

Achmea Inkoopdocument AWBZ 2014 Verpleging, Verzorging en Thuiszorg





Achmea Zorgkantoor

Regio's: Amsterdam | Apeldoorn/Zutphen e.o. | Drenthe | Flevoland | 't Gooi (incl. Almere)
Kennemerland | Rotterdam | Utrecht | Zaanstreek-Waterland | Zwolle

Voorwoord

Wij zijn verheugd u hierbij het Achmea en Agis AWBZ zorginkoopbeleid 2014 te presenteren. In dit zorginkoopbeleid vindt u de uitgangspunten voor de inkoop en de geformuleerde inkoopprocedure. Graag nodigen wij zorgaanbieders uit een offerte in te dienen voor AWBZ zorg 2014.

Trots en bezorgdheid zijn tegelijk aanwezig, als wij u dit zorginkoopbeleid aanreiken.

Trots, omdat wij als Achmea en Agis Zorgkantoren ons weer verbeterd hebben. Wij hebben opnieuw wegen gevonden om datgene wat onze zorgaanbieders in de evaluatie hebben aangegeven, te verwerken. Het stimuleren van de verbetering van (aantoonbare) kwaliteit van de geleverde zorg blijft een belangrijk punt. Tegelijkertijd is invulling gegeven aan de doelmatigheidsopdracht die de overheid ons geeft.

En bezorgdheid, omdat de effecten van de crisis waar Nederland in verkeert, steeds duidelijker voelbaar zijn in de langdurige zorg. Bezorgd zijn wij ook, omdat de voorgenomen paradigmashift zoals die bekend is sinds het regeerakkoord van 2012 wel heel veel van burgers, de zorgaanbieders, gemeenten en ons gaat vragen.

Die paradigmashift moet ertoe leiden dat de ontwikkeling van de kosten voor langdurige zorg wordt omgebogen, doordat burgers meer zelf gaan doen, gemeenten meer opvangen in de Wmo, vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) de meer op herstel gerichte zorg zal worden ingekocht en er een kleiner verzekerd pakket overblijft in de kern AWBZ. Om dat mogelijk te maken zal er van alle betrokkenen inzet worden gevraagd.

Wij hebben bij het inkoopbeleid voor 2014 gedacht vanuit de toekomst zoals die geschetst is in het regeerakkoord en de uitwerking hiervan in de brief Kamerbrief *Verantwoorde hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*. Vanuit dit perspectief is bedacht welke beweging er in 2014 in gang moet worden gezet, om te bereiken wat beoogd wordt.

En wat Achmea betreft mag duidelijk zijn wat wij beogen: dat alle verzekerden kunnen rekenen op de beste zorg in 2020. Dat betekent voor de langdurige zorg dat wij graag zien dat ouderen meer zelf de regie hebben en houden met betrekking tot hun bestaan. Dat wij graag zien dat iedereen kan rekenen op de beschikbaarheid van de zorg die nodig is, en dat die zorg van de best mogelijke kwaliteit zou moeten zijn. Ook in de gehandicaptenzorg hebben wij die kwalitatieve insteek, waarbij wij blijven benadrukken dat het deel uitmaken van de samenleving voor deze sector een richtinggevend perspectief is.

Dit inkoopbeleid moet ons helpen om samen met u tot afspraken te komen. Wij hopen dat u herkent dat wij ons graag met u verbinden, om er samen voor te zorgen dat de mensen die afhankelijk zijn van de AWBZ op ons kunnen blijven vertrouwen.

Wij wensen u veel succes met het indienen van de offerte en zien uit naar onze samenwerking!

Mei 2013,

Rieta van Staalduine.
Directeur Care Inkoop & Beleid

Inhoudsopgave

1	Beleid	7
1.1	Langetermijnvisie op de AWBZ	7
1.2	Ontwikkelingen in de AWBZ algemeen	7
1.3	Ontwikkelingen in de AWBZ Verpleging, Verzorging en Thuiszorg	8
1.4	Doelstellingen zorginkoop 2014 VV&T	8
2	Welke zorg kopen wij in?	10
2.1	Zorgkantoorregio's	10
2.2	Kavels	11
2.2.1	Intramurale zorg	11
2.2.2	ZZP Meerzorg	11
2.2.3	Volledig pakket thuis (VPT)	12
2.2.4	Extramurale zorg	12
2.2.5	Dagbesteding en vervoer	12
2.2.6	Intensieve kindzorg	12
2.2.7	Nieuwe zorgaanbieders	12
2.2.8	Dementiezorg	12
2.2.9	Overige	12
2.2.10	Zorgplan = Realisatie	12
2.2.11	Zorginfrastructuur	12
2.3	Leveringsvoorwaarden en productspecificaties	13
3	Bij wie kopen wij zorg in?	14
3.1	Bestaande zorgaanbieders	14
3.1.1	Minimale levering	14
3.1.2	Gebruik maken van derden voor de levering van zorg	14
3.2	Intensieve kindzorg	14
3.3	Nieuwe zorgaanbieders	14
3.3.1	Keuze nieuwe zