

Hoe wil CZ het delen van de cliëntprofielen in 2024 willen vormgeven?

CZ is evenals veel zorgaanbieders en zorgverzekeraars nog zoekende in welke informatie noodzakelijk is om inzicht te verkrijgen in cliëntstromen, cliëntmix, doelmatigheid en kosten in de verschillende cliëntprofielen en de koppeling daarvan met de huidige doelgroepenprestaties. We hopen hier in de komende maanden meer duidelijkheid in te verkrijgen en verschaffen en zullen u hier wanneer mogelijk over inlichten. Indien u hier als zorgaanbieder goede suggesties voor heeft, kunt u deze met ons delen via ons algemene emailadres (inkoopvvt.zvw@cz.nl)

Hoe kijkt CZ naar maandtarieven en meerjarenovereenkomsten (en beleid)?

We staan aan de vooravond van een transitie naar het gebruik van cliëntprofielen. Daarom zijn wij niet voornemens voor 2024 nieuwe dergelijke contracten te sluiten.

De reeds lopende contracten met maandtarieven worden tegenwoordig evenals de reguliere contracten jaarlijks geëvalueerd via een monitor en benchmark. Deze wordt met het voorstel voor 2024 meegestuurd. Op basis van de bevindingen die daaruit komen, gaan we hierover met zorgaanbieders het gesprek aan om te kunnen borgen dat deze voldoende (blijven) aansluiten bij onze primaire doelstellingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Hoe wordt in de doelmatigheid rekening gehouden met palliatieve zorg?

In onze benchmark wordt de doelgroep palliatieve zorg op basis van doelgroepprestatie 1037 separaat meegenomen. Wij zijn ons ervan bewust dat palliatieve zorg in een grillig beloop kan hebben. Echter gaan we er ook voor deze doelgroep vanuit dat zorgaanbieders de principes van passende zorg en stepped care hanteren. Dat wil zeggen inzet van technologie, hulpmiddelen, (mantelzorg)netwerk of omgeving (ook vrijwillige palliatieve netwerken) om schaars beschikbaar zorgpersoneel zo efficiënt en optimaal mogelijk in te zetten.

De duurzaamheidsgesprekken tussen zorgverzekeraar en grote zorgaanbieders komen eraan. Is er al over nagedacht over hoe dit vormgegeven gaat worden?

Partijen in de zorg, waaronder zorgverzekeraars, hebben gezamenlijk doelen en concrete resultaten afgesproken in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ) om de klimaat- en milieubelasting van de zorg de komende jaren te verminderen. Zorgverzekeraars willen samen optrekken en verduurzaming bij zorgaanbieders gelijkgericht aanjagen. Daarom is in ZN-verband een gezamenlijke visie en uitvoeringsplan Verduurzamen zorgsector opgesteld.

Onze zorginkopers worden in de komende periode (voorafgaand aan het inkoopseizoen 2024) getraind om dit thema met zorgaanbieders tijdens de inkoopgesprekken te bespreken. Voor 2024 zullen wij nog geen concrete inkoopafspraken hiervoor maken, omdat wij graag eerst inzicht willen verkrijgen in welke initiatieven er lopen en wie koplopers zijn op dit thema.

Wij willen meer doen met onder andere casemanagement dementie. Hoe komen de 'kleinere spelers' hiervoor in aanmerking?

Voor specialistische functies en doelgroepen én zorg die om infrastructurele redenen geconcentreerd wordt aangeboden in een regio of wijk gelden andere uitgangspunten. Hiervoor is niet zozeer specifieke kennis als wel een zekere schaal nodig.

Wij kopen de volgende functies in bij een beperkt aantal zorgaanbieders met een regionale functie: palliatief verpleegkundige, casemanager dementie, regiefunctie complexe wondzorg, (medische) kindzorg en gespecialiseerde verpleging.

CZ groep wil per regio bekijken welke zorgaanbieders een regionale systeemfunctie vervullen. We zetten daarbij in op de continuïteit van bestaande structuren, afspraken en ketenvorming. Dit betekent dat wij in eerste instantie de geldende afspraken continueren.

Op basis van regiodekking en aanbod (zorgplicht) bepalen we of het nodig is bij aanvullende partijen hierover contractafspraken te maken. In deze afweging nemen we tevens mee wat visie en beleid van een zorgaanbieder zijn voor de betreffende zorg en of de zorgaanbieder hiervoor een contractafpraak heeft met de preferente zorgverzekeraar. Dit laatste is voornamelijk relevant buiten onze kernwerkregio.

