeveel dagen wordt een plan beoordeeld en een besluit afgegeven of het wordt toegekend of afgewezen?	Zoals in de Paragrafen 4.3.6, 5.3.7 en 6.3.5 beschreven staat informeren we u over de exacte procedure en tijdslijnen op een later moment. U kunt er ook voor kiezen om uw plan uiterlijk 1 september 2020 in te dienen, per mail naar zorginkoopwlz@zilverenkruis.nl . In dat geval nemen we de beoordeling van het plan mee met de definitieve terugkoppeling inschrijving (23 oktober 2020).
<i>Subparagraaf 6.3.3</i>	
Is het mogelijk zelf als instelling er voor te kiezen al eerder een aanvraag van budget voor regionale ontwikkelingen in te dienen ondanks dat situatie misschien nog niet genormaliseerd is? Om in ieder geval nog wel aanspraak te kunnen maken op de opslag en om ook eerder te weten waar de instelling qua tarief aan toe is (wordt het toegekend en zo ja, hoe hoog is de opslag).	Voor de maatwerkafpraak regionale ontwikkeling is het niet mogelijk om eerder een aanvraag en plan in te dienen. We kiezen per regio voor eenzelfde moment zodat we per regio indien nodig een selectie kunnen toepassen zoals beschreven in Paragraaf 6.3.3. Daarnaast is overleg in de regio nodig om tot een gedragen plan te komen.
De financiering van de afgesproken vergoeding wordt verdisconteerd in het tariefpercentage. Door deze technische toepassing wordt de vergoeding afhankelijk van de realisatiegraad van de bedbezetting, welke variabel is. Bij neerwaartse fluctuaties in de bedbezetting daalt ook de financiële vergoeding van de gemaakte kosten. Kosten die nodig zijn voor de uitvoering van deze plannen zijn niet afhankelijk van een variabele bedbezetting. Wij vinden het dan ook niet terecht dat niet de aantoonbare kosten worden vergoed. Waarom kiest zorgkantoor niet voor een lumpsum bedrag, welke in de NC wordt vergoed bovenop de gerealiseerde en gedeclareerde verblijfsdagen?	Het uitbetalen van een lumpsum bedrag voor dergelijke afspraken is op dit moment niet mogelijk in de Wlz. Dat ligt vast in de beleidsregels van de NZa. De enige manier om dit te doen is het bedrag verdisconteren in de tarieven.
<i>Subparagraaf 6.3.5</i>	
Het plan voor deze maatwerkafpraak wordt opgevraagd na normalisering coronavirus; zorgkantoor stuurt uiterlijk 1-9-2020 bericht over de planning. De indiening moet uiterlijk 1-7-2021 zijn omdat financiële afspraken moeten landen in de Productieafspraken 2021. Dit vergt een enorme inspanning van zorgaanbieders in de regio in een periode waarin ook de stelselwijziging Wlz per 2021 een forse inspanning vraagt van zorgaanbieders. Voor deze maatwerkafpraak is gedurende 2020 al extra inzet benodigd om tot een regionaal gedragen plan te komen. Wij verwachten dat dit niet gaat passen in deze overbelaste periode.	We bepalen het moment van indienen van plannen op basis van de situatie rondom het coronavirus. Als dit moment niet passend is voor uw organisatie staat het u altijd vrij om voor regionale ontwikkeling geen aanvraag te doen.

<p>Kan de aanloop van ontwikkeling van een gefundeerd en gedragen plan inclusief adequate onderbouwing en begroting worden uitgesteld naar 2021?</p>	
<p>In hoofdstuk 4 (maatwerkafspraken optimale inzet financiële middelen) en hoofdstuk 5 (bijdrage aan verminderen arbeidsproblematiek) is hier nog de zin aan toegevoegd: “Als op dat moment de situatie omtrent het coronavirus nog steeds onvoldoende genormaliseerd is voor het opstellen van plannen, behouden alle zorgaanbieders de vaste tariefopslag van 1%”</p> <p>Vraag: Betekent dit dat als de situatie omtrent het coronavirus nog niet voldoende is genormaliseerd voor het opstellen van plannen, de (X%) opslag voor regionale ontwikkelingen van de baan is in tegenstelling tot de opslag bij de 2 andere maatwerkafspraken (2%)?</p>	<p>Het klopt dat deze maatwerkafspraken dan komt te vervallen. In dat geval voegen we het hiervoor gereserveerde budget toe aan de reguliere contracteerruimte.</p>

7 We vragen van zorgaanbieders met Wlz-omzet lager dan € 500.000,- een toelichting op hun ambitie

7.1 Waarom?: Inzicht in de rol van kleinere zorgaanbieders in het regionale zorglandschap

Vraag	Antwoord
Mag een zorgaanbieder met een verwachte WLZ omzet lager dan 500.000,- er ook voor kiezen om maatwerkafspraken te maken i.p.v. een toelichting te geven de ambitie?	Nee, dat kan niet. De maatwerkafspraken zijn alleen bedoeld voor zorgaanbieders met een Wlz-omzet van € 500.000,- of hoger.

7.2 Wat?: U kunt in 2021 een opslag van 2% krijgen als u een toelichting geeft op uw ambitie

Geen correcties of aanvullingen.

7.3 Hoe?: Op basis van uw inschrijving en op een later moment een korte toelichting kennen we een tariefopslag toe

Geen correcties of aanvullingen.

7.4 Vanaf 2022 zijn we van plan om een lagere opslag op het basistariefpercentage beschikbaar te stellen voor kleinere zorgaanbieders

Geen correcties of aanvullingen.

8 Via de dialoog en het delen van kennis blijven we ons samen met u inzetten voor een goede kwaliteit van zorg

8.1 We blijven in dialoog over de kwaliteitskaders

Vraag	Antwoord
Wat wordt er bedoeld met een Early Warning System (EWS)? Op welke sector heeft dit betrekking?	Het Early Warning System (EWS) is een monitoringssysteem, waarmee het zorgkantoor financiële risico's van zorgaanbieders in kaart brengt. Het zorgkantoor baseert zich op gegevens van de jaarrekening. We monitoren alle zorgaanbieders in alle sectoren van de Wlz.
Gezien de 3 maatwerkafspraken die zorgkantoor per 2021 voorstelt, vragen wij om zoveel mogelijk kwaliteitsonderwerpen te koppelen aan deze maatwerkafspraken. Kan het zorgkantoor toezeggen dat er maximale efficiency kan worden bereikt met zo min mogelijk extra inzet en belastbaarheid op het gebied van de genoemde onderwerpen in paragraaf 8.1?	Het zorgkantoor gaat er vanuit dat de onderwerpen van de maatwerkafspraken en de kwaliteitsdialoog met elkaar samenhangen. De maatwerkafspraken kunnen voortvloeien uit het kwaliteitsplan. De in deze paragraaf genoemde thema's zullen in de dialoog met de zorgaanbieder in samenhang worden gezien. Zorgkantoren beperken voor de maatwerkafspraken de registratietijd voor zorgaanbieders door slechts te vragen om beknopte plannen en aan te sluiten bij zaken die de zorgaanbieder zelf al vastlegt.
In het inkoopkader Langdurige zorg van ZN staat bij voetnoot 9 (pagina 18) : Wanneer mogelijk in de planning en na overleg met het zorgkantoor kan het beknopte plan onderdeel worden van het kwaliteitsplan (voor de V&V). Hoe gaat uw zorgkantoor om met de plannen voor maatwerkafspraken in relatie tot het kwaliteitsplan? Kunnen de maatwerkafspraken geïntegreerd worden in het kwaliteitsplan?	De plannen voor de maatwerkafspraken kunnen onderdeel zijn van de kwaliteitsplannen. We vragen u om per maatwerkafpraak een beknopt plan aan te leveren in het daarvoor beschikbaar gestelde format. U kunt om het format te vullen de relevante onderdelen uit uw kwaliteitsplan kopiëren.

8.2 Met regioanalyses geven we inzicht in de regionale ontwikkelingen

Vraag	Antwoord
In het inkoopbeleid wordt geschreven dat de regioanalyses en regioplannen te vinden zijn op de website van het Zorgkantoor. Op de website zien we alleen de sectoren 'Gehandicaptenzorg' en 'Verzorging en Verpleging'. Zijn er geen regioanalyses en regioplannen voor de GGZ?	Op dit moment zijn er geen regioanalyses en regioplannen voor de GGZ, omdat we nog niet genoeg data hebben. Wel gaan we ook voor de GGZ de komende jaren regioanalyses en regioplannen opstellen, vergelijkbaar met die van de V&V en GZ. Hier starten we mee in de loop van 2021.

8.3 We inspireren met goede voorbeelden en het delen van kennis

Geen correcties of aanvullingen.

8.4 **De zorgatlas geeft een beeld van het beschikbare zorgaanbod**

Geen correcties of aanvullingen.

9 Zilveren Kruis contracteert zorg in natura in de GZ, V&V en GGZ

9.1 Dit zorginkoopbeleid geldt voor zorgaanbieders in de GZ, V&V en GGZ die Wlz-zorg in natura leveren

Vraag	Antwoord
Als de zorgaanbieder zich voor meerdere zorgkantoren van Zilveren Kruis wil inschrijven, is het dan de bedoeling dat de zorgaanbieder een aparte inschrijving inlevert voor ieder zorgkantoor van Zilveren Kruis of volstaat 1 inschrijving voor meerdere regio's?	U hoeft niet apart per zorgkantoorregio in te schrijven, maar kunt volstaan met één inschrijving bij Zilveren Kruis Zorgkantoor.
Is het mogelijk om een korte puntsgewijze samenvatting te krijgen, als Friese zorgaanbieders, met daarin de precieze gevolgen opgesomd, als gevolg van de overgang van Zorgkantoor FRL naar Zilveren Kruis? Bijvoorbeeld het nieuwe inkoopportaal, de maandelijkse uitnutting, de afspraken over zorg met behandeling, et cetera?	Het zorginkoopbeleid is gezamenlijk opgesteld. Er zijn ten opzichte van het voorgaande (meerjaren) beleid diverse wijzigingen. Deze zijn zowel procedureel als beleidsmatig van aard. De precieze gevolgen kunnen per zorgaanbieders verschillend zijn. Wij adviseren u daarom het beleid en alle bijbehorende stukken zorgvuldig door te lezen. Dan heeft u zicht op de gevolgen.

9.2 We verwachten dat zorgaanbieders zorg leveren, passend binnen de geldende kwaliteitsrichtlijnen

Vraag	Antwoord
Wij hebben circa 80 bewoners die via de GGZ-C (AWBZ) en Beschermd Wonen (Wmo) in 2021 in aanmerking komen voor GGZ-wonen (Wlz). Zij wonen verdeeld over twee verpleeghuizen waar het grootste gedeelte van de bewoners onder de sector V&V van de Wlz vallen. Indien wij er voor kiezen om geen afzonderlijke overeenkomsten per sector af te sluiten, wat zijn hiervan de gevolgen voor de kwaliteitsplannen van de locaties, het kwaliteitsbudget en het kwaliteitskader c.q de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten?	Als u al een Wlz-contract heeft bij het zorgkantoor kunt u onder uw huidige contract GGZ-zorg leveren. U kunt alleen in aanmerking komen voor een kwaliteitsbudget voor klanten die vallen onder het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit is onafhankelijk van de keuze die u maakt voor het sluiten van één dan wel twee overeenkomsten.
Als wij cliënten opnemen met een VG, V&V en GGZ indicatie, betekent dit dan dat wij aan drie kwaliteitskaders moeten voldoen? Geldt dat al bij opname van 1 of enkele cliënten met een sectorvreemde grondslag?	Als u zorg gaat leveren aan GGZ-Wlz klanten, dan moet deze zorg voldoen aan de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten GGZ. Net zoals de zorg aan V&V en GZ klanten aan de in hun sector geldende kwaliteitskaders moet voldoen. Wij vinden het als zorgkantoor belangrijk dat al onze klanten zorg krijgen van voldoende kwaliteit.
In de "AWBZ-tijd" was het mogelijk dat een cliënt een VG of V&V indicatie omzette naar een GGZ indicatie en vervolgens de zorg ontving die bij dit pakket passend is. Is deze mogelijkheid er ook in 2021?	Alleen het CIZ kan op verzoek van een klant de GGZ-indicatie omzetten naar een andere grondslag. Vanwege de aard van de doelgroep zetten wij GGZ-indicaties niet administratief om naar andere indicaties. Dit is een landelijke

	afspraken tussen alle zorgkantoren.
--	-------------------------------------

9.3 Wij ontvangen van zorgaanbieders een inschrijving

Vraag	Antwoord
<p>Als wij al een Wlz-contract met het zorgkantoor hebben voor een andere sector, zijn wij dan een bestaande aanbieder?</p> <p>Als wij nieuw zorgaanbod (GGZ) naast ons huidige zorgaanbod willen gaan leveren, wat moeten wij dan aangeven in de inkoopapplicatie en de bestuursverklaring?</p> <p>Aan welke voorwaarden moeten wij dan voldoen om GGZ-zorg te leveren?</p> <p>Moeten wij ons apart aangeven als wij ook voor de GGZ in aanmerking willen komen voor de maatwerkafspraken?</p>	<p>Als u op dit moment al een Wlz-contract bij ons hebt, kunt u onder uw huidige contract ook GGZ gaan leveren. U dient zich in onze inkoopapplicatie aan te melden als een bestaande zorgaanbieder. In de bestuursverklaring geeft u aan voor welke sectoren u zich inschrijft. U hoeft geen aanvullende bijlagen aan te leveren.</p> <p>Voor het leveren van GGZ-zorg dient u te voldoen aan de daarvoor geldende kwaliteitsuitgangspunten en wettelijke eisen. Maatwerkafspraken maakt u op organisatieniveau. U hoeft niet apart aan te geven dat u ook voor de GGZ in aanmerking wilt komen voor maatwerkafspraken.</p> <p>We vragen u om in de inkoopapplicatie aan te geven dat u voornemens bent nieuw zorgaanbod te leveren in 2021. Als u ons tegelijk met uw inschrijving wilt informeren over nieuw zorgaanbod voor 2021 dan kunt u een beknopt ondernemingsplan toevoegen bij uw inschrijving. Dit is niet verplicht. U kunt ook buiten het inschrijfproces om uw zorginkoper informeren over het nieuwe zorgaanbod.</p>
<p>In paragraaf 9.3 wordt aangegeven dat aanbieders 1 overeenkomst kunnen sluiten voor verschillende sectoren. Kan voor het verkrijgen van de tariefopslag binnen de verschillende sectoren dan ook volstaan worden met het indienen van slechts twee plannen '1, optimale inzet van financiële middelen' en '2. innovaties voor de aanpak van arbeidsproblematiek', wanneer deze op organisatieniveau worden uitgevoerd?</p>	<p>Het is mogelijk om te volstaan met slechts twee plannen, mits deze gelden voor de gehele organisatie en passend zijn voor alle sectoren waarvoor u inschrijft.</p>
<p>In het inkoopbeleid geeft u aan dat Zorgkantoor Friesland is gefuseerd met Zilveren Kruis Zorgkantoor. Deze berichtgeving roept bij ons vragen op welk zorgkantoor (Zorgkantoor Friesland of Zilveren Kruis Zorgkantoor) formeel de contracterende partij is voor ons als zorgaanbieder. Wij beschikken reeds over een overeenkomst met Zorgkantoor Friesland. Omdat wij ook voor de periode 2021-2023 enkel willen inschrijven voor de zorgregio Friesland,</p>	<p>Uw inschatting is juist.</p>

gaan wij ervan uit dat we als een bestaande aanbieder worden beschouwd in het inkoopproces. Kunt u aangeven of onze inschatting juist is?	
Wij als zorgorganisatie zouden graag VPT leveren samen met een andere zorgorganisatie. Moeten we hiervoor gezamenlijk een aanvraag indienen, één van beide zorgorganisaties of elk van de zorgorganisaties individueel?	Graag verwijzen wij u naar paragraaf 3.3.1 Voorschrift Zorgtoewijzing: omdat er sprake is van één vast VPT-tarief voor de gehele individuele zorg, kan dat alleen via de constructie van onderaannemer. Het Zorgkantoor contracteert voor de levering van een VPT dus slechts één partij.

10 Via persoonsvolgende bekostiging betalen we zorgaanbieders voor het aantal klanten dat ze in zorg hebben

10.1 Het geld-volgt-klant model geldt voor alle sectoren en leveringsvormen

Vraag	Antwoord
In het inkoopbeleid worden verschillende financiële risico's bij zorgaanbieders gelegd: het basistarief voor de basiszorgverlening wordt met 2% verlaagd; de korting op het maximaal haalbare tarief wordt van 3,4% in 2020 verlaagd naar 4% in 2021; bij overschrijding van de contracteerruimte ligt maximaal 2% risico bij de zorgaanbieder vanwege het model "geld volgt klant". Is dit redelijk en proportioneel?	<p>Met dit inkoopkader willen zorgkantoren een bijdrage leveren aan de uitdagingen in de langdurige zorg. De keuzes in het zorginkoopbeleid zijn er daarom op gericht onze klanten de vrijheid te geven die zorg te kiezen die bij hen past en u ruimte te bieden voor het leveren van goede zorg die past bij de zorgvraag. Hiermee heeft u mogelijkheden voor groei vanuit de zorgvraag van klanten.</p> <p>Zorgaanbieders die zich inspannen om tot oplossingen te komen voor de vraagstukken die spelen, worden financieel beloond. Dit is vormgegeven door een basistarief, met opslagen. De NZa publiceert maximum tarieven. Dit betekent dat zorgkantoren de mogelijkheid hebben om lagere tarieven af te spreken, zorgkantoren hebben die vrijheid overigens ook. En dat is ook nodig, om binnen de (door de NZa vastgestelde en daardoor begrensde) contracteerruimte zoveel mogelijk klanten die een beroep doen op Wlz-zorg te kunnen helpen. In de Kamerbrief van VWS van 29 mei 2020 heeft de minister aangegeven het nieuwe Wlz-zorginkoopkader, inclusief het uniforme basistarief en een opslag, passend te vinden bij de (door)ontwikkeling van de rol die het zorgkantoor binnen het zorgstelsel heeft. De zorg moet blijven voldoen aan gestelde kwaliteitseisen. Als u een lager tariefpercentage ontvangt dan afgelopen jaren dan verwachten we dat u kijkt naar mogelijkheden om de zorg doelmatiger te organiseren, zodat de kwaliteit geborgd blijft.</p> <p>Mocht er sprake zijn van overschrijding van de contracteerruimte beperkt het zorgkantoor de financiële risico's van zorgaanbieders door dit maximaal 2% te laten zijn, alvorens het geld volgt klant model wordt omgezet in een budgetmodel. Daarbij communiceert het zorgkantoor zorgvuldig over de uitnutting van de contracteerruimte, zodat zorgaanbieders hier zelf hun afwegingen in kunnen maken.</p>
Betekent dit dat u ook uitkeert indien een MBI wordt toegepast?	Wij gaan er vanuit dat u doelt op de toepassing van een Macro Beheers Instrument vanuit de overheid. Als de overheid dit instrument toepast,

	<p>heeft dit naar verwachting ook gevolgen voor de hoogte van de contracteerruimte. Zoals in paragraaf 10.1 is de status en hoogte van de contracteerruimte van toepassing op het kunnen behouden van het geld-volgt-klant model.</p>
<p>Hoe rijmt u een clientvolgende financiering met de voorafgaande paragraaf waarin u stelt dat "We hanteren voor elke sector een eigen contracteerruimte waarbinnen we afspraken maken." Geldt de clientvolgende financiering niet als cliënten meerzorg nodig hebben?</p>	<p>Uitgangspunt is het volgen van de keuzes van onze klanten, dat geldt ook voor meerzorg. Het kan echter zijn dat de door de overheid beschikbaar gestelde contracteerruimte daar grenzen aan stelt. Het oormerken van contracteerruimte geeft ons de mogelijkheid om tijdig per sector passende beleidsmaatregelen te treffen, zoals het overhevelen van contracteerruimte tussen sectoren of tussen meerzorg en reguliere zorg. Tegelijkertijd spreiden we de risico's evenredig over zorgaanbieders.</p>
<p>"We maken geen initiële afspraken over volumes. Uitzonderingen hierop zijn crisiszorg [zie Paragraaf 10.5] en plekken inclusief behandeling [zie Paragraaf 10.6].</p> <p>Vraag: Betekent bovenstaande ook dat er initiële afspraken over volume worden gemaakt voor GGZ incl. behandeling, of wordt hier enkel de V&V en GZ sector bedoeld?</p> <p>Zo ja, wat gebeurt er dan in november 2020 als zou blijken dat bepaalde woonzorgaanbieders (met patiënten met GGZ W vanaf 2021) niet gecontracteerd zouden kunnen worden voor GGZ W, die patiënten bij ons zouden willen instromen (in- of exclusief behandeling) en het initieel afgesproken volume voor inclusief behandeling wordt overschreden?</p>	<p>Hier wordt enkel de V&V en GZ sector bedoeld (zie paragraaf 10.6). Met GGZ-aanbieders gaan we in gesprek over levering met of zonder behandeling.</p>
<p>Er staat dat er geen initiële afspraken worden gemaakt over volumes met uitzonderingen: crisiszorg en plekken inclusief behandeling. Waarom worden er initiële afspraken gemaakt over plekken inclusief behandeling?</p>	<p>Er worden initiële afspraken gemaakt over plekken inclusief BH, omdat wij het uitgangspunt hanteren dat de verhouding tussen plaatsen inclusief en exclusief behandeling niet verandert. Zie ook paragraaf 10.6.</p>
<p>Als bestaande aanbieder sector V&V schrijven wij ons ook in voor de sector GGZ. Ontvangen wij naast het reguliere V&V budgetvolume ook een apart GGZ budgetvolume voor 2021?</p>	<p>Zoals in paragraaf 10.1 valt te lezen maken wij geen initiële volume afspraken, in verband met het geld-volgt-klant model. We maken enkel afspraken over te leveren prestaties. Indien u met ingang van 2021 ook GGZ zorg zult gaan leveren en voldoet aan de geldende voorwaarden, zullen wij dus ook voor de GGZ prestaties dergelijke afspraken maken.</p>
<p>In de herschikking wordt het definitieve financiële kader bepaald. Hoe wordt dat bepaald? Is dat op basis van gemiddelde over het jaar of wordt gekeken naar de trend bij een zorgaanbieder?</p>	<p>Voor de wijze waarop wij herschikken verwijzen wij u naar paragraaf 12.4.1. Daarin leest u dat we voor het vaststellen van de definitieve productieafspraken uitgaan van de goedgekeurde declaratiegegevens uit de AW319 van het</p>

	<p>betreffende kalenderjaar op een jaarlijks te bepalen peildatum. De gegevens van de laatste gedeclareerde maand op deze peildatum extrapoleren we naar de rest van het jaar. Wanneer er significante trends of ontwikkelingen zichtbaar zijn (positief of negatief) in de AW319-gegevens van zorgaanbieders, kunnen wij hier in de wijze van extrapoleren rekening mee houden.</p>
<i>Subparagraaf 10.1.1</i>	
Voor de GGZ zijn nog geen referentiecijfers vanuit de WLZ beschikbaar van het jaar daarvoor. Op basis van welke cijfers wordt de contracteerruimte bepaald en gemonitord?	Voor de nieuwe doelgroep klanten met een psychische stoornis die vanaf 1-1-2021 toegang krijgen tot de Wlz hebben we geen referentiecijfers voor het gebruik van Meezorg. We zullen het gebruik in 2021 monitoren en op basis van de ervaringen in het eerste half jaar van 2021 een extrapolatie maken voor het gehele jaar.
Iedere sector heeft een eigen contracteerruimte; betekent dit dat bij herschikking alleen voor die sector tussen betreffende zorgaanbieders geherscht wordt? En dat het dus zo kan zijn dat er bij de GZ geld blijft liggen terwijl bijv. er bij de V&V geen middelen meer zijn?	Indien er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn voor alle zorgkantoorregio's van Zilveren Kruis, zal een tekort in een sector worden aangevuld met middelen uit de gereserveerde contracteerruimte van een andere sector.
In onze regio wordt weinig gebruik gemaakt van Meezorg in de V&V. Om de klantvraag goed te kunnen bedienen hebben wij dit in voorbereiding en hebben wij niet kunnen anticiperen op gewijzigd beleid in deze. Omdat het budget 2021 o.b.v. 2020 wordt bepaald vragen wij u hier rekening mee te houden.	Dank voor uw signaal. Het klopt dat de gereserveerde contracteerruimte van Meezorg wordt gebaseerd op de volumes van 2020. Ook sectorspecifieke wijzigingen (bijvoorbeeld verwachte groei) worden hierin meegenomen.
<i>Subparagraaf 10.1.2</i>	
Waarom kiest u ervoor voor de oplossing om "De NZa vraagt om in het budgetformulier een omzetniveau op te nemen. We nemen als omzetniveau in het budgetformulier € 1,- op."? Waarom kiest u niet voor een reële verwachting van de zorgkosten?	Wij doen dit omdat wij van mening zijn hiermee te laten zien dat we volledig persoonsvolgend zijn. Het opnemen van een omzetniveau op basis van een historische basis, welke geen enkele garantie over financiering geeft, strookt niet met dit uitgangspunt. Ook houden we hiermee het administratieve proces rond de indiening van het budgetformulier eenvoudig.
<i>Subparagraaf 10.1.3</i>	
Bij welke percentuele wijziging in het volume moeten wij u informeren. Is hier een percentage voor? Zowel voor groei als voor krimp in het volume?	Wij verwachten dat u ons tijdig, proactief informeert over substantiële wijzigingen in volumes. Dit geldt zowel voor groei als krimp. Het zorgkantoor heeft hier geen specifiek percentage voor vastgesteld. Bij twijfel, informeert u uw zorginkoper.
Zorgkantoor publiceert maandelijks de verwachte uitnutting van de contracteerruimte op de website. Kan er ook maandelijks terugkoppeling plaatsvinden van de goedgekeurde AW319-declaraties ipv zoals nu	I.v.m. de beperkte vragen die het zorgkantoor hierover krijgt en de administratieve lasten om zo'n overzicht te genereren en te versturen kiezen wij ervoor om dit op tweemaandelijks basis te versturen.

per twee maanden?	
U schrijft dat u verwacht dat " u ons tijdig, proactief informeert over substantiële wijzigingen in volumes (positief en negatief)." Bedoelt u daarmee de maandelijkse aanlevering van de AW319 (facturatie) berichten?	Wij vragen van u dat u ons tijdig en proactief informeert indien er sprake is van substantiële wijzigingen van de volumes, zoals deze voor het zorgkantoor zichtbaar zijn in de maandelijks aangeleverde AW319 declaraties. Indien er ten opzichte daarvan substantiële wijzigingen optreden (zowel negatief als positief) of indien de aangeleverde AW319 declaraties onverhoopt niet de daadwerkelijke gerealiseerde volumes weergeven, dient u uw zorginkoper daarvan proactief op te hoogte te stellen.
In artikel 15 lid 1 op pagina 17 staat dat zorgkantoor minimaal ieder kwartaal de uitnutting van de contracteerruimte publiceert. Dit is tegenstrijdig met de vermelding in het Inkoopbeleid paragraaf 10.1.3. Kan het zorgkantoor genoemde bijlage 1 bij de overeenkomst aanpassen naar maandelijkse publicatie van de uitnutting, zoals vermeld in het inkoopbeleid 2021?	We passen het artikel in de overeenkomst hier niet op aan, omdat hier wordt gesproken over een minimale frequentie. Het maandelijks publiceren van de zorgkosten/ uitnutting van de contracteerruimte is hiermee niet in tegenspraak.
<i>Subparagraaf 10.1.4</i>	
Met het stellen van een verwacht maximaal risicopercentage van 2% denkt zorgkantoor de zorgaanbieder comfort te geven en dat de risico's in continuïteit van zorg bij de zorgaanbieder beperkt blijft. Kan het zorgkantoor dit nader toelichten op basis van een voorbeeld berekening?	Stel de door het zorgkantoor goedgekeurde geëxtrapoleerde productie van zorgaanbieder X betreft in 2021 1,3 miljoen euro. In geval van dreigende overschrijding van de contracteerruimte publiceert het zorgkantoor het potentiële risico dat de zorgaanbieder loopt in een percentage van de productie. Indien dit 1% is, gaat het voor deze zorgaanbieder om een risico van 13.000 euro. Wanneer dit risico 2% of hoger is, gaat het geld-volgt-klant model op slot. De betreffende zorgaanbieder X loopt in dit voorbeeld dus nooit een hoger risico dan $1,3 \text{ miljoen} \times 0,02 = 26.000$ euro. Daarbij kunnen we zo lang als past binnen de contracteerruimte de keuze van klanten volgen. Met het stellen van een verwacht maximaal risicopercentage van 2% geven we zorgaanbieders comfort en denken we risico's in de continuïteit van zorg bij zorgaanbieders te beperken. Uiteraard is ons streven om het risico te beperken en zorg zoveel als mogelijk te financieren.
Hoe verhoudt de genoemde geld-volgt-cliënt model tot de omzetting in vaste volumeafspraken bij dreigende overschrijding van de contracteerruimte waarbij indien nodig een eventuele korting op het tarief verwerkt kan worden. Dit levert risico op voor de zorgaanbieder dat daadwerkelijk geleverde zorg vanuit de	Het zorgkantoor ziet persoonsvolgende bekostiging via het geld-volgt-klant model als een belangrijk middel om de keuze van de klant te kunnen volgen. De beschikbare contracteerruimte is echter een maximaal financieel kader en daarom moet het zorgkantoor acties ondernemen indien de contracteerruimte overschreden dreigt te worden. Zo voorkomt het zorgkantoor dat zorgaanbieders

<p>persoonsvolgende uitgangspunten niet vergoed wordt wanneer dit niet in contracteerruimte van de sector past.</p>	<p>zorg hebben geleverd, die zij niet vergoed krijgen. De in 10.1.4. omschreven werkwijze beoogt het risico daarbij voor zorgaanbieders te beperken, waarbij tegelijkertijd rekening wordt gehouden met enkele onzekere variabelen, zoals de kwaliteit van de aangeleverde declaraties en de status van de contracteerruimte van het betreffende jaar.</p>
<p>Hoe rijmt u deze overschreden contracteerruimte met 10.1.2 waarin u ons verplicht 1 euro contracteerruimte op te nemen?</p>	<p>Het omzetsniveau van 1 euro, dat initieel voor 2021 wordt opgenomen in het budgetformulier, staat hier los van. Pas bij de herschikking wordt een definitief omzetsniveau ingediend bij de NZa. Indien er sprake is van (te grote) overschrijding van de contracteerruimte wordt het geld-volgt-klant model omgezet in een vaste omzetafspraken. Deze afspraken baseren we op de goedgekeurde geëxtrapoleerde productie van de maand waarop de gepubliceerde zorgkosten betrekking hebben, inclusief de daarbij behorende procentuele korting.</p>
<p>“Via het geld-volgt-klant model bepaalt de keuze van klanten het uiteindelijke volume dat we betalen op basis van de gedeclareerde zorgprestaties. Dit zolang het past binnen de beschikbare contracteerruimte.”</p> <p>“Het kan voorkomen dat gedurende het jaar de procentuele korting op financiële waarde van de gerealiseerde productie groter dreigt te worden dan 2%. In dat geval is ons uitgangspunt dat we het volledige geld-volgt-klant model omzetten naar vaste volumeafspraken. Daarbij passen wij een procentuele korting toe op de verwachte volumes. Wanneer bijvoorbeeld de herverdelingsmiddelen nog toegevoegd gaan worden, nemen wij dit mee in onze besluitvorming.” . Wij kunnen als aanbieder niet de rekening betalen voor geleverde zorg omdat er landelijk te weinig middelen beschikbaar zijn. Staat het zorgkantoor open om andere scenario's te bespreken om binnen de landelijke beschikbare middelen te blijven?</p>	<p>De in paragraaf 10.1.4 genoemde werkwijze blijven wij onverminderd hanteren in het geval van een overschrijding van de contracteerruimte. Indien er landelijk te weinig middelen beschikbaar zijn, zullen wij de effecten evenredig over alle zorgaanbieders verdelen. Daarbij zetten wij ons in om de risico's voor zorgaanbieders tot een minimum te beperken.</p>
<p>Of het ZK daadwerkelijk omzet naar vast volume afspraken hangt o.m. samen met de kwaliteit van de aangeleverde declaraties. Wat wordt hiermee bedoeld?</p>	<p>Met de kwaliteit van de aangeleverde declaraties bedoelen wij of zorgaanbieders in staat zijn hun (AW319) declaratiegegevens zo tijdig en actueel mogelijk aan te leveren. Als zorgaanbieders bijvoorbeeld een grote achterstand hebben in het aanleveren van declaraties, hebben wij geen volledig beeld. Dat vergroot het risico voor de zorgaanbieder, omdat wij dan geen goede vergelijking maken met de beschikbare contracteerruimte.</p>
<p>Indien indicaties niet rond komen voor 01-10-2020, maar nog wel voor 1-1-2021, kan de zorg dan wel gedeclareerd worden vanaf 1-1-2021?</p>	<p>Alle zorg waar een geldige indicatie onder ligt kan vanaf het moment van afgeven/ingaan van de indicatie gedeclareerd worden. Dit is ook de kern</p>

Of en welke gevolgen heeft dit voor de contracteerruimte?	van onze persoonsvolgende financiering/geld-volgt-klant model. De contracteerruimte en verdeling over de zorgkantoren wordt o.a. gebaseerd op het totaal van afgegeven indicaties. Dit wordt waar nodig en mogelijk (indien er voldoende middelen zijn) gedurende het jaar bijgesteld. Pas als de contracteerruimte overschreden dreigt te worden, neemt het zorgkantoor de maatregelen zoals beschreven in paragraaf 10.1.4.
---	---

10.2 De Meerzorgregeling toegankelijk en betaalbaar houden

Vraag	Antwoord
Hoe loopt de aanvraag voor groepsmeerzorg? En voor welke datum kan de aanvraag worden ingediend?	Er verandert vooralsnog niets aan de manier van aanvragen voor zowel de groepsmeerzorg als de individuele Meerzorg. Groepsmeerzorg kan 1 keer per jaar ingediend worden en wel voor 1 januari 2021. Deze zomer zijn wij wel voornemens het Meerzorgsjabloon aan te passen en te verbeteren. Als dat invloed heeft op de aanvragen voor groepsmeerzorg, informeren wij u hierover.
U geeft aan meer te willen sturen op de Meerzorg. Geldt dit alleen voor intramurale Zorg of ook voor PGB houders?	De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Meerzorgregeling is een landelijk vraagstuk. Dit zorginkoopbeleid richt zich echter alleen op alle leveringsvormen (ZZP, VPT, MPT) van Zorg in Natura.
Wat is de definitie van meerzorg en is meerzorg mogelijk binnen alle sectoren (ook de GGZ)?	Voor de definitie van Meerzorg verwijzen wij naar het voorschrift zorgtoewijzing. Hierin staat helder omschreven wat Meerzorg is en voor wie en waar deze bedoeld is. Hierin staat ook beschreven welke sectoren en profielen in aanmerking komen voor Meerzorg. Zowel de GZ, V&V als GGZ kunnen onder deze voorwaarden gebruik maken van Meerzorg.
Zoals sinds eind 2019 bekend bij ZN en een aantal zorgkantoren, bevat het meerzorgsjabloon een rekenkundige fout: er wordt een te groot bedrag aan loonwaarde in mindering gebracht, omdat indirecte loonkosten in mindering worden gebracht, terwijl deze geen onderdeel zijn van het tarief wonen/dagbesteding/behandeling. Wat doen zorgkantoren eraan om dit (met terugwerkende kracht) te herstellen?	Het Meerzorg sjabloon is gebaseerd op de berekeningen van de NZa ten aanzien van de zorgkosten. Vanaf 2019 is de financierings-systematiek veranderd. Deze systematiek is ook vertaald in het Meerzorg sjabloon. Vanaf 2019 worden alle uren in geld uitgedrukt, waarna de loonwaarde van het ZZP in mindering wordt gebracht. De berekening met de titel Uren ZZP betreft nog de systematiek t/m 2018. Toen werden benodigde uren en ZZP-uren van elkaar afgetrokken en dan werd het bedrag berekend. Er zit geen rekenkundige fout in het Meerzorg sjabloon. Het sjabloon is vanaf 2019 wel anders opgebouwd. Voor 2021 komt er een nieuw sjabloon waarin verbeterpunten zijn verwerkt.
Daarnaast zijn de rekenformules in het meerzorgsjabloon niet transparant. Wij	Voor 2021 komt er een nieuw Meerzorg sjabloon. Wij hebben de afgelopen periode de

verzoeken u hier openheid over te geven.	verbeterpunten op het Meerzorg sjabloon verzameld. We willen graag komen tot een transparant, doelmatig, valide en gebruikersvriendelijk format. Het aangepaste Meerzorg sjabloon ontwikkelen we in ZN verband samen met een afvaardiging van een aantal zorgaanbieders.
Hoe bepaalt Zilveren Kruis de hoogte van de contracteerruimte voor meerzorg? Wat zijn de financiële risico's voor de zorgaanbieder?	Het antwoord op uw vraag vindt u in Paragraaf 10.2 van het zorginkoopbeleid.
In uw inkoopbeleid schrijft u ten aanzien van meerzorg: "Er moet altijd sprake zijn van een zorgvraag die hoger is dan 125% van het zorgprofiel." Op basis van welke rekenformule wordt bepaald of iemand voor meerzorg in aanmerking komt?	Iemand komt in aanmerking voor Meerzorg als de benodigde uren zorg meer dan 25% hoger liggen dan de zorguren opgenomen in de ZZP.
In uw inkoopbeleid schrijft u: "Meerzorg is altijd gericht op afbouw en tijdelijkheid." Voor sommige cliënten is echter sprake van een blijvend verhoogde zorgvraag. Op welke wijze dienen wij dit te financieren?	Het is mogelijk om een Meerzorg beschikking voor langere tijd toe te kennen. Het evalueren en bijstellen van de zorgvraag blijft belangrijk. Wanneer bijvoorbeeld een context of gezondheid verandert kan dit ook invloed hebben op de Meerzorg beschikking.
Geldt voor de vergoeding van Meerzorg ook de basisafpraak van 94% met de mogelijkheid voor een opslag van maximaal 2%? Als een deel van de benodigde meerzorg niet wordt vergoed, maar wel moet worden geleverd, op welke wijze moeten wij dit financieren?	Ook voor de tarieven Meerzorg wordt uitgegaan van de nieuwe tariefpercentages. Wij begrijpen dat u hierdoor knelpunten kunt ervaren. Door de maximale korting op de Meerzorgtarieven bij overschrijding van de contracteerruimte te beperken tot 2% beperken wij de financiële impact voor de zorgaanbieder. Het is aan de zorgaanbieder om te kijken hoe binnen het beschikbare financiële kader zo hoogwaardig mogelijke zorg geleverd kan worden.
In uw inkoopbeleid schrijft u: "Door evaluaties en materiele controles verbeteren we de verantwoording van geleverde Meerzorg." Kunt u dit nader toelichten? Welke eisen worden qua verantwoording kwalitatief en financieel hieraan gesteld?	De Wlz-uitvoerder dient zich jaarlijks aan de NZa te verantwoorden over de hoogte en rechtmatigheid van haar uitgaven voor feitelijk geleverde Wlz-zorg, waaronder de uitgaven voor Meerzorg. Materiële controle is één van de (wettelijk verplichte) instrumenten van de Wlz-uitvoerder om de feitelijke en rechtmatige levering van zorg vast te stellen, zodat mede op basis daarvan een uitspraak kan worden gedaan over de rechtmatigheid van de uitgaven. In het geval van meerzorg toetsen we bijvoorbeeld of de extra inzet van personeel in aard en omvang ook daadwerkelijk is gerealiseerd. Ook wordt een kwalitatieve toets gedaan op het nakomen van leveringsvoorwaarden die in de wet en in prestatiebeschrijvingen zijn vastgelegd. Uitkomsten en evaluaties van materiele controles, bijvoorbeeld Meerzorg, kunnen, naast een bijdrage aan de verantwoording van de rechtmatigheid van ingezette middelen aan de NZa, ook leiden tot

	adviezen voor aanpassingen in het Zorginkoopbeleid en/of aanpassingen van wet- en regelgeving (i.c. NZa-beleidsregels).
Meerzorg is altijd gericht op afbouw en tijdelijkheid: In hoeverre is dit passend bij leer- en trainbaarheid i.c.m. korter wordende verblijfsduur van de doelgroep V&V en is rekening gehouden met de verschillen met de andere sectoren binnen langdurige zorg?	Afhankelijk van de zorgvraag wordt Meerzorg toegekend volgens voorschrift zorgtoewijzing. In de uitwerking wordt de context meegenomen en wordt er ingespeeld op de eigenheid van de zorgvraag en de sector. Wanneer bijvoorbeeld een context of gezondheid verandert kan dit ook invloed hebben op de Meerzorg beschikking.
Hoe kan het dat er een ½ miljard is toegevoegd aan de langdurige zorg (zoals verteld door Marti Paardekooper) en deze ingezet wordt op de toename van goedgekeurde Meerzorg? Was de begroting voor Meerzorg in eerste instantie dan zo verschillend met wat er uiteindelijk gemiddeld daadwerkelijk op wordt ingezet? Zoja, welke plotselinge verandering heeft hier dan toe geleid?	De zorgkantoren zien een grote toename van het aantal meerzorgaanvragen. Dit heeft o.a. te maken met de toename van het aantal Wlz-klanten, de (dubbele) vergrijzing en het toenemend aantal aanvragen voor groepsmeerzorg. Een deel van de Meerzorgaanvragen gaat over klanten waarvoor het moeilijk is om passende zorg te vinden. De vraag is of de Meerzorgregeling voor deze klanten uiteindelijk de juiste oplossing is. Daarom zet het zorgkantoor in op o.a. een kennisinfrastructuur voor klanten met hoogcomplexe zorgvragen. We verwachten dat daarmee voor een deel van de klanten waarvoor nu Meerzorg aangevraagd wordt, er een structurele oplossing komt.
Kunnen wij hieruit opmaken dat de voorwaarden voor het aanvragen van meerzorg beleid worden aangescherpt?	We gaan de komende jaren, binnen de geldende wettelijke en beleidskaders, meer sturen op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Meerzorgregeling. Hoe we dat precies gaan doen is nog onderwerp van gesprek. Het is mogelijk dat in de toekomst er een aanscherping plaatsvindt op het huidige beleidskader. Dit zal echter altijd in overleg met de diverse branche organisaties plaatsvinden. Daarnaast zetten we in op het creëren van een passende context voor doelgroepen die veel gebruik maken van Meerzorg. We geloven dat met de juiste deskundigheid en expertise het beroep op de Meerzorgregeling kan worden verminderd. Zie daarvoor ook het landelijk traject om een kennisinfrastructuur op te zetten voor klantgroepen met hoogcomplexe zorgvragen en lage volumes.
<i>Subparagraaf 10.2.1</i>	
Hoe ziet u hier de overlap met de KIB en LIZ vormen, zoals gesteld in www.kibnederland.nl ?	Wij houden rekening met de uitkomsten van de Commissie Expertisecentra langdurige zorg voor 10 specifieke doelgroepen. Als de KIB en LIZ-initiatieven daar op aansluiten, houden we daar rekening mee.
<i>Subparagraaf 10.2.2</i>	
Hoe verhoudt de genoemde persoonsvolgende volumes voor Meerzorg zich tot een geoormerkt budget met een vastgestelde hoogte voor	In principe komen de volumes van Meerzorg persoonsvolgend tot stand. We streven daarnaast naar een goede balans tussen toegankelijkheid en

<p>Meerzorg waarbij indien nodig een eventuele korting op het tarief verwerkt kan worden. Dit levert risico op voor de zorgaanbieder dat daadwerkelijk geleverde zorg vanuit de persoonsvolgende uitgangspunten niet vergoed wordt wanneer dit niet in het geormerkte budget past.</p>	<p>betaalbaarheid van deze regeling. Als er sprake is van een overschrijding van het gereserveerde budgetkader voor Meerzorg, is het mogelijk dat het zorgkantoor een procentuele korting op de tarieven voor Meerzorg toepast tot een maximum van 2%. Als na toepassing van deze korting de contracteerruimte voor Meerzorg nog steeds niet past, vullen we deze aan vanuit de reguliere contracteerruimte als er voldoende middelen beschikbaar zijn. Zo spreiden we het risico van overschrijding: deels ligt dit bij de zorgaanbieders die meerzorg leveren en deels bij alle zorgaanbieders. Omdat we de meerwaarde zien van meerzorg voor het hele zorgveld leggen we een deel van het risico op overschrijding bij alle zorgaanbieders. Aanbieders van meerzorg geven we op deze manier inzicht in het risico dat ze maximaal lopen. Daarnaast zetten we in op het inzetten van Meerzorg waarvoor deze bedoeld is om daarmee overschrijding van het gereserveerde budget zoveel mogelijk te voorkomen [zie Paragraaf 10.2.3].</p>
<p>Waar kunnen wij nalezen hoeveel budget u in het kavel voor de meerzorg heeft gereserveerd? Waarom vindt u het redelijk dat instellingen moeten tekenen voor een onbekend budget?</p>	<p>De hoogte van de contracteerruimte voor meerzorg kunt u terugvinden in de maandelijkse publicatie van de zorgkosten/ uitnutting van de contracteerruimte. Omdat wij clientvolgende financiering voorstaan, is het niet zinvol, zowel voor u als voor het zorgkantoor, om u te laten tekenen voor een van te voren vastgesteld budget. Via de maandelijkse publicaties van de uitnutting van de contracteerruimte kunt u zien of er sprake is van een (dreigende) overschrijding of niet. De definitieve afspraak wordt vastgelegd in de herschikking.</p>
<p>Hoe gaat u de instellingen compenseren indien u de meerzorg niet meer uitkeert, maar de instellingen wel de kosten moeten maken om veilig met die patiënten om te gaan?</p>	<p>Indien er geen financiële middelen beschikbaar zijn is het voor het zorgkantoor niet mogelijk om zorgaanbieders hiervoor te compenseren. Uiteraard zet het zorgkantoor zich in om alle geleverde zorg te vergoeden en gaan wij het gesprek aan (zowel landelijk met het ministerie van VWS als met andere zorgkantoren) om knelpunten als deze te bespreken. Het zorgkantoor kan echter niet meer budget inzetten dan de beschikbare contracteerruimte.</p>
<p>Op grond van welke onderbouwing denkt u dat, bij overschrijding van de contracteerruimte van meerzorg, een zorgaanbieder met een procentuele korting op de tarieven voor meerzorg (in aanvulling op de verlaging van het basistarief) goede zorg binnen de vigerende kwaliteitskaders kan leveren aan deze groep klanten met een hoogcomplexere zorgvraag?</p>	<p>Wij begrijpen dat u hierdoor knelpunten kunt ervaren. Door de maximale korting op de Meerzorgtarieven bij overschrijding van de contracteerruimte te beperken tot 2% beperken wij de financiële impact voor de zorgaanbieder. Het is aan de zorgaanbieder om te kijken hoe binnen het beschikbare financiële kader zo hoogwaardig mogelijke zorg geleverd kan worden.</p>

<p>Er zijn een aantal Meezorg toekenningen die doorlopen na 01-01-2021. Blijft voor deze toekenningen het huidige tariefpercentage gehandhaafd?</p>	<p>De Meezorg wordt vergoed op basis van landelijk vastgestelde bedragen. Ieder jaar worden de tarieven herzien en aangepast. Deze werkwijze blijft gehandhaafd. Doorlopende toekenningen worden geïndexeerd en hierbij wordt uitgegaan van het nieuwe tariefpercentage. Bij nieuwe toekenning vanaf 1 januari 2021 zit dit al in het sjabloon verwerkt.</p>
<p>U toetst maandelijks het totaal aan gedeclareerde Meezorg binnen onze regio's aan de geormerkte contracteerruimte. Wanneer het totaal aan gedeclareerde Meezorgbedragen de geormerkte contracteerruimte overschrijdt, maakt u deze passend door toepassing van een procentuele korting op de tarieven voor Meezorg, tot een maximum van 2%. Als daarmee de contracteerruimte voor Meezorg nog steeds niet past, vult u deze aan vanuit de reguliere contracteerruimte als er voldoende middelen beschikbaar zijn. En wat als er geen voldoende ruimte is in de reguliere contracteerruimte om in te zetten voor de overschrijding van de kosten van Meezorg?</p>	<p>Indien er gedurende het jaar geen financiële middelen in de contracteerruimte meer beschikbaar zijn is het mogelijk dat ook het Meezorgkavel wordt omgezet in een budget model en er geen nieuwe aanvragen gedaan kunnen worden. Uiteraard voeren wij in een dergelijke situatie overleg met andere zorgkantoren en het ministerie om dit knelpunt te bespreken. Ons streven is om het risico voor zorgaanbieders te beperken en zorg zoveel als mogelijk te financieren. We vinden het echter onwenselijk om Meezorg ten koste te laten gaan van het financieren van reguliere zorg.</p>
<p>"De hoogte van het geormerkte budget voor Meezorg bepalen we op basis van de financiële omvang van Meezorg in het voorgaande kalenderjaar en eventuele sectorspecifieke wijzigingen." Wordt hier bedoeld de omvang van de meezorg van de zorgaanbieder, of van de regio, of landelijk?</p>	<p>We bedoelen hiermee de omvang van Meezorg bij ons zorgkantoor, deze is gebaseerd op de goedgekeurde Meezorg aanvragen van de zorgaanbieders binnen onze regio's.</p>
<p>Op pagina 50 wordt in de derde alinea aangegeven dat de tarieven voor Meezorg met maximaal 2% kunnen worden gekort wanneer de gedeclareerde meezorgbedragen de contracteerruimte overschrijden. Vraag: Hoe vindt tussentijdse terugkoppeling plaats over de uitnutting van het budget Meezorg? Hoe borgt Zilveren Kruis dat deze informatie tijdig beschikbaar is voor zorgaanbieders?</p>	<p>Zilveren Kruis publiceert maandelijks de uitnutting van de contracteerruimte, elke zorgaanbieder heeft daarmee de beschikking over deze informatie.</p>
<p><i>Subparagraaf 10.2.3</i></p>	
<p>Wij zijn graag bereid om kennis te delen met andere aanbieders. Wanneer dat advisering bij een meezorgaanvraag is, vraagt dit een substantiële inspanning. Staat daar ook financiering tegenover?</p>	<p>Heel fijn dat u uw deskundigheid beschikbaar wilt stellen! De komende beleidsperiode zetten we in op het delen van goede voorbeelden en leren van elkaar. Wij faciliteren deze ontwikkeling door bijvoorbeeld het organiseren van bijeenkomsten, verzamelen van goede voorbeelden en delen van spiegelinformatie. Vanwege het grote belang van de meezorgregeling rekenen wij op de deelname van alle betrokken zorgaanbieders. Wij begrijpen dat het uitbrengen van een advies over een concrete meezorgaanvraag extra inspanningen</p>

	van uw organisatie vraagt. Vergelijkbaar met de inzet van het CCE verwachten wij dat u met de vragende zorgaanbieder afspraken maakt over de inzet van uw expertise.
<i>Subparagraaf 10.2.4</i>	
Geldt dit voornemen ook voor PGB-houders met Meerzorg?	De in dit zorginkoopbeleid beschreven voornemens hebben enkel betrekking op Zorg in Natura. De verantwoordingsvereisten van Meerzorg bij PGB maken hier geen onderdeel van uit.

10.3 De prestaties die we afspraken in 2020 vormen de basis voor 2021

Vraag	Antwoord
Kunnen de reguliere prestaties waar naar verwezen toegevoegd als PDF bij de stukken worden toegevoegd?	De reguliere prestaties vindt u in de bijgevoegde Prestatietabel in bijlage 8. Momenteel bevat deze nog de prestaties voor 2020. Deze zal zo snel mogelijk worden bijgewerkt voor 2021, waarbij ook de GGZ prestaties zullen worden toegevoegd.
Voor het openstellen van nieuwe specifieke prestaties is altijd vooraf toestemming nodig van de zorginkoper? Wat betekent dit? Kunnen sectorvreemde ZZP's niet meer worden gedeclareerd of komt er een soort maximale verhouding tussen sectorvreemd en niet sector vreemd?	Het klopt dat nieuwe prestaties in overleg met uw Zorginkoper worden opengesteld. De Zorginkoper toetst onder andere of uw organisatie aan de gestelde voorwaarden voor de specifieke prestatie kunt voldoen. We zijn niet voornemens te gaan werken met vaste verhoudingen tussen sectoreigen en sectorvreemde prestaties. De Zorginkoper bekijkt met u of u sectorvreemde prestaties kunt gaan leveren.
Wij zijn benieuwd of wij in aanmerking komen voor GGZ-Wonen (met behandeling), want dat is een nieuwe prestatie. Wat zijn daarvoor de criteria? En welke acties moeten wij hiervoor ondernemen?	Voor het leveren van GGZ-prestaties dient u te voldoen aan de richtlijnen, protocollen en veldnormen voor de GGZ [Zie Paragraaf 9.2]. Voor klanten met een grondslag psychische stoornis is het nieuw dat ook de GGZ-behandeling ('behandeling zoals psychologen en psychiaters plegen te bieden') onderdeel wordt van de Wlz [zie Paragraaf 10.6.2].

10.4 Voor zorg thuis met een MPT stimuleren we de inzet van thuiszorgtechnologie

Geen correcties of aanvullingen.

10.5 Crisiszorg contracteren wij op basis van de (regionale) crisisregelingen

Vraag	Antwoord
In Friesland zijn niet specifieke crisisplekken aangewezen voor de V&V. Omdat er nu t.o.v. eerder regelmatig sprake is van wachtlijsten is het wenselijk om ook in Friesland wederom	Ja, daar is ruimte voor. Wij gaan daarover met zorgaanbieders in gesprek.

<p>geoormerkte crisisplekken te hebben specifiek voor V&V. Volgens het inkoopdocument wordt er gekeken naar de huidige bezettingsgraad van de crisisplekken. Dat zou betekenen dat dit ook in 2021-2023 niet in Friesland kan worden ingekocht. Wij vragen u om ook in Friesland crisisplekken in te kopen, is daar ruimte voor?</p>	
<p><i>Subparagraaf 10.5.1</i></p>	
<p>Wat is de hoogte van de vergoeding voor lege crisisbedden wanneer is deze vergoeding van toepassing?</p>	<p>De NZa-beleidsregels maken het mogelijk dat zorgaanbieders de prestatie crisiszorg VV, LVG en GZ declareren voor de dagen dat een cliënt aanwezig is op het crisisbed en de dagen waarop het crisisbed niet bezet is. Van zorgaanbieders waarmee we afspraken maken over crisiszorg vragen we dat ze zorgdragen voor beschikbaarheid van de afgesproken plekken gedurende het hele jaar. Enkel bij een bezettingsgraad onder de 70% bekijken we samen met de zorgaanbieder of het aantal plaatsen wordt teruggebracht. Het tarief voor crisiszorg betreft het maximale NZa-tarief, vermenigvuldigd met het tariefpercentage dat voor de betreffende zorgaanbieder van toepassing is. Er is geen verschillend tarief van toepassing voor lege dan wel bezette crisisbedden.</p>
<p>Als een crisisplek naar verwachting voor minder dan 70% bezet is gedurende het jaar, maken ze in principe in de herschikking een lagere afspraak. Hoe moeten we die bedden dan financieren?</p>	<p>Indien bij de herschikking besloten wordt het aantal crisisplekken naar beneden bij te stellen, wordt rekening gehouden met het feit dat de zorgaanbieder de plekken wel beschikbaar heeft gehouden in het betreffende jaar (tot het moment van afbouw).</p>
<p><i>Subparagraaf 10.5.3</i></p>	
<p>De aanpassing van het aantal crisisplaatsen als de bezettingsgraad structureel onder bepaald percentage komt, is reëel. De andere kant is dat een structureel hoge bezettingsgraad ook tot aanpassing van het aantal ingekochte bedden zal moeten leiden. Kan dit in de tekst worden opgenomen? Indien bij de herschikking besloten wordt het aantal crisisplekken naar beneden bij te stellen, wordt rekening gehouden met het feit dat de zorgaanbieder de plekken wel beschikbaar heeft gehouden in het betreffende jaar (tot het moment van afbouw).</p>	<p>Zoals reeds in de tekst staat benoemd maken we afspraken voor crisiszorg op basis van de verwachte vraag. We kijken daarvoor onder andere naar de bezettingsgraad van het afgelopen jaar en de ervaringen/signalen van de crisisteams- en regisseurs. Indien blijkt dat er méér crisisplaatsen moeten worden ingekocht, dan zal het zorgkantoor ook hierover het overleg voeren met zorgaanbieders. De definitieve afspraak wordt in de herschikking vastgelegd. Indien bij de herschikking besloten wordt het aantal crisisplekken naar beneden bij te stellen, wordt rekening gehouden met het feit dat de zorgaanbieder de plekken wel beschikbaar heeft gehouden in het betreffende jaar (tot het moment van afbouw).</p>
<p>Voor de opbouw van het team en de garantie van de beschikbaarheid is op- of afschalen in korte tijd niet haalbaar. Kan in de tekst een</p>	<p>Voor het op- of afschalen kan geen vaste termijn worden benoemd. Wat redelijk is, hangt af van de regionale context en de oorzaken waarom er</p>

<p>redelijke termijn voor het op- of afschalen worden opgenomen.</p> <p>Indien bij de herschikking besloten wordt het aantal crisisplekken naar beneden bij te stellen, wordt rekening gehouden met het feit dat de zorgaanbieder de plekken wel beschikbaar heeft gehouden in het betreffende jaar (tot het moment van afbouw).</p>	<p>sprake is van op- of afschalen. We gaan graag met u in gesprek over wat in een specifieke context een passende termijn is.</p> <p>Indien bij de herschikking besloten wordt het aantal crisisplekken naar beneden bij te stellen, wordt rekening gehouden met het feit dat de zorgaanbieder de plekken wel beschikbaar heeft gehouden in het betreffende jaar (tot het moment van afbouw).</p>
<p><i>Subparagraaf 10.5.4</i></p>	
<p>Er staat: V&V zorgaanbieders die crisiszorg leveren moeten aansluiten bij de regionale coördinatiepunten. Komt er een hiermee een financiële bijdrage beschikbaar vanuit de WLZ voor de coördinatiepunten?</p>	<p>Voor de Wlz coördinatiepunten is het mogelijk om via het ontwikkelbudget (V&V) of de regionale afspraken een aanvraag in te dienen. Dit geldt alleen indien er nog geen sprake is van andere financiering.</p>

10.6 Wij maken met zorgaanbieders afspraken over plekken inclusief en exclusief behandeling

Vraag	Antwoord
<p><i>Subparagraaf 10.6.1</i></p>	
<p>U geeft aan op basis van persoonsvolgend te financieren. Uitzondering hierop zijn de Verblijf Inclusief Behandeling plekken. Betekent dit dat cliënten die deze financiering wensen dit niet kunnen als het volume hiervan al is bereikt? Voor bepaalde cliëntengroepen is het niet mogelijk om de zorg op basis van VPT of MPT te financieren omdat deze cliënten de huisvestingskosten niet zelf kunnen betalen. Is en blijft het mogelijk om deze zorg op basis van verblijfszorg te financieren?</p>	<p>Verblijfszorg op basis van een ZZP kan zowel in- als exclusief behandeling geleverd worden. Het blijft dus altijd mogelijk verblijfszorg voor deze doelgroep te leveren. Uitgangspunt daarbij is wel dat het aandeel plekken met behandeling gelijk blijft. Indien dit tot knelpunten leidt t.a.v. uw zorgplicht is het van belang dat u ons hierover informeert.</p>
<p>U geeft aan dat aandeel inclusief behandeling t.o.v. 2020 gelijk blijft. Welke voorwaarden stelt u om dit aandeel te verhogen? Welke motivatie is er om een onderscheid te maken bij klanten met dezelfde indicatie voor een plaats met en zonder behandeling?</p>	<p>Uitgangspunt is dat het aandeel plekken inclusief BH gelijk blijft t.o.v. 2020. De zorgaanbieder bepaalt zelf in overleg met de klant of er voor de klant gebruik wordt gemaakt van een plek inclusief of exclusief behandeling. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg en behandeling. Ook voor klanten die verblijven exclusief behandeling is Wlz-specifieke behandeling bovenop het ZZP beschikbaar.</p>
<p>Er is al lange tijd behoefte om behandeling voor alle cliënten in de WLZ gelijk te organiseren en te bekostigen. Ook staan de huisartsen onder grote druk om door de toenemende vergrijzing aan de zorgvraag van hun cliënten te voldoen. Ook de zorg- en behandelvraag van cliënten wordt steeds complexer. Het continueren van de huidige afspraken over plaatsen inclusief</p>	<p>1. We vinden het belangrijk dat alle klanten tijdig deskundige en integrale behandeling ontvangen, ongeacht uit welke wet deze zorg betaald wordt. Wij verwijzen u hiervoor naar paragraaf 1.1. en 5.10 van het Landelijk Inkoopkader langdurige zorg 2021 -2023, waarin u kunt lezen welke aandachtspunten zorgkantoren hierbij van belang vinden.</p>

<p>behandeling door het zorgkantoor sluit niet aan met deze ontwikkelingen. Vragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoe ziet het zorgkantoor de toekomst van behandeling in de WLZ? 2. Gaat het zorgkantoor rekening houden met lopende nieuwbouwontwikkelingen of andere zorgaanbiedersspecifieke omstandigheden in het vaststellen van het aandeel plaatsen inclusief behandeling ten opzichte van deerschikking 2020? 3. De corona-crisis heeft bij onze organisatie m.n. bij groepen met veel PG-cliënten met een ZZP met behandeling tot veel overlijdens geleid en daarmee tot leegstand. Wordt deze leegstand gecorrigeerd in deerschikking 2020 voor het bepalen van het aandeel plaatsen met behandeling? 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Het uitgangspunt voor het zorgkantoor is dat het aandeel plaatsen inclusief BH gelijk blijft. Indien er problemen optreden in het kader van de zorgplicht, zal het zorgkantoor met u in gesprek bekijken hoe/of hier rekening mee gehouden kan worden. 3. De effecten van het Corona virus voor deerschikking zullen wij bepalen o.b.v. de Covid-19 beleidsregel van de NZa.
<p>Geschreven staat: "In de regio Friesland werden tot nu toe geen volumeafspraken gemaakt over het aandeel plekken inclusief behandeling ten opzichte van het totaal aantal plekken. Vanaf 2021 zal ook in regio Friesland het uitgangspunt gelden dat het aandeel plekken inclusief behandeling ten opzichte van 2020 gelijk blijft." Wij veronderstellen dat het beleid van Zorgkantoor Friesland moet worden aangepast aan dat van Zilveren Kruis, er zijn echter vanuit de inhoud omzettingen noodzakelijk en hebben hierop niet kunnen anticiperen, wij vragen aan u om dit met een jaar uit te stellen zodat gaande trajecten nog kunnen worden uitgevoerd.</p>	<p>We begrijpen dat de veranderingen voor jullie groter zijn dan voor zorgaanbieders uit andere regio's van Zilveren Kruis, maar wij stellen dit beleid niet uit. Indien het beleid tot knelpunten leidt ten aanzien van uw zorgplicht, kunt u hierover in gesprek met uw zorginkoper.</p>
<p>De verhouding bedden met en zonder behandeling wordt bevroren. Hoe verhoudt zich dat in relatie tot het feit dat de zorgvraag in de huizen steeds complexer wordt en de instroom met lage zzp's al wordt ingedamd doordat mensen langer thuis moeten blijven wonen? Vraag 2: Hoe wordt de overgang van Beschermd Wonen naar de WLZ hierin betrokken?</p>	<p>Ondanks dat we begrijpen dat de complexiteit in de verblijfszorg toeneemt, is het binnen de huidige financiële kaders niet mogelijk af te wijken van de huidige verhouding tussen plaatsen inclusief en exclusief behandeling. Wel is het mogelijk om bovenop een ZZP exclusief behandeling WLZ-specifieke behandeling te leveren, waardoor deze behandelzorg ook voor deze klanten beschikbaar is.</p> <p>In de GGZ maken we afspraken over behandeling op afdelings- of locatieniveau. Hiervoor geldt geen vaste verhouding van plekken met en zonder behandeling.</p>
<p>Aangezien het grootste deel en de groei van de afspraken de plekken inclusief behandeling betreft en dit in 2021 wordt gelimiteerd op basis van hantering van de verhouding 2020: is er in 2021 dan weer sprake van een budgetplafond in plaats van het "geld volgt cliënt principe" van de</p>	<p>Voor verblijfszorg geldt in principe het geld-volgt-klient model. Echter, uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandel dagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafpraak 2020 gelijk blijft. Er is dus geen sprake van een</p>

afgelopen jaren?	budgetplafond.
<p>In de regio Friesland werden tot nu toe geen volumeafspraken gemaakt over het aandeel plekken inclusief behandeling ten opzichte van het totaal aantal plekken. Vanaf 2021 zal ook in regio Friesland het uitgangspunt gelden dat het aandeel plekken inclusief behandeling ten opzichte van 2020 gelijk blijft.</p> <p>En wat als blijkt dat het aantal plaatsen zorg met behandeling (in Friesland) niet voldoende is om aan de zorgvraag te voldoen?</p>	<p>Het uitgangspunt is dat het aandeel plekken incl. BH gelijk blijft t.o.v. 2020. Indien dit tot knelpunten leidt t.a.v. uw zorgplicht is het van belang dat u ons hierover informeert.</p>

11 Voor een overeenkomst voor de Wlz geldt een vaste inkoopprocedure

11.1 De inkoopprocedure kent een aantal beginselen

Vraag	Antwoord
<p>Wij willen ons aanmelden voor de WLZ en hebben een WTZi toelating aangevraagd. We verwachten dat die toelating gaat lukken. Daarna willen we ons aanmelden. We zien veel overeenkomsten met wat we nu aanbieden kleinschalige woonvormen voor jongeren met een WMO indicatie. Vraag welke zorgpakketten gelden hier en waar letten jullie specifiek op bij zorgaanbieders voor de nieuwe doelgroep GGZ?</p>	<p>Voor nieuwe zorgaanbieders in de GGZ gelden dezelfde inschrijvingseisen als voor nieuwe zorgaanbieders in de V&V en GZ. Bij de GGZ letten we specifiek op het voldoen aan de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten GGZ. In Paragraaf 2.3 van het Zorginkoopbeleid leest u meer over hoe wij omgaan met de nieuwe Wlz-klanten in de GGZ.</p>
<p>Dit zorginkoopbeleid is gepubliceerd op 29 mei 2020. U verwacht van ons dat we dit doornemen, vragen stellen en binnen 2 weken bezwaar indienen. Kunt u gemotiveerd toelichten hoe u tot deze termijnen bent gekomen en waarom u van mening bent dat dit redelijke termijnen zijn?</p>	<p>Wij zijn van mening dat de gestelde termijn een haalbare inspanning vraagt van zorgaanbieders. Daarnaast is het van groot belang dat eventuele onduidelijkheden over het beleid zo spoedig mogelijk worden weggenomen, zodat zorgaanbieders zich tijdig kunnen inschrijven. Daarom heeft het Zorgkantoor in de planning opgenomen uiterlijk 26 juni 2020 de Nota van Inlichtingen te publiceren.</p>
<p>U schrijft "Onze procedure gaat uit van de rechtsbeginselen van precontractuele goede trouw, redelijkheid en billijkheid". Hoe ziet u deze beginselen in samenspraak met de bovenstaande opmerkingen?</p>	<p>De rechtsbeginselen van precontractuele goede trouw, redelijkheid en billijkheid gelden voor de procedure die we in het inkoopbeleid hanteren.</p>
<p>Ons inziens zijn zorgkantoren aanbestedende diensten, die bij de onderhavige inkoop gebonden zijn aan de Aanbestedingswet 2012.</p> <ul style="list-style-type: none">- Deelt u onze visie dat zorgkantoren aanbestedende diensten zijn? Zo nee, waarom niet?- Deelt u onze visie dat de Aanbestedingswet 2012 op de inkoopprocedure van toepassing is? Zo nee, waarom niet?- Deelt u onze visie dat de beginselen van aanbestedingsrecht op de inkoopprocedure van toepassing zijn? Zo nee, waarom niet?	<p>Nee, wij delen uw visie niet. Wlz-uitvoerders zijn geen aanbestedende diensten omdat de criteria die van toepassing zijn op aanbestedende diensten niet alle gelden voor de Wlz-uitvoerders. Zilveren Kruis heeft de aanbestedingsbeginselen juist uitgesloten. Onze procedure gaat uit van de rechtsbeginselen van precontractuele goede trouw, redelijkheid en billijkheid. De precontractuele goede trouw, redelijkheid en billijkheid wordt in dit geval niet ingevuld door de aanbestedingsregels en de aanbestedingsbeginselen. De aanbestedingsregels en de aanbestedingsbeginselen zijn niet van toepassing op deze inkoopprocedure. De precontractuele goede trouw wordt wel ingevuld door de (procedure)regels die in de inkoopdocumenten, als ook in de Nota van Inlichtingen, zijn opgenomen.</p>

11.2 Vragen over onduidelijkheden, onvolkomenheden of onjuistheden in het beleid kunt u stellen tot en met 15 juni (stap 2)

Geen correcties of aanvullingen.

11.3 U kunt tot en met 15 juni bezwaar aantekenen tegen het inkoopbeleid Wlz 2021 - 2023 (stap 3)

Vraag	Antwoord
De Nota van Inlichtingen gaat voor het zorgkantorspecifieke inkoopbeleid. Dat betekent dat bij publicatie van de Nota van Inlichtingen er verschillen kunnen ontstaan t.o.v. het Inkoopbeleid. Wij kunnen echter enkel bezwaar aantekenen tegen het gepubliceerde inkoopbeleid en niet tegen mogelijke wijzigingen daarop die in de Nota van Inlichtingen staan. Kunt u ons de mogelijkheid geven om ook tegen de Nota van Inlichtingen, tegen het in de praktijk definitieve inkoopbeleid, bezwaar aan te tekenen? Zo niet, waarom niet?	Het is altijd mogelijk om een vraag te stellen over de Nota van Inlichtingen.

11.4 U kunt alleen een beroep doen op bezwaren en vragen die u zelf heeft ingediend

Vraag	Antwoord
Wettelijk gezien maken alle vragen en antwoorden van de Nota(s) van Inlichtingen, een integraal onderdeel uit van de overeenkomst, ongeacht wie deze vraag gesteld heeft. De essentie van een Nota van Inlichtingen is juist dat iedereen volledig is ingelicht. Past u deze paragraaf aan?	De Nota van Inlichtingen wordt gepubliceerd op de website en is een aanvulling op het Inkoopbeleid. Het Inkoopbeleid maakt integraal onderdeel uit van de Overeenkomst. Wij passen deze paragraaf niet aan.

11.5 In de Nota van Inlichtingen publiceren we de antwoorden op de vragen die voor iedereen van belang zijn (stap 4)

Geen correcties of aanvullingen.

11.6 Het zorginkoopbeleid kan wijzigen

Vraag	Antwoord
U geeft aan dat de zorgaanbieder zelf de website goed in de gaten moet houden voor eventuele wijzigingen/aanvullingen op het beleid die nog volgen. Vanuit Zorgkantoor Friesland zijn wij gewend dat er dan een mail wordt gestuurd met de melding dat er iets is gewijzigd en dat deze wijziging te vinden is op de website. Mogen wij er vanuit gaan dat zorgkantoor Zilveren Kruis ook een dergelijk bericht stuurt bij	Wij streven ernaar u tijdig en proactief te informeren bij wijzigingen, maar kunnen niet garanderen dat dit voor alle wijzigingen gebeurt. Daarom vragen wij zorgaanbieders de website van het Zorgkantoor goed in de gaten te halen voor de meest actuele en volledige informatie.

wijzigingen/aanvullingen op het inkoopbeleid?	
Op bladzijde 57 staat dat het zorgkantoor het volgende kan besluiten: "De procedure gedeeltelijk stoppen en het overige deel voortzetten." Graag ontvangen we hierop een toelichting en een voorbeeld wanneer daar sprake van zou kunnen zijn.	Wij kunnen de procedure (gedeeltelijk) stopzetten indien er sprake is van bijvoorbeeld externe omstandigheden als overheidsbeslissingen of andere omstandigheden die ons noodzaken de procedure gedeeltelijk te stoppen. Het is op voorhand moeilijk te zeggen wat voor omstandigheden zich voordoen die een dergelijke beslissing nodig maken.
Op bladzijde 57 staat dat de tijdsplanning kan worden bijgesteld. Waarschijnlijk wordt er bedoeld dat de "uiterste datum" zoals vermeld in de tabellen kunnen worden uitgesteld. Is deze aanname juist? En zo nee, in welke gevallen wordt de "uiterste datum" naar voren gehaald?	Wij doelen hier inderdaad op het indien noodzakelijk wijzigen van de uiterste data in de tabel, zoals opgenomen op pagina 54 van het inkoopbeleid. In de praktijk zal met name sprake zijn van het uitstellen van deze deadlines. Vooralsnog is niet de verwachting dat data vervroegd zullen worden. We kunnen hiervan dan ook geen voorbeeld geven. Wel kan het zijn dat Zorgkantoren indien mogelijk u al eerder dan de in de tabel genoemde data zullen informeren.
Hoe worden wijzigingen in het inkoopbeleid uitgelicht? Worden aanpassingen en aanvullingen zichtbaar gemaakt ten opzichte van eerdere versies?	Daar waar antwoorden in de Nota van Inlichtingen leiden tot een wijziging in het beleid, wordt dit expliciet in de Nota van Inlichtingen benoemd. De Nota van Inlichtingen wordt gepubliceerd op de website en is een aanvulling op het Inkoopbeleid. Het Inkoopbeleid maakt integraal onderdeel uit van de Overeenkomst.

11.7 Alleen met een juiste en volledige inschrijving komt u voor een overeenkomst in aanmerking (stap 5)

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 11.7.1</i>	
Wij zijn een bestaande aanbieder bij Zorgkantoor Friesland. Moeten we als bestaande aanbieder ook de erkenningen van onze koepel waarmee wij inschrijven nog activeren in de inkoopapplicatie?	Wij begrijpen niet wat u bedoelt met deze vraag. U kunt hierover contact opnemen met uw zorginkoper.
<i>Subparagraaf 11.7.3</i>	
Indien zorgaanbieder het voornemen heeft tot het maken van maatwerkafspraken, ondanks dat deze in dit stadium nog lang niet concreet kunnen zijn, moet dit dan terugkomen onder het deel zorgaanbiedergebonden afspraken van de overeenkomst (bijlage 1) of moet dit een plaats krijgen in de bestuursverklaring?	U geeft in de inkoopapplicatie in de bestuursverklaring aan of u de wens heeft om maatwerkafspraken te maken.
Hoe bindend is het 'voornemen tot het maken van maatwerkafspraken', zoals aangegeven in de overeenkomst of bestuursverklaring, gezien	Als u het voornemen heeft tot het maken van maatwerkafspraken, geeft u dit aan in de bestuursverklaring in de inkoopapplicatie. Als op

<p>het feit dat het veronderstelde initiatief met betrekking tot respectievelijke maatwerkafspraken mogelijk in de concretisering in later stadium niet haalbaar blijkt?</p>	<p>een later moment blijkt dat u dit voornemen niet kunt nakomen, kunt u in overleg met uw Zorginkoper afspreken dat u géén maatwerkafpraak maakt. In dat geval passen wij uw tariefpercentage daarop aan.</p>
<p>Wij hebben een overeenkomst met Zilveren Kruis. Zilveren Kruis en De Friesland zijn gefuseerd per 1-1-2020. Vallen wij dan voor een uitbreiding van onze overeenkomst naar regio Friesland (i.v.m. uitbreiding locaties naar die regio) onder de categorie "1. bestaand voor het zorgkantoor" of "2. bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor"?</p>	<p>U valt in de categorie 'Bestaand voor het zorgkantoor'.</p>
<p>U schrijft op pagina 57 het volgende: "Bestaande zorgaanbieders dienen zonder nadere bijlagen een ondertekende bestuursverklaring in, in de digitale inkoopapplicatie". Klopt het dus dat paragraaf 3.9 van het Landelijk Inkoopkader dan niet op bestaande zorgaanbieders, als bedoeld in de definitie in paragraaf 11.7.3, van toepassing is? En dat een bestaande zorgaanbieder geen documenten als een VOG RP of begroting 2021 mee hoeft te sturen?</p>	<p>De tabel in paragraaf 3.9 van het Landelijke inkoopkader geeft weer met welke documentatie kan worden aangetoond dat aan de eisen van de bestuursverklaring wordt voldaan. Het klopt dat bestaande aanbieders deze documentatie niet hoeven aan te leveren bij hun bestuursverklaring. De tekst van het landelijk inkoopkader wordt aangepast.</p>
<p>In het landelijke inkoopkader (paragraaf 3.9) wordt vermeld welke documentatie nodig is bij inschrijving en meegestuurd moet worden. Klopt het dat wij als bestaande zorgaanbieder geen bijlagen/documentatie hoeven in te dienen bij de bestuursverklaring per 31-7-2020?</p>	<p>Ja, dit klopt, u hoeft geen bewijslast aan te leveren bij uw bestuursverklaring. Indien u bij uw inschrijving in de inkoopapplicatie echter aangeeft te werken met onderaannemers, dient u wel het format onderaannemerschap aan te leveren. Dit maakt geen onderdeel uit van de bestuursverklaring.</p>
<p>Naar aanleiding van voorgaande vraag: Ook als wij geen VOG RP als bijlage hoeven mee te sturen, moeten wij als bestaande aanbieder dan op het moment van inschrijven wel beschikken over een VOG RP die aan de eisen (niet ouder dan één jaar, specifiek aangevraagd ten behoeve van de deelname aan deze inkoopprocedure) van paragraaf 3.9 van het Landelijk Inkoopkader voldoet? In dat kader wijzen wij u er op voorhand op dat de aanvraag van een dergelijke VOG RP volgens de Dienst Justis tot 8 weken doorlooptijd kent en dus mogelijk niet tijdig kan zijn verkregen.</p>	<p>Bestaande zorgaanbieders hoeven de VOG RP niet mee te sturen, de tekst van paragraaf 3.9 van het landelijk inkoopkader heeft alleen betrekking op nieuwe zorgaanbieders en wordt aangepast. Wel dienen alle zorgaanbieders er voor te zorgen dat zij altijd beschikken over een actuele VOG RP. Het zorgkantoor kan deze altijd opvragen.</p>
<p>Naar aanleiding van voorgaande vraag: Ook als wij geen Begroting 2021 als bijlage hoeven mee te sturen, moeten wij als bestaande aanbieder dan op het moment van inschrijven wel beschikken over een Begroting 2021, zoals bedoeld in paragraaf 3.9 van het Landelijk Inkoopkader? Bovendien wijzen wij in dat kader u er op voorhand op dat onze interne termijnen dusdanig zijn dat wij hier niet aan kunnen</p>	<p>De begroting voor 2021 is onderdeel van het Ondernemingsplan. Het Ondernemingsplan is enkel noodzakelijk voor nieuwe zorgaanbieders in het kader van de beoordeling van hun inschrijving. Wij zullen bestaande aanbieders niet om een ondernemingsplan en begroting 2021 vragen.</p>

voldoen.	
Voor de overgang naar de Wmo hebben wij menig jaar contracten gehad met het zorgkantoor. Toch worden wij gezien als nieuwe zorgaanbieder in dit inkoopbeleid. Is het mogelijk om voor de voorheen AWBZ GGZ partijen een beknoptere versie van de eisen aan te houden of hen te zien als bestaande zorgaanbieder? Dit scheelt veel onnodig administratief werk aan beide kanten.	Wij zien partijen waarmee het zorgkantoor ten tijden van de AWBZ een contract had inderdaad als nieuwe partijen. We zien uit naar een hernieuwde kennismaking.
<i>Subparagraaf 11.7.5</i>	
Geldt deze verplichting ook voor dagbesteding, zoals zorgboerderijen, wandelgroepen en dergelijke?	Er is sprake van onderaannemerschap indien een zorgaanbieder (de hoofdaannemer) (een deel van) de daadwerkelijke zorg aan een andere zorgorganisatie, zorgverlener of ZZP-er door contracteert die namens de hoofdaannemer de zorg verleent. Zie voor de volledige definitie de begrippenlijst van Bijlage 2 OVEREENKOMST 2021 ZORGKANTOOR - ZORGAANBIEDER Wlz, onder punt 10. Indien de door u genoemde organisaties aan deze voorwaarden voldoen, vallen ook zij onder de definitie onderaannemerschap.
Kunt u een duidelijke definitie geven van het begrip 'onderaannemer'? Wij nemen aan dat voor deze bepaling de inzet van uitzendkrachten niet hoeft te worden gemeld. Kunt u dit bevestigen?	De definitie van onderaannemerschap kunt u lezen de begrippenlijst van de Bijlage 2 OVEREENKOMST 2021 ZORGKANTOOR - ZORGAANBIEDER Wlz, onder punt 10. We doelen daarmee niet op de inzet van een uitzendkracht.

11.8 U ontvangt uiterlijk 1 september 2020 een terugkoppeling van onze beoordeling (stap 6)

Geen correcties of aanvullingen.

11.9 Een gesprek over contractering en voorwaarden met de zorginkoper is mogelijk (stap 8)

Vraag	Antwoord
Waar kan ik een lijst vinden met mijn zorginkopers?	Er is geen lijst beschikbaar. Als u een nieuwe zorgaanbieder bent, neemt de zorginkoper contact met u op. Bent u een zorgaanbieder met een bestaande relatie en is uw zorginkoper nog niet (bij u) bekend of is er sprake van een wisseling van zorginkoper, dan informeren wij u zo snel mogelijk.

11.10 Uiterlijk 23 oktober 2020 ontvangt u de definitieve terugkoppeling van uw inschrijving (stap 9)

Geen correcties of aanvullingen.

11.11 Alle afspraken voor 2021 zijn uiterlijk 13 november 2020 definitief (stap 11 t/m 13)

Geen correcties of aanvullingen.

11.12 U kunt zich in 2021 op twee momenten tussentijds inschrijven voor een overeenkomst

Geen correcties of aanvullingen.

12 Betalen, monitoren en het definitief maken van afspraken in 2021

12.1 Wij zien toe op de naleving van gemaakte afspraken

Vraag	Antwoord
Hoe verhoudt de toelichting in paragraaf 12.1 zich met paragraaf 4.4. voor het jaar 2021?	Het Zorgkantoor vertrouwt erop dat zorgaanbieders zich voldoende inspannen om de plannen die zijn afgesproken voor de maatwerkafspraken te realiseren en de gemaakte afspraken dus ook nakomen. Gedurende het jaar spreekt u over de voortgang en haalbaarheid van de plannen met uw zorginkoper. Ook gaat u in gesprek met de Zorginkoper als er omstandigheden zijn die vragen om een aanpassing van de afspraak of als u ondanks uw inspanningen het gestelde doel niet kunt realiseren, bijvoorbeeld door onvoorziene omstandigheden. Indien blijkt dat de zorgaanbieder zich onvoldoende inspant en gemaakte afspraken niet nakomt, behoudt het zorgkantoor zich het recht voor hier consequenties aan te verbinden, zoals het terugvorderen/verrekenen van (een deel van) de tariefsopslag. In paragraaf 4.4. staat benoemd dat we vanaf 2022 van plan zijn om naast de inspanning ook het resultaat te belonen. De in paragraaf 12.1 genoemde werkwijze op naleving van afspraken is hierop onverminderd van toepassing. De precieze wijze waarop we dit zullen vormgeven wordt nog nader uitgewerkt.

12.2 Betaalbeleid sluit aan op persoonsvolgende bekostiging, we borgen dat continuïteit van zorg in de jaarovergang gefinancierd wordt

Geen correcties of aanvullingen.

12.3 Wij publiceren maandelijks de verwachte uitnutting van de contracteerruimte

Geen correcties of aanvullingen.

12.4 In de herschikking maken we met zorgaanbieders definitieve productieafspraken voor het betreffende jaar

Vraag	Antwoord
In de loop van ieder kalenderjaar maakt u definitieve productieafspraken (via de herschikking). De herschikking vindt plaats binnen de door de NZa aan u toegekende contracteerruimte. Klopt het dat u hier bij uitgaat van de aan u toegekende contracteerruimte op	Bij de herschikking zal het zorgkantoor de definitieve afspraken met zorgaanbieders passend maken binnen de contracteerruimte die voor heel Zilveren Kruis zorgkantoor geldt. Indien het daarvoor nodig is om contracteerruimte over te hevelen van de ene naar de andere

<p>regioniveau en dat geenerschikking over regio's kan plaatsvinden? Geldt dit ook voor de geoomerkte contracteerruimte voor Meezorg?</p>	<p>zorgkantoorregio (binnen Zilveren Kruis) of tussen sectoren (waaronder ook Meezorg), dan zullen wij dat doen. Indien de contracteerruimte van Zilveren Kruis Zorgkantoor onvoldoende blijkt, zullen wij hierover in gesprek gaan met de andere Zorgkantoren. Zo bekijken wij of er landelijk wel voldoende contracteerruimte is om alle zorg te financieren.</p>
<p><i>Subparagraaf 12.4.1</i></p>	
<p>Op de herschikking kan procentuele korting worden toegepast als blijkt dat er een tekort dreigt in de sector. Geldt deze procentuele korting voor iedereen?</p>	<p>Deze procentuele korting geldt voor iedereen in de sector waar de procentuele korting op van toepassing is.</p>
<p>Binnen de herschikking worden maatwerkafspraken gecorrigeerd als zorgaanbieders niet voldoen aan voorwaarden. Welke voorwaarden worden hier bedoeld?</p>	<p>Dit zijn de voorwaarden die van toepassing zijn voor de maatwerkafspraken. U vindt de voorwaarden in de betreffende hoofdstukken over de maatwerkafspraken.</p>
<p>Is het mogelijk dat er bij de berekening van de herschikking door de gemaakte correcties toch tekorten in de sector ontstaan die in eerdere maandelijkse publicaties niet bekend waren? Is het mogelijk dat er dan moet worden overgegaan tot een procentuele korting op de geëxtrapoleerde productie realisatie?</p>	<p>Wij proberen u gedurende het jaar een zo actueel mogelijk beeld te geven van de uitnutting van de contracteerruimte. Wij zijn daarbij echter afhankelijk van de op dat moment bekende hoogte van de contracteerruimte en de kwaliteit van de aangeleverde declaraties van zorgaanbieders. Het is dus mogelijk dat het totaalbeeld op het moment van herschikking er anders uit ziet. Voordat wij overgaan tot het toepassen van een procentuele korting, zullen wij echter altijd in overleg met andere zorgkantoren bekijken of er op landelijk niveau voldoende contracteerruimte beschikbaar is en afhankelijk van de reden van overschrijding in overleg gaan met VWS of er mogelijk extra middelen beschikbaar gesteld worden voor de Wlz.</p>
<p><i>Subparagraaf 12.4.5</i></p>	
<p>Het aantal plekken met behandeling wordt vanaf 2021 in beginsel niet meer uitgebreid, maar waar wordt vastgelegd hoeveel dat er zijn per aanbieder? Wanneer wordt dat doorgegeven en hoe wordt dat vastgesteld?</p>	<p>Voor plekken inclusief behandeling maken wij initiële afspraken. Uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafpraak 2020 gelijk blijft. In de definitieve terugkoppeling die u uiterlijk 23 oktober 2020 ontvangt, vindt u de vastgestelde initiële afspraak voor 2020. Deze afspraak maakt onderdeel uit van de overeenkomst.</p>
<p><i>Subparagraaf 12.4.7</i></p>	
<p>Waarom wordt er in pas uiterlijk medio juli 2021 bekend wat de peildatum is en de maand op basis waarvan wordt geëxtrapoleerd voor het vaststellen van de herschikkingsafpraak? Wat is nu de verwachte peildatum en maand voor bepaling van de herschikkingsafpraak?</p>	<p>Wij streven ernaar een zo actueel en betrouwbaar mogelijke basis te gebruiken om de herschikking op te baseren. Wij kunnen pas in de loop van 2021 bepalen wat hiervoor de meest geschikte peildatum is. Uiteraard proberen wij u hier zo snel mogelijk duidelijkheid over te geven. Ter referentie; in 2019 was de peildatum woensdag 28-8-2019</p>

	over declaratiegegevens AW319 tot en met periode 6.
--	---

12.5 De nacalculatie vindt plaats in lijn met de herschikking

Geen correcties of aanvullingen.

12.6 We monitoren in hoeverre we met ons beleid de gestelde doelen realiseren

Vraag	Antwoord
In deze paragraaf staat beschreven dat het Zorgkantoor de impact van haar beleid toetst op het behalen van de gestelde inkoopdoelen. Dit gebeurt op vaste momenten, via vooraf bepaalde indicatoren. Vanwege transparantie en interne sturing ontvangen wij deze graag in de Nota van Inlichtingen.	De inkoopdoelen zijn toegelicht in ons inkoopbeleid. De indicatoren die we gebruiken voor de monitoring delen we op dit moment niet.

13 Bijlagen

Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2021-2023

Vraag	Antwoord
<i>DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS</i>	
Wij zijn een zorgaanbieder met een bestaand GHZ contract met AGB code. Gaan de GGZ cliënten vanuit de WMO In 2021 vallen onder hetzelfde contract of wordt dit een apart contract met de AGB code uit 2015?	U kunt de GGZ-zorg leveren onder uw huidige contract. Hier hoeft u geen aparte AGB-code voor aan te vragen.
Wij zijn voornemens GGZ zorg te leveren. Vanuit de historie en de WMO hebben wij reeds een AGB code. Ik heb begrepen dat voor het leveren van WLZ deze code aan bepaalde voorwaarden moet voldoen met betrekking tot de cijfercombinatie. Is dit van toepassing bij het Zilveren Kruis? Zo ja kunt u hierop een toelichting geven?	Bij de GGZ in de Wlz werken wij inderdaad met andere AGB-codes dan in de WMO. U moet dan ook een nieuwe AGB-code aanvragen. Het aanvragen van een nieuwe AGB-code kan via Vektis. Meer informatie vindt u op AGBcode.nl en op onze eigen website.
<i>DEEL III: ALGEMEEN DEEL</i>	
In de overeenkomst (art.9) staat: aanvullende diensten en producten moeten op de website worden vermeldt. Zodra wij een client hebben die gebruik wilt maken van aanvullende diensten stellen wij dat in een overeenkomst op. Door ze op de website te plaatsen geeft dit natuurlijk een mooie transparante weergave en is geen probleem, wij hebben dit echter nog niet. Om welke reden is dit nu expliciet een eis geworden?	Het artikel t.a.v. de aanvullende diensten is niet nieuw in de overeenkomst. Het betreffende artikel is ook al van toepassing in 2020, zie artikel 8 van Deel III Algemeen deel van de Overeenkomst 2020 Zorgkantoor - Zorgaanbieder Wlz. Transparantie over aanvullende diensten vinden wij onverminderd van belang.
Art. 21 lid 3: bevoegde rechtbank Den Haag. Wijzigen in regionale Rechtbank aanbieder (rechtbank Arnhem/Zutphen)	We gaan dit niet wijzigen. Forumkeuze is door het zorgkantoor bepaald.
<i>Artikel 1: Hulpmiddelenzorg Wlz</i>	
U geeft aan dat ten aanzien van mondzorg er toetsing gedaan moet worden op grond van de pijlers die de IGJ hanteert. In hoeverre is dit realistisch voor een aanbieder die heel beperkt zorg inclusief Wlz-behandeling aanbiedt. De controles lijken onevenredig groot in het licht van de door u beschikbaar gestelde tarieven.	De Wlz-zorgaanbieder is, als gecontracteerde partij van het Zorgkantoor, hoofdaannemer van de te leveren zorg en daarmee verantwoordelijk voor de controle op de feitelijke levering én de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg, ook als die zorg door een onderaannemer (mondzorgprofessional) wordt geleverd en gedeclareerd. Het is aan de Wlz-zorgaanbieder zelf om (schriftelijke) afspraken te maken met de mondzorgprofessional over de levering van zorg

	en de wijze waarop deze door de Wlz-zorgaanbieder wordt gecontroleerd.
<i>Artikel 2: Maatregelen bij zowel (materiële) controle als fraude</i>	
U stelt in dit artikel ten aanzien van verrekening, dat verrekening over de verschillende labels van Zilveren Kruis ook mogelijk is (d.w.z. Zvw-gelden kunnen met Wlz-gelden verrekend worden en andersom). Volgens ons is dat niet mogelijk. Kunt u duidelijk onderbouwd en met verwijzing naar vindplaatsen in documenten aangeven op basis waarvan u van mening bent dat verrekening tussen verschillende labels wel mogelijk is?	Verrekening is op grond van artikel 6:127 BW mogelijk en is zogenoemd regelend recht. Dat betekent dat bij overeenkomst de verrekeningsbevoegdheid kan worden uitgebreid, beperkt of uitgesloten. In artikel 2 staat een uitbreiding van de verrekeningsbevoegdheid opgenomen.
<i>Artikel 3: Keuze-informatie voor de klant</i>	
U geeft aan dat de gegevens op de zorgatlas per locatie ingevuld dienen te zijn en actueel. Menzis verplicht het gebruik van de Zorgkaart. Is het ook toegestaan om de zorgkaart te gebruiken in plaats van de Zorgatlas?	Zoals u kunt teruglezen in Artikel 3 van Bijlage 1 OVEREENKOMST 2021 – 2023 ZILVEREN KRUIS ZORGKANTOOR - ZORGAANBIEDER Wlz deel 2 regio gebonden deel is de zorgaanbieder verplicht op de Zorgatlas de gevraagde gegevens per locatie in te vullen en actueel te houden.
Wat is jullie definitie van actueel betreffende de zorgkaart Nederland?	Met actueel bedoelen wij dat de gegevens op Zorgkaart Nederland en de Zorgatlas op het moment van raadplegen zo veel als mogelijk stroken met de werkelijkheid en dat u eventuele wijzigingen zo snel mogelijk doorvoert op Zorgkaart Nederland en de Zorgatlas.
<i>Artikel 4: Maatwerkafspraken voor zorgaanbieders met een omzet van € 500.000 of hoger</i>	
In artikel 4 van de overeenkomst staat in relatie tot de maatwerkafspraken voor 2021 onder meer: 'De zorgaanbieder geeft invulling (derde punt), De zorgaanbieder is gehouden (vierde punt) en Bij niet-nakoming van de afspraken (vijfde punt). Deze formuleringen lijken te verwijzen naar een resultaatsverplichting en niet naar een inspanningsverplichting, zoals opgenomen in het Inkoopbeleid van Zilveren Kruis en het Inkoopkader van ZN. Voor 2021 gaan wij uit van een inspanningsverplichting in combinatie met een vaste opslag van 2% als wij intekenen voor beide maatwerkafspraken. Is die veronderstelling juist? Graag duidelijk toelichten.	Bij het nakomen van afspraken doelen we bij de maatwerkafspraken op de afspraken zoals in het zorginkoopbeleid per maatwerkafpraak geformuleerd. Het gaat dan ook over de inspanningsverplichting.
Er staat een keuze uit maatwerkafspraken. Klopt het dat de maatwerkafpraak "Innovaties voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek" er twee keer instaat en dat de maatwerkafpraak "regionale ontwikkeling voor een goede samenwerking en afstemming tussen partijen" ontbreekt?	Dit is niet juist. In het eerste lid van Artikel 4 staan de verschillende opties en combinaties van maatwerkafspraken genoemd, zoals deze gelden voor de vaste tariefopslagen van 1% per afspraak. De maatwerkafpraak regionale ontwikkeling leidt niet tot een vaste tariefsopslag. Het beschikbare budget hiervoor is afhankelijk van het plan. Deze

	afspraken worden apart vastgelegd in een Addendum, zoals u dat kan vinden in Bijlage 12 bij de inkoopdocumenten (Addendum Overeenkomst Maatwerkafpraak Regionale Ontwikkeling)
--	--

Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2021

Vraag	Antwoord
<i>Artikel: 2 Maatregelen bij zowel (materiële) controle als fraude</i>	
In Artikel 2 van de overeenkomst 2021 – 2023 schrijft u: “Zilveren Kruis is gerechtigd om bij uitkomsten (materiële) controle en fraudeonderzoek de volgende maatregelen te treffen.” Enkel het woord ‘uitkomsten’ lijkt ons hier onjuist. Zou u willen toelichten bij welke ‘uitkomsten’ de genoemde maatregelen worden getroffen?	Een materiële controle kan op hoofdlijnen een 3-tal uitkomsten hebben, namelijk: 1) geen onrechtmatigheid geconstateerd, wat betekent dat de controle wordt afgerond. 2) de controle heeft bevindingen opgeleverd, die als onrechtmatig worden beschouwd. 3) de controle heeft bevindingen opgeleverd, die worden beoordeeld als "administratieve fout". Afhankelijk van de uitkomsten worden maatregelen vastgesteld. Het kan in het geval van onrechtmatigheid dan gaan om het vaststellen van een te verrekenen bedrag middels de nacalculatie. Ook het afspreken van een verbetertraject of het geven van een aanwijzing behoren tot de mogelijke maatregelen.

Bijlage 8 Prestatietabel regulier - specifiek

Vraag	Antwoord
<i>Tabblad prestatie model</i>	
Vanaf 1 januari 2021 de Wlz is opengesteld voor mensen vanaf 18 jaar die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg nodig hebben en voldoen aan de Wlz-toegangscriteria. Kunt u de nieuwe prestaties voor de nieuwe WLZ profielen toevoegen?	De definitieve prestaties worden gepubliceerd op de website van de NZa voor 1 juli 2020. Hierna passen wij zo spoedig mogelijk de prestatietabel aan.
Deze prestatietabel is geldig in 2020. Wanneer kunnen we een prestatietabel voor 2021 verwachten en klopt het dat deze tabel nog geen beeld geeft van de prestaties voor de nieuwe GGZ-sector (wonen)?	De definitieve prestatietabel voor 2021 zullen wij zo snel mogelijk na bekendmaking van de definitieve prestaties 2021 door de NZa op onze website publiceren. Ook de zorgprofielen voor de GGZ worden hierin opgenomen.

De nieuwe prestaties GGZ wonen zijn nog niet terug te zien in deze prestatietabel. Het CIZ heeft wel reeds de zorgprofielen gepubliceerd. Worden de zorgprofielen aparte prestaties in de prestatietabel?	De zorgprofielen voor de GGZ worden inderdaad als aparte prestaties opgenomen in de definitieve prestatietabel voor 2021.
---	---

Bijlage 9 Betaalbeleid 2021

Vraag	Antwoord
Op welke wijze en in welke mate houdt het zorgkantoor in de berekening van het werkvoorschot voor de eerste 2 maanden van 2021 rekening met de nieuwe instroom aan WLZ-cliënten vanuit andere domeinen per 1 januari 2021?	Standaard worden de werkvoorschotten berekend op basis van P9 2020 * tarieven 2021. Voor de in 2020 gecontracteerde zorgaanbieders die per 1 januari 2021 extra GGZ cliënten krijgen zullen wij het werkvoorschot, al dan niet in overleg met de zorgaanbieder, ophogen.
Er wordt gezegd dat bij overmacht coulanace (slechts) in overweging wordt genomen. En wat maakt dat, zelfs bij overmacht, direct financiële maatregelen worden getroffen? Wij zijn van mening dat deze bepaling disproportioneel kan uitpakken. Ben u bereid en, zo ja, op welke wijze aan ons bezwaar daartegen tegemoet te komen?	De reden dat wij bij het niet of te laat aanleveren van uw declaraties – ook bij overmachtsmelding - niet meer zijn dan 80% van het gedeclareerde bedrag van de voorgaande maand uitkeren is dat wij niet het risico willen lopen op een later moment te veel betaald budget terug te moeten halen. Uiteraard kunt u hier desgewenst bezwaar tegen aantekenen. Wanneer de maand daarop de declaraties weer als gewoon zijn ingediend, volgt natuurlijk een verrekening als blijkt dat er wel recht was op meer dan 80%.

Bijlage 10 Voorbeelden van innovaties voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek

Vraag	Antwoord
In bijlage 10 geeft u veel voorbeelden vanuit de VV- en GHZ sector. Zijn er ook voorbeelden te noemen in de GGZ-sector?	We hebben innovaties gekozen die breed beschikbaar zijn in Nederland. De innovaties zijn niet altijd sector gebonden. Waar we konden hebben we geprobeerd om ook GGZ aanbieders mee te nemen in de voorbeelden. Daarnaast zijn er zorgaanbieders uit de GGZ als klankbordgroep gebruikt.
Navraag leert dat traject 3c bij de aanbieder nog in volle gang is. Hoe verhoudt zich dat met jullie stelling dat een innovatie alleen kan worden ingediend als het zich heeft bewezen?	De eis die we stellen aan de innovaties is dat de innovatie is uitontwikkeld (de pilotfase voorbij) en klaar is voor bredere implementatie. Dat wil niet zeggen dat het al de standaard manier van werken is in het brede zorgveld.

Bijlage 11 Formats voor de maatwerkafspraken

Vraag	Antwoord
De Excel-bestanden vanuit de downloads voor het opstellen van plannen zijn niet te bewerken. Kunnen er exemplaren gepubliceerd worden die wel te bewerken zijn?	De Excel bestanden die als bijlagen zijn gepubliceerd op onze website zijn bewerkbaar. Mocht alsnog problemen ervaren met het invullen van de bestanden kunt u contact opnemen met onze helpdesk. U vindt de contactgegevens in paragraaf 11.7.2.

Bijlage 12 Addendum overeenkomst maatwerkafpraak Regionale ontwikkeling

Geen correctie of aanvullingen.