

## Zilveren Kruis - Veelgestelde vragen Inkoopbeleid wijkverpleging 2020

### **We lezen in het beleid over de acceptatieplicht. Als onze teams overbezet zijn mogen we toch weigeren? Kunnen we ook de zorgcoaches bellen? Waarom hanteert Zilveren Kruis een acceptatieplicht?**

We zetten de acceptatieplicht vanuit 2019 voort in 2020, dit is dus geen nieuwe wijziging in het inkoopbeleid Wijkverpleging 2020. We lichten hierbij ons beleid toe.

Wij zien in de regio's steeds meer zorgaanbieders die samenwerken om te kunnen voldoen aan de zorgbehoefte van onze verzekerden. Deze zorgaanbieders maken onderling afspraken over doorverwijzing, samenwerking en bemiddeling. Dat helpt onze verzekerden, maar ook verwijzers zoals huisartsen, ziekenhuizen en andere professionals. Hierdoor hoeven niet meerdere zorgaanbieders te worden benaderd bij het zoeken naar een passend aanbod. Ook kennen zorgaanbieders elkaars expertise zo beter en kunnen zorgvragen welke voor één aanbieder te groot is door meerdere aanbieders worden voorzien. We zien dit ook als het bijvoorbeeld gaat om medische kindzorg.

Landelijk werken alle (branche)partijen aan één herkenbaar team wijkverpleging in de wijk, dit team kan bestaan uit meerdere organisaties en de keuzevrijheid van de verzekerde staat daarbij nog steeds voorop. Een gezamenlijke verantwoordelijkheid helpt bij het creëren van dit team. Vanuit de regio's waarbij dit werkt krijgen wij positieve signalen. Ook krijgen wij terug dat het daarbij van belang is dat iedereen vanuit dezelfde verantwoordelijkheid en uitgangspositie werkt. Dit betekent dat alle zorgaanbieders zich verantwoordelijk voelen voor het voldoen aan de zorgvraag, ongeacht type, duur en volume. De acceptatieplicht zoals we die vanaf 2019 hanteren helpt bij het creëren van deze gezamenlijke verantwoordelijkheid. Wij verwachten van de zorgaanbieders dat indien een verzekerde zich bij haar meldt zij deze in zorg neemt danwel doorbemiddelt naar een andere gecontracteerde partij.

Mocht een verzekerde ondanks uw hulp geen passend zorgaanbod vinden, dan zijn onze zorgcoaches altijd bereid om u of de cliënt te woord te staan. Wij doen dan ons uiterste best om de verzekerde aan passend zorgaanbod te helpen.

Tot slot bevorderen wij de toegankelijkheid door op een doelmatige inzet van zorg te sturen. Zo kunnen zoveel mogelijk van onze verzekerden door u als gecontracteerde zorgaanbieder worden geholpen. Daarnaast ontvangen wij signalen over risicoselectie; in die gevallen kiest een zorgaanbieder bewust om een cliënt geen zorg te leveren om andere redenen dan capaciteit, bijvoorbeeld de impact op de doelmatigheid. Om deze risicoselectie te voorkomen houden we in ons doelmatigheidsmodel rekening met de kenmerken van een cliënt en worden cliënten met een zeer lage en hoge zorgbehoefte uitgesloten uit het model. Per 2020 corrigeren we bovendien voor zorgduur om meer recht te doen aan de complexere wordende zorgvraag in de wijkverpleging. U kunt hier meer over lezen in het financiële hoofdstuk van ons inkoopdocument.

### **Als ik klanten doorbemiddel, voldoe ik dan aan de privacywetgeving (AVG)?**

Een verzekerde meldt zich bij de zorgaanbieder en die verwijst deze meteen door naar een andere zorgaanbieder, dus het verwerken van persoonsgegevens is hier niet aan de orde.

### **Pagina 7: 'Om de bemiddeling van klanten naar andere zorgaanbieders te vergemakkelijken kunt u samenwerkingsafspraken met zorgaanbieders uit de regio maken over beschikbare capaciteit en bemiddeling in de regio.'**

#### **Is dit mogelijk en toegestaan door de ACM?**

Uiteraard is het noodzakelijk dat uw samenwerking past binnen de kaders voor mededinging van de ACM. Raadpleeg daarvoor de volgende pagina <https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg/samenwerking-in-de-zorg/samenwerking-in-de-zorg>

### **Er wordt gesproken over een acceptatieplicht en over een contactformulier voor een patiëntenstop. Wanneer dan een patiëntenstop?**

Wanneer u structureel geen cliënten in zorg kunt nemen, vragen wij u contact met ons op te nemen zodat wij onze zorgplicht kunnen monitoren. Voor de cliënt zelf vragen we u contact op te nemen met andere zorgaanbieders in de regio. Zie ook de toelichting hierboven.

**Bij de doelgroepenregistratie wijkverpleging stelt u dat het niet mogelijk is gebruik te maken van de prestatiecode 1031 wanneer men niet aan doelgroepenregistratie doet. Wat bedoelt u hiermee?**

Het is niet meer mogelijk om gebruik te maken van de prestatie 1031 - Integrale prestatie voor verpleging en verzorging.

**Kan Zilveren Kruis inzage geven in de berekening, zodanig dat deze te verifiëren is en te herleiden is naar de ingediende declaraties?**

Het doelmatigheidsmodel waarin wij zorgaanbieders met elkaar vergelijken is gebaseerd op de declaraties van alle zorgaanbieders die Wijkverpleging declareren bij Zilveren Kruis. Wij berekenen op basis van cliëntkenmerken een verwachte zorgomvang en vergelijken deze met de werkelijk ontvangen zorg. Om de verwachte zorgomvang te berekenen is data nodig van alle wijkverpleging cliënten waarover zorgaanbieders niet beschikken.

**Hoe gaat Zilveren Kruis om met uitschieters in het doelmatigheidsmodel? Wanneer worden de cliënten met meer dan 85 uur zorg niet meegenomen en wanneer de 2,5% cliënten (minimaal 1) met de hoogste en de 2,5% cliënten met de laagste gemiddelde zorgkosten?**

We hanteren twee doelmatigheidsmodellen. Een om de doelmatigheid ten opzichte van andere zorgaanbieders te vergelijken en een model om de doelmatigheidsverbetering van één zorgaanbieder gedurende het jaar te berekenen.

Het eerste model bepaalt in welke doelmatigheidscategorie een zorgaanbieder valt. Hier excluseren we de 2,5% cliënten (minimaal 1) met de hoogste en de 2,5% cliënten (minimaal 1) met de laagste gemiddelde zorgkosten.

Het tweede model bepaalt de doelmatigheidsverbetering binnen één zorgaanbieder gedurende het jaar. Met dit model berekenen we of de aanvullende doelmatigheidsafspraken gerealiseerd zijn. We excluseren de cliënten met gemiddeld meer dan 85 uur zorg per maand.

**Bijlage 1, punt 2, pagina 13: "Als de Wtza in werking is getreden dient u te voldoen aan de dan geldende voorwaarden".**

**Welke voorwaarden? Wanneer dit niet bekend is, kunnen wij er nu ook niet mee instemmen.**

U kunt hier alles lezen over het wetsvoorstel over de Wtza. Dit is geen inkoopbeleid van Zilveren Kruis maar landelijke wetgeving: <https://wetgevingskalender.overheid.nl/Regeling/WGK005749>

**Bij welke verbetering wordt welke opslag toegekend? Wat zijn de grenzen? Spreken we over een opslag of spreken we over het niet toepassen van een afslag?**

In uw budgettoelichting lichten we de aanvullende doelmatigheidsafspraken toe. Bij het behalen van de doelmatigheidsafspraken vervalt de afslag op het tarief.

**Waarom wordt het kenmerk zorgduur toegevoegd aan benchmark doelmatigheid en op welke wijze?**

Zilveren Kruis vindt het belangrijk dat haar klanten doelmatige wijkverpleegkundige zorg ontvangen. Omdat er veel praktijkvariatie is, hebben wij in 2016 ons doelmatigheidsmodel voor wijkverpleging geïntroduceerd. Deze benchmark is de afgelopen jaren verder ontwikkeld. In 2020 voegen we het kenmerk 'zorgduur' (afgeleid van de doelgroepenregistratie), als aanvulling op leeftijd, geslacht, regio en overlijden, toe aan het doelmatigheidsmodel. Uit de doelgroepenregistratie leiden we zorgduurcategorieën af. We zien dat de zorgbehoefte van cliënten verschilt tussen deze categorieën. Door hier rekening mee te houden in het model, doen wij recht aan deze verschillen.

**Op pagina 3 staat dat ZK initiatieven die leiden tot het verbeteren van de acute keten voor ouderen bundelen en delen ter inspiratie.**

**Hoe worden deze initiatieven met zorgaanbieders gedeeld?**

Zilveren Kruis bundelt initiatieven om de acute keten voor kwetsbare ouderen te verbeteren. We publiceren deze na de zomer op onze website. Wij raden u aan om dergelijke inhoudelijke vragen ook te stellen aan andere zorgaanbieders en bijvoorbeeld via de beroepsvereniging V&VN of de brancheorganisatie ActiZ

**Op pagina 9 van uw Inkoopbeleid 2020 noemt u de prestaties die via een integraal tarief worden vergoed. Wij vragen ons af hoe de verhouding ongeplande en gespecialiseerde verpleging meewegen in het integraal tarief en of en zo ja hoe u hierin differentieert op basis van de portefeuilleopbouw.**

Het integrale tarief is bij de invoering vastgesteld aan de hand van de bekende verhoudingen. Omdat er geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen verpleging en verzorging in de declaraties, kunnen we hierin niet naar verhouding differentiëren.

**Afslag tarief versus vergoeding volume overproductie**

**In artikel 2 van de overeenkomst is een wijziging zichtbaar van de vergoeding van de maximale overproductie (van 10 naar 50%) en het bijbehorende tarief ( 5 tot 10% lager) voor aanbieders in categorie 1, 2 en klein. Realiseert u zich dat hiermee een verkeerde prikkel kan ontstaan die doelmatig werken niet stimuleert (meer productie draaien ter compensatie van een lager tarief).**

We verwachten van zorgaanbieders waarmee wij een overeenkomst sluiten, dat zij rechtmatige en doelmatige zorg leveren, passend bij de situatie en zorgvraag van de verzekerde. In ons [onderzoek](#) naar Meer Tijd Voor Zorg in de wijkverpleging bleek dat het aanvragen van budgetophogingen voor veel administratieve druk veroorzaakte bij zorgaanbieders. Vanuit vertrouwen en om deze administratieve lasten te verminderen hebben we ons volumebeleid aangepast.

**Op pagina 11 wordt beschreven: “Wanneer uit onderzoek blijkt dat er onverklaarbare praktijkvariatie bestaat, zullen wij waar mogelijk passende beheersmaatregelen treffen. Uiterlijk 1 juli 2019 publiceren wij daarvoor eventueel aanvullend beleid.” Wordt hier dan opnieuw de mogelijkheid tot het stellen van vragen gehanteerd?**

**Passende beheersmaatregelen treffen? Wat houdt dit in? Kan dit concreet gemaakt worden in het beleid?**

Betreft beide bovenstaande vragen: er is [geen aanvullend beleid](#) gepubliceerd.

**U streeft per 2020 naar de afschaffing van de minutenregistratie maar biedt een overeenkomst met een vergoeding per 5 minuten, hetgeen juist een dergelijke administratie vereist. Hoe voorziet u bij afschaffing van de minuten registratie handhaving van deze tariefstelling?**

Voorheen moest het aantal minuten zorg worden geregistreerd om de geleverde zorg te kunnen verantwoorden. Met de nieuwe registratiestandaard hoeft dit niet meer. Nu vormt het zorgplan en de planning de basis voor de declaratie (die nog steeds per 5 minuten plaatsvindt). Zie ons [nieuwsbericht](#) voor de landelijke factsheet en meer informatie over “zorgplan = planning = realisatie, tenzij”.

**Wat u beschrijft over casemanagement dementie komt niet overeen met de nieuwe Zorgstandaard Dementie. Past u uw inkoopbeleid hierop aan?**

Landelijk wordt gesproken over de invoering en implementatie van de Zorgstandaard Dementie. Mocht in een later stadium blijken dat aanvullend beleid noodzakelijk is dan publiceren wij dit op de website.

**Pagina 7: "Wanneer u uw omzetplafond nadert dan dient u hiervan melding te maken via ons contactformulier. Wij moeten op de hoogte zijn van een cliëntstop, vanwege de monitoring van onze zorgplicht." Kan hieruit worden geconcludeerd dat er in 2020 geen mogelijkheid meer is tot ophoging van het omzetplafond?**

Alleen in gevallen waarbij de zorgplicht in het geding komt, kan Zilveren Kruis besluiten het omzetplafond (plus eventuele overproductie) alsnog te verhogen.

**U neemt de palliatieve zorg (1037) mee in de doelmatigheidsberekening. Wilt u palliatieve zorg excluseren uit uw doelmatigheidsmodel?**

We nemen palliatieve zorg mee in onze benchmark, maar houden rekening met het aandeel palliatieve zorg en het aantal overlijdens bij het berekenen van de verwachte inzet van zorg.

Zilveren Kruis vindt het belangrijk dat haar klanten doelmatige wijkverpleegkundige zorg ontvangen. Omdat er veel praktijkvariatie is, hebben wij in 2016 ons doelmatigheidsmodel voor wijkverpleging geïntroduceerd. Deze benchmark is de afgelopen jaren verder ontwikkeld. In 2020 voegen we het kenmerk 'zorgduur' (afgeleid van de doelgroepenregistratie) toe als aanvulling op leeftijd, geslacht, regio en overlijden aan het doelmatigheidsmodel. We doen meer recht aan de complexere wordende zorgvraag door de doelgroepenregistratie toe te passen in ons doelmatigheidsmodel.

**"De zorgaanbieder voldoet aan de regeling AO/IC." Deze regeling bestaat voor de Zvw niet meer?**

De zin waaraan u refereert herkennen we niet. In ons Inkoopbeleid 2020 Bijlage 1 (bladzijde 13) verwijzen we niet naar een regeling maar nemen we de volgende voorwaarde op over uw administratieve organisatie en interne beheersing (AO/IB): "Heeft u een AO/IB waarvan u de resultaten van de toets op de opzet en bestaan van de administratieve organisatie kan overleggen?"

**Wat is uw definitie van een redelijk onderling tarief voor onderlinge dienstverlening bij de regionale beschikbaarheidsfunctie (bijlage 5, pagina 27)**

Dat is de verantwoordelijkheid van de hoofdaannemer, Zilveren Kruis kan hier geen definitie van geven, ook omdat dit sterk van de situatie afhangt.

**Wat betekent het dat Zilveren Kruis zich richt op technologische innovaties, bevorderen van zelfredzaamheid en andere vormen van (zelfzorg)ondersteuning?**

Wij maken waar mogelijk in de regio afspraken met zorgaanbieders op het gebied van innovaties en eHealth. Dit kan bijdragen aan de arbeidsmarktproblematiek of de (wijkverpleegkundige) vakinhoudelijke ontwikkelingen.

**Mag waken gedeclareerd worden bij palliatief terminale zorg?**

**Pagina 4 van haar inkoopbeleid opgenomen over palliatieve zorg.**

**In de duiding verpleegkundige indicatiestelling die in maart jl. door het Zorginstituut is gepubliceerd is specifiek aandacht besteed aan zorg in de palliatieve fase. In de duiding is oa de volgende passage opgenomen: "De beschikbaarheid van vrijwilligers en een (cliënt)netwerk in deze fase zijn overigens géén voorwaarden om thuis te mogen sterven. De wens en keuze van verzekerde hierin staat voorop". Wij gaan ervanuit dat VGZ deze duiding volgt. Graag bevestiging dat Zilveren Kruis de duiding van het Zorginstituut volgt.**

Antwoord op bovenstaande twee vragen:

Voor Zilveren Kruis is het uitgangspunt dat klanten kunnen overlijden op de plek van voorkeur. Als een klant ervoor kiest in de thuissituatie te willen overlijden dan is van tevoren aandacht nodig hoe dit georganiseerd gaat worden. Dit is conform de duiding van het Zorginstituut. Elementen die dan van belang zijn: zorg, ondersteuning, begeleiding, beschikbare capaciteit van professionals en informele zorg. Dit alles dient vooraf in kaart te zijn gebracht om de zorg en begeleiding in de thuissituatie te kunnen organiseren.

**De postcodegebieden voor bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleging en reguliere verpleging en verzorging zijn niet aan elkaar gelijk. Hierdoor zou het kunnen dat wij ondanks dat het het opgegeven postcode gebied betreft een bepaalde zorgsoort niet in een deel van het gebied leveren. Op welke wijze kunnen wij dit bij Zilveren Kruis aangeven?**

Hiervoor kunt u contact opnemen via [zorginkoop.wijkverpleging@zilverenkruis.nl](mailto:zorginkoop.wijkverpleging@zilverenkruis.nl)

**Kan Zilveren Kruis toelichten op welke wijze de regionale beschikbaarheidsfunctie gefinancierd zal worden?**

Zoals aangegeven in ons inkoopbeleid wordt de financiering voor de organisatie van de regionale beschikbaarheidsfunctie vanuit 2019 in 2020 voortgezet. U kunt zelf in de regio afspraken maken met andere zorgaanbieders hoe de organisatie en de financiering verdeeld wordt.

**Pagina 3: Hoe werken jullie aan een passend zorglandschap?**

Zilveren Kruis maakt waar mogelijk en noodzakelijk in de regio afspraken over de (organisatie) van de zorg. Dit doen wij met diverse partijen over de segmenten en domeinen heen. Onderwerpen zijn onder meer Zorg Veilig Thuis, juiste zorg op de juiste plek, innovatie, eHealth, preventie en arbeidsmarkt.

**Pagina 4: Wat voor andere voorzieningen voor palliatieve zorg?**

Denk aan hospices of andere voorzieningen.

**Pagina 5: Wat als er onenigheid ontstaat bij de wijze waarop het convenant afschaffen minutenregistratie wijkverpleging is ingevoerd tussen aanbieder en verzekeraar?**

De implementatie is een samenspel tussen zorgverzekeraar (en ZN) en zorgaanbieder (en Actiz). Bij twijfel gaan wij met elkaar in gesprek.

**Pagina 10: wanneer er onrechtmatigheid blijkt uit een controle: wanneer wordt dit geconstateerd? En wat zijn hierbij de gehanteerde definities? En wat zijn hiervan de mogelijke gevolgen?**

Hiervoor verwijzen we u naar de bepalingen in de Modelovereenkomst (artikel 18 e.v.) en naar het Algemene Controleplan op onze [website](#).

Met materiële controles kan er een uitspraak worden gedaan over de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg, dit is een wettelijke taak van ons als zorgverzekeraar. Bij een materiële controle wordt er getoetst op feitelijke en terechte levering. Oftewel is de gedeclareerde zorg daadwerkelijk geleverd en is de zorg de meest toegewezen zorg op basis van de gezondheidssituatie van de cliënt. Dit wordt onder andere getoetst aan de normen en richtlijnen van de V&VN.

**Pagina 16: 2. De verpleegkundigen en verzorgenden leveren zorg volgens de inzichten uit het kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland (2018), Palliatieve zorg richtlijnen voor de praktijk (2010), de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013), richtlijnen pallialine, en LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak). Dit zijn net als vorig jaar nogal een aantal richtlijnen. Waarom moeten er iedere keer zoveel verschillende richtlijnen worden gevolgd? Is het niet handiger om via ZN een eenduidig beleid hierover vorm te geven, dit maakt het overzichtelijker en beter controleerbaar voor alle verzekeraars?**

De richtlijnen zijn aanvullend aan elkaar. Wij stimuleren het veld om tot meer eenduidigheid te komen.

**Pagina 24: Waarom kiezen jullie wederom voor contracten met een looptijd van 1 jaar?**

Meerjarige contracten kunnen worden gesloten binnen onze Zorg in de wijk-gebieden. In afwachting van een nieuwe bekostiging in de wijkverpleging contracteren we in principe éénjarig.

**Pagina 16: bij praktijkvariatie kunnen jullie maatregelen treffen. Wat kunnen wij ons hierbij voorstellen?**

We hebben in het inkoopbeleid vermeld dat we in gesprek gaan met de betreffende zorgaanbieder. Maatregelen hangen namelijk sterk af van de situatie.

**Hebben jullie een voorbeeld van innovatieve oplossingen in de wijk die bijdragen aan goede coördinatie waarop ZK zich richt met wijkgericht werken?**

Met wijkgericht werken stimuleren we zorgaanbieders om nauw samen te werken met gemeenten, sociale wijkteams, huisartsen en ziekenhuizen. Bijvoorbeeld om de thuiskomst van kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis goed te coördineren, om doorverwijzing naar Wmo-voorzieningen door wijkverpleegkundigen mogelijk te maken bij wijze van pilot, door verbeterde gegevensuitwisseling met huisartsen en door wijkgerichte preventie op basis van wijkanalyses.

**Hoe en wanneer worden de kaders van de verantwoording wijkgericht werken gecommuniceerd?**

Meer informatie over de verantwoording van wijkgericht werken is te vinden in het addendum Wijkgericht werken.