Hoe komen wij in aanmerking voor een contract met palliatieve zorg?

Zie hiervoor ook toelichting op de vorige vraag.

Aanvullend geldt dat wij evenals voor andere wijkverpleegkundige zorg, onderscheid maken tussen generalistische en specialistische palliatieve zorg. Generalistische palliatieve zorg kan door elke zorgaanbieder met een contract wijkverpleging geleverd worden. Voor specialistische palliatieve zorg geldt dat wij deze functie regionaal bij enkele zorgaanbieders inkopen. In het zorginkoopbeleid wijkverpleging 2024 staat wat wij verstaan onder specialistische zorg, met daarin opgenomen onze richtlijnen, eisen en voorwaarden (<https://zorginkoopbeleid.cz.nl/wijkverpleging/bijlagen/bijlage-1-minimale-en-aanvullende-eisen#>).

In de visie op e-health staat omschreven dat CZ streeft naar het volgende:

- **De zorgaanbieders met wie wij een samenwerking zijn aangegaan includeren 30% van de cliënten binnen de integrale digitale zorgoplossing. Hierbij toetsen we welke digitale zorg leidt tot arbeidsefficiëntie en onder welke voorwaarden.**
- **Bij 80% van alle zorgaanbieders worden bewezen effectieve interventies ingezet in het zorgproces, zoals beeldbellen en medicijndispensers.**

Waar is dit op gebaseerd?

In de redesign trajecten hebben we als CZ afspraken gemaakt dat de aanbieders in het eerste jaar zorgen voor 15% inclusie en in het 3e jaar voor 30% inclusie. Dit is gebaseerd op inclusiecijfers zoals we ze bij huisartsen en medisch specialistische zorg zien.

Uit ervaring van huidige trajecten binnen de VVT weten we dat dit haalbaar is en er aanbieders zijn die zelfs al op 40% zitten.

Beeldbellen en medicijndispenser vinden we als CZ eigenlijk technologie die al bewezen is en al klaar is voor niveau 100 (lees opschaling volgens 1-10-100 principe) en standaard zorg zou moeten zijn. Alleen wanneer het ook echt past, dus 100% is niet mogelijk dus vandaar het percentage van 80%.

Voor overige technologieën vragen wij een positieve businesscase alvorens deze voor vergoeding in aanmerking komt.

CZ heeft het afgelopen jaar een Toetsingskader ontwikkeld op basis waarvan projectaanvragen worden beoordeeld voor het verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

Hoe beoordeelt CZ deze aanvragen? Is het de zorgaanbieders voldoende duidelijk welke criteria op welke wijze beoordeeld worden en welke positie neemt CZ hier zelf in?

CZ wil zorg verantwoord en dichtbij organiseren. Het Toetsingskader geeft zorgaanbieders kaders om de zorg uit het ziekenhuis te verplaatsen naar huis of juist niet. Het is van belang dat verschillende zorgverleners die elk een eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid hebben jegens de patiënt/cliënt met elkaar contact hebben en zo nodig afstemmen over de inhoud en de regie van de behandeling.' Zie ook hier: Toetsingskader Ziekenhuisverplaatste Zorg (cz.nl). Wij hebben bewust samen met MSZ het Toetsingskader geschreven om ervoor te zorgen dat ook financieel de afspraken goed landen. Wij doen dit volgens de 1-10-100 methode. Daar waar goede voorbeelden zijn proberen we op te schalen door deze zogenoemde methode en dus structureel in te bedden in ons beleid.

Ziekenhuisverplaatste zorg: zorgaanbieders wordt gevraagd veel in beeld en in te kaart brengen, daardoor niet doelmatig. Hoe zorgt CZ ervoor dat dit geen enorme paarse krokodil wordt?

CZ wil zorg verantwoord en dichtbij organiseren. Het Toetsingskader geeft zorgaanbieders kaders om de zorg uit het ziekenhuis te verplaatsen naar huis of juist niet. Het is van belang dat verschillende zorgverleners die elk een eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid hebben jegens de patiënt/cliënt met elkaar contact hebben en zo nodig afstemmen over de inhoud en de regie van de behandeling.

Hoe komen zorgaanbieders in het buitengebied in aanmerking voor een inkoopgesprek?

