

Antwoorden op 1^e vragenronde -Zorg in de Wijk

4 JUNI 2018

Inleiding

Conform de leidraad Zorg in de wijk 2019-2021 treft u hierbij de antwoorden op de vragen aan die tot 28 mei 17:00 uur jl. gesteld konden worden.

Zoals is vastgelegd in de modelovereenkomst Zorg in de wijk 2019-2021 prevaleren de antwoorden in deze publicatie op de 1^e vragenronde boven de gepubliceerde Leidraad. Wij adviseren u dan ook om goed kennis te nemen van de inhoud van deze publicatie op de 1^e vragenronde.

Antwoorden op de gestelde vragen

VRAAG 1

Paragraaf 3.5 Er volgen aanvullende maatregelen voor ongecontracteerde zorg en PGB (pagina 7)
Wanneer verwacht u een uitspraak over deze rechtszaken? Indien deze uitspraken gevolgen hebben voor de inhoud van de leidraad c.q. factpacks heeft dit mogelijk gevolgen voor de offerte. Gaat Zilveren Kruis hiervoor de termijn van de inkoopprocedure verlengen of heropenen zodat de aanbieder naar aanleiding van de uitspraak haar aanbieding kan aanpassen?

Antwoord: Er is op dit moment nog niets concreet te zeggen over de termijn waarop wij uitspraken verwachten. Zilveren Kruis houdt de huidige gecommuniceerde termijnen aan voor Zorg in de wijk ([zie link](#)). Wanneer de uitspraken impact hebben op de inkoopprocedure Zorg in de wijk dan wordt dit uiteraard meegenomen en wordt hierover actief gecommuniceerd. Zilveren Kruis treedt dan ook in overleg met de gecontracteerde zorgaanbieders over een door Zilveren Kruis gekozen oplossing.

VRAAG 2

Paragraaf 4.3 Gezamenlijke indiening (pagina 10)
Klopt het dat bij een gezamenlijke inschrijving de declaratiestroom via de individuele overeenkomst van de afzonderlijke partijen loopt en dat alleen de afrekening op basis van de gezamenlijke aanbieding plaatsvindt?

Antwoord: Dat klopt, bij gezamenlijke inschrijving wordt afzonderlijk (individueel) gedeclareerd en de eindafrekening is gezamenlijk.

In de uitwerking van de vragen op de 2^e vragenronde (publicatie 18 juni 2018, 17:00 uur) zullen wij toelichten hoe de eindafrekening er uit ziet.

Vraag 3

Paragraaf 5.2 Algemene voorwaarden (pagina 17)

Indien een cliënt wijkverpleging van aanbieder A wijkverpleging ontvangt en van aanbieder B gespecialiseerd casemanagement afneemt, hoe wordt dan het casemanagement gedeclareerd? Door aanbieder B rechtstreeks bij Zilveren Kruis als eigen klant of moet aanbieder B dit, als onderaannemer bij aanbieder A in rekening brengen?

Antwoord: Dit dient als onderaannemer bij A in rekening gebracht te worden, en partij A declareert dit bij Zilveren Kruis. Dit geldt zowel als aanbieder B wel als niet gecontracteerd is voor Zorg in de wijk.

Vraag 4

Paragraaf 5.3 Inkoopvoorwaarden Toewijsbare Zorg 2019 (pagina 18)

Wordt de agb code die voor zorg in de wijk is gebruikt voor de periode 2016-2018 in de nieuwe contractperiode niet meer gebruikt?

Antwoord: Dat klopt, die wordt niet meer gebruikt, voor Zorg in de wijk 2019 wordt op het agb van de reguliere overeenkomst wijkverpleging gedeclareerd.

Vraag 5

Paragraaf 5.3 Inkoopvoorwaarden Toewijsbare Zorg 2019 (pagina 18)

“Garandeert u beschikbaarheid van voldoende personeel voor zorglevering aan verzekerden gedurende de contractperiode aan Zilveren Kruis?”. Kunt u ook toelichten hoe Zilveren Kruis deze voorwaarde interpreteert in het licht van de arbeidsmarktproblematiek?

