



Nota van inlichtingen

Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg

Voor u ligt de Nota van Inlichtingen bij Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg

In de Nota van inlichtingen vindt u een overzicht van de correcties en aanvullingen op de Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg.

De vragen en antwoorden hebben geleid tot enkele aanpassingen in het zorginkoopbeleid en de bijlagen. Een toelichting op deze aanpassingen en op welke paragraaf de aanpassing betrekking heeft leest u hieronder.

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 allemaal 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 2024-2026

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

0 Inleiding

| Vraag | Antwoord |
|---|--|
| <p>In de disclaimer staat; "Deze visie, opgesteld door de zorgkantoren ten behoeve van de zorginkoop van langdurige zorg, is onder voorbehoud van wijzigend beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)". Het visie document geeft nergens een termijn. Is deze visie verbonden aan het meerjarige inkoopbeleid van de zorgkantoren (2024-2026) of staat deze visie los van het inkoopbeleid en kan er jaarlijks een nieuwe visie worden gepubliceerd?</p> | <p>De landelijke visie is een meerjarevisie die richting geeft aan het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Er is nog geen concrete einddatum aan het landelijke visiedocument verbonden.</p> |

1 De belangrijkste ontwikkelingen in de langdurige zorg

| Vraag | Antwoord |
|---|--|
| <p>Op pagina 7 staat de definitie van passende zorg voor de Wlz. Hier staat de definitie in dat voor passende zorg afspraken nodig zijn tussen zorgvrager en zorgverlener. Het lijkt erop dat hiermee de transitieopgave en alle mogelijke weerstand bij zorgvragers volledig bij de zorgverleners komt te liggen. Transitie kan leiden tot conflicten tussen zorgvragers (rechten) en zorgverleners (plichten). In hoeverre kan/ wil het zorgkantoor hierin ondersteunen/ bemiddelen?</p> | <p>Zorgkantoren zien de uitdagingen waarmee zorgverleners tijdens de transformatie te maken hebben. Zorgkantoren hebben volop aandacht voor passende zorg en werken in de regio aan maatschappelijke bewustwording. Dat doen zij samen met andere partijen, maar bijvoorbeeld ook door zelf klanten te informeren, te pleiten voor campagnes voor maatschappelijke bewustwording en middels het gesprek dat door de onafhankelijke clientondersteuner (OCO) wordt gevoerd.</p> |
| <p>In de definitie van passende zorg (pagina 7) staat: "waar mogelijk dicht bij de cliënt". Wat wordt daar bedoeld? Zorg wordt over het algemeen dicht bij de cliënt geleverd, tenzij u hier een verschil maakt met bijvoorbeeld beeldzorg/zorg op afstand.</p> | <p>Hiermee wordt de thuissituatie van de client in de wijk bedoeld.</p> |
| <p>In de omschrijving passende zorg voor de WLZ wordt o.a. aangegeven: minder focus op de aandoening en behandeling en meer inzet o.a. op wat iemand wel kan. Is er afstemming tussen ZN, NZA en het CIZ over de definitie van passende zorg en de impact op de profielen van WLZ Wonen? Zou u uw antwoord willen motiveren?</p> | <p>Zorgkantoren zijn met partijen in gesprek over de definitie en uitwerking van Passende Zorg.</p> |
| <p>Er staat "een landelijke visie met ruimte voor maatwerk in de regio.. rekening houdend met regionale factoren". Wordt hiermee bedoeld dat Zorgkantoren hier in hun beleid invulling aan geven i.p.v. maatwerk in de regio? Dit beleid geldt namelijk voor elke regio waar het Zorgkantoor voor verantwoordelijk is en geeft geen onderscheid in de afzonderlijke zorgkantoorregio's. Het onderscheid wordt gemaakt door de wijze waarop de door de overheid beschikbaar gestelde financiële middelen (IZA, WOZ etc.) gebruikt worden. Kunt u uw antwoord toelichten?</p> | <p>Het landelijke visiedocument geeft richting aan het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Het inkoopbeleid van de zorgkantoren is afgestemd op de regionale factoren. Het beleid geeft zorgkantoren ruimte om binnen de beschreven kaders van het inkoopbeleid tariefdifferentiatie toe te passen.</p> |
| <p>Eerste zin: De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het borgen..... Is het zorgkantoor vanuit die verantwoordelijkheid voornemens om haar eigen budget en kosten conform de korting die wordt opgelegd te laten dalen? En kan het zorgkantoor dit inzichtelijk maken?</p> | <p>Het is niet duidelijk precies met deze vraag wordt bedoeld. De NZa bepaalt in opdracht van VWS welk budget ofwel contracteeruimte de zorgkantoren beschikbaar hebben om de zorg in de zorgkantoorregio's waar zij verantwoordelijk voor zijn in te kopen.</p> |
| <p>Als duurzaamheid en toegankelijkheid dan hoog op de agenda staat hoe verantwoordt het zorgkantoor dan dat zij toch kort op de tarieven?</p> | <p>Om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden en mede gelet op de groei van het aantal mensen dat een beroep gaat doen op de Wlz zorg, moeten we ervoor zorgen dat we meer mensen kunnen helpen van beschikbare</p> |

| | |
|--|---|
| | budget. Dit kan onder andere door de zorg doelmatig tegen een lager tarief in te kopen. |
| Zorgkantoren geven in hun landelijke visie aan 'is onder voorbehoud van wijziging van VWS en NZa' aan die visie is geen termijn gekoppeld. Het meerjarig inkoopbeleid van de zorgkantoren geldt van 2024 t/m 2026. Staat het inkoopbeleid los van eventuele wijzigingen in de landelijke visie? | De landelijke visie is een meerjarenvise die richting geeft aan het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Er is nog geen concrete einddatum aan het landelijke visiedocument verbonden. Wijzigingen in de landelijk visie kunnen van invloed zijn op het inkoopbeleid van de zorgkantoren, waarbij we opmerken dat het regionale inkoopbeleid voor 3 jaar vast staat. |
| Betekent de zin "Om de toegang en betaalbaarheid van kwalitatief goede zorg te garanderen is het dan ook noodzakelijk om het zorglandschap anders en duurzamer in te richten met passende zorg als uitgangspunt" (pagina 6) dat passende zorg de oplossing is voor de (financiële) knelpunten die zich voordoen in de langdurige zorg die onder de WLZ valt? Zo niet, hoe moeten we deze basis van visie dan lezen? | Passende zorg is het uitgangspunt om het zorglandschap anders en duurzaam in te richten. Daarmee zeggen zorgkantoren niet dat passende zorg de oplossing is voor de (financiële) knelpunten die zich voordoen. Bij het zoeken naar oplossingen vinden zorgkantoren het belangrijk dat deze oplossingen bijdragen aan zorg die passend is voor de cliënt. |
| Is er naar uw mening dan sprake van wachtlijsten en waarom bij regionaal beleid dan doelmatigheid speerpunt en topprio? | Er is in alle drie de sectoren sprake van wachtlijsten. Het doelmatig inkopen van zorg door zorgkantoren draagt bij aan het meer mensen kunnen helpen met het beschikbare budget en daarmee tevens het terugdringen van de wachtlijsten. |
| Welke rol hebben de partijen bij preventie? En welke financiering is hiervoor mogelijk en door wie? | Alle partijen zullen in hun rol de cliënt van de juiste informatie moeten voorzien om bij te dragen aan preventie. Zorgkantoren willen de mogelijkheid om financieel rechtmatig bij kunnen dragen aan domein overstijgende initiatieven die met preventieve maatregelen helpen bij het voorkomen of vertragen van een Wlz-indicatie en/of intramurale opname. Dit is op dit moment nog niet geregeld, maar VWS werkt hiervoor een wetsvoorstel uit. |
| U stelt dat de 3 doelen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit niet los van elkaar kunnen worden gezien. Kunt u dan toelichten hoe wij de kwaliteit dienen te blijven handhaven als door een hogere afslag op het NZa tarief, de verlaging van het tarief i.v.m. NHC/NNIC bijstelling, de 1,2% korting opgelegd door de minister, de hogere kosten door inflatie en verwachte aanpassing van de CAO onze inkomsten ernstig onder druk komen te staan? | In paragraaf 5.2. van de visie leest u dat de kwaliteit onder druk komt te staan en dat het continu verbeteren van de kwaliteit geen realistisch doel meer is. Het gaat nu om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit de geldende kwaliteitskaders. Wij realiseren ons dat dit geen eenvoudige opgave is binnen de huidige financiële context. |
| Er ligt volgens u een grote verantwoordelijkheidsopgave voor alle partijen die betrokken zijn bij het zorglandschap. Waarom stellen jullie een basisrichttarief in wetende dat dit grote impact heeft op de zorgaanbieders? | Om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden en mede gelet op de groei van het aantal mensen dat een beroep gaat doen op de Wlz zorg, moeten we ervoor zorgen dat we meer mensen kunnen helpen met het beschikbare budget. Dit kan onder andere door de zorg doelmatig tegen een lager tarief in te kopen. |

| | |
|--|---|
| <p>Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg, par. 2) Heeft het zorgkantoor onderzocht welke effecten door het inkoopbeleid 2024-2026 te verwachten zijn binnen het domein zorg en welzijn (zorgverzekeringswet, sociaal domein, maar ook Wlz herindicaties) en wat daar de uitkomsten van zijn?</p> | <p>De visie is met verschillende partijen afgestemd. Zorgkantoren hebben aandacht voor de te verwachte effecten buiten de Wlz en zijn hierover in gesprek met partijen.</p> |
| <p>Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg, par. 2) Heeft het zorgkantoor in beeld hoe de samenloop is van de effecten op bijvoorbeeld mantelzorgers/beschikbaarheid informele zorg. Want als je enerzijds moet bijspringen omdat je moeder nog niet in de ouderenzorg terecht kan, dan kun je minder informele zorg bieden bij je kind of zus in de Wlz of Wmo en kun je ook minder als vrijwilliger bijspringen elders. Of, als je in de zorg werkt, kun je dan niet de extra uren gaan werken die we eigenlijk nodig hebben van alle part timers. Het beleid werkt zichzelf tegen.</p> | <p>Het moet een maatschappelijk bewustzijn worden dat we de zorg niet alleen meer kunnen vervullen met de inzet van zorgmedewerkers. De beroepsbevolking neemt af in tegenstelling tot het toenemende aantal mensen dat zorg nodig heeft. Het is dus nodig dat ook een beroep op familie, burens en andere betrokken uit het netwerk van de cliënt wordt gedaan. Uiteraard is het voor iedere persoon individueel te bepalen wat hij of zij hieraan kan bijdragen gelet op de omstandigheden.</p> |
| <p>Er wordt aangegeven dat er de komende jaren een aantal politieke keuzes gemaakt worden die van invloed zijn op de langdurige zorg. Hoe verhoudt dit zich tot een meerjareninkoopbeleid?</p> | <p>Wij verwachten dat politieke keuzes gedurende de periode van het inkoopbeleid geen aanleiding geven om het beleid te wijzigen. Mocht dat wel het geval zijn, dan behouden wij ons het recht voor om het inkoopbeleid aan te passen.</p> |
| <p>Kunt u een definitie geven van goede kwaliteit en van passende zorg voor de ouderenzorg? Wij stellen voor om een de definitielijst te maken van de belangrijkste begrippen in het zorginkoopbeleid. Bent u daartoe bereid. Zo nee, waarom niet?</p> | <p>Wij kunnen geen eenduidige definitie geven, omdat het beide brede begrippen zijn. Voor kwaliteit geldt dat de zorg voldoet aan de basishoudnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Voor passende zorg geldt dat dit mede afhankelijk is van de zorgvraag van de cliënt en de mogelijkheden die er zijn om deze zo goed mogelijk te vervullen.</p> |
| <p><i>Subparagraaf 1.1</i></p> | |
| <p>In de visie wordt beschreven dat de politiek de komende jaren nog keuzes gaat maken die in meer of mindere mate van invloed zijn op de organisatie van langdurige zorg en daarmee op de inkoop van zorg. - Kunt u aangeven om welke thema's dit gaat?</p> | <p>Op dit moment kunnen wij niet aangeven op welke thema's de politiek de komende jaren keuzes gaat maken. Dit is aan de politiek.</p> |

2 Duurzame toegang tot langdurige zorg

| Vraag | Antwoord |
|--|---|
| <p>Er wordt aangegeven: We organiseren een passend aanbod voor complexe doelgroepen. Wij merken dat passende zorg vaak tot discussies leidt met het CIZ. Het afgeven van passende indicaties (WLZ-W5 of ZZP-7B) gaat soms moeizaam, wat niet bevorderlijk is voor deze doelgroepen. Wordt er door ZN contact gezocht met het CIZ om passende zorg voor de complexe doelgroepen te bespreken? Zou u uw antwoord willen motiveren?</p> | <p>Wij zijn bereid om samen met de zorgaanbieder en/of branche het gesprek met het CIZ aan te gaan, als wij diverse signalen ontvangen dat de indicatie niet passend is. Voorwaarde is wel dat wij het eens zijn dat het CIZ in de betreffende casuïstieken geen goede indicatie heeft gegeven. Wij vragen u hierover eerst contact op te nemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor.</p> |
| <p>In uw visie op duurzaam toegankelijke zorg wordt de verantwoordelijkheid vooral bij aanbieders neergelegd. Aanbieders dienen met minder geld meer zorg te bieden, onder andere middels innovatie. Uw visie geeft onvoldoende duidelijkheid over uw verantwoordelijkheid hierin. Hoe ziet u, en hoe neemt u, uw eigen verantwoordelijkheid bij het inkopen van voldoende zorg? Wat is uw verantwoordelijkheid om dit maatschappelijk gezien te bewerkstelligen? En de grenzen aan de mogelijkheden bespreekbaar te maken?</p> | <p>Het is de taak en verantwoordelijkheid van zorgkantoren om voldoende zorg in te kopen. Om ook in de toekomst met een stijgende zorgvraag voldoende zorg in te kunnen blijven kopen is het van groot belang dat de zorg anders wordt georganiseerd. Hiervoor dienen er veranderingen op gang te worden gebracht. De zorgkantoren laten in de visie onder andere zien om welke veranderingen het gaat.</p> |
| <p>De beweging naar een toekomstbestendige zorg bestaat onder andere uit 'thuis als het kan'. Kan het Zorgkantoor de uitwerking van dit uitgangspunt nader toelichten? Welke opdracht heeft een zorgaanbieder hierin? Binnen welk termijn moet dit verwezenlijkt zijn? En kan het Zorgkantoor aangeven hoe zij de percentuele groei zien binnen dat termijn?</p> | <p>In de visie staat toegelicht wat zorgkantoren verstaan onder thuis als het kan. De zorgkantoren hebben in hun regionale beleid uitgewerkt hoe ze daar uitvoering aan geven en wat ze van zorgaanbieders verwachten.</p> |
| <p>Wij onderschrijven de visie van langer thuis maar in de praktijk zien wij regelmatig opnames van ZZP4 cliënten die binnen 3-6 maanden een hogere indicatie krijgen (zie ook onze declaraties in de periode januari-april). Soms omdat de zorgzwaarte van cliënten snel verandert, soms omdat de indicatiestelling niet (meer) aansluit bij de werkelijke zorgvraag. Wij denken dat voor deze cliënten met een ZZP4 indicatie of snel veranderend ziektebeeld de sociale context hier echt om vraagt. Wij zijn van mening dat voor deze cliënten passende intramurale zorg nodig is (en dat dit onze zorgplicht is). Klopt onze veronderstelling dat deze cliënten ook in 2024 en verder intramurale zorg kunnen krijgen? Wij maken ons oprecht zorgen over het tussen wal en schip vallen van deze groep kwetsbare ouderen.</p> | <p>De veronderstelling klopt. Op dit moment hebben cliënten met een Wlz-indicatie keuzevrijheid waar en via welke leveringsvorm zij de zorg willen ontvangen.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Door de bezuinigingen op de tarieven terwijl tegelijkertijd de kosten sterk stijgen is het zeer waarschijnlijk dat dit zal leiden tot structurele exploitatieverliezen bij zorgaanbieders. Bent u bereid landelijk de discussie met partijen (VWS, NZa, ZIN, IGJ) te voeren over verlagen van de kwaliteit (lees inzet personeel) en de aanspraken van de client? Bent u met mij eens dat dit politieke keuzes zijn die niet kunnen worden afgewenteld op zorgaanbieders en professionals? Dit is het eerlijke verhaal naar de burgers!</p> | <p>Zorgkantoren zien de complexiteit waar zorgaanbieders mee te maken hebben en zijn met partijen in gesprek over deze thema's. De politiek gaat over keuzes die de Wlz aanspraken aangaan en de bezuinigingen die nodig zijn om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.</p> |
| <p>De ministeries van VWS en OCW werken gezamenlijk aan de uitwerking van de afspraak in het regeerakkoord om te komen tot een betere financiering van zorg in onderwijstijd voor kinderen met complexe problematiek op scholen in het speciaal onderwijs cluster 3 en 4 (bron: Eindrapportage 2022 – Naar collectieve financiering van Zorg in Onderwijstijd, DSP & Oberon). Ditzelfde onderzoek benoemd dat er experimenteerruimte is voor zorgkantoren om Wlz-naturazorg anders te bekostigen en zorgaanbieders vooraf meer zekerheid te bieden dat de noodzakelijke zorg wordt gefinancierd. Zijn de Zorgkantoren bereid om deze experimenteerruimte onderdeel te laten van het nieuwe inkoopbeleid per 2024, de beweging naar een toekomstbestendige zorg waarbij er een passend zorgaanbod is georganiseerd voor complexe doelgroepen?</p> | <p>Voor de uitvoering van deze experimenteerruimte verwijzen wij naar de betreffende beleidsregel van de NZa.</p> |
| <p>Zorgkantoren sturen op brede opschaling van digitale zorg en ondersteunen daarbij: wat is de bijdrage van het zorgkantoor en op welke wijze ondersteunt zij bij de brede opschaling hiervan?</p> | <p>In zijn algemeenheid kunnen zorgkantoren meepraten, meedenken aan zowel landelijke als regionale tafels, regionale partijen verbinden door bijvoorbeeld het delen van kennis en goede voorbeelden. Hoe zorgkantoren dit precies invullen leest u in het regionale inkoopbeleid van uw zorgkantoor.</p> |
| <p>Complexe doelgroepen: dichtbij als het kan, verder weg als het moet (centralisatie). Wat betekent dit voor de cliënten? In hoeverre is er voor cliënten sprake van keuzemogelijkheid en binnen welke kaders?</p> | <p>Het is efficiënter en kwalitatief beter om intensievere en complexere zorg te concentreren om de ervaring en deskundigheid van medewerkers te bundelen. Dit kan betekenen dat deze expertise zorg verder van de thuisomgeving van de cliënt is georganiseerd. De keuzemogelijkheden voor de cliënt om de zorg dichtbij huis te verzilveren zijn hierdoor soms kleiner, maar daartegenover staat dat er goede expertisezorg geboden wordt. De cliënt maakt samen met zijn naasten hierin een afweging wat voor hem of haar belangrijk is.</p> |
| <p>Op pag. 10. stelt u om de geschetste bewegingen te bereiken u gaat investeren in: • inzetten op de opschaling en ontwikkeling van innovaties; • zorg</p> | <p>Voor deze ontwikkelingen zijn geen structurele middelen beschikbaar. Er zijn wel transitie-middelen voor de jaren 2022 tot en met</p> |

| | |
|---|---|
| <p>van goede kwaliteit inkopen, waarbij we aansluiten bij de eisen die vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de kwaliteitskaders worden gesteld; • zorgaanbieders ondersteunen bij de verduurzaming van de sector, waar- bij we de doelen van de Green Deal 3.0 onderschrijven; • aandacht hebben voor de bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Hoe gaat u dit structureel aanjagen? Aangezien de financiële middelen hiervoor alleen in eenmalige gelden ter beschikking worden gesteld. Dit is niet voldoende om borging van de transitie in te zetten,</p> | <p>2026. In het regionaal zorginkoopdocument van uw zorgkantoor leest u of en op welke wijze u hier een beroep op kunt doen. Daarnaast wordt van een aantal ontwikkelingen verwacht dat zorgaanbieders dat financieren uit het reguliere budget.</p> |
| <p>Hoe omschrijft u formele zorg? Wij stellen voor om een de definitielijst te maken van de belangrijkste begrippen in het zorginkoopbeleid. Bent u daartoe bereid. Zo nee, waarom niet?</p> | <p>Formele zorg is de zorg die vanuit de Wlz of andere domeinen wordt gefinancierd. Wij maken geen begrippenlijst, aangezien de meeste begrippen als bekend mogen worden verondersteld, of in de tekst worden toegelicht indien wij dat nodig achten.</p> |

3 Rol van zorgkantoren

| Vraag | Antwoord |
|--|--|
| <p>Op pagina 12 staat dat zorgkantoren sturen op een verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt zodat er meer cliënten langdurige zorg kunnen ontvangen vanuit het macro-kader dat beschikbaar is. Dit kan worden geïnterpreteerd dat het in de toekomst mogelijk is dat als overheid verdere bezuinigingen in de zorg doorvoert en andere maatregelen niet meer werken, het richttarief percentage door zorgkantoren steeds verder kan/ zal worden verlaagd. Het bieden van een realistisch inkooptarief aan zorgaanbieders behoort ook tot de zorgplicht van het zorgkantoor. Het steeds verder verlagen van het zorgbudget in combinatie met stijgende kosten, zet de continuïteit van zorgorganisatie en het (willen) werken in de zorg steeds verder onder druk. Feitelijk zijn zorgorganisaties steeds bezig de bezuinigingen in het zorgbudget te repareren in plaats van bezig te zijn met de transitieopgave. In hoeverre mogen zorgaanbieders van het zorgkantoor verwachten dat zij dit soort tegenargumenten laten horen bij de overheid of is dat een rol die is weggelegd voor zorgaanbieders zelf en/of brancheorganisaties?</p> | <p>Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het borgen van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de langdurige zorg. Zoals ook in de visie gesteld wordt dit een steeds grotere uitdaging door toenemende schaarste in personeel en financiële middelen. Het macrokader dat door de overheid beschikbaar wordt gesteld voor de langdurige zorg blijft de komende jaren stijgen, rekening houdend met demografische ontwikkeling en stijgende kosten. Tegelijkertijd wordt van de overheid wel verwacht dat zorgaanbieders en zorgkantoren de gemiddelde kosten per cliënt verlagen om de langdurige zorg wel betaalbaar te houden. Dit is een uitdaging waar we met elkaar voor staan. Zoals ook in de visie benoemd vragen wij hiervoor van de overheid een realistisch meerjarig financieel kader dat doorlopend (ook na de huidige kabinetsperiode) de ruimte biedt voor doelmatige reële tarieven en voor voldoende zorgaanbod om de toegankelijkheid te borgen.</p> |
| <p>Hebben de zorgkantoren vanaf 2024 te maken met een substantiële verlaging van hun budget voor de uitvoering van de Wlz? Kunt u daar inzicht in geven?</p> | <p>Dit is geen vraag over het inkoopbeleid of visie van de zorgkantoren op de langdurige en kunnen we derhalve niet beantwoorden.</p> |
| <p>In de Visie (pagina 12) staat dat zorgkantoren het als hun verantwoordelijkheid zien om, vanuit hun rol, binnen het Budgettair Kader Zorg te blijven. Dit wordt op een aantal plekken in de visie aangegeven en is wellicht een goed streven, ware het niet dat de consequenties daarvoor drukken op de zorgaanbieders. Komt er een moment dat de zorgkantoren niet meer gaan praten met de NZa en VWS (daarover wordt in de visie voldoende gezegd), maar formele (juridische) actie gaan ondernemen tegen NZa en VWS om aan te geven dat de (financiële) grenzen zijn bereikt? Kunnen we dat op korte termijn verwachten?</p> | <p>Wanneer zorgkantoren niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen binnen de hiervoor gestelde randvoorwaarden, te weten: het macro-kader en vereisten m.b.t wachtlijsten en/of kwaliteit gaan zij hierover het gesprek met VWS en de NZa aan.</p> |
| <p>In de visie staan op pagina 13 een groot aantal mogelijkheden voor zorgkantoren om de benodigde ontwikkelingen te stimuleren en faciliteren. Dat is fijn, maar wij missen een grotere actieve bijdrage, die zeer gewenst is. Wij</p> | <p>Naast onze visie op duurzame toegang tot langdurige zorg hebben de zorgkantoren ook een visie op cliëntondersteuning gepubliceerd https://www.zn.nl/dossier/langdurige-zorg/clientondersteuning/ . Hierin kunt u lezen</p> |

| | |
|--|---|
| <p>voorzien meer discussie met cliënten over de omvang en kwaliteit van de zorg, omdat wij – zoals wordt benadrukt in de visie – doelmatiger moeten worden met het oog op verlaging van de kosten per cliënt. In het rijtje ‘wat mag een zorgaanbieder van de zorgkantoren verwachten’ zien wij graag opgenomen dat het zorgkantoor beschikbaar is om vaker en intensiever partij te zijn in casuïstiek (wellicht soms conflicten) met cliënten. We doen het samen, dus als het leidt tot spanningen tussen zorgaanbieder en (naasten van de) cliënt zien wij graag dat het zorgkantoor een duidelijke advies en bemiddelingsrol op zich neemt. Gaat u die inzet vergroten? Zo nee, waarom niet?</p> | <p>hoe het zorgkantoor haar rol ziet m.b.t. cliëntondersteuning.</p> |
| <p>In de visie staat (pagina 13) dat de zorgkantoren zorgen voor een passende informatievoorziening richting cliënten, waarbij duidelijk moet zijn dat er meer verwacht wordt van naasten, het netwerk rondom de cliënt en de cliënt zelf. Hoe en wanneer gaan de zorgkantoren dat doen?</p> | <p>In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.</p> |
| <p>Op pagina 14 beschrijft u wat gezamenlijk onder de aandacht gebracht wordt bij de overheid. Kunt u specifieker maken welke standpunten u heeft ten opzichte van de keuzes op aanspraken en toegang? Indien niet, staat u ervoor open om onder 'gezamenlijk' ook de zorgaanbieders te verstaan? En staat u open voor dialoog met zorgaanbieders over de inhoud van de te maken keuzes?</p> | <p>Zoals beschreven is dit een onderwerp waar wij graag over in gesprek gaan om dit onder de aandacht te brengen bij de overheid. Dit doen wij o.a. vanuit de signalen en geformuleerde knelpunten vanuit het veld. De gezamenlijkheid richt zich ook op de samenwerking met de zorgaanbieders o.a. in dialoog.</p> |
| <p>U geeft aan verschillende onderwerpen onder de aandacht te brengen bij de overheid. Wat wij nog missen is het onder de aandacht brengen van passende financiering voor de complexe zorg (VG7). Als VG aanbieder met een grote cliëntpopulatie met een VG7 vraagt dit blijvende aandacht. We verwachten dan ook dat u dit onder de aandacht blijft brengen van de overheid. Dit ondanks het huidige kostenonderzoek omdat ook in 2024 nog niet een passend en reëel tarief zal bestaan. Kunt u dit opnemen als actie bij bullet 1 en dit in de gesprekken met de overheid meenemen? Zo nee, kunt u uw besluit toelichten?</p> | <p>Inmiddels is er door VWS extra budget beschikbaar gesteld voor de VG7 doelgroep. Dit zien wij als een bevestiging dat dit onderwerp al onder de aandacht is bij de overheid. Wij streven ernaar dat dit zo blijft.</p> |
| <p>Zorgkantoren wensen dezelfde transitie te maken die in het Sociaal Domein sinds 2015 ook is gemaakt. Heeft ZN gekeken naar de lessons learned die bij gemeenten hebben gespeeld? Zo ja, wat is daarmee gedaan? Zo nee, waarom niet?</p> | <p>Uiteraard hebben we deze transitie gevolgd en zijn we altijd bereid om te leren van vergelijkbare ontwikkelingen buiten onze invloedssfeer.</p> |
| <p>Om de zorg, met name de intensieve zorg voor cliënten met onder andere een VG7, toegankelijk te kunnen blijven houden zal er wat aan de</p> | <p>Zoals beschreven in de visie op pagina 12, ligt de groei van het aantal Wlz indicaties buiten de invloedssfeer van het zorgkantoor. De</p> |

| | |
|--|---|
| <p>toegang gedaan moeten worden. We kunnen niet met minder geld meer mensen helpen met behoudt van kwaliteit als de instroom gelijk blijft. Welke rol ziet het zorgkantoor voor zichzelf om de toegang (lees: instroom van nieuwe cliënten) tot de Wlz in te perken?</p> | <p>zorgkantoren zijn hierom periodiek in gesprek met VWS en de NZa over de indicatieontwikkeling en de consequenties voor het Budgettair Kader Zorg.</p> |
| <p>Vanuit de maatschappelijke opgave geeft u aan te sturen op verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt. Op welke wijze denken zorgkantoren hierop te kunnen sturen? Welke concessies zijn zorgkantoren bereid te maken met betrekking tot de toegankelijkheid, kwaliteit en klantvoorkeuren?</p> | <p>Zoals benoemd in de visie gaan wij de maatschappelijke verander-opgave graag als keten aan, waarvan wij als zorgkantoren een onderdeel van zijn. De komende jaren zullen wij hier in gezamenlijkheid invulling aan moeten geven.</p> |
| <p>Er is een toenemende zorgvraag en tegelijk krijgt het Budgettair Kader Zorg te maken met kortingen uit het Regeerakkoord. Zorgkantoren hebben geen invloed op de toename van Wlz-indicaties, maar datzelfde geldt voor zorgaanbieders. Bent u het er mee eens dat VWS keuzes zal moeten maken in de toegang tot de Wlz? Zo ja, welke concrete stappen ondernemen zorgkantoren hierin?</p> | <p>Eens dat o.a. VWS keuzes zal moeten maken, om die reden is dit ook 1 van de onderwerpen die wij gezamenlijk bij de overheid onder de aandacht brengen.</p> |
| <p>Er staat "zoeken we balans tussen enerzijds betaalbaarheid en anderzijds toegankelijkheid, kwaliteit en klantvoorkeuren". hoe gaan de zorgkantoren hier invulling aan geven?</p> | <p>In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.</p> |
| <p>Op welke wijze en per wanneer gaan de Zorgkantoren cliënten informeren over hetgeen zij mogen verwachten binnen de langdurige zorg; de (on)mogelijkheden van zorg? En ook op welke wijze gaan de zorgkantoren bestaande langdurige zorg cliënten informeren?</p> | <p>Naast onze visie op duurzame toegang tot langdurige zorg hebben de zorgkantoren ook een visie op cliëntondersteuning gepubliceerd https://www.zn.nl/dossier/langdurige-zorg/clientondersteuning/. Hierin kunt u lezen hoe het zorgkantoor haar rol ziet met betrekking tot cliëntondersteuning.</p> |
| <p>Wat kan de zorgaanbieder verwachten van de rol van het zorgkantoor en/of zorgverzekeraars bijvoorbeeld nieuwe initiatieven? Kunnen afspraken met preferente zorgverzekeraars of zorgkantoor ook gaan automatisch gaan gelden voor de andere zorgverzekeraars?</p> | <p>Bij nieuwe initiatieven denkt het zorgkantoor graag mee mits deze nieuwe initiatieven bijdragen aan o.a. de doelstellingen gesteld aan de regiotafel en de IZA tafel. Het lijkt ons verstandig om aan deze tafels verder te praten over de uitwerking en mogelijke gevolgen.</p> |
| <p>U benoemt uw verantwoordelijkheid om binnen het budgettair kader te blijven. Is het uw rol ook niet te zorgen voor voldoende budgettair kader? Zo ja, welke acties onderneemt u richting VWS en zo niet, waarom niet?</p> | <p>Het is niet onze primaire rol om te zorgen voor voldoende Budgettair Kader. Zoals beschreven op pagina 12, zijn de zorgkantoren wel periodiek in gesprek met VWS en de NZa over de indicatieontwikkeling en de consequenties voor het Budgettair Kader Zorg en brengen wij in ieder geval de op pagina 14 genoemde onderwerpen onder de aandacht bij de overheid.</p> |
| <p>Pagina 13 Nadrukkelijk uitnodigen tot omzetten van PGB naar Zorg in natura. Kunnen wij op korte termijn verwachten dat ook PGB instellingen aan dezelfde eisen moeten voldoen als WLZ instellingen?</p> | <p>Om in aanmerking te komen voor een contract met het zorgkantoor voor zorg in natura dient ook een pgb aanbieder te voldoen aan de gestelde voorwaarden.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Pagina 14 (financiële) Prikkels opmerking geormerkt WMO budget. Is het zorgkantoor al in gesprek met de gemeentes hierover?</p> | <p>Op pagina 14 staan de onderwerpen die wij in ieder geval onder de aandacht brengen bij de overheid. Gemeenten zijn hier ook een onderdeel van.</p> |
| <p>U schrijft: "Meepraten, -luisteren en -denken aan de landelijke tafels en met zorgaanbieders over alle relevante ontwikkelingen en uitdagingen in het veld." Over welke tafels hebben we het en zijn deze voor alle aanbieders toegankelijk? Zo niet, hoe wordt bepaald wie hieraan meedoet?</p> | <p>We bedoelen hiermee de regiotafels die voor de V&V al bestaan en voor de GZ en GGZ in oprichting zijn. Daarnaast bedoelen we ook de IZA tafels, hoewel voor de Wlz de nadruk in eerste instantie ligt op de regiotafels. Regiotafels zijn voor alle aanbieders toegankelijk.</p> |
| <p>U schrijft: "De dialoog voeren met zorgaanbieders over het realiseren van een passend aanbod, de kwaliteit van de geboden zorg en de verwachtingen van zorgkantoren, bijvoorbeeld op het gebied van innovatie en duurzaamheid". Refereert het zorgkantoor hier naar de gesprekken die al gevoerd worden c.q. gepland staan met de aanbieder of zijn dit organisatie overstijgende gesprekken? Indien het laatste, is dit voor alle aanbieders toegankelijk? Zo niet, hoe wordt bepaald wie hier aan mee doet?</p> | <p>We refereren naar de individuele gesprekken met aanbieders, maar ook naar de regiotafels/transitietafels in de regio. Deze laatste zijn voor alle aanbieders toegankelijk.</p> |
| <p>We stimuleren de inzet van zorg in de thuisomgeving (thuis als het kan). Hoe wordt de samenwerking van het Zorgkantoor met de zorgverzekeraars en mantelzorgorganisaties op dit thema vorm gegeven en waar is dit terug te vinden?</p> | <p>In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kunnen ook de zorgverzekeraars danwel mantelzorgorganisaties vallen. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.</p> |
| <p>Aan de ene kant beschrijft de visie dat zorgkantoren een zorgplicht hebben. Aan de andere kant stelt VWS het Budgettair kader vast waarbij de balans tussen betaalbaarheid en toegankelijkheid uitgangspunt is. Hoe denkt het Zorgkantoor in deze spagaat haar rol te kunnen pakken naar andere stakeholders als ZN, VWS, Zorgverzekeraars, etc. , wetende dat toegankelijkheid voor de WLZ een groot vraagstuk is.</p> | <p>Wij erkennen dat onze positie niet gemakkelijk is, om die reden willen wij ons graag positioneren in de keten waarbij ieder zijn rol moet pakken om de uitdaging op het toegankelijk houden van de zorg aan te gaan. De visie beschrijft de beweging die nodig is om de uitdaging aan te gaan en hoe de zorgkantoren daar een rol in pakken.</p> |
| <p>Hoe vindt samenwerking plaats tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars?</p> | <p>In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kan de zorgverzekeraar ook vallen. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.</p> |
| <p>U geeft hierbij aan In contractafspraken resultaatgericht sturen om de benodigde beweging te realiseren. Kunt u een nadere toelichting geven wat u hiermee bedoeld?</p> | <p>Ieder zorgkantoor stuurt hier op een andere manier op. Hiervoor verwijzen wij u naar het inkoopbeleid van uw regionale zorgkantoor.</p> |

| | |
|---|---|
| U geeft hierbij aan: In gesprek gaan over gezonde bedrijfsvoering met zorgaanbieders. Kunt u een nadere toelichting geven wat u hiermee bedoeld? | Zoals benoemd in hoofdstuk 5.4 van de visie, zien de zorgkantoren een gezonde bedrijfsvoering als een noodzakelijke voorwaarde om de gewenste transitie te bewerkstelligen. Hoe dit gesprek vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor in uw regio. |
| Hoe ziet ZN/zorgkantoor de verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt bij een complexer wordende doelgroep? | De zorgkantoren willen de verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt op macroniveau gerealiseerd zien. Niet per specifieke doelgroep. De zorgkantoren zullen hier in gezamenlijkheid op monitoren. |
| Hoe vertaalt ZN/zorgkantoor de meerjarige duidelijkheid in het Budgettair Kader Zorg naar de zorgaanbieders naast de mogelijkheid voor meerjarige contractering? | Net als voorgaande jaren bestaat de mogelijkheid om een meerjarenovereenkomst te sluiten. Daarnaast hebben de zorgkantoren de mogelijkheid om ook meerjarige financiële afspraken te maken. Hoe daar invulling aan wordt gegeven vindt u in het inkoopbeleid van uw regionale zorgkantoor. |
| Wil ZN/zorgkantoor richting de overheid een adequate bekostiging onder de aandacht houden? | Op pagina 14 staan de onderwerpen die wij in ieder geval onder de aandacht brengen bij de overheid. Adequate bekostiging is ook een onderwerp dat wij bespreken. |
| In de landelijke visie (pagina 12) staat dat zorgkantoren het als hun verantwoordelijkheid zien om, vanuit hun rol, binnen het Budgettair Kader Zorg te blijven, zodat zij samen met zorgaanbieders bijdragen aan de betaalbaarheid van de langdurige zorg. Naast de taak om doelmatige zorg in te kopen, hebben zorgkantoren echter ook zorgplicht. Wij maken bezwaar tegen het uitgangspunt dat het Budgettair Kader Zorg leidend is voor het Zorgkantoor, waar dat de zorgplicht moet zijn. Bent u het daarmee eens? Zo ja, waarom zet u geen concrete acties richting VWS? Zo nee, waarom niet? | Wij erkennen dat onze positie niet gemakkelijk is, om die reden willen wij ons graag positioneren in de keten waarbij ieder zijn rol moet pakken om de uitdaging op de toegankelijk houden van de zorg aan te gaan. De visie beschrijft de beweging die nodig is om de uitdaging aan te gaan en hoe de zorgkantoren daar een rol in pakken. Een van deze rollen is deze uitdaging onder de aandacht brengen bij de overheid, zoals VWS en de NZa. |
| Op pagina 12 beschrijft u wat zorgaanbieders van de zorgkantoren mogen verwachten. We missen daarin hoe zorgkantoren met de zorgverzekeraars en de gemeenten (WMO) samenwerken. Wat mag ik als zorgaanbieder verwachten van de samenwerking tussen genoemde partijen, bijvoorbeeld t.a.v. wijkverpleging, cliënten op de wachtlijst, eerstelijnszorg en sociale innovaties? | In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kunnen ook de gemeenten en de zorgverzekeraars vallen. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. |
| Wat de zorgaanbieder betreft komt uw zorgplicht op de eerste plaats, ook wanneer de middelen in het Budgettair Kader Zorg onvoldoende zouden zijn. Bent u het daarmee eens? | Klopt, wij moeten voldoen aan onze zorgplicht. |
| Kunnen er binnen de lopende periode nieuwe onderaannemers worden ingezet? | Ja dat is mogelijk mits wordt voldaan aan de geldende voorwaarden. |
| In hoofdstuk 3 (pagina 12) staat dat de zorgkantoren hun verantwoordelijkheid pakken | Als zorgkantoren zijn wij onderdeel van een keten die in zijn geheel aan de slag moet met de |

| | |
|--|--|
| <p>door in te zetten op doelmatigheid. "Concreet betekent dit dat we sturen op een verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt zodat meer cliënten langdurige zorg kunnen ontvangen vanuit het macro-kader dat beschikbaar is." Door deze concrete aanpak legt u de oplossing of rekening bij de zorgaanbieders. Gaat u met cliënten(organisaties) in gesprek over verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt door in te zetten op doelmatigheid, waarbij de zorgkantoren sturen op minder uren per cliënt of verlaging van kwaliteit? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?</p> | <p>uitdaging om de zorg toegankelijk te houden. Dit kunt u lezen in de Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg, maar ook in de Visie op Cliëntondersteuning die ook door de zorgkantoren in gezamenlijkheid is opgesteld: https://www.zn.nl/dossier/langdurige-zorg/clientondersteuning/.</p> |
| <p>Gezien de inflatie, stijgende energieprijzen en investeringen die gewenst worden, lijkt een verlaging van kosten niet realistisch. Wilt u een realistischer beeld schetsen of aangeven hoe u denkt dat dit haalbaar is?</p> | <p>De verlaging van gemiddelde kosten per cliënt, zal altijd ook afgezet worden tegen de verschillende NZa tarieven. Inflatie e.d. wordt in deze tarieven verwerkt. Investerings behoren tot een gezonde bedrijfsvoering. Daarnaast valt dit onder de beweging en deze kost tijd. Resultaten van deze beweging zullen we dan over een realistisch termijn verwachten.</p> |
| <p>Inzet op sturen verlaging gemiddelde kosten per cliënt. Welke norm hanteren zorgkantoren en hoe komt deze norm tot stand?</p> | <p>De zorgkantoren willen de verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt op macroniveau gerealiseerd zien. De zorgkantoren zullen hier in gezamenlijkheid op monitoren en zijn op dit moment hiervoor de uitgangspunten aan het formuleren.</p> |
| <p>De teksten hier opgenomen zijn nagenoeg gefocust op doelmatigheid en betaalbaarheid. Is de zorgplicht van het zorgkantoor niet meer van belang? Hoe ziet u dat?</p> | <p>Het vertrekpunt is de zorgplicht, nu en in de toekomst. Om hieraan te blijven voldoen, vraagt dat van ons om nu te sturen op onder andere doelmatigheid en betaalbaarheid.</p> |
| <p>U stelt dat samenwerking over de domeinen heen noodzakelijk is voor toekomstbestendigheid van de zorg. Hoe ziet u dat precies voor u? Overweegt u ook om het inkoopbeleid van thuiszorg en intramurale zorg te combineren zodat een grote administratieve lastenverlichting gerealiseerd kan worden?</p> | <p>Experimenten zoals sociale benadering dementie tonen aan dat samenwerking over de domeinen heen ertoe leidt dat klanten minder zorg consumeren, later in de Wlz komen en mogelijk wel helemaal niet in de Wlz komen. Per saldo zijn we dan minder zorguitgaven kwijt en nog belangrijker ervaren klanten meer welzijn omdat ze langer in hun oude vertrouwde omgeving kunnen blijven. Door de splitsing in wetten en verantwoordelijkheden is het niet mogelijk om gezamenlijk inkoopbeleid te maken.</p> |
| <p>Pag. 12 Op deze pagina staat dat zorgkantoren sturen op een verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt zodat er meer cliënten langdurige zorg kunnen ontvangen vanuit het macro-kader dat beschikbaar is. Het zorgkantoor verlaagt het richttariefpercentage om daarmee o.a. deze doelstelling te behalen. Een verlaging van de gemiddelde kosten wordt ook gerealiseerd door in te zetten op scheiden wonen en zorg. Het bieden van een realistisch inkooptarief aan zorgaanbieders behoort ook tot de zorgplicht van het zorgkantoor. Hoe heeft het</p> | <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de</p> |

| | |
|--|--|
| <p>zorgkantoor in haar beleid rekening gehouden met deze kostenverlaging in relatie tot de vaststelling van het richttariefpercentage? Kan het zorgkantoor aangeven wanneer een tarief doelmatig is, dus wanneer het doel bereikt is, dan wel de andere kant, dat de kwaliteit van zorg niet meer geborgd wordt? En, hoe ziet het zorgkantoor dit in relatie tot het voldoen aan kwaliteitseisen van o.a. de IGJ?</p> | <p>maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en -uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden.</p> |
| <p>Hetgeen u onder de aandacht brengt bij de overheid is vrijblijvend geformuleerd. Kunt u concretiseren hoe en wanneer u al die punten onder de aandacht gaat brengen?</p> | <p>Zoals aangegeven in de visie refereren deze onderwerpen naar zaken die wij onverminderd onder de aandacht blijven brengen. Hiermee geven wij aan dat wij deze zaken al onder de aandacht brengen op de daarvoor bestemde tafels (bijvoorbeeld bij de eerdergenoemde programma's en akkoorden maar ook bij gemeenten, VWS, NZa etc.) en dat in de toekomst ook zullen blijven doen.</p> |
| <p>Het laatste punt in de opsomming over "De (financiële) prikkels in het systeem die de gewenste beweging stimuleren. Bijvoorbeeld een geormerkt WMO-budget en eigen bijdragen die stimuleren dat cliënten passende zorg kiezen" Wij zien daar in het regionaal inkoopbeleid niets van terug. Kunt u concretiseren hoe en wanneer u dit gaat bewerkstelligen? Kunt u concretiseren wat er van ieder zorgkantoor daarin wordt verwacht en hoe dit tot uiting moet komen in het regionaal inkoopbeleid? Hoe koppelt u eventuele resultaten terug aan de zorgaanbieders?</p> | <p>Zoals aangegeven in de visie refereren deze onderwerpen naar zaken die wij onverminderd onder de aandacht blijven brengen. Hiermee geven wij aan dat wij deze zaken al onder de aandacht brengen op de daarvoor bestemde tafels (bijvoorbeeld bij de eerdergenoemde programma's en akkoorden maar ook bij gemeenten, VWS, NZa etc.) en dat in de toekomst ook zullen blijven doen.</p> <p>Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.</p> |
| <p>In welke mate gaan eventuele doelmatigheidsafspraken voor de WLZ in de toekomst negatieve gevolgen hebben voor de huidige bedrijfsvoering op de bestaande VPT locaties?</p> | <p>Doelmatigheid en gezonde bedrijfsvoering staan naar het oordeel van de zorgkantoren niet op gespannen voet met elkaar. Onder een gezonde bedrijfsvoering verstaan we de wijze waarop personele en financiële middelen worden ingezet om effectief en efficiënt zorg te kunnen verlenen. Een doelmatigheidsafpraak kan dit ook stimuleren.</p> |
| <p>Op pagina 12 beschrijft u wat zorgaanbieders van de zorgkantoren mogen verwachten. Daarin staat niets opgenomen over hoe zorgkantoren met de zorgverzekeraars samenwerken. Wat kan de zorgaanbieder verwachten van de samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars</p> | <p>In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kan de zorgverzekeraar ook vallen. Hoe dit per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.</p> |

| | |
|--|---|
| bijvoorbeeld ten aanzien van de contractering van wijkverpleging en huisartsenzorg? | |
| Hoe wordt de focus op het vlak van kwaliteit aangepast door het Zorgkantoor? | In hoofdstuk 5 van onze visie nemen wij u uitgebreider mee in ons standpunt op kwaliteit. Dit standpunt nemen wij ook mee in de gesprekken die wij voeren met overheidsinstanties, zorgaanbieders en in onze informatievoorziening richting cliënten. Hiermee verleggen wij de focus op het vlak van kwaliteit. |
| blz. 12 beschrijft wat zorgaanbieders van zorgkantoren mogen verwachten. Daar staat niets opgenomen hoe zorgkantoren met zorgverzekeraars samenwerken. Wat kan de zorgaanbieder verwachten van de samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars, bijv. in samenwerking m.b.t. Elv/Grz en doorstroom naar Wlz. | In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kan de zorgverzekeraar ook vallen. Hoe dit per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. |
| blz. 14 hoe ziet de ondersteuning van de mantelzorg eruit? Bij wie brengt u dat onder de aandacht? Met welk doel? | In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. De zorgkantoren zien dat mantelzorg een onderdeel kan zijn van de beweging naar zelf en thuis als het kan. Hoe dit verder per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. |
| Op welke wijze ondersteunen de zorgkantoren mantelzorgers? | In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe dit per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. |
| Wat zijn de criteria waaraan "voldoende verpleegzorgcapaciteit" moet voorzien? Welke rol spelen wachtlijsten en demografie hierbij ? | Voor het antwoord op deze vraag verwijzen wij u naar het programma WOZO. |
| Hier staat dat bij de overheid onder de aandacht wordt gebracht dat er sprake moet zijn van een realistisch meerjarig financieel kader met ruimte voor doelmatige reële tarieven. Hoe rijmt dit het verlagen van het richttariefpercentage in relatie tot de stijgende kosten voor personeel (Cao) en inflatie? | In de visie beschrijven de zorgkantoren wat wij onder de aandacht brengen bij de overheid. Dit doen wij vanuit o.a. de signalen in het veld. De NZa is verantwoordelijk voor de indexatie van de tarieven, hieronder vallen ook de invloed van CAO en inflatie. |
| Wat is de definitie van voldoende verpleegzorgcapaciteit? Wij stellen voor om een de definitielijst te maken van de belangrijkste begrippen in het zorginkoopbeleid. Bent u daartoe bereid. Zo nee, waarom niet? | Voor het antwoord op deze vraag verwijzen wij u naar het programma WOZO. |

4 Visie op de zorg per sector

| Vraag | Antwoord |
|---|---|
| <i>4.1 Visie V&V</i> | |
| Met de programma's WOZO en wonen en zorg voor ouderen is landelijk een beweging op gang gezet om deze uitdagingen het hoofd te bieden." Voor zorgaanbieders is de inzet van WOZO middelen voor het maken van de transitie van groot belang. De inzet van de WOZO middelen is echter onvoldoende transparant. Kan dit verduidelijkt worden? | Het ministerie van VWS heeft voor de jaren 2022-2026 regionale transitiemiddelen beschikbaar gesteld om de beweging van scheiden wonen-zorg voor de ouderenzorg te stimuleren. Het is aan het betreffende zorgkantoor om verduidelijking te geven over de inzet van deze middelen. |
| Hoe gaat het zorgkantoor om met het borgen van kwalitatief goede WLZ-zorg? Wanneer verwacht u dat ontwikkelingen als "het formaliseren van de informele zorg" en "bekwaam is bevoegd" daadwerkelijk de nieuwe norm kunnen zijn? Dit betekent namelijk ook dat wij als zorgaanbieder naar een andere personele samenstelling kunnen kijken, waardoor we wellicht minder dure ZZP-ers hoeven in te zetten. Dan komen opgelegd kortingen op de tarieven weer heel anders over. Graag uw mening hierover. | In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. |
| Er wordt aangegeven: We organiseren een passend aanbod voor complexe doelgroepen. Wij ondervinden veel administratieve lasten door het ontbreken van een vertaaltabel VV-GGZ en vice versa. Het geeft veel administratieve lasten om makkelijk op- en af te schalen tussen beide grondslagen. Komt er een uitbreiding van de vertaaltabel met VV-GGZ? Zo ja per wanneer kunnen wij hier gebruik van maken? Zou u uw antwoord willen motiveren? | Deze vraag gaat niet over de landelijke visie op zorginkoop. Wij adviseren u deze vraag met uw zorgkantoor op te nemen. |
| We hebben in de Wmo gezien dat je in de uitvoering vastloopt op een gebrek aan bepaalde "afdwingbaarheid" bij klanten. Als klant en zijn/haar omgeving niet bereid zijn tot, wordt alsnog professionele ondersteuning ingezet. De Wmo zoals deze primair bedoeld is komt daardoor maar beperkt tot uitvoering en blijven de instroom en kosten onverminderd hoog. Op welke wijze zou dit in de WLZ dan wél mogelijk zijn om hierin resultaten te behalen, lees: minder inzet van uren professionele ondersteuning/hulp. Hoe gaat het Zorgkantoor hier vorm aan geven, samen met het CIZ en de aanbieders? | Zorgkantoren herkennen het belang dat goed invulling wordt gegeven aan de zorg en ondersteuning in alle sectoren en de relatie tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Zorgkantoren zijn hierover met partijen in gesprek, onder andere in het kader van de IZA en de WOZO. |
| Hoe verwacht het zorgkantoor dat zorgaanbieders blijven innoveren, investeren ten gunste van de uitgangspunten in de visie? Aan | In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag |

| | |
|---|--|
| de ene kant wordt dit verwacht, aan de andere kant wordt administratieve lastendruk verhoogd en tarieven verlaagd. | te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. |
| Ten aanzien van betaalbaarheid; waarom volgt het zorgkantoor niet de lijn van de gemeentes, waarin inzet van PNIL bij levering WMO contractueel verboden wordt? | Zorgkantoren sluiten geen contract met zorgverleners, dat doen de zorgaanbieders. Zorgkantoren zijn wel met partijen in gesprek om een oplossing te zoeken in relatie tot de betaalbaarheid. |
| Betaalbaarheid: er verdwijnt zorggeld in winstuitkeringen. Heel veel particuliere initiatieven/ PGB aanbieders leveren zorg aan de ouderen die later bij de V&V worden aangeboden (wanneer zorgvraag toeneemt). Wij nemen deze ouderen over tegen hetzelfde tarief, maar met zoveel meer kwaliteits- en verantwoordingseisen. Waarom hoeven de particuliere initiatieven niet te voldoen aan dezelfde eisen als aanbieders V&V zodat dit wordt voorkomen? | Wij delen uw zorgen, maar zorgkantoren hebben hierin geen rol omdat budgethouders zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg die zij met het PGB inkopen. |
| Hoe gaat ZN/zorgkantoor aan de cliënten met een Wlz-indicatie duidelijke kaders scheppen rondom de keuzemogelijkheden en - onmogelijkheden? | Het vaststellen van de Wlz aanspraken en de verschillende leveringsvormen die mogelijk zijn om de geïndiceerde zorg te verzilveren behoort niet primair tot de verantwoordelijkheid van zorgkantoren. Zorgkantoren zijn wel in gesprek met partijen om te bekijken welke kaders noodzakelijk zijn om de zorg toekomstbestendig te maken. |
| Klant-werkgebied ratio: (versnippering voorkomen en samenwerken optimaliseren) blijft er voldoende ruimte voor identiteitgebonden zorg. | In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. |
| Beperking intramurale zorg, zoveel mogelijk thuis. Hebben de zorgkantoren daarbij rekening gehouden met de personele formatie? Niet iedere intramurale medewerker wil extramuraal werken. Verschuiving is dus niet vanzelfsprekend. Raken we daardoor niet nog meer mensen kwijt? | De bestaande capaciteit van intramurale zorg wordt niet beperkt. Alleen de groei die nodig is in verpleegzorg de komende jaren zal grotendeels plaats vinden in de extramurale setting. Personeel zal dus niet noodzakelijk van intramuraal naar extramuraal hoeven te verschuiven. |
| Gepromote netwerkversterking toepassen: komt dat voldoende terug in de werkprocessen van het indicatieproces? | Deze vraag heeft geen betrekking op de landelijke visie op de langdurige zorg. |
| Eigen regie cliënt blijft benadrukt worden: passende zorg bieden we steeds meer maar is een keer uitgeput. Daarnaast: Spelen de zorgkantoren in op de financiering en facilitering om het netwerk te versterken (veel familieleden /netwerkleiden moeten werken?) | De vraag is onvoldoende duidelijk. De financiering en facilitering om het netwerk te versterken is een taak die binnen het domein van de Wmo ligt. |
| Hoe is de systeemfunctie ongeplande nachtzorg meegenomen? Gemiddeld % van cliëntenbestand wordt verrekend. Dat kan de zorg onnodig duur maken. Is het uitgaan van mogelijk geïndiceerde nachtzorg door de | In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Deze vraag is te specifiek voor het visiedocument en afhankelijk van de context van |

| | |
|--|---|
| wijkverpleegkundige niet beter wanneer geen netwerk beschikbaar is? De meeste cliënten ontvangen nooit nachtzorg. | de regio van het zorgkantoor. We verwijzen dan ook naar het inkoopbeleid van het desbetreffende zorgkantoor. |
| Wij missen hier de rol van de verpleegkundig specialist. Kan de verpleegkundig specialist een expliciete plaats krijgen in het beleid? En hoe wordt de financiering van de verpleegkundig specialist geregeld? | In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. De financiering van de verpleegkundig specialist maakt onderdeel uit van de NZa-beleidsregels. |
| Hoe wordt geborgd dat onze Cliënten die identiteitsgebonden zorg vragen en van ons afnemen, dit in de toekomst ook kunnen blijven ontvangen? | In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. |
| Het Zorgkantoor stuurt er op om Zorg In Natura (ZIN) te stimuleren. Kan het Zorgkantoor aangeven hoe zij deze beweging voor hun zien? Is hier voor een ZIN aanbieder ook een rol in weggelegd? | Zowel in de visie op de langdurige zorg als in het uitgewerkte inkoopbeleid van de zorgkantoren kunt u teruglezen op welke wijze zorgkantoren dit voor ogen hebben. Voor zorgaanbieders is daarbij een belangrijke rol weggelegd. Het zorgkantoor zal hierover graag met u in gesprek gaan. |
| Pg 18 laatste zin: “Zorgkantoren leggen de keuzemogelijkheden duidelijk uit aan hun cliënten en maken afspraken met zorgaanbieders over de rol van de zorgaanbieders hierin.” Kan ZN deze rol van de zorgaanbieder bepalen? Wat is de grondslag daartoe in de Wlz of onderliggende beleidsregels? | Wij vinden het een vanzelfsprekendheid dat zorgaanbieders de cliënten goed informeren over de keuzemogelijkheden op het moment dat met de client wordt besproken wat een passend zorgaanbod is. |
| Regionale samenwerking realiseren kost tijd en geld. Daar zou in geïnvesteerd moeten worden om in de toekomst te kunnen besparen. We zien in het inkoopbeleid niet terug dat u wilt investeren om in de toekomst te besparen. Kennelijk wilt u die last bij de zorgaanbieders neerleggen, maar die hebben daar ook geen ruimte voor in deze tijd waarin kosten stijgen en lagere vergoedingen worden ontvangen. Hoe zit u dit voor zich? | Er zijn transitiemiddelen beschikbaar voor de jaren 2022 tot en met 2026, waarmee deze ontwikkelingen gefinancierd kunnen worden. In het regionaal zorginkoopdocument van uw zorgkantoor leest u of en op welke wijze u hier een beroep op kunt doen. |
| Mantelzorg is steeds minder beschikbaar (afnemend aantal mensen) en ook de individualisering neemt toe. Hoe ziet u voor zich dat wij de informele zorg en mantelzorg organiseren? | Zorgkantoren zien dat de capaciteit van informele zorg in het algemeen onder druk staat. Het is echter nodig om de capaciteit die wel aanwezig is zo goed mogelijk te benutten. Het is een brede maatschappelijke beweging die gemaakt moet worden om duidelijk te maken dat de zorg niet zonder de inzet van mantelzorger en vrijwilligers kan, omdat de beroepsbevolking afneemt. |
| Hoe is dit volgens u te rijmen met de genoemde individualisering welke op blz. 28 is genoemd? | De vraag is onvoldoende duidelijk. |
| De ontwikkeling naar andere passende voldoende woonvormen is een belangrijke voorwaarde voor de beweging naar 'thuis als het | De transitie naar langer thuis wonen (als het kan) is een beweging waar vele partijen hun steentje in bijdragen en afhankelijk van elkaar zijn. Het |

| | |
|---|---|
| kan'. Deze woonvormen zullen niet op korte termijn gerealiseerd kunnen worden. Hoe zorgt u er voor dat de beweging toch ingezet kan worden? Wat verwacht u daarin van zorgaanbieders? | ministerie van BZK is bezig met het versterken van de regie om woningbouw voor ouderen te stimuleren en te versnellen. Daarnaast zijn zorgkantoren met lokale partners in gesprek om de beweging op een goede manier vorm te geven. |
| De zorg instellingen dienen nauw samen te werken aangaande passende zorg met de verschillende domeinen. Hoe kijkt u aan tegen de samenwerking tussen het zorgkantoor en de diverse zorgverzekeraars in dit verband daar hierover niets beschreven staat en dit ook een grote invloed heeft? | Zorgkantoren en zorgverzekeraars werken in het kader van passende zorg met partners samen om de beweging vorm te geven. |
| Er staat niets beschreven over hoe zorgkantoren met zorgverzekeraars samenwerken. Wat kunnen wij verwachten over de samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars? | Zorgkantoren werken met partijen samen om de zorg toekomstbestendig te maken. Daarin is ook de samenwerking met zorgverzekeraars geborgd. |
| Dit document is sterk gefocust op de doelmatigheid en betaalbaarheid van langdurige zorg. Wij vinden dat de zorgplicht van zorgkantoren echter veel belangrijker is. Bent u het hiermee eens? Zo ja, welke concrete stappen onderneemt u? Zo nee, graag uw toelichting. | Zorgkantoren zien de toegankelijkheid van zorg net als betaalbaarheid- en kwaliteit van zorg als cruciaal aspect. Zorgkantoren werken met partijen samen om ervoor zorg te dragen dat alle aspecten voldoende worden geborgd. |
| Er is een groot tekort aan levensloopbestendige woningen. Als MPT en VPT daarmee niet of onvoldoende tot de mogelijkheden behoren, dient het de zorgaanbieders niet aangerekend te worden dat de beweging naar meer MPT en VPT niet mogelijk is. Hoe houdt u hier rekening mee? | De transitie naar langer thuis wonen (als het kan) is een beweging waar vele partijen hun steentje in bijdragen en afhankelijk van elkaar zijn. Het ministerie van BZK is bezig met het versterken van de regie om woningbouw voor ouderen te stimuleren en te versnellen. De rol van zorgaanbieders in de keten wordt in relatie tot het grotere geheel bekeken. |
| blz. 17 'een recht op een woning waar passende zorg geleverd kan worden, vraagt een grote inzet vanuit de Wmo en Zvw. Hoe ziet deze samenwerking eruit vanuit het zorgkantoor? | Zorgkantoren zijn als partij betrokken bij de uitvoering van het Programma Wonen en zorg voor ouderen. In overleg met de aangesloten partijen worden afspraken gemaakt over de realisatie van de gemaakte afspraken. |
| <i>4.2 Visie Gehandicaptenzorg</i> | |
| Er staat: "Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij hun aanbod aanpassen...". Wat wordt hiermee bedoeld? Willen de zorgkantoren dat wij uitbreiden of zorg afstoten? | Wij bedoelen hiermee dat het zorgaanbod op meerdere gebieden moet worden aangepast. Dit hangt voor een belangrijk deel samen met de kanslijnen opgenomen in het landelijk akkoord VGN-ZN. De inhoud van deze kanslijnen vragen om een aanpassing van het zorgaanbod. De kanslijnen worden verder toegelicht in deze paragraaf. Meer toelichting over de kanslijnen vindt u op de website van VGN. |
| Op pagina 21 geeft u bij kanslijn 4 aan dat er voldoende betaalbare sociale huurwoningen moeten zijn. Vanwege de krapte in de huizenmarkt ligt hier een grote uitdaging. Welke rol ziet het zorgkantoor hier voor zichzelf in weggelegd om bij te dragen aan het voldoende | De omslag naar extramuralisering is ingewikkeld en vraagt om creativiteit. Hierbij verwachten wij van zorgaanbieders dat zij bij voorkeur gezamenlijk in een regio op zoek gaan naar passende oplossingen zoals, in gesprek met woningbouwcorporaties, gemeentes of |

| | |
|---|--|
| <p>beschikbaar hebben van betaalbare sociale huurwoningen? Zodat de door u geschetste beweging vanuit kanslijn 4 voortgang kan behouden.</p> | <p>investeerders. Eveneens kan het gesprek gevoerd worden met cliënten om de mogelijkheden te verkennen om de huidige woonvorm via een andere leveringsvorm te financieren. Het zorgkantoor kan bij deze gesprekken aanwezig zijn. Verder willen wij u er op wijzen dat er per kanslijn een leertafel opgezet wordt om te faciliteren dat zorgaanbieders van elkaar kunnen leren en vragen kunnen stellen. Meer informatie vindt u op de website van VGN.</p> |
| <p>U stelt dat een nieuwe invulling van zorg nodig is. Dit hangt wat ons betreft nauw samen met de dialoog over kwaliteit (zie pagina 14 bullet 6) en wat 'zorg' is. Kunt u aangeven wat wordt verstaan onder 'zorg'?</p> | <p>Wij kunnen deze vraag gesteld door een Wlz gecontracteerde zorgaanbieder niet serieus nemen. Wij verwijzen dan ook naar de Wet langdurige zorg en/of het Wlz zorgkompas op de website van het Zorginstituut.</p> |
| <p>De toegankelijkheid van complexe en intensieve zorg in de VG staat onder grotere druk dan de reguliere zorg. Als zorgaanbieder kunnen we ons zorgaanbod aanpassen. Maar er zijn externe factoren (vergoeding VG7, PNIL-kosten) waarop een aanbieder weinig invloed heeft maar die wel randvoorwaardelijk zijn in de levering van complexe zorg. Welke rol nemen zorgkantoren in bij de factoren die door een zorgaanbieder niet te beïnvloeden zijn?</p> | <p>In de meeste gevallen is het zo dat zorgkantoren ook geen invloed hebben op de externe factoren, zoals bijvoorbeeld de PNIL, aangezien zij afhankelijk zijn van politieke besluitvorming. Wij kunnen deze factoren met elkaar verkennen en waar nodig meenemen naar de landelijke overlegtafels. Over de vergoeding van de VG7 is in de regionale Nota van Inlichtingen nieuw beleid opgenomen.</p> |
| <p>Zorgkantoren geven aan betere informatievoorziening aan nieuwe klanten te bieden. Als eerste contact zijn wij van mening dat het zorgkantoor een belangrijke informerende functie heeft bij nieuwe klanten. Bent u het er mee eens dat het zorgkantoor hierbij ook de leveringsvormen, inzet van het netwerk en het verwachtingsmanagement t.a.v. kwaliteit dient te bespreken? Zo ja, hoe wordt dit ingericht en geborgd?</p> | <p>Wij zijn het met u eens. Zorgkantoren instrueren de medewerkers die contact hebben met de cliënten over deze thema's, zodat zij dit kunnen meenemen in het gesprek met de cliënt.</p> |
| <p>De kosten van de langdurige zorg overstijgen de kosten vanuit de ziekenhuizen en wijkverpleging. Hierdoor komt de betaalbaarheid van zorg steeds meer onder druk. Ambulantisering (VPT/MPT) lijkt als oplossing te worden gezien voor het verminderen van de uitgaven. In de ouderenzorg begrijpen we deze inzet vanwege het eigen vermogen dat klanten hebben. Binnen de gehandicaptenzorg maken wij ons hierover zorgen. Enerzijds vanwege de inkomenspositie van klanten en anderzijds vanwege de krappe woningmarkt. Daarnaast is voor ons onvoldoende duidelijk of inzet van VPT/MPT daadwerkelijk tot een kostendaling leidt of dat mogelijk zelfs duurder is omdat kosten op een andere plek gemaakt worden. Is de inzet op ambulantisering</p> | <p>Wij hebben onze visie niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. In het landelijk akkoord hebben zowel ZN/Zorgkantoren als VGN/Zorgaanbieders vastgelegd dat de beweging naar ambulantisering gemaakt moet worden om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Hierbij merken wij op dat dit geen verplichting is voor iedere cliënt, maar dat de mogelijkheden moeten worden onderzocht voor de cliënten die het willen en waarbij het kan om de zorg op andere wijze in te vullen. Voor meer informatie over het landelijk akkoord en de kanslijnen verwijzen wij u naar de website van VGN.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>in de gehandicaptenzorg gebaseerd op (wetenschappelijk) onderzoek of gaat het hier om aannames. Graag ontvangen wij dan de link naar het onderzoek. Indien er geen onderzoek is naar ambulantisering en de kosten/baten in de gehandicaptenzorg verzoeken wij u deze alsnog te laten doen.</p> | |
| <p>Kan het Zorgkantoor het verband tussen IZA en GALA aangeven met betrekking tot de gehandicaptenzorg?</p> | <p>In bijlage 1 van het GALA vindt u een uitgebreide toelichting op de verbinding tussen beide akkoorden en wat dit betekent voor de gehandicaptenzorg.</p> |
| <p>Hoe kijkt ZN naar de grote regionale verschillen tussen de verschillende zorgkantoren en diens individuele beleid? Bijvoorbeeld het kortingspercentage m.b.t. VG3 en VG4 voor het NHC/NIC component voor de CZ zorgkantoor regio. Immers de verschillen per zorgkantoor (over regio's heen) die niet zijn gebaseerd op regionale verschillen zijn ongewenst. Het leidt namelijk tot ongelijke zorg voor cliënten met dezelfde zorgvraag.</p> | <p>Zorgkantoren hebben gezamenlijk een transparant tariefmodel opgesteld voor de onderbouwing van de tarieven. In het eigen inkoopbeleid werken de zorgkantoren de tariefsystematiek verder uit. Dat geeft ruimte voor maatwerk en differentiatie zodat kan worden gestuurd op het behalen van de in de inkoopvisie gestelde doelen van het betreffende zorgkantoor en het realiseren van de gewenste beweging in de regio. Er is naar onze mening geen sprake van ongelijke zorg voor cliënten met dezelfde zorgvraag.</p> |
| <p>Sluiten de Zorgkantoren voor wat betreft kanslijn 1 uit het landelijk akkoord van VGN en ZN aan op de Visie 2030 en Lab 2030 van de VGN met betrekking tot vernieuwing in dagbesteding?</p> | <p>De uitkomsten uit Lab 2030 over 'vernieuwing dagbesteding' kunnen ter inspiratie worden meegenomen bij de uitvoering van kanslijn 1 uit het landelijke akkoord. Deze past namelijk goed binnen kanslijn 1: Betekenisvolle daginvulling</p> |
| <p>Wij hebben een grote groep LVG (1-3) jongeren in zorg. De zorg voor deze jongeren is strak ingekaderd. Deze inkadering en bijbehorende voorwaarden die gesteld worden aan het leveren van deze zorg maakt hij (bijna) onmogelijk om afwijkende zorgafspraken te maken. VPT en MPT is bijvoorbeeld niet mogelijk terwijl dit wel heel passend kan zijn (passende zorg). Is deze doelgroep en de problematiek waar zij tegen aanlopen wel voldoende in beeld bij ZN?</p> | <p>Deze doelgroep en de problematiek is in beeld bij de zorgkantoren. Hierover schrijven wij in dezelfde paragraaf van de visie het volgende " We zijn ons ervan bewust dat deze beweging niet voor alle doelgroepen in de GZ mogelijk is. Door te werken aan de ambities van de kanslijnen, ontstaat er meer ruimte voor de zorg aan mensen met een intensievere, veelal intramurale, zorgvraag. Dit is nodig, omdat we zien dat het voor de meest complexe zorg moeilijk blijft om voldoende passend aanbod beschikbaar te hebben. Zorgkantoren spannen zich daarom naast de kanslijnen ook in om de komende jaren samen met de zorgaanbieders in de regio passend aanbod te ontwikkelen voor deze doelgroep. Waar nodig stemmen zorgkantoren en zorgaanbieders dit landelijk met elkaar af."</p> |
| <p>4.3 Visie GGZ</p> | |
| <p>Organisatie van zorg: Kunnen we hieruit opmaken dat de GGZ-B pakketten blijven bestaan? In eerdere berichtgeving werd aangegeven dat de GGZ-B pakketten in de</p> | <p>Wij hebben voor nu geen aanwijzingen dat de indicaties GGZB verdwijnen.</p> |

| | |
|---|--|
| toekomst zouden verdwijnen. GGZ Drenthe gebruikt de B-pakketten bij herstelgerichte zorg. Zou u uw antwoord willen motiveren? | |
|---|--|

5 Visie op specifieke thema's

| Vraag | Antwoord |
|---|--|
| <i>5.1 Innovatie</i> | |
| In uw beleid is sprake van toenemende vereisten die niet in de NZA kostprijs zijn opgenomen. Wij noemen hierbij doch niet uitsluitend de 3 toepassing zorgtechnologie, KICK-V, Duurzaamheid, toename van opname kosten/ leegstandskosten door verhoogde omloopsnelheid vanuit extramuralisatie VV4 en wellicht ook VV5. Hiertegen maken wij bezwaar. | De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Wij passen ons beleid en voorwaarden hier niet op aan. |
| Halen de zorgkantoren actief bewezen innovaties op bij zorgaanbieders of dienen zorgaanbieders zelf proactief te zijn in het delen van volgens hen bewezen innovaties? | Zorgkantoren zetten zich actief in voor het ophalen en opschalen van innovaties. Dat laat onverlet dat zorgkantoren ook graag rechtstreeks van zorgaanbieders horen welke bewezen innovaties veelbelovend zijn. |
| Vanuit ZN wordt het Kenniscentrum Digitale Zorg een verzamelplek van bewezen innovaties. Deze is echter met haar inzet vooral ook ingestoken op de Zvw. Hoe wordt dit kenniscentrum voor de klanten voor de Wlz gezien? | Het Kenniscentrum Digitale Zorg ontwikkelt zich door tot een landelijk platform. Ook de Wlz maakt hier onderdeel van uit. |
| Vanuit ZN wordt het Kenniscentrum Digitale Zorg een verzamelplek van bewezen innovaties. Vilans heeft een landelijke Kennisbank Digitale Zorg. Waarom kiest ZN voor een eigen Kenniscentrum in plaats van aan te haken bij de landelijke Kennisbank vanuit Vilans? Wij verzoeken u tot samenwerking, dan wel samenvoeging, met de Kennisbank van Vilans vanwege administratieve lastenverlichting. Graag ontvangen wij uw gemotiveerde besluit. | Het Kenniscentrum Digitale Zorg ontwikkelt zich door tot een landelijk platform. Met het landelijk platform wordt, zoals in het IZA geformuleerd, beoogd dat verschillende partijen samenwerken in het stimuleren van de implementatie van in de praktijk gebleken effectieve werkvormen en innovaties. |
| Er wordt een lijst met bewezen innovaties aangemaakt. Worden deze innovaties via wetenschappelijke onderzoek of middels practice based onderzoek toegevoegd aan de lijst bewezen innovaties? En worden in deze onderzoeken de kosten- en batenanalyses meegenomen? | De innovaties worden via het zorgtransformatiemodel beoordeeld. Meer informatie is te vinden op de website van het Kenniscentrum Digitale Zorg. |
| Het klinkt theoretisch logisch om niet 'het wiel opnieuw uit te vinden', maar vaak blijkt dat je er juist in een (regionale) context achter komt aan welke kar je dat wiel moet zetten en hoe je dat wiel onderhoudt en hoe je het vervangt als het stuk is etc. etc. Dat (saaie) deel van implementatie moet telkens (gedeeltelijk) opnieuw en is kostbaar. Welke rol kan het zorgkantoor daarin spelen? | Zorgkantoren hebben een regionale functie en halen veel waardevolle informatie op die zorgaanbieders kunnen gebruiken bij de implementatie van een innovatie. Zorgkantoren wisselen onderling ook ervaringen uit. Daarnaast zijn zorgkantoren aangesloten op het Kenniscentrum Digitale Zorg wat zich doorontwikkeld tot een landelijk platform. Het implementatievraagstuk is onderdeel van de werkwijze. |

| | |
|---|---|
| <p>Het is onbekend welke innovaties op de lijst komen te staan, en welke voor ons bruikbaar zijn d.w.z. op enige wijze rendabel zijn mede gezien de strategische keuze voor cliënten met een (zeer) complexe zorgvraag? Worden wij gehouden aan implementatie ondanks dat een bewezen innovatie voor onze zorgorganisatie niet kan worden terugverdiend?</p> | <p>Waardebepaling is onderdeel van het bewezen maken van innovaties. Dit is zowel op o.a. inhoudelijk als financieel aspect. De implementatie van bewezen innovaties is verder uitgewerkt in het regionale inkoopbeleid van uw zorgkantoor.</p> |
| <p>Onder het kopje "Wat verstaan we onder innovatie en implementatie" schrijft u: "Wanneer een innovatie bewezen effectief is (onder andere conform het kader Passende zorg van ZiNL en het Nationaal Platform digitale zorgtransformaties), wordt deze opgeschaald en geïmplementeerd bij zorgaanbieders die geen deel hebben uitgemaakt van de innovatiefase." Betekent dit dat alle bewezen effectieve innovaties een verplichting zijn om te implementeren? Een bewezen innovatie hoeft niet voor iedere organisatie passend te zijn. Bent u bereid hierover in gesprek te gaan en met individuele aanbieders passende afspraken over te maken?</p> | <p>We gaan uit van het "pas toe en leg uit" principe. Indien u van mening bent dat een bewezen innovatie niet passend is voor de Cliënten waaraan u zorg levert, kunt u hierover in gesprek gaan met uw zorginkoper.</p> |
| <p>Wanneer kan het zorgkantoor inzicht geven in de thema's met bewezen innovaties? Dit lijkt ons van groot belang als het gaat om de invoering van de Common Practices.</p> | <p>Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector.</p> |
| <p>Wanneer gaat u helderheid geven van uw overzicht van bewezen innovaties en bent u zich er van bewust dat we vanuit onze eigen professionele expertise gebruik maken van diverse kenniscentra?</p> | <p>Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector. Andere kenniscentra kunnen een aanvulling zijn voor het kenniscentrum digitale zorg.</p> |
| <p>U schrijft in de visie met betrekking tot innovatie dat zorgkantoren een overzicht zullen leveren van thema's met bijbehorende bewezen innovaties. Op dit moment bestaan er verschillende 'overzichten' in de sector,(o.a. Vilans en Kenniscentrum Digitale Zorg) Kunt u aangeven op welke wijze en wanneer u</p> | <p>Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale</p> |

| | |
|---|--|
| helderheid gaat verschaffen over het overzicht dat zorgkantoren gaan genereren? | toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector. |
| Wordt de implementatie en borging financieel ondersteund? | De implementatie en borging is verder uitgewerkt in het regionaal beleid van uw zorgkantoor. |
| De focus op digitale zorg is helder en steunen wij volledig. Wij missen de financiering voor de kosten van de inzet van digitale zorg, zoals Mobilecare. Wij maken bezwaar tegen het feit dat de kosten voor digitale zorg niet gefinancierd worden. | De implementatie en eventuele mogelijkheden voor financiering is verder uitgewerkt in het regionaal beleid van uw zorgkantoor. |
| Op blz. 25 staat: ".. daarbij willen we "VOORAL" inzetten op arbeidsbesparende innovaties . Wat is het nu? | We zetten in op de implementatie van innovaties in de zorg, waarbij arbeidsbesparing extra aandacht krijgt. |
| Waar kunnen we de betreffende digitale vindplaats (etalage) vinden? | Meer informatie kunt u vinden op de website van het kenniscentrum digitale zorg. |
| Hoe worden zorgaanbieders geïnformeerd over niet geslaagde innovaties en bijhorende redenen van niet slagen? | Dit punt wordt door de zorgkantoren nog nader uitgewerkt. |
| Op welke manier zorgen de zorgkantoren ervoor dat niet op meerdere plekken het wiel wordt uitgevonden? En op welke manier communiceren ze hierover met de zorgaanbieders? | Dit punt wordt door de zorgkantoren nog nader uitgewerkt. |
| Combinatie innoveren en zorgvuldig opschalen zorgt voor succesvolle verandering': dit vraagt ook inzet en dus tijd en capaciteit van onze (zorg)medewerkers. Hoe ziet u voor zich dat wij deze (zorg)medewerkers vrijspelen met deze krappe bezetting? | Het is aan de zorgaanbieder om hierin een zorgvuldige afweging te maken zodat wordt voldaan aan de doelstellingen van de langdurige zorg. |
| Het onderbouwen van innovaties vereist zorgvuldig onderzoek. Samenwerking met alleen zorgaanbieders is onvoldoende, er is (juist) ook samenwerking met kennispartners is nodig. Hoe krijgt dat vorm? Kent u de methodiek weten wat werkt voor onderbouwen meerwaarde technologie? | Het Kenniscentrum Digitale Zorg maakt gebruik van het zorgtransformatiemodel. |
| U benoemt de landelijke programma's die van belang zijn voor zorgaanbieders uit de langdurige zorg. - Welke financieringsmogelijkheden onderkent u hierbij? - Hoe waarborgt u dat er voldoende budget beschikbaar is? | De implementatie en eventuele mogelijkheden voor financiering is verder uitgewerkt in het regionaal beleid van uw zorgkantoor. |
| Welke bewezen effectieve innovaties ziet het zorgkantoor voor zich, wat houden deze in en op welke wijze zorgen ze voor tijdsbesparing? Het lijkt erop dat innoveren en veranderen met elkaar verward worden door het zorgkantoor. Om effectief te veranderen moeten we deze veranderingen zo concreet mogelijk maken en op basis daarvan het gesprek voeren. | Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector. Waardebepaling, waaronder tijdsbesparing is een onderdeel van het zorgtransformatiemodel wat |

| | |
|---|---|
| | het kenniscentrum toepast voor bewezen innovaties. |
| blz. 26 Kunt u uitleggen wat u met het principe pas toe of leg uit bedoelt? | We verwachten implementatie van bewezen innovaties. Indien u hiervan af wenst te wijken, verwachten we een toelichting. |
| blz. 27 afspraken over digitalisering zijn niet vrijblijvend, wat houdt dat concreet in? | De zin "Hierover worden afspraken gemaakt die voor zorgaanbieders niet vrijblijvend zijn" verwijst naar de invulling van het regionale inkoopbeleid van de individuele zorgkantoren. |
| blz. 10 elektronische gegevensuitwisseling en realisatie wordt komende jaren gestimuleerd. Hoe zit dit eruit? Wanneer wordt het een verplichting? | Afhankelijk van het soort landelijk programma en de betreffende tijdlijn kunnen zaken een verplichtend karakter krijgen. |
| Op pagina 11 staan een aantal zaken m.b.t. digitale gegevens overdracht. Het is niet duidelijk of deze aan het eind 2024 geïmplementeerd moeten zijn of dat de organisatie daar in ieder geval aantoonbaar mee aan de slag is. | De verschillende landelijke programma's hebben een eigen tijdlijn. U wordt t.z.t. op de hoogte gebracht van verschillende tijdlijnen. |
| Wat is het 'pas toe of leg uit principe'? Wij stellen voor om een de definitieellijst te maken van de belangrijkste begrippen in het zorginkoopbeleid. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet? | We verwachten implementatie van bewezen innovaties. Indien u hiervan af wenst te wijken, verwachten we een toelichting. We nemen uw voorstel voor een begrippenlijst mee in overleg tussen de zorgkantoren. We nemen nu geen begrippenlijst op in de visie op duurzame toegang tot langdurige zorg. |
| Vanuit zorgkantoren wordt ingezet op betere gegevensuitwisseling middels digitalisering waarbij verschillende programma's aangegeven worden. Welke doelstellingen heeft het zorgkantoor hiervoor in gedachten? Wat is de tijdsplanning wanneer bepaalde doelstellingen gereed dienen te zijn? | De doelstelling is aansluiten bij de verbetering van gegevensuitwisseling. De verschillende landelijke programma's hebben een eigen tijdlijn. U wordt t.z.t. op de hoogte gebracht van verschillende tijdlijnen. |
| <i>5.2 Kwaliteit</i> | |
| Er wordt gesproken over zorg van goede kwaliteit, waarbij wordt aangesloten bij de eisen die vanuit de IGJ en kwaliteitskaders worden gesteld. Hoe wordt gekeken naar mogelijke vertraging in de ontwikkeling van het kwaliteitskompas? In hoeverre houdt u rekening met de realiseerbaarheid van het voldoen aan het huidige kwaliteitskader verpleeghuiszorg? Hoe kijkt u in het algemeen naar ontwikkelingen op dit thema en in hoeverre bent u bereid hier zorgaanbieders in tegemoet te komen als het kwaliteitskompas niet voor 1 januari 2024 gereed is? | In onze visie hebben opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en -uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden. |
| Er staat: "De focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn." Hoe verhoudt zich dit tot het kwaliteitskader, waarin een continu lerende en zichzelf verbeterende organisatie het uitgangspunt is? | Vanuit het kwaliteitskader volgt een bepaald kwaliteitsniveau waaraan vastgehouden dient te worden. Wel vinden wij ook dat we realistisch moeten zijn gezien de uitdagingen waar we voor staan. Deze zijn groot en omvangrijk waardoor het continu verbeteren van de gestelde kwaliteit niet altijd meer de prioriteit kan hebben. Het |

| | |
|---|---|
| | <p>continu verbeteren zien wij dan ook als een belangrijk punt om mee te nemen in de (door)ontwikkeling van de kwaliteitskaders. In de kwaliteitskaders wordt ook een oproep gedaan om vast te houden aan wat goed gaat, laat dat het uitgangspunt zijn.</p> |
| <p>In bullet 6 van pagina 14 geeft u met betrekking tot kwaliteit aan dat het bijstellen van kwaliteit niet enkel iets is van zorgkantoren en aanbieders. Deze zin geeft ons inziens onvoldoende de uitdaging aan. We stellen een aanpassing voor: 'Het bijstellen van de focus van verbeteren kwaliteit naar behouden van kwaliteit, om de zorg' Dit sluit beter aan bij de inhoud van paragraaf 5.2. Kunt u zich vinden in het voorstel tot wijziging? Zo ja, kan deze zin toegevoegd worden?</p> | <p>We passen de tekst in de visie niet aan, omdat wij ons niet kunnen vinden in uw voorstel.</p> |
| <p>In paragraaf 5.2 geeft u aan dat het uitgangspunt is het centraal stellen van de mensen aan wie zorg wordt verleend. In de transitie naar toekomstgerichte Wlz-zorg kan dit adagium een belemmerende factor zijn. Bent u het er mee eens dat de toegankelijkheid van zorg onder druk komt te staan door de arbeidsmarkt en hoge PNIL-kosten? Zo ja, kunt u aangeven waarom in dit visiedocument weinig aandacht is voor 'mooi werk' voor zorgverleners?</p> | <p>In onze paragraaf aanleiding en urgentie hebben wij de uitdagingen die wij zien beschreven en hoe dit zijn weerslag heeft op onder andere de toegankelijkheid. Het mooie werk waar u naar refereert wordt zeker gezien, maar heeft in de visie nauwelijks aandacht gekregen omdat de aanleiding en de urgentie tot veranderen om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, de rode draad vormt.</p> |
| <p>Om voldoende zorgverleners te behouden zullen we op zoek moeten naar andere vormen van opleiden en verder kijken dan enkel diploma's en certificaten maar ook levenservaring mee te nemen. Hoe staan zorgkantoren tegenover een andere manier van opleiden en inzetten van zorgverleners als deze niet voldoen aan de huidige (kwaliteits)eisen maar wel de juiste kwalitatieve zorg kunnen bieden?</p> | <p>Zoals in onze visie wordt aangegeven is er een andere invulling van bepaalde taken nodig om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. Alhoewel wij vasthouden aan de geldende beroepsgroep- en kwaliteitsnormen stimuleren wij creatieve manieren om dit te realiseren. Wij adviseren u hierover in gesprek te gaan met uw zorginkoper. Uitgangspunten hierbij blijven dat de zorg veilig en verantwoord is en dat de cliënt met respect wordt behandeld.</p> |
| <p>Op pagina 28 beschrijft u dat het gaat om het behouden van de het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Op pagina 29 beschrijft u dat de zorgprofessional met de beschikbare middelen niet in staat is de zorg te blijven leveren zoals we dat nu gewend zijn. Een andere invulling van taken is niet vrijblijvend en heeft invloed op de kwaliteit van zorg. Kunt u vertellen hoe de zorgkantoren zich inzetten om het maatschappelijk debat te voeren hierover, zodat zorgaanbieders niet voortdurend in gesprek hoeven met Cliënten die menen 'recht' te hebben op de kwaliteit van zorg zoals in het (achterhaalde) kwaliteitskader is beschreven?</p> | <p>In hoofdstuk 3 van onze visie staat beschreven welke rol het zorgkantoor nu en in de toekomst zal vervullen en wat u van ons mag verwachten. Daarin geven wij aan dat we cliënten informeren over wat zij mogen verwachten binnen de langdurige zorg; de (on)mogelijkheden van zorg. Wij zorgen voor een passende informatievoorziening. Hoe de zorgkantoren hier precies invulling aan gaan geven is voorbehouden aan de individuele zorgkantoren. Zorgkantoren kunnen bijvoorbeeld ook bijeenkomsten met cliëntenraden organiseren, waarin zij dit bespreken. Daarnaast brengen wij kwaliteit ook onder de aandacht bij de overheid.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Wanneer wordt de bekostiging van de verpleegkundige palliatieve zorg, net zoals in de ziekenhuizen, naar waarde gefinancierd in de V&V van uit de zorgkantoren?</p> | <p>Zorgkantoren spelen hierin geen rol. De NZa stelt maximumtarieven vast voor de Wlz zorgprestaties.</p> |
| <p>Pg 28 laatste zin: “De focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders.” Dat betekent volgens het kwaliteitskader verpleeghuiszorg onder meer: ‘Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgprofessionals beschikbaar om deze taken te verrichten’ en ‘Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.’ Wij vragen ZN een bevestiging dat dit kwaliteitsniveau geldt bij de inschrijving voor de Wlz 2024-2026. Als ZN daar anders over denkt, dan verwachten we in het antwoord een inhoudelijke toelichting – welk kwaliteitsniveau volgens ZN geldt t.a.v. de professionele inzet en aanwezigheid in de 24-uurs verpleeghuiszorg.</p> | <p>In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Aan de normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en -uitgangspunten dient voldaan te worden.</p> |
| <p>Omdat in de langdurige zorg niet direct kan worden afgeschaald in de toegankelijkheid, heeft een verlaging van de kosten per cliënt (en daarmee het tarief) gevolgen voor de kwaliteit van zorg welke wij als aanbieder kunnen leveren. Bent u het met ons eens dat de door u geboden tarieven betekenen dat wij moeten afschalen in de kwaliteit van zorg zoals beschreven in het huidige kwaliteitskader? Zo ja, welke afschaling verwacht u dat wij realiseren? Zo niet, hoe verwacht u dat wij met minder middelen hetzelfde kwaliteitsniveau realiseren?</p> | <p>In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en -uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden.</p> |
| <p>Continu verbeteren is volgens de zorgkantoren geen realistisch doel meer. Tot nu maken kwaliteitsmiddelen onderdeel van de integrale tarieven, juist met als doel verbeteren. En wat betekent dit volgens u per 1 januari 2024 in de praktijk? Immers, de concrete invulling van het Kompas volgt pas in december 2023.</p> | <p>In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en -uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden.</p> |
| <p>We zien in de sector een krimpende arbeidsmarkt, meer individualisme, toenemende complexiteitetc. Hoe verhoudt met name meer</p> | <p>Meer individualisme is een verschijnsel dat we over de gehele linie van de samenleving terugzien. Wanneer we specifiek kijken naar zorg</p> |

| | |
|---|---|
| <p>individualisme zich tot de wens om mantelzorg/naasten nadrukkelijker in te zetten in de zorg en bij het voorkomen van zorg? Wat maakt dat u deze verwachting realistisch vindt?</p> | <p>voor naasten zien we ook bereidheid in het sociale netwerk van mensen met een langdurige zorgvraag om betrokken te zijn bij deze zorg danwel actief aan deel te nemen. Daarnaast zien wij ook steeds meer initiatieven naar voren komen waarbij een hele wijk of heel dorp hierin verantwoordelijkheid nemen. Dit maakt dat wij vertrouwen hebben in het sociale netwerk.</p> |
| <p>Er wordt beschreven dat: 'Ondanks de toenemende druk op de sector vinden zorgkantoren dat de kwaliteit goed moet zijn'. Er wordt verder beschreven dat de focus ligt op het behouden van het kwaliteitsniveau. Hoe verhoudt zich het behouden van het kwaliteitsniveau tot de tarieven die steeds verder onder druk komen te staan?</p> | <p>Ondanks de toenemende druk op de zorg en op de tarieven vinden zorgkantoren dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de wensen van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt met respect wordt behandeld; • zorg in ieder geval veilig, doeltreffend en doelmatig is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt; • de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. |
| <p>Op pagina 28 van de visie op de duurzame toegang tot de langdurige zorg staat dat de zorg moet voldoen aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en uitgangspunten van de branches - en beroepsverenigingen. Wij zijn van mening dat in de huidige tijd van schaarste niet alle normen nog realiseerbaar zijn en dat ze soms ook belemmerend werken in de noodzaak om het anders organiseren. Bijvoorbeeld bij het toepassen van functiedifferentiatie. Deelt u die mening en hoe gaat u daarmee om gezien het gestelde op blz. 28?</p> | <p>Wij hebben op diezelfde pagina 28 van de visie eveneens aangegeven dat er een omslag in denken nodig in de manier waarop we naar de invulling en kwaliteit van zorg kijken. De focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Er is een andere invulling van bepaalde taken nodig (bijvoorbeeld digitale zorg of zorg door het eigen sociale netwerk) om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden. Die andere invulling van bepaalde taken is niet vrijblijvend en heeft ook invloed op de kwaliteit van de zorg. En het is daarom ook belangrijk om mee te nemen in de (door)ontwikkeling van de kwaliteitskaders. We hierover de komende jaren in gezamenlijkheid met de landelijke partijen het overleg moeten voeren om daarin de juiste keuze te maken.</p> |
| <p>De zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf". Betekent dit dat vanuit uw kant er geen aparte kwaliteitsregels, bijvoorbeeld over de functiemix en bevoegdheidsverdeling, functiedifferentiatie worden gesteld? en wanneer hier wel sprake van is in het regionale inkoopbeleid, wat is dan de verhouding tussen beide documenten? welke prevaleert?</p> | <p>Vanuit ZN stellen wij geen aparte kwaliteitsregels. Hoe de invulling per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Is het reëel om dezelfde kwaliteit van zorg te handhaven gezien de toestroom van Cliënten en minder medewerkers? Is het niet beter om na te denken wat verstaan kan worden onder basiskwaliteit?</p> | <p>In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Aan de normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en -uitgangspunten dient voldaan te worden.</p> |
| <p>Bent u het er mee eens dat het streven naar verbetering van kwaliteit altijd het streven moet blijven, ook in tijden van krapte? Of bedoelt u dat we niet moet streven naar meer zorg en meer ingezette uren of middelen?</p> | <p>Waar dat kan, is dat het streven. Wel vinden wij ook dat we realistisch moeten zijn gezien de uitdagingen waar we voor staan. Deze zijn groot en omvangrijk waardoor het continu verbeteren van de gestelde kwaliteit niet altijd meer de prioriteit kan hebben. Om de zorg toegankelijk te houden zullen we moeten kijken hoe we de zorg zo efficiënt en doelmatig mogelijk in kunnen zetten waarbij meer zorg, meer uren en meer middelen niet het uitgangspunt is.</p> |
| <p>blz. 29 "we moeten accepteren dat niet alles altijd even goed gaat". Waar zit dan de foutmarge en hoe komt dit dan terug in de controles?</p> | <p>Wat we hier willen aangeven is dat, wanneer er gestart wordt met een ander manier van werken (om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit te borgen), er wellicht zaken zijn die in de opstart nog niet foutloos verlopen. Uitgangspunten hierbij blijven dat de zorg veilig en verantwoord is en dat de cliënt met respect wordt behandeld.</p> |
| <p>Er is een omslag in denken nodig in de manier waarop we naar de invulling en kwaliteit van zorg kijken. Tevens moeten we accepteren dat misschien niet altijd alles even goed gaat. De zorgprofessional is niet in staat om, met de beschikbare middelen, alle zorg te blijven bieden zoals we dat nu gewend zijn. Er is een andere invulling van bepaalde taken nodig (bijvoorbeeld digitale zorg of zorg door het eigen sociale netwerk) om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden. Die andere invulling van bepaalde taken is niet vrijblijvend en heeft ook invloed op de kwaliteit van de zorg." In een sector waar de werkdruk als zeer hoog wordt ervaren het ziekteverzuim (landelijk) zeer hoog is en de druk allen maar gaat toenemen. Hoe kijkt het zorgkantoor naar deze passage i.r.t. blz. 33 over goed werkgeverschap en het vergroten van het werkplezier van professionals in de zorg en de professionele standaard? wat is er in het inkoopbeleid voorzien om het werkplezier en het goede werkgeverschap te vergroten?</p> | <p>Zorgkantoren zijn van mening dat een andere invulling van de zorg en de taken samen kunnen gaan met het vergroten van het werkplezier en goed werkgeverschap. Wij zien het als onze rol om hierover met de zorgaanbieders het gesprek aan te gaan om goede voorbeelden op te halen, goede voorbeelden te delen en aanbieders hierover met elkaar in contact te brengen. Het is aan de zorgkantoren om hier verder in het regionale beleid invulling aan te geven.</p> |
| <p>U schrijft 'de mogelijkheden voor zorgaanbieders en zorgkantoren om aan te sluiten bij wensen en</p> | <p>Aan de ene kant is de zorg volop in ontwikkeling wat maakt dat er steeds meer vernieuwde sociale</p> |

| | |
|--|---|
| <p>behoefden in de toekomst zullen veranderen.' In hoeverre bedoelt u daarmee dat er ook bepaalde zorg niet meer geleverd gaat worden in de toekomst?</p> | <p>en technologische concepten worden uitgerold binnen organisaties die de manier van zorg leveren veranderen. Sommige vormen van zorg raken achterhaald en worden vervangen door andere vormen van zorg. Aan de andere kant zien we ook de krapte op de arbeidsmarkt steeds verder oploopt wat maakt dat er wellicht in de toekomst vormen van zorg niet meer door professionals worden geleverd maar door het netwerk of dat sommige vormen van zorg niet meer kunnen worden geleverd.</p> |
| <p>5.3 Verduurzaming</p> | |
| <p>In diverse documenten lezen wij de noodzaak om administratieve lasten te verminderen. Sluiten de hier genoemde formats aan bij de geldende wet- en regelgeving (bijv. jaarverslaggeving) of is hier sprake van een administratieve lastenverzwaring?</p> | <p>Op dit moment zijn er nog geen wettelijke verplichtingen, maar door de ondertekening van de green deal 3.0 'Samen werken aan duurzame zorg' door de branchevereniging zijn er wel morele verplichtingen. Hierbij hoort een vorm van verantwoording. We sluiten hierbij aan bij de doelen uit de green deal 3.0.</p> |
| <p>Geldt de CO2 routekaart enkel voor Vastgoed of ook voor mobiliteit? Indien ook voor mobiliteit, welke CO2 routekaart dient dan aangeleverd te worden? Voor zover wij weten is daar namelijk nog geen voor ontwikkeld.</p> | <p>De CO2 routekaart betreft het zorgvastgoed. Een CO2 routekaart laat zien op welke manier een instelling wil werken aan de klimaatdoelen. De routekaart geeft per gebouw inzicht in de geplande maatregelen, de verwachte CO2-reductie en de benodigde investeringen.</p> |
| <p>Er wordt expliciet verwezen naar indiening van de CO2 routekaart bij Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ). Wij zouden graag ook de mogelijkheid van indiening bij de RVO zien. Kunt u aangeven dat indiening van de CO2 routekaart bij zowel EVZ als RVO mogelijk is? Zo nee, hoe gaat u om met reeds ingediende routekaarten bij RVO?</p> | <p>De zorgsector werkt met CO2 routekaarten vanuit het Expertisecentrum Verduurzaming zorg (EVZ). Wij vragen zorgaanbieders daarom om de CO2 routekaart aan te leveren bij het EVZ. Gemeenten werken met CO2 routekaarten vanuit RVO.</p> |
| <p>Pagina 32: "Zorgkantoren zullen gezamenlijk groene initiatieven van zorgaanbieders ophalen, uitwerken in een vast format en verspreiden onder zorgaanbieders. Daarnaast gaan we een uniforme set aan verantwoordings- en rapportageformats opstellen." kunt u vertellen hoe de set verantwoordings- en rapportageformats zich verhoudt tot het terugdringen van de administratieve lasten in de zorg?</p> | <p>Het zal het gaan om gegevens die wij als zorgkantoren nodig hebben om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichting van de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). Hiervoor hebben wij gegevens nodig van zorgaanbieders. Daarvoor gaan we een uniforme set aan verantwoordings- en rapportageformats opstellen. Daarnaast zijn wij van mening dat de administratieve processen die hiermee gepaard gaan niet opwegen tegen de morele verplichting om verduurzaming in de zorg te realiseren'.</p> |
| <p>Er staat beschreven wat de verwachtingen zijn op het gebied van verduurzaming. Is hier rekening gehouden met het (beperkte) beschikbare budget?</p> | <p>We sluiten hiermee aan bij de doelen uit de green deal 3.0. Het kabinet maakt geld vrij om de zorg te verduurzamen en ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld. Dat staat in de voorjaarsnota van 2023.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Het NHC tarief wordt met 7-8% gekort in 2024 maar er staat wel een verduurzamingsopdracht op de agenda. Kan er van een instelling verlangd worden om deze opdracht uit te voeren als de middelen hiervoor ontbreken vanwege bezuinigingen op het NHC/NIC component? Op welke wijze heeft het zorgkantoor hiermee rekening gehouden m.b.t. het toegepaste richttariefpercentage?</p> | <p>We sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld.</p> <p>De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa.</p> <p>Verder is bij de bepaling van het richttariefpercentage geen rekening gehouden met de verlaging van de NHC. Het richttariefpercentage geldt namelijk niet voor de NHC.</p> |
| <p>Hoe ziet ZN/zorgkantoor de ondersteuning van de Green Deal 3.0 met betrekking tot het verduurzamen van gebouwen in verhouding tot de afschaling van de NHC?. Wat nu als de verlaging van de NHC tot gevolg heeft dat doelen uit de Greendeel 3.0 niet gehaald kunnen worden?</p> | <p>We sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld.</p> <p>De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa.</p> <p>Wij verwachten dat het behalen van de doelen uit de Green deal 3.0 hierdoor niet hoeft te worden belemmerd.</p> |
| <p>Hoe ziet ZN/zorgkantoor de ondersteuning van de Green Deal 3.0 met betrekking tot de energiekosten in verhouding tot de verlaagde tarieven ZZP?</p> | <p>We sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>beschikking gesteld.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> |
| <p>In de Visie (pagina 32) staat over verduurzaming 'We focussen op de verduurzamingen initiatieven met de meeste impact; de top 3-5 uit de uitvoeringsplannen van de branches (ActiZ, VGN en de Nederlandse ggz). Met deze passage gaan wij ervanuit dat zorgkantoren niet op andere thema's dan de top 3-5 gaan stimuleren en/of verplichten. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom wijkt u af van de visie van ZN?</p> | <p>Zorgkantoren kunnen kiezen om aanvullende eisen in hun regionale inkoopbeleid op te nemen voor een bepaald thema. Dit kan daarmee ook voor verduurzaming van de zorg het geval zijn. Daarmee kunnen we dit niet uitsluiten.</p> |
| <p>Wij hebben met overtuiging de Green Deal ondertekend, mogen wij ervan uit gaan, en kunt u bevestigen, dat de afspraken daar in gemaakt passen in de verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact?</p> | <p>Wij sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0. De verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact passen dus bij de doelen uit de green deal 3.0.</p> |
| <p>In de visie staan de duurzaamheidsopgave beschreven. Is hierbij rekening gehouden met de kostendekkendheid van deze opgave? We maken bezwaar tegen dit punt omdat onvoldoende duidelijk is of dit past binnen de opslag duurzaamheid in het NHC component.</p> | <p>We sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld.</p> <p>De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa.</p> <p>Verder is bij de bepaling van het richttariefpercentage geen rekening gehouden met de verlaging van de NHC. Het richttariefpercentage geldt namelijk niet voor de NHC.</p> <p>Het is niet mogelijk om via de Nvl een bezwaar aan te tekenen. Voor de juiste procedure verwijzen we u naar het regionale beleid van uw zorgkantoor'.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Zorgkantoren zetten zich in om zorgaanbieders te stimuleren CO2-emissiedoelstellingen te realiseren. Is dat met financiële prikkels? Zo ja, welke?</p> | <p>In de landelijke visie zijn geen financiële prikkels verwerkt. Mogelijk hebben zorgkantoren dit wel opgenomen in het regionale inkoopbeleid.</p> |
| <p>Subsidieaanvragen m.b.t. duurzaamheidsinvesteringen kunnen in principe alleen aangevraagd worden door de eigenaar van het pand. Wij hebben veel huurpanden en kunnen voor deze panden geen subsidieaanvragen doen m.b.t. duurzaamheidsinvesteringen. Hoe gaat u hier mee om?</p> | <p>Mogelijk kunt u in overleg met de verhuurder wel een aanvraag voor subsidies indienen. Als ZN verstrekken we geen subsidies en we kunnen u daardoor niet helpen met deze vraag.</p> |
| <p>Bij huurpanden is de Zorgorganisatie qua verduurzaming van het vastgoed grotendeels afhankelijk van een proactieve duurzaamheidshouding van de eigenaar van het Vastgoed. Dit is geen vanzelfsprekendheid! Hoe gaat u hier mee om?</p> | <p>We verwachten dat de zorginstelling tenminste aantoonbare inspanningen heeft verricht richting de verhuurder om vastgoed te verduurzamen. De eigenaar van de verhuurde panden (zoals bijvoorbeeld zorgappartementen) is verantwoordelijk voor de energieprestatie van de panden. Zorginstellingen moeten deze panden wel meenemen in hun CO2 routekaart. Het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg heeft een handleiding geschreven over hoe om te gaan met gehuurd vastgoed en tips opgenomen op haar website.</p> |
| <p>Op pagina 9 vraagt u ons een CO2 routekaart/afvalstromen en mobiliteitsplan. Wij zien de noodzaak van verduurzaming en zijn volop hier mee bezig. Is de uitvraag niet nodeloos administratielast verhogend? Hoe concreet wilt u dit hebben? En kan dit ook op een andere manier worden aangetoond?</p> | <p>We vragen aan een deel van de zorgaanbieders om een CO2 routekaart aan te leveren bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ). We richten ons daarnaast op o.a. verduurzamen van mobiliteit en circulariteit. Echter vragen we in deze visie hiervoor geen concrete plannen/formats. Hierover kan u afspraken met uw zorgkantoor. Daarnaast zien wij een morele verplichting om bij te dragen aan de doelen van de green deal 3.0 '. Hierbij hoort een vorm van verantwoording. Wij zijn van mening dat de morele verplichting om verduurzaming in de zorg te realiseren niet opweegt tegen de administratieve processen die hiermee gepaard gaan.</p> |
| <p>blz. 32 Waar doelt u op met meer wetgeving die zorgaanbieder verplicht om te investeren?</p> | <p>We verwachten landelijke wetgeving over verduurzaming vanuit de overheid en vanuit de EU om aan de gestelde klimaatdoelen te voldoen.</p> |
| <p>blz. 32 Per wanneer zal er over groene initiatieven gerapporteerd en verantwoord moeten gaan worden?</p> | <p>Over groene initiatieven vragen we zorgaanbieders niet om zich te verantwoorden. We geven aan dat we groene initiatieven willen ophalen bij zorgaanbieders, dit uitwerken in een vast format (eenzelfde format voor alle zorgkantoren) en deze willen we vervolgens gaan verspreiden. Dit proces zal gedurende 2024 worden opgestart. Daarnaast geven we aan dat we een uniforme set aan verantwoordings- en rapportageformats</p> |

| | |
|--|--|
| | gaan opstellen. Dit staat los van de groene initiatieven. Het zal hier bijvoorbeeld gaan over gegevens die wij als zorgkantoren nodig hebben om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichting van de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). Hiervoor hebben wij gegevens nodig van zorgaanbieders. Daarvoor gaan we een uniforme set aan verantwoordings- en rapportageformats opstellen. |
| Aangegeven wordt dat een CO2routekaart opgesteld dient te worden door aanbieders. Is het mogelijk om hierbij andere, vergelijkbare, instrumenten in te zetten? | Vanuit ZN hebben we besloten om aan te sluiten bij de CO2 routekaart van het EVZ. Hierbij sluiten we aan bij het verzoek van de branches en dit is in lijn met de Green Deal 3.0. |
| G. Stelt het Zorgkantoor de Green Deal Zorg 3.0 verplicht? | De Green Deal zorg 3.0 is ondertekend door alle branches. Daarmee is commitment aan de Green Deal zorg 3.0 gecreëerd voor alle bij de branches aangesloten zorgaanbieders. Dus wij verwachten dat zorgaanbieders zich inzetten om de doelen uit de Green Deal 3.0 te behalen. |
| <i>5.4 Bedrijfsvoering</i> | |
| Op welke wijze dragen zorgkantoren bij aan het verminderen van administratieve lasten in de VG-sector? Kunt u voorbeelden aangeven welke de komende jaren uitgevoerd worden? | We streven ernaar om voor alle sectoren alles te doen om de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden. Voorbeeld is het zo eenduidig mogelijk contracteringsproces en het mogelijk maken van meerjarige afspraken. |
| U geeft aan meer inzicht en toezicht op de bedrijfsvoering van zorgaanbieders te wensen. a) Welk doel dient dit? b) Zorgaanbieders zijn eigenaar van en verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. Kunt u hierop bevestigen? | Het doel is om constructief mee te denken en waar nodig bieden van ondersteuning waar dit mogelijk is, omdat de zorgkantoren een gezonde bedrijfsvoering zien als een noodzakelijke voorwaarde voor de gewenste transitie. Eens dat de zorgaanbieders eigenaar zijn van en verantwoordelijk zijn voor hun bedrijfsvoering. |
| Hoe gaat ZN/zorgkantoor bijdragen aan regelgeving die het werken als zzp'er onaantrekkelijker maakt? | In onze visie streven we naar het aantrekkelijker maken van werken in loondienst. Dat kan alleen maar als alle relevante partijen goed samenwerken. Wij volgen hierin ook het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt en Zorg. |
| Hoe komen de stijgende personele kosten terug in de tarieven? | De NZa is verantwoordelijk voor de indexatie van de tarieven. Hiervan zijn de stijgende personele kosten een onderdeel. |
| Pg 33 onder 5.4. " Om dit te bereiken, moet bijvoorbeeld werken in loondienst aantrekkelijker worden en werken als zzp'er onaantrekkelijk." Wij denken dat daarvoor de salarissen in de VVT gelijk moeten stijgen aan omliggende sectoren. Kan ZN en kan het zorgkantoor dat bevestigen? | Hier hebben wij als zorgkantoren geen invloed op. |
| Pg 34. Gegevensuitwisseling t.b.v. secundaire doelen. ZN doet in de visie een oproep tot anders organiseren. Wij zeggen: doe dat vooral en richt je daarbij op de directe zorg aan de mensen met een zorgvraag. Wij lezen op pg 34 over KIK-v | Verschillende ketenpartijen werken via KIK-V aan een meer uniforme gegevensuitwisseling die leidt tot minder administratieve lasten bij zorgaanbieders en kwalitatief betere data voor ketenpartijen, waaronder de zorgkantoren. |

| | |
|--|--|
| <p>alsof dit de administratieve lasten verlaagt. Wij doen een oproep aan ZN (en ook aan ActiZ) om zich te bezinnen op alle data die we kunnen verzamelen en uitwisselen. Wij vragen ZN om dit tot het hoogst noodzakelijke te beperken (en dat is minder dan nu), want het belast medewerkers en organisaties. Het moet namelijk niet alleen worden geregistreerd, de ICT/webapplicaties moeten ook worden aangepast aan de indicatoren/gegevens die gegenereerd moeten worden. Wij merken op dat Kik-V nog maar in enkele organisaties is ingericht en geïmplementeerd. Dit vraagt van zorgorganisaties een investering, financieel en in menskracht. Terwijl de budgetten verkrappen. We vragen een toelichting welke administratieve lastenverlichting het gebruik van KIK-V een zorgorganisatie concreet gaat opleveren en hoe daar eerst in geïnvesteerd moet worden als een niet-dekkend tarief wordt geboden.</p> | |
| <p>Zorgkantoor gaat in gesprek over gezonde bedrijfsvoering. In hfst. 5.4, pag. 33 staat: 'Onder gezonde bedrijfsvoering verstaan we de wijze waarop personele en financiële middelen worden ingezet om effectief en efficiënt zorg te kunnen verlenen'. Deze definitie en het normenkader is niet concreet beschreven. Kan dit aan de hand van concrete normen en mogelijke voorbeelden worden toegelicht?</p> | <p>In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. Bespreekt u dit punt met de zorginkoper van het desbetreffende zorgkantoor.</p> |
| <p>Wat wordt verstaan onder slimmer opleiden?</p> | <p>Slimmer wordt hiermee bedoeld als anders en aansluitend bij de behoefte die er is. Hiervoor verwijzen wij u verder naar het programma TAZ (Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn).</p> |
| <p>Wat is de definitie van voldoende en geschikte medewerkers volgens u? Aanvullend: wie is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van deze medewerkers?</p> | <p>Wij achten het aantal medewerkers voldoende en de medewerkers geschikt als u als zorginstelling in staat bent om een goede kwaliteit zorg te leveren. Dit betekent dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de wensen van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt met respect wordt behandeld; • zorg in ieder geval veilig, doeltreffend en doelmatig is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt; • de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf." <p>Daarnaast achten wij de zorgaanbieders eigenaar van en verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering.</p> |
| <p>Wat verstaat u onder goed werkgeverschap? Hierin wordt een passende (goede) beloning voor</p> | <p>Zoals geschetst is in de Visie gebruik gemaakt van de diverse akkoorden en programma's die</p> |

| | |
|--|---|
| <p>medewerkers opmerkelijk genoeg niet genoemd. Ook beloning is een belangrijk aspect om medewerkers i) aan je te binden maar ook ii) om medewerkers voor de zorg te behouden. Hoe ziet u dit in het kader van de nieuwe tariefsystematiek waarbij het uitgangspunt is dat 75% van de aanbieders 'kostendekkend' kunnen werken?</p> | <p>relevant zijn. De term goed werkgeverschap is afkomstig uit het programma TAZ.</p> <p>Voor wat betreft de personele kosten. De NZa is verantwoordelijk voor de indexatie van de tarieven. Hiervan zijn de stijgende personele kosten een onderdeel.</p> |
| <p>Wij zijn het er mee oneens dat de zzp'er op deze wijze over 1 kam wordt geschoren. Er is wellicht een groep zzp'ers die opteert voor de 'aantrekkelijke' diensten en hoge tarieven, maar wij hebben al jarenlang ervaring binnen de coöperatie dat er ook zzp-ers zijn die in coöperatief verband werkafspraken hebben waarin zzp'ers de continuïteit van zorg met elkaar borgen en zich conformeren aan de gecontracteerde tarieven. Wij zien graag een aanpassing van deze tekst om dit meer genuanceerder weg te zetten.</p> | <p>Wij zijn blij te horen dat u zulke goede ervaringen heeft met de inzet van ZZP'ers. In onze visie is het niet bedoeling om de ZZP'er als persoon negatief neer te zetten. Helaas blijft wel het feit voor het grootste gedeelte van de instellingen dat deze manier van werken veel extra kosten met zich meebrengt waardoor wij dit wel als een oplossingsrichting zien om in te investeren.</p> |
| <p>Pg. 33 onder 5.4: u geeft aan dat loondienst aantrekkelijker moet worden en werken als zzp'er niet. Dat betekent dat de salarissen in de VVT gelijk moeten stijgen als in de omringende sectoren. Onderschrijft u dit en hoe ziet u dit dan in het kader van de tariefverlaging?</p> | <p>Inmiddels zijn er nieuwe CAO afspraken gemaakt. Wij gaan ervanuit dat de NZa hiermee rekening houdt bij het bepalen van de tarieven.</p> |
| <p>Vraag 1. U verwacht van ons deelname aan tenminste 5 landelijke programma's en het programma KIK-V: op welke manier faciliteert u zorgaanbieders in het stroomlijnen van informatie? Hoe zorgt u voor een structurele inbedding van informatievoorziening en – uitwisseling, anders dan via pilots en programma's?</p> | <p>Betere gegevensuitwisseling hebben wij opgenomen in de visie omdat wij denken dat dit bijdraagt aan de transformatie die nodig is. Met de vermelding van de landelijke programma's wilde wij u hier graag over informeren. Zoals beschreven in de visie hebben de zorgkantoren een ambitie en zullen dit de komende jaren stimuleren. Hoe de invulling hiervan per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.</p> |
| <p>Het doel van KIK-V is o.a. het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteitsinformatie, het beter afstemmen van nieuwe uitvragen en het meer hergebruiken van informatie. Wat wordt bedoeld met het hergebruiken van informatie?</p> | <p>Door informatie die al voor een andere uitvraag of vastlegging gebruikt wordt, opnieuw gebruiken, in plaats van opnieuw via een ander format aanvragen.</p> |
| <p>TAZ: Om dit te bereiken, moet bijvoorbeeld het werken als zzp'er onaantrekkelijker worden. Huidige wet- en regelgeving hebben alle pogingen om dit (regionaal) vorm te geven belemmerd. Nog geen perspectief op het doorbreken van deze patstelling (ACM en belastingtechnisch bijv.).Hoe ziet het Zorgkantoor dit in relatie tot het voorliggende beleid en wat kunnen we van het zorgkantoor verwachten als deze patstelling niet wordt doorbroken?</p> | <p>Verdere uitwerking van de TAZ wordt nog verwacht. Pas dan kunnen wij als zorgkantoren kijken hoe we dit in het kader van onze visie kunnen uitwerken.</p> |
| <p>TAZ: deeltijdfactor omhoog." Deeltijdfactor omhoog = meeruren omlaag. Mensen gaan er effectief niet meer door werken. Brengt meer</p> | <p>De zorgkantoren zien dit als een onderdeel van het anders inrichten. Het is geen doel op zich, en kan bijdragen. Dit is een onderdeel van de</p> |

| | |
|---|--|
| <p>balans en voorspelbaarheid, maar nauwelijks extra capaciteit. Hoe kijkt het zorgkantoor naar deze deeltijdsfactor en waarom heeft het zorgkantoor wel de verwachting dat hiermee de arbeidscapaciteit toeneemt? en wat als dit niet lukt wat kunnen we van het zorgkantoor verwachten?</p> | <p>beweging die wij met elkaar moeten creëren. Van ons kun u verwachten dat wij constructief meedenken en ondersteuning bieden waar dit mogelijk is, omdat de zorgkantoren een gezonde bedrijfsvoering zien als een noodzakelijke voorwaarde voor de gewenste transitie.</p> |
| <p>TAZ: Om dit te bereiken, moet bijvoorbeeld werken in loondienst aantrekkelijker worden. Werken in loondienst aantrekkelijker betekent dat er ook geld uitgetrokken moet worden om marktconform te belonen. OP welke wijze is in het inkoopbeleid voorzien in de noodzakelijke toename van arbeidskosten om dit gat te dichten?</p> | <p>Verdere uitwerking van de TAZ wordt nog verwacht. Pas dan kunnen wij als zorgkantoren kijken hoe we dit in het kader van onze visie kunnen uitwerken. Daarnaast is de NZa verantwoordelijk voor de indexering van o.a. de personele kosten, zoals CAO verhogingen.</p> |

Wij helpen u graag verder



Kijk op

<https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor>



Post

Zilveren Kruis Zorgkantoor

T.a.v. Zorginkoop, Zorgtoewijzing, Helpdesk iWlz of Overige zorg

Postbus 353

8000 AJ Zwolle



Contact

Ga naar 'contact' op onze website www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor
en vul het keuzemenu in voor de juiste contactgegevens.

We zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 08.30 - 17.00 uur

Deze Nota van inlichtingen is een uitgave van het Zilveren Kruis Zorgkantoor N.V. KvK 34245138.
Dit document kunt u downloaden op <https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor>

Disclaimer

De informatie die u aantreft komt van betrouwbare bronnen en is bijgewerkt tot en met 7 juli 2023.