

## FAQ-lijst aangaande Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2021

Hieronder vindt u antwoorden op veel gestelde vragen over het Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2021

---

### **Hebben jullie ook weer beleid planning = realisatie, tenzij....**

Dat klopt.

### **Zo te zien wordt er in 2021 weer gewoon met doelgroepenregistratie gewerkt, klopt dat?**

Dat klopt.

### **Communicatie niet meer via VECOZO, maar via?**

Wij waren van plan om voor de contractering Wijkverpleging vanaf 2020 met het zorginkoopportaal van VECOZO te gaan werken. Desondanks verloopt de zorginkoop Wijkverpleging 2021 nog via e-mail, net als in 2020.

### **Hospicezorg onder aanspraak wijkverpleging. Bedoelen jullie met de grafiek te zeggen dat er per cliënt veel variatie is ten opzichte van ELV PTZ?**

Ten opzichte van ELV PTZ en ook ten opzichte van hospices onderling. Het is wettelijk gezien vanuit de wijkverpleging niet mogelijk/toegestaan zogenoemde 'arrangementen' aan te bieden met een vooraf vastgesteld aantal uren per cliënt, voor iedere cliënt, omdat wijkverpleging wordt geïndiceerd op individueel niveau. Voor vergoeding van zorg onder de aanspraak wijkverpleging geldt dat de declaratie herleidbaar moet zijn naar het individuele zorgplan van de cliënt en dat is niet mogelijk bij hospices die een vast gemiddelde uren inzet van zorg per cliënt en/of zorgarrangementen hebben ontwikkeld. CZ groep ziet deze zorg als het bieden van een integraal pakket, zoals ook de aanspraak ELV kent en dit wel is toegestaan.

### **Op pagina 4 staat dat CZ met het concept duurzame coalities andere manieren van samenwerking zoekt met zorgaanbieders. Hoe kan je als zorgorganisatie een duurzame coalitie met CZ aangaan?**

Mentaal Beter is de eerste GGZ aanbieder in het land waarmee CZ een duurzame coalitie vormt om de zorg toekomstbestendig te houden. CZ sloot al wel duurzame coalities met zowel het Zuyderland ziekenhuis als het Elkerliek Ziekenhuis. CZ voert momenteel nog meer gesprekken met alleen nog GGZ instellingen en ziekenhuizen om in een coalitie de zorg duurzaam te gaan veranderen. Dan gaat het vooral om gebieden waar veel CZ-verzekerden wonen. Met het vormen van deze duurzame coalitie intensiveren beide partijen de samenwerking. Hierin worden met elkaar ambitieuze doelstellingen geformuleerd over het vergroten van de toegankelijkheid van zorg en afbuiging van de kostentoeename.



**Op pagina 8 staat aangegeven dat voor de regio West-Brabant regie in de regio geldt. CZ gaat in deze regio al een stap verder met regie in de regio per 2021. Hoe moeten wij dit als zorgaanbieder in West-Brabant zien? Wat wordt er van ons verwacht?**

In de regio West Brabant, voornamelijk Breda e.o., zijn we in gesprek over het regiobeeld en de visie op ouderenzorg.

**Op pagina 10 geeft CZ aan dat in regio's waar CZ een versnipperd aanbod heeft dit kan leiden tot aanvullende afspraken naast het zorginkoopbeleid. De betreffende regio's worden hierbij betrokken. Kunt u al aangeven om welke regio's het gaat?**

Nee. Vooralsnog hebben wij verkennende gesprekken gevoerd met diverse aanbieders, maar ook andere verzekeraars. Het betreft kernwerkgebieden waar veel zorgaanbieders wijkverpleging actief zijn en waar we denken dat door meer samenwerken de zorg beter/ effectiever georganiseerd kan worden

**Op pagina 12 staat dat regie in de regio plaatsvindt in Zeeland en Zuid-Limburg. Op pagina 8 staat ook West-Brabant genoemd. Wat is juist?**

De regio's Limburg en Zeeland lopen qua regio regie voor op andere regio's. In West Brabant, met name regio Breda, zijn we voornamelijk intensief in gesprek over het uitrollen van onze visie op ouderenzorg. Dit wordt aangestuurd vanuit onze manager regioregie.