Antwoord: Met Zorg in de wijk wordt beoogd dat de gecontracteerde aanbieders de wijkverpleging in het perceel leveren. Zilveren Kruis realiseert zich dat de arbeidsmarktproblematiek speelt. Binnen Zorg in de wijk wordt de wijkverpleging zo ingericht dat innovatie, preventie en coördinatie wordt gestimuleerd om de wijkverpleging effectiever te organiseren. Daarbij wordt in de groeiplannen ook gevraagd welke concrete activiteiten u onderneemt om aan de toekomstige zorgvraag te voldoen, in deze plannen is het zeker goed om aandacht te besteden aan de arbeidsmarktcomponent.

Vraag 6

Paragraaf 6.4 Vervolgens worden de aanbiedingen gerangschikt (pagina 22)

Na de contractering op perceelniveau tot een marktaandeel boven de 65% voert ZK nog een zogenaamde 'witte vlekken analyse' uit op wijkniveau. Deze analyse kan leiden tot het contracteren van extra zorgaanbieders om de zorgplicht op wijkniveau te garanderen. De vraag is: Wanneer je als zorgaanbieder wordt toegevoegd om de zorgplicht op wijkniveau te garanderen krijg je dan een contract voor het hele perceel? Of alleen voor de betreffende wijk?

Antwoord: Alle zorgaanbieders krijgen een overeenkomst voor het gehele perceel.

Vraag 7

Paragraaf 6.5 Kwaliteitswaarde (pagina 23)

T.a.v. vraag 6 (pagina 23) “Levert u gespecialiseerde verpleging zoals zorg bij dementie, complexe wonden, oncologie, CVA, palliatieve fase, reuma, Parkinson en specialistische behandelingen?” De vraag is: Mag je de vraag hier ook met “ja” beantwoorden als je dit samen met partners/onderaannemers doet?

Antwoord: Ja, de zorgaanbieder dient de gespecialiseerde verpleging te kunnen leveren, dit kan door de zorgaanbieder zelf of via een onderaannemer.

Vraag 8

Paragraaf 6.5 Kwaliteitswaarde (pagina 23)

“Levert u gespecialiseerde verpleging zoals zorg bij: dementie, complexe wonden, oncologie, CVA, palliatieve fase, reuma, Parkinson en specialistische handelingen?”. Klopt het dat alleen de punten worden toegekend als aan alle specialisaties is voldaan?

Antwoord: Nee, u krijgt punten als u een van de vormen van gespecialiseerde verpleging levert. De zorgaanbieder hoeft dus niet aan alle specialisaties te voldoen.

Vraag 9

Paragraaf 6.5 Kwaliteitswaarde (pagina 23)

T.a.v. vraag 7 (pagina 23) “Levert u OGGZ Wijkverpleging?”. Wat verstaat Zilveren Kruis onder OGGZ, wat zijn hiervoor de criteria? Mag OGGZ ook extern ingehuurd worden? Mag deze vraag met 'ja' beantwoord worden als OGGZ extern wordt ingehuurd?

Antwoord: OGGZ wordt primair vanuit de WMO vergoed, niet de ZvW. Indien een aanbieder verpleegkundige zorg bij OGGZ zorgvragers levert (zoals zorgmijders, met veelal psychische en/of verslavingsproblematiek) en aantoonbaar (samenwerkings)afspraken heeft met organisaties die OGGZ leveren, dan levert dit extra punten op bij de inschrijving.

Vraag 10

Paragraaf 6.5 Kwaliteitswaarde (pagina 25)

T.a.v. de vraag “Werkt u actief samen met het Isala wondzorg expertise centrum voor complexe wondzorg?”. Kunt u aangeven wat er wordt bedoeld met actief samenwerken? Bedoelt u daarmee dat de zorgaanbieder zelf ook verpleegkundig specialisten en/of wondconsulenten in dienst heeft?

