

Addendum Inkoopdocument

Wondzorg 2017-2018

Dit addendum vervangt hoofdstuk 4 'Financieel kader' uit het inkoopdocument.

4 Financieel kader

4.1 Inhoud van het integraal tarief

Het integrale tarief betreft een eenmalig vergoedingsbudget per verzekerde, per indicatie, gedurende 12 maanden. Gedurende de contractperiode vindt geen prijsindexatie plaats.

Integraal tarief regiefunctie integrale wondzorg

Per verzekerde en per indicatie kan de prestatie Regiefunctie complexe wondzorg eenmaal per 12 maanden in rekening worden gebracht ongeacht de inhoud of frequentie van de behandeling. Het traject omvat de onderdelen zoals beschreven in hoofdstuk 3. Het tarief voor de regiefunctie integrale wondzorg is vastgesteld op € 750,- en geldt voor 2017 en 2018.

Daarnaast maken de onderstaande prestaties geen onderdeel uit van deze overeenkomst maar worden zij via de reguliere overeenkomsten en prestaties bij Zilveren Kruis gedeclareerd.

Zorgsegment	Wie	Wat
Ziekenhuis	Specialist	DOT
Ziekenhuis	Wondconsulent	DOT
Wijkverpleging	(Wijk)verpleegkundige	Verpleging
Hulpmiddelen	Hulpmiddelenleverancier/apotheek	Verbandmiddelen
Huisartsen	Huisarts/POH	Consulten

4.2 Declaratie van het integraal tarief in 2017

De zorgaanbieder krijgt 90% van het integraal tarief gegarandeerd uitbetaald. Dit tarief kan de zorgaanbieder declareren voor elke verzekerde waarbij de prestatie regiefunctie integrale wondzorg wordt ingezet. De overige 10% van het integraal tarief wordt alleen uitbetaald als de zorgaanbieder voldaan heeft aan de volgende procesdoelstelling:

- Voor alle verzekerden die regie hebben ontvangen heeft de gecontracteerde zorgaanbieder de gevraagde procesinformatie geregistreerd (conform bijlage 2 van de modelovereenkomst).
- Tijdige aanlevering van de geregistreerde gegevens door de zorgaanbieder (conform bijlage 2 van de modelovereenkomst)

Als uit controle blijkt dat de aanbieder onverhoopt niet aan de procesdoelstellingen heeft voldaan dan dient de aanbieder de ingediende declaraties te crediteren en opnieuw in te dienen met 90% van het geldende tarief.

4.3 Declaratie van het integraal tarief in 2018

De zorgaanbieder krijgt 70% van het integraal tarief gegarandeerd uitbetaald. Dit tarief kan de zorgaanbieder declareren voor elke verzekerde waarbij de prestatie regiefunctie integrale wondzorg wordt ingezet. De overige 30% van het integraal tarief wordt alleen uitbetaald als de zorgaanbieder voldaan heeft aan de procesdoelstellingen uit 4.2.

Als de aanbieder onverhoopt niet aan de procesdoelstellingen heeft voldaan dan dient de aanbieder de ingediende declaraties te crediteren en opnieuw in te dienen met 70% van het geldende tarief.

4.4 Indienen van declaraties

Het declareren van de regiefunctie dient op de AGB-code van de contractant van de overeenkomst 'wondzorg 2017-2018' plaats te vinden. De geleverde uren verpleging worden door de wijkverplegingsaanbieder op reguliere wijze gedeclareerd op de AGB-code van deze zorgaanbieder voor wijkverpleging. Voor zowel de regiefunctie als de geleverde uren verpleging is het declaratieprotocol wijkverpleging, zoals gepubliceerd op de website van Zilveren Kruis voor zorgaanbieders, van toepassing.

4.5 Shared savings verbandmiddelen

Zilveren Kruis stimuleert het zinnig en zuinig gebruik van verbandmiddelen. De besparing die een zorgaanbieder realiseert in de verbandmiddelen wordt voor de helft uitgekeerd aan de zorgaanbieder in de vorm van een *shared savings*.

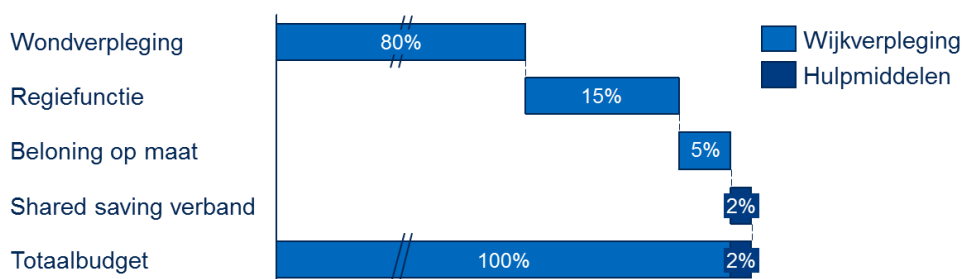
Er vindt achteraf (na afloop van ieder jaar) een betaling plaats aan de zorgaanbieder indien deze een besparing realiseert in de zorgkosten van verbandmateriaal die betrekking hebben op de populatie van de zorgaanbieder. Deze shared savings vindt plaats over het jaar 2017 en 2018 en omvat 50% van de gerealiseerde besparing. Hierbij gelden de kosten van de populatie van de zorgaanbieder uit het voorgaande kalenderjaar als nulmeting.

De basis voor de berekening is het verschil in de gemiddelde verbandkosten per verzekerde (alleen verzekerden van Zilveren Kruis waarvoor verbandmiddelen zijn gedeclareerd) in het voorgaande jaar (t-1) en de gemiddelde verbandkosten per verzekerde (alleen verzekerden waarvoor verbandmiddelen zijn gedeclareerd) in het leveringsjaar (t). Als er sprake is van een afname in verbandkosten dan wordt het verschil vermenigvuldigd met het aantal verzekerden binnen de populatie van de aanbieder waarvoor verbandmiddelen zijn gedeclareerd in het leveringsjaar (t). Als er sprake is van een toename in de gemiddelde kosten, vindt er geen verrekening plaats.

4.6 Bekostiging regiefunctie en beloning op maat

De inzet van de regiefunctie wordt bekostigd uit het vastgestelde plafond (zie paragraaf 4.7), evenals de wondverpleging die de zorgaanbieder levert aan haar verzekerden. Door het inzetten van de regiefunctie is het aantal uren verpleging dat een verzekerde ontvangt lager dan voorheen. De ruimte die hierdoor ontstaat binnen het afgesproken plafond, wordt aangewend voor de regiefunctie. Het resterende deel komt ten gunste van de zorgaanbieder; Zilveren Kruis betaalt het volledige plafond als het aantal verzekerden dat wondverpleging ontvangt minimaal gelijk is aan het voorgaande jaar. Als het aantal verzekerden lager is dan in het voorgaande jaar, wordt het vastgestelde plafond verlaagd naar rato van het aantal verzekerden. Bij een toename van het aantal verzekerden wordt het plafond niet verhoogd.

Een voorbeeld van de bekostiging voor 2017 is in onderstaande figuur uitgewerkt:



In bovenstaande figuur is de veronderstelling dat de wondverpleging in 2017 met 20% wordt gereduceerd t.o.v. 2016 door de inzet van de regiefunctie. Hierdoor ontstaat 20% budgetruimte die voor de regiefunctie wordt aangewend. De resterende 5% wordt als een beloning op maat uitgekeerd, evenals de helft van de gerealiseerde besparing op verbandmiddelen van 2%.

Voorbeelden mogelijke samenwerkingsverbanden

	Regiefunctie integrale wondzorg	Wijkverpleging wond
Combinatie A	Zorgaanbieder voor wijkverpleging A	Zorgaanbieder voor wijkverpleging A
Combinatie B	Zorgaanbieder voor wijkverpleging B	Zorgaanbieder voor wijkverpleging C
Combinatie C	WEC 1 ^{ste} lijn	Zorgaanbieder voor wijkverpleging D
Combinatie D	WEC 2 ^{de} lijn	Zorgaanbieder voor wijkverpleging E
Combinatie E	Hulpmiddelenleverancier	Zorgaanbieder voor wijkverpleging F
Combinatie F	Huisartsen	Zorgaanbieder voor wijkverpleging G

4.7 Vaststelling maximale budget en omzetplafond per samenwerkingsverband

Stap 1

De zorgaanbieder dient, zoals in hoofdstuk 5 opgenomen, minimaal een samenwerkingsovereenkomst te sluiten met een door Zilveren Kruis in 2016 gecontracteerde zorgaanbieder voor wijkverpleging, van welke zorgaanbieder de overeenkomst gedurende het contractjaar niet is ontbonden. Daarbij dient in format 1 het volume te worden opgegeven dat bestaat uit het totale aantal uren wijkverpleging en/of MSVT dat is ingezet voor wondzorg in 2016. Dit vormt de basis voor het budget van 2017. Dat betekent dat de zorgaanbieder voor wijkverpleging ook in 2017 een overeenkomst met Zilveren Kruis moet sluiten. Aangezien een regiezorgaanbieder afspraken kan maken met meerdere zorgaanbieders voor wijkverpleging om regie en expertise in te zetten dient er per afspraak een format 1 ingevuld te worden. Voor de vaststelling van het budget voor 2018 wordt deze uitvraag opnieuw gedaan, met 2017 als basis.