**Op pagina 14 staat dat de uitkomsten van de outliers worden meegewogen in de beoordeling. Hoe worden deze meegewogen?**

Dit wordt in de uitleg van de spiegelinformatie en de uitkomst waardemodel toegelicht.

**Op pagina 14 wordt aangegeven dat de NPS niet per definitie uit de CQ-i gehaald hoeft te worden. Waarom heeft CZ niet gekozen voor de NPS uit de PREM 2019? De PREM was in 2019 een verplichte meting voor alle zorgaanbieders. Het was nog te vroeg om de resultaten van de PREM mee te nemen bij de inkoop 2020, maar dit is wel mogelijk voor 2021 (los van het feit dat de kwaliteitsuitvraag nu niet meer verplicht is).**

Ook de uitkomst uit de PREM kan gebruikt worden. Maar niet iedere zorgaanbieder heeft deze uitgevoerd. Daarbij is er landelijk afgesproken geen informatie uit de PREM t.b.v. inkoopdoelstellingen te gebruiken. Dus als de zorgaanbieder dit wel wil doen, dan staan wij dit uiteraard toe.

**Op pagina 15 staat weergegeven dat je als zorgaanbieder in categorie C een prijsafslag krijgt van 1%. Krijg je in categorie A of B een prijsopslag of enkel groeimogelijkheden via volume?**

Zorgaanbieders die vallen in categorie A, komen voor 2021 primair in aanmerking voor volumegroei wanneer de zorgplicht in de regio daarom vraagt, of voor volumevrije afspraken, zoals aangegeven in het inkoopbeleid wijkverpleging op pagina 15.



**Op pagina 17 staat dat conform oude MSVT verpleging tot de medisch specialistische zorg behoort. Hoog-complexe MSVT is toch overgegaan naar gespecialiseerde verpleging in de wijkverpleging (medisch specialist is eindverantwoordelijk)? Pas wanneer de medisch specialist eindverantwoordelijke is en de zorg daadwerkelijk ook georganiseerd en geleverd wordt vanuit het ziekenhuis dan behoort de verpleging toch pas onder de medisch specialistische zorg?**

In 2017 is de MSVT “afgeschaft” en vanuit het principe “wie levert, die betaald” is deze zorg geland in óf het kader MSZ (ziekenhuis) óf Wijkverpleging. Voor 2018 zat de MSVT (Medisch Specialistische Verpleging Thuis) in de aanspraak MSZ. In 2018 is de aanspraak MSVT komen te vervallen en is deze opgegaan in drie bestaande aanspraken. Verreweg het grootste gedeelte is in de Wijkverpleging terecht gekomen. Een klein deel in de WLZ (in de vorm van een kleine opslag van de ZZP-tarieven) en een klein deel is blijven hangen in de MSZ (OVP). Welke aanspraak het is, is niet afhankelijk van de zorg maar van degene die de zorg levert.

**Op pagina 17 geeft CZ aan dat zij een aantal uitgangspunten hanteert voor de verschuiving van de zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn. Gelden deze uitgangspunten ook wanneer de zorg geleverd wordt door de wijkverpleging ipv het ziekenhuis, maar waarbij de specialist wel verantwoordelijk blijft en niet overgedragen wordt aan de huisarts?**

Wij gaan ervan uit dat wanneer de zorg verplaatst wordt vanuit de tweede naar de eerste lijn, hiermee ook de medische verantwoordelijkheid mee verschuift. Wanneer dit niet gebeurt, is de vraag in hoeverre je het echt hebt over verplaatsing van zorg. Juist door afstemming met alle betrokkenen, zorgpaden en het feit dat de huisarts een rol speelt, maakt dat er een beweging naar de juiste zorg op de juiste plaats goed ingezet wordt. Daarbij willen wij stimuleren dat de kosten die voorheen gemaakt werden in het ziekenhuis, maar nu in de eerste lijn met de cliënt mee gaan omdat deze daar gemaakt worden.

**Op pagina 18 staat dat zorgaanbieders met CZ een addendum kunnen afspreken voor kansrijke e-health toepassingen. Geldt dit ook voor het opschalen van een al bewezen technologie binnen een organisatie?**

Een afspraak voor een kansrijke inzet van technologie en opschaling zijn wel twee zaken. Op dit moment zijn er met drie zorgaanbieders afspraken over inzet van e-health in het verpleegkundig proces. Afhankelijk van de resultaten van deze projecten zullen wij al dan niet opschalen. Maar als zorgaanbieders zelf een innovatief idee hebben, dat past bij onze denkwijze, dan nodigen wij hen uit om het gesprek met de inkoper hierover aan te gaan.

**Op pagina 18 staat dat de zorgaanbieder moet borgen dat de cliënt na een tijdelijke ziekenhuisopname bijvoorbeeld weer terug in zorg kan. Wat is volgens CZ tijdelijk? In de praktijk is het lastig om een plek vrij te houden bijvoorbeeld voor een cliënt die voor langere tijd gaat revalideren. Je wilt ondertussen ook andere cliënten kunnen helpen.**

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 wij eigenlijk willen is dat de zorgaanbieder zich verantwoordelijk voelt voor een cliënt die eerder bij hem in zorg is geweest.



**Op pagina 29 staat dat 'regionale ketenzorg' bij een specifieke zorgaanbieder wordt ingekocht. Wat wordt specifiek verwacht van deze zorgaanbieder? Gaat het hier om het inregelen van de afspraken uit de leidraad 'herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' en/of de realisatie van een regionaal coördinatiepunt of wordt er iets anders bedoeld?**

Onder andere. Het gaat hier vooral om de (sub)regionale aanpak tussen zorgaanbieder (in ons kernwerkgebied) die het gehele pallet aan zorg levert (inclusief specialistische functies en ketenzorg) en verzekeraar waarbij wij afzonderlijke/ aanvullende afspraken (zoals een experiment) hebben rondom toegankelijkheid, kwaliteit en kosten.

**Op pagina 31 staat dat CZ groep voor iedere HAP-regio een afspraak maakt met zorgaanbieders. Is er een overzicht van de HAP-regio's? Wij kunnen dit als zorgaanbieder niet vinden namelijk.**

Ja, die is er. Deze is ook gedeeld met Actiz. Voor CZ groep geldt dat zij aangewezen zijn voor de HAPS: Centrale Huisartsenpost Nightcare BV (Heerlen) (onderdeel van HOZL), Coöperatieve Huisartsenpost 't Hellegat - Klaaswaal, Huisartsenpost Oosterhout, HZG Breda, Nucleus Huisartsenposten BV (Terneuzen), SGZ (Haaglanden), SMASH / Hadoks (Zoetermeer) en Stichting Huisartsengeneeskunde Zeeland (Heinkenszand).

**Met betrekking tot de zorginkoop wijkverpleging 2021 hebben wij de volgende vraag: inzet Helpende-Plus in de wijkverpleging. Door de vergrijzing en de wens om langer thuis te wonen, ook met zorg, neemt de behoefte aan wijkverpleging de komende jaren alleen maar toe. Om nu en in de toekomst over voldoende deskundig personeel te kunnen beschikken vinden wij het wenselijk om onder bepaalde voorwaarden medewerkers van een lager deskundigheidsniveau (helpende-plus) in de wijkverpleging in te kunnen zetten. Wij vragen ons af of uw zorginkoopbeleid hiervoor in 2021 ruimte biedt.**

Wij stellen geen eisen ten aanzien van de werkelijke zorglevering, alleen ten aanzien van de indicatiestelling. In de overeenkomsten wijkverpleging verwijzen wij naar het artikel h: professionele standaard: Zorgaanbieder verleent Zorg met inachtneming van de voor hem toepasselijke richtlijnen, standaarden en protocollen, behoudens voor zover in het belang van een goede patiëntenzorg afwijking daarvan is geboden hetgeen moet blijken uit het medisch dossier van de Verzekerde, en artikel 2: de verschillende bepalingen onder Zorglevering.

**Het komt regelmatig voor dat cliënten weigeren een Wlz indicatie aan te vragen, terwijl de wijkverpleegkundige inschat dat een Wlz-indicatie beter zou zijn. Het is aan de cliënt om een Wlz-indicatie aan te vragen en niet aan de wijkverpleegkundige. Kunt u aangeven waar en bij wie exact de verantwoordelijkheden liggen en uw visie daarop weergeven?**

De wijkverpleegkundige is degene die de toegang tot de aanspraak wijkverpleging bepaald. Als blijkt dat de zorg van dermate omvang of complexiteit is dat dit niet meer verantwoord en of veilig is in de thuissituatie dan is dit aan de wijkverpleegkundige (al dan niet in samenspraak met huisarts/ SO) om dit bespreekbaar te maken met de cliënt. Dit vraagt soms meer overredingskracht van degene die dit gesprek voert waarbij ook bepaalde drempels weggenomen kunnen worden, zoals het beeld dat iemand niet meer thuis kan blijven wonen met een WLZ indicatie en het risico dat de cliënt in zorguren achteruit gaat zodra er sprake is van overbruggingszorg.



**Het indicatieproces wordt in een korte periode geëvalueerd. Kunt u concreet aangeven wat u onder een korte periode verstaat? Kan dit ook een half jaar of een jaar zijn bij laag complexe zorg? Wij zien graag hoe dit tijdgebonden omschreven moet worden.**

In eerste instantie verwijzen hiervoor naar het Indicatieproces van V&VN: Monitoren en evalueren van zorg: Continue volgen van de resultaten van de interventies in relatie tot de zorgdoelen, op basis hiervan doorgaan, bijstellen of beëindigen. De cyclus start opnieuw. Er is geen vaste frequentie voor evalueren, dit verschilt per zorgdoel. Wij hebben hier vooralsnog geen tijdsindicaties voor. Uit onze projecten rondom anders omgaan met materiele controles blijkt dat zorgaanbieders waarbij het indicatieproces bestaat uit 3-4 momenten (en deze momenten gebruiken om het netwerk beter in beeld te krijgen) waardoor de doelstellingen en interventies beter aansluiten bij de vraag van de cliënt.

**Pagina 24: hulpmiddelen. Welk type hulpmiddel bedoelt u? Welk type hulpmiddel zouden wij vaker in kunnen zetten? Denkt u aan hooglaagbedden, klittenbandzwachtels, of hulpmiddelen die een ergotherapeut voorschrijft? Graag vernemen we wat u hiermee precies bedoelt. Kunt u concreet uiteenzetten om welke hulpmiddelen het wel en niet gaat?**

Wij kunnen geen oneindige lijst met hulpmiddelen benoemen wat wel/ niet van toepassing is. Wij gaan ervan uit dat ieder hulpmiddel dat ingezet wordt waarbij de zelfredzaamheid vergroot wordt van toegevoegde waarde is voor de cliënt.

**In het inkoopbeleid wordt aangegeven dat het omzetplafond wordt bepaald o.b.v. de realisatie voorgaand jaar. De realisatie in 2020 is echter niet maatgevend voor een "normaal" jaar vanwege de Coronacrisis. Hoe gaat CZ hiermee om?**

CZ zal dit toelichten in het voorstel dat in augustus richting zorgaanbieders wordt verstuurd.