Antwoord: Er wordt van u verwacht dat u meewerkt aan het verbeteren van de wondzorg door samen te werken in de keten en gebruik maakt van de beschikbare expertise. De verpleegkundig specialist of wondconsulent kan uit uw eigen organisatie komen, maar ook vanuit een (gespecialiseerde) organisatie.

Vraag 11

Paragraaf 6.5 Kwaliteitswaarde (pagina 25)

T.a.v. de vraag “Heeft u het convenant van het netwerk Transmurale Stroke Service Zwolle ondertekend?”. Welk onderscheid wordt bij deze vraag gemaakt tussen zorgaanbieders die actief betrokken zijn bij het netwerk en zorgaanbieders die dit in mindere mate zijn? Waarom wordt bij deze vraag niet dezelfde definitie van actief* opgenomen zoals bij vraag 10 van de perceel-specifieke vragen?

Antwoord: Bij de beantwoording van deze vraag wordt gekeken of de partij het convenant wel of niet heeft ondertekend. Er wordt niet gekeken naar de mate van betrokkenheid.

Vraag 12

Paragraaf 6.7 Tariefwaarde (pagina 29)

Er staat dat tarieven binnen de bandbreedte moeten liggen. De bandbreedte wordt bepaald door de minst en de meest doelmatige zorgaanbieder in het perceel. Onze vraag is of bij de berekening van

de doelmatigheid alle huidige of aspirant voorkeursaanbieders die meedoen met deze inkoopprocedure meegenomen worden?

Antwoord: Bij de bandbreedte worden alle aanbieders actief in het perceel meegenomen met een minimum van 5 verzekerden in een zorgintensiteitgroep (laag, gemiddeld hoog). Dit zijn dus zowel de huidige gecontracteerde als de ongecontracteerde zorgaanbieders.

Vraag 13

Paragraaf 6.16 Onderbouw met een plan hoe u uw groei in marktaandeel gaat realiseren (pagina 32)
Moet het plan over groei in marktaandeel onderbouwd worden met cijfers (concrete groei percentages) over het huidige en nieuwe marktaandeel? Of mag de groei ook indicatief worden aangegeven (bv. lichte groei) en uiteraard daarnaast het benoemen van de activiteiten om een groei te realiseren en de fasering hiervan?

Antwoord: Het uitgangspunt is dat het plan voor de groei in marktaandeel zo SMART mogelijk wordt opgesteld: dus specifiek, meetbaar, acceptabel, realistische en tijdsgebonden. Dit houdt dus ook in dat een best guess gemaakt wordt over de verwachte groei in cijfers.

Vraag 14

Paragraaf 6.15 Marktaandeelwaarde (pagina 32)

Hoe berekend Zilveren Kruis het marktaandeel? Is dat op basis van uren of op basis van de declaratiewaarde? Wat is het peilmoment voor het marktaandeel, is dit de datum van inschrijving of de start van de pilot?

Antwoord: "Het marktaandeel wordt berekend op basis van het aantal cliëntmaanden 2017. De cijfers voor wijkverpleging zijn gebaseerd op de goedgekeurde declaraties van Zilveren Kruis en aanverwante labels¹, (op peildatum 30 april 2018). Voor MSVT zijn alleen data van Zilveren Kruis en aanverwante labels beschikbaar (98,5% van de zorg).

Vraag 15

Paragraaf 7.1 Het doel van de bekostiging is het creëren van ruimte voor het anders organiseren van zorg (pagina 34)

Begrijpen wij goed dat de offerte voor het cliënttarief nadien door Zilveren Kruis opgehoogd wordt met de opslag voor wijkgericht werken? Anders gezegd, ons cliënttarief is dus exclusief deze opslag?

Antwoord: Ja dat klopt. Na de contractering ontvangen de gecontracteerde zorgaanbieders een opslag op de cliëntmaanden voor wijkgericht werken.

Vraag 16

Paragraaf 7.6 De gecontracteerde aanbieders zijn collectief verantwoordelijk voor de totale zorgomvang in het perceel (pagina 35)

De gecontracteerde zorgaanbieders hebben geen invloed op de geleverde zorg van ongecontracteerde aanbieders en PGB. Is Zilveren Kruis bereid om deze categorieën uit te sluiten van de hier bedoelde verrekening?

¹ Zilveren Kruis Zorgverzekeringen (inclusief Pro Life), De Friesland Zorgverzekeringen, Interpolis Zorgverzekeringen, FBTO Zorgverzekeringen en Avéro Achmea Zorgverzekeringen (inclusief Avéro Volmachten).

Antwoord: Zilveren Kruis betreft niet de kosten voor ongecontracteerde zorg in de afrekening, alleen de cliëntmaanden. Daarmee heeft ondoelmatige zorglevering door ongecontracteerde aanbieders geen invloed op de afrekening.

Vraag 17

Paragraaf 7.6 De gecontracteerde zorgaanbieders zijn collectief verantwoordelijk voor de totale zorgomvang in het perceel (pagina 35)

Het totale zorgvolume wordt door Zilveren Kruis ingeschat op basis van de realisatie in het voorgaande jaar en demografische ontwikkelingen. In hoeverre houdt Zilveren Kruis rekening met de ontwikkeling van te verwachten vermindering volumegroei medisch specialistische zorg en de daarmee samenhangende volumestijging wijkverpleging?

Antwoord: Naast de demografische ontwikkelingen zullen wij ook kijken naar de wijze en mate van het effect per perceel van de verschuiving van zorg uit het ziekenhuis naar de eerstelijns heeft. Dit effect kan in verschillende zorgvormen landen, zowel in het eerstelijnsverblijf als in de wijkverpleging.

Vraag 18

Paragraaf 7.6 De gecontracteerde zorgaanbieders zijn collectief verantwoordelijk voor de totale zorgomvang in het perceel (pagina 35)

Zilveren Kruis neemt het zorgvolume pgb mee bij het bepalen van de totale zorgomvang per perceel en maakt de gecontracteerde zorgaanbieders collectief verantwoordelijk voor overschrijding. Welke analyse heeft Zilveren Kruis op beïnvloeding van de zorgomvang pgb door zorgaanbieders?

Antwoord: Wij verwijzen u hierbij naar het antwoord op vraag 16.

Vraag 19

Paragraaf 7.10 Cliënttarieven kunnen worden bijgesteld (pagina 36)

Welke criteria hanteert Zilveren Kruis bij het al dan niet bijstellen van de cliënttarieven?

Antwoord: Het uitgangspunt in Zorg in de wijk is dat de cliënttarieven vast staan (afgezien van een indexatie per jaar conform het reguliere beleid) gedurende de looptijd van de overeenkomst en dat de cliënttarieven dus niet worden bijgesteld. Het gaat hierbij om uitzonderlijke en niet te voorzien omstandigheden, waar wij dus op dit moment dus ook nog geen uitspraak over kunnen doen.

Vraag 20

Modelovereenkomst Deel 2 Artikel 3, lid 1 (pagina 45)

De actualiteit is dat er gezocht wordt naar vermindering van de administratieve werkdruk. Een van de voorstellen van de V&VN is om de ondertekening op kleine wijzigingen in het zorgplan af te schaffen. Is Zilveren Kruis bereid dit te volgen en welk criterium hanteert Zilveren Kruis dan voor een kleine wijziging?

Antwoord: Zilveren Kruis ondersteunt de initiatieven om de administratieve druk te verlagen. Het opstellen van een zorgplan gebeurt samen met de verzekerde, deze moet met in de inhoud instemmen. Het zorgplan wordt in ieder geval bijgesteld indien de actuele zorgvraag meer dan 10% afwijkt van de oorspronkelijke zorgvraag. Ondertekening van het gewijzigde zorgplan is geen eis van Zilveren Kruis.