Stap 2

Zilveren Kruis toetst de opgave van de zorgaanbieder met de declaratiedata. Ook de regio die de zorgaanbieder heeft aangegeven, worden hier in meegenomen.

Zilveren Kruis vergelijkt de opgave met alle uren wijkverpleging en/of MSVT sinds de eerste verstrekking van verbandmiddelen, vermenigvuldigd met het voor de zorgaanbieder geldende tarief uit de overeenkomst wijkverpleging 2017 cq. 2018. Als een verzekerde voorafgaand aan de eerste verstrekking van verbandmiddelen wijkverpleging ontving, worden de gemiddelde uren van de 3 voorafgaande maanden in mindering gebracht op de uren per maand achteraf.

Stap 3

Als na de toetsing blijkt dat de cijfers overeenkomen, wordt het budget in de vorm van een omzetplafond definitief vastgesteld, evenals het aantal verzekerden dat de zorg heeft ontvangen. Indien de opgave van de zorgaanbieder niet overeenkomt met de declaratiedata van Zilveren Kruis, treedt Zilveren Kruis hierover in gesprek met de zorgaanbieder.

Voorbeeldberekening

In stap 1 heeft de zorgaanbieder aangegeven hoeveel uren wijkverpleging zij hebben geleverd in 2016 ten behoeve van wondzorg. Vermenigvuldigd met het (fictieve) tarief leidt dat tot een omzetplafond van 2 mln euro. Dit omzetplafond voor complexe wondzorg is een verbijzondering van het zorgaanbiedersplafond uit de overeenkomst wijkverpleging 2017. In totaal heeft de zorgaanbieder aangegeven dat zij 400 verzekerden in zorg hebben in 2016 voor de verpleging van wonden. Uit de verificatie van Zilveren Kruis blijkt dat het budget en het aantal verzekerden een correcte inschatting zijn en daarmee wordt het omzetplafond en het aantal verzekerden vastgesteld.

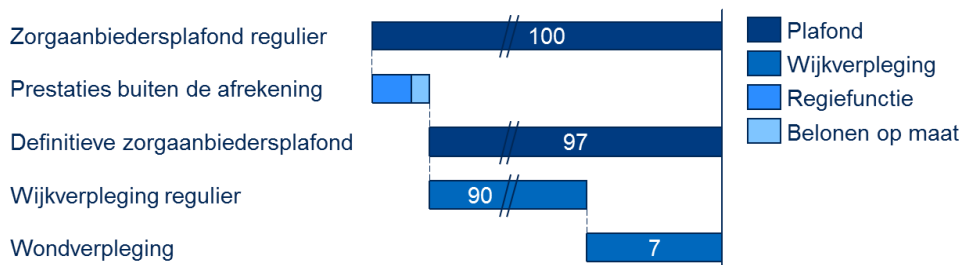
Als de zorgaanbieder in 2017 hetzelfde aantal verzekerden in zorg heeft als in 2016 en een reductie van 20% in de geleverde uren verpleging weet te realiseren, ziet het er als volgt uit voor deze zorgaanbieder:

	2016	2017
Budget		2.000.000
Aantal cliënten	400	400
Kosten per cliënt	5.000	4.000
Kosten verpleging	2.000.000	1.600.000
Regiefunctie	-	300.000 +
Totale kosten	2.000.000	1.900.000
Beloning op maat	-	100.000 +
Totale vergoeding	2.000.000	2.000.000

4.8 Reguliere budget wijkverpleging

Het vastgestelde omzetplafond voor wondzorg wordt bij de overeenkomst Wondzorg 2017-2018 vastgelegd. Dit omzetplafond is een verbijzondering van het reguliere zorgaanbiedersplafond wijkverpleging voor de zorgaanbieder voor wijkverpleging.

Na afloop van het jaar wordt vastgesteld hoe groot de beloning op maat voor wondzorg is (conform paragraaf 4.6). De beloning op maat en de regiefunctie worden in mindering gebracht op het reguliere zorgaanbiedersplafond, tot een maximum van het omzetplafond voor wondzorg, omdat het reguliere zorgaanbiedersplafond alleen van toepassing is op de geleverde uren wijkverpleging. Dit vormt de basis voor de afrekening. Alle geleverde uren wijkverpleging, zowel regulier als voor wondzorg, vallen onder het definitieve plafond. In onderstaande figuur is dit schematisch weergegeven:



De reductie in verplegingsuren wondzorg worden meegenomen in de berekening van de doelmatigheidsverbetering in de reguliere overeenkomst. Daarmee wordt de doelmatigheidswinst van wondzorg extra gestimuleerd en beloond. Het wordt daardoor voor de zorgaanbieder eenvoudiger om de verbeterdoelstelling uit de overeenkomst wijkverpleging te behalen.

De beloning op maat die voortvloeit uit de doelmatigheidsverbetering in de reguliere overeenkomst wijkverpleging wordt alleen uitbetaald over de uren exclusief wondzorg, omdat de beloning op maat over de verplegingsuren wondzorg betaald wordt vanuit de module wondzorg.

Als een andere partij dan de wijkverplegingsaanbieder de regiefunctie uitvoert, moet de zorgaanbieder voor wijkverpleging duidelijke afspraken maken met de uitvoerder van de regiefunctie over de verdeling van de budgetruimte die ontstaat door het doelmatiger leveren van zorg. Zilveren Kruis betaalt de beloning op maat uit aan de zorgaanbieder voor wijkverpleging.

4.9 Pilot Zorg in de wijk

De zorgaanbieders met een overeenkomst voor Zorg in de Wijk hebben in die wijken een integraal budget ontvangen voor het leveren van de zorg. Daarom is het voor Zilveren Kruis niet mogelijk om daar de regiefunctie separaat in te kopen. De zorgaanbieders hebben die vergoeding immers al in het budget zitten en kunnen zelf besluiten om de regiefunctie in te zetten (of in te kopen), zoals beschreven in dit inkoopdocument. Indien de zorgaanbieder daartoe overgaat en kan voldoen aan de eisen en de procesindicatoren zoals gesteld in dit document zal Zilveren Kruis ook voor die zorgaanbieders de shared savings op verbandmiddelen beschikbaar stellen. Deze zorgaanbieder hoeft bij Zilveren Kruis geen format 1 aan te leveren. Het is niet mogelijk om een contract voor de regiefunctie in de pilotregio's te sluiten met andere zorgaanbieder voor wijkverpleging anders dan de voorkeurszorgaanbieders. Alleen een zorgaanbieder die alleen MSVT levert vormt hier een uitzondering op, omdat MSVT geen onderdeel van Zorg in de wijk uitmaakt.

4.10 Minimum eis aantal verzekerden en doorleverplicht

De doelstelling van de inzet van de regie op complexe wondzorg is het reduceren van het totaal aan uren wijkverpleging. Bij ongewijzigd beleid is het plafond toereikend voor het leveren van zorg aan alle verzekerden die tot de populatie van de zorgaanbieder behoren. Daarom stelt Zilveren Kruis dat tenminste hetzelfde aantal verzekerden als in de omvang van de populatie is vastgesteld de verpleging van wonden ontvangt. Daarbij is conform het bepaalde in de Modelovereenkomst een doorleverplicht van toepassing voor alle bestaande verzekerden die wondzorg ontvangen op het moment dat het omzetplafond wordt overschreden. Als het aantal verzekerden met wondzorg is afgenomen, wordt het omzetplafond naar rato van het aantal verzekerden naar beneden bijgesteld. Dat betekent dat er geen vergoeding plaatsvindt voor de geleverde uren boven het vastgestelde omzetplafond zoals bedoeld in paragraaf 4.7.

4.11 Verzekerdenmutatie en portefeuille-effecten

Zilveren Kruis wijzigt gemotiveerd het omzetplafond in 2017 en/of 2018 indien de aard en het aantal verzekerden van de zorgverzekeraar in de betreffende regio's wijzigt (portefeuille-effect én verzekerdenmutatie).

Modelovereenkomst bijlage 1: omzetplafond wondzorg

Onderwerp	Afspraak
Regio waarin de zorgaanbieder de regiefunctie uitvoert	
Minimum aantal verzekerden waarvoor de zorgaanbieder de regiefunctie uitvoert in de vastgestelde regio	
Vastgestelde omzetplafond voor de levering van de regiefunctie en de uren verpleging ten behoeve van wondzorg in de vastgestelde regio, voor tenminste het minimum aantal verzekerden	
Tarief regiefunctie; eenmaal per 12 maanden te declareren per verzekerde per indicatie	€ 750,-

Tarief regiefunctie

Het tarief is voor zowel 2017 als 2018 vastgesteld op € 750,-.