In onze kernwerkgebieden pakken we als zorgverzekeraar een actievere rol bij het realiseren van onze beleidsspeerpunten. Daar nemen we de regie, waarbij we met zorgaanbieders samenwerken om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de (acute) zorg te optimaliseren. In het buitengebied zien wij onze rol als CZ anders en volgen wij veelal de preferente verzekeraar. Het is voor ons niet mogelijk om alle gecontracteerde zorgaanbieders te spreken en veelal ook niet nodig gezien onze rol in de buitengebieden en verwijzen daarom naar ons e-mailadres inkoopvvt.zvw@cz.nl.

Wat doet CZ aan de hoge tarieven die worden doorgerekend aan collega zorgaanbieders voor het leveren van specialistische functies in een onderaanneming?

Als CZ hebben wij geen zicht op wat er gebeurt in onderaanneming. In principe is deze constructie niet nodig omdat zorgaanbieders zelf voor een verzekerde kunnen declareren. Dat geeft ons als CZ ook een beter beeld over de verschillende lijnen en witte vlekken in een regio.

Zorgaanbieders met systeemfuncties hebben veelal een hoger tarief voor het vervullen van deze rol.

Waarom vindt CZ het belangrijk dat een team uit tenminste drie personen bestaat? Houdt CZ hier ook rekening mee in de opslag in het tarief zodat er ook daadwerkelijk bekostiging blijft voor deze vereiste?

Zoals wij in de vorige vraag aangegeven hebben, zien wij de regiefunctie (complexe)wondzorg als een regionale functie. Deze regionale functie hangt samen met een bepaald volume om zodoende de kwaliteit en continuïteit te borgen.

CZ vindt het belangrijk dat een zorgaanbieder borgt dat de verzekerde, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname, de zorg weer thuis kan ontvangen, ook als de zorgvraag (al dan niet tijdelijk) is verzwaard.

Alleen als de zorgvraag zodanig verandert dat de zorgaanbieder de zorg inhoudelijk niet meer verantwoord kan leveren, moet die zorgaanbieder een andere geschikte en gecontracteerde zorgaanbieder vinden. Tot die tijd mag de zorg niet worden stopgezet. In bijzondere en onvoorzienbare omstandigheden is CZ bereid om te bespreken of de afspraken onredelijk uitpakken voor een van de partijen waarbij een zorgaanbieder moet aantonen dat er sprake is van een causaal verband tussen een hogere omzet en een toename van de kosten voor bepaalde cliënten. Ook moet de zorgaanbieder aantonen of er sprake is van een verplaatsing van cliënten in de regio.

Enkele vragen hierover zijn:

Op basis van welke wettelijke grondslagen verlangt CZ dat een zorgaanbieder iemand in zorg terugneemt na een ziekenhuisopname ongeacht of er sprake is van een grotere zorgvraag?

Dit is ook afhankelijk van waar de cliënt in de tussentijd terecht komt en wat de vervolgvraag gaat worden. Wat wij willen voorkomen is dat een cliënt die met alle tevredenheid zorg krijgt van een aanbieder, in de tussentijd andersoortige zorg nodig heeft, maar daarna niet meer bij zijn vertrouwde zorgaanbieder terecht kan. Wat we eigenlijk willen is dat de zorgaanbieder zich verantwoordelijk voelt voor een cliënt die eerder bij hem in zorg is geweest.

Hoe gaat CZ vervolgens om met het omzetplafond en de doelmatigheid bij deze zorgaanbieders? Immers, een al dan niet tijdelijke hogere zorgvraag heeft impact op de doelmatigheid en het omzetplafond en hiermee ook weer op het tarief (jaar t+1).

Het omzetplafond en tarief wordt in basis bepaald door de algehele populatie en doelmatigheid. In het waardemodel zit hier een afkapwaarde op en dus zal één outlier geen nadelige gevolgen hebben op de gehele doelmatigheid en het contract T+1.

Hoe lang moet een cliënt opgenomen zijn in het ziekenhuis alvorens er voor deze cliënt een andere cliënt in zorg genomen kan worden?

Voor ziekenhuizen en de overdracht naar de thuissituatie ligt hier ook een rol weggelegd bij de transferverpleegkundigen.

Als de zorgaanbieder voor een nieuwe cliënt geen zorg kan leveren binnen de Treeknorm, moet hij een passende oplossing voor deze verzekerde zoeken. Als dat niet lukt, moet hij contact opnemen met CZ.

- **Wat maakt dat de zorgaanbieder zelf op zoek moet naar een andere zorgaanbieder op het moment dat de zorgverleners de zorgvraag inhoudelijk niet meer verantwoord kunnen leveren? Welke rol neemt CZ hier?**
- **Welke omstandigheden zijn dermate bijzonder en onvoorzien dat CZ bereid is om met de zorgaanbieder te bespreken dat de afspraken onredelijk uitpakken voor een van de partijen? En, wat vindt CZ onredelijk? Immers, wat voor de een onredelijk is, is voor een ander niet onredelijk. Is dit ook toetsbaar en transparant voor zorgaanbieders?**
- **Wat maakt dat een zorgaanbieder een passende oplossing moet zoeken voor een verzekerde van CZ? Hoe verhoudt dit zich tot de zorgplicht die CZ heeft jegens haar verzekerden?**
- **De maximale wachttijd in de wijkverpleging is 6 weken. Dit kan dus betekenen dat een cliënt eerst 6 weken bij een zorgaanbieder op de wachtlijst kan staan en dat deze vervolgens op zoek gaat een passende oplossing? En, wat is dan de termijn waarbinnen de passende oplossing gevonden moet zijn?**

Ook wij als verzekeraar hebben een zorgplicht naast die van de zorgaanbieder. De NZa heeft hier ons als verzekeraars op aangesproken om dit vorm te geven [De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

Daarbij hebben wij uiteraard de intentie zo snel mogelijk een cliënt van passende zorg te kunnen voorzien. Maar wij kunnen dit niet alleen. Ook andere partijen hebben een verantwoordelijkheid bij het realiseren van goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Wij maken hier verschillende afspraken met zorgaanbieders over. In de ene regio maken wij afspraken met bepaalde zorgaanbieders die deze signaleringsfunctie voor ons mede vervullen, in andere regio's maken wij afspraken in het kader van de coördinatiefunctie.

Wij zien sowieso de wachttijden van cliënten niet, dus voor ons is dit afhankelijk van de informatie die zorgaanbieders aan ons geven.

Een van de minimumeisen met betrekking tot bijcontractering betreft de opmerking in de tekst dat er sprake is van een zorgplichtprobleem in de regio, wat blijkt uit signalen die CZ ontvangt van verwijzers en verzekerden via het CZ Zorgteam. De reactietermijn voor CZ op het indienen van een verzoek tot bijcontractering is uiterlijk 6 weken. Zorg die wordt geleverd in de periode tussen de aanvraag en het uitsluitel komt alleen voor vergoeding in aanmerking als het productieplafond op dat moment nog niet is overschreden.

Enkele vragen hierover zijn:

Wordt er helder naar zorgaanbieders gecommuniceerd hoe het ervoor staat met het zorgplichtprobleem in de regio? En wat de handelswijze van CZ is?

Zowel in ons inkoopbeleid onder paragraaf 2.2.3 als op onze website staat ons beleid over aanvullende inkoop gepubliceerd.

Kan de reactietermijn van 6 weken niet verkort worden tot maximaal 4 weken?

Nee, wij hanteren een maximaal termijn van 6 weken en hebben dit soms ook echt nodig om een verzoek tot aanvullende inkoop goed en grondig te beoordelen. Wij streven er echter naar om een ophogingsverzoek binnen 3 weken beantwoord te hebben.

Hoe moet de tekst worden geïnterpreteerd met betrekking tot de tussenliggende periode?

Bij de start van het jaar maken wij met zorgaanbieders een realistische productieafpraak die leidt tot een omzetplafond en verwachten dat de zorgaanbieder hierop stuurde. Daarbij is het soms onvermijdelijk om te temporiseren of om bepaalde vormen van zorg op een andere manier te leveren (bijvoorbeeld door een hulpmiddel in te zetten). Vanzelfsprekend moeten de consequenties hiervan minimaal en algemeen aanvaardbaar zijn, en niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. De zorgaanbieder kan deze afwegingen, hoe lastig ook, het beste maken. Hij heeft zicht op de aard en urgentie van de zorgvraag.

De gespecialiseerde casemanager dementie heeft ofwel een afgeronde hbo-v opleiding en een specifieke opleiding casemanagement dementie en praktijkervaring als casemanager dementie of een afgeronde SPH-opleiding en een specifieke opleiding casemanagement dementie en praktijkervaring als casemanager dementie.

Enkele vragen hierover zijn:

CZ vraagt praktijkervaring als casemanager dementie. Is CZ zich ervan bewust dat het voor zorgaanbieders steeds lastiger wordt om HBO'ers aan te trekken die hiervoor de opleiding gaan doen?

De eisen die gesteld worden komen uit het Expertiseprofiel Casemanagement Dementie en CZ sluit hierbij aan. Als dit profiel niet meer passend is bij de huidige situatie, dan zouden we dit dus moeten bespreken met de V&VN vakgroep.

Als er knelpunten zijn in een regio, dan maken wij hier aanvullende afspraken over met de keten.

In de praktijk wordt steeds meer psychiatrische problematiek gezien waarbij de inzet van een casemanager gevraagd wordt, ook in relatie tot Wet Zorg en Dwang en GGZ. Overweegt CZ om dit onder te brengen bij de gzsp?

Binnen de wijkverpleging hebben wij hier geen beleid over GZSP op geschreven.

Voor wat betreft de afbakening van de GZSP en de mogelijkheid voor verlengde armconstructies volgen wij de landelijke discussie.

Regionale functies: moeten alle specialistische functies geleverd worden of volstaat een gedeelte?

CZ groep contracteert wijkverpleging vanuit een generalistenmodel. Wij sturen er dus op dat de wijkverpleegkundige de zorg, samen met de huisarts, zo veel mogelijk zelf oppakt en dat er dus niet te veel afstemtaken zijn. Als het ziektebeeld te complex of te specialistisch is, verwachten we dat de wijkverpleegkundige zorgt voor opschaling naar specialistische (wijk) verpleging. Deze kopen we in bij een beperkt aantal zorgaanbieders en ook hier kijken wij zoveel mogelijk naar het bieden van het totale pakket. Het kan zijn dat wij niet alle specialistische functies inkopen bij een betreffende zorgaanbieder zoals bijvoorbeeld kindzorg.

Welke elementen worden beoordeeld in het waardemodel?

De elementen die worden gewogen in het waardemodel staan opgesomd in het inkoopbeleid wijkverpleging 2024 onder paragraaf 2.2.1 Kwaliteit van zorg - waardemodel.

CZ vraagt om de NPS maar ook om aantallen die ten grondslag liggen aan de berekening daarvan. Tevens vindt CZ het belangrijk dat de meting plaatsvindt over een significant aantal cliënten ten opzichte van de totale cliënten in zorg. Wat is voor CZ een significant aantal en welk effect heeft dit op het tarief?

Net als voorgaande jaren is de NPS een van de onderdelen in ons waardemodel. Hierbij hebben wij ook al enige jaren het beleid dat wij het belangrijk vinden dat de meting plaatsvindt over een significant aantal cliënten ten opzichte van de totale cliënten in zorg. Daarom is het aandeel cliënten bij wie de NPS is afgenomen, een indicator in ons waardemodel, ondanks de normen die opgenomen zijn in het PREM handboek over de steekproefgrootte. Toelichting over deze indicator wordt gegeven in onze spiegelrapportageset 'uitkomsten waardemodel'.

Vragenlijst m.b.t. cliëntprofielen: welke aanbieders gaan nu al registreren? Waarom wil CZ dit weten?

Zodat we als CZ een inschatting kunnen maken welke zorgaanbieders hier al actief mee bezig zijn. Ook wij proberen hiermee voor te sorteren op het nieuwe beleid dat we conform de landelijke beleidsregels per 2025 ook invulling kunnen gaan geven aan declaratieverkeer van cliëntprofielen. Op dit moment hebben wij hier geen inzicht in en zijn zelf ook nog zoekende hoe wij hier beeld en geluid bij krijgen.

Hoe checkt CZ het percentage onderaannemers? Via namen of percentages?

Voor zorgorganisaties die als onderaannemer opereren vraagt CZ het percentage en de AGB-code in de uitvraagmodule die in mei open staat. Voor ZZP-ers kunt u in eerste instantie volstaan met het percentage van de geleverde zorg door ZZP'ers op totaalniveau. Indien wij als CZ hierover aanvullende vragen hebben, wordt dit individueel bij de zorgaanbieder opgevraagd.

Wanneer stuurt CZ de aanbiedingsbrieven?

Medio Juli worden de voorstellen wijkverpleging aan alle zorgaanbieders verstuurd.

Wat is de reactietermijn van CZ wanneer een vraag is gestuurd naar het e-mailadres van CZ?

Conform ons inkoopbeleid streven wij ernaar om uw vragen binnen 15 werkdagen te beantwoorden, mits vragen over het zorginkoopbeleid en relatiebeheer van CZ groep naar het juiste emailadres zijn gestuurd: inkoopvvt.zvw@cz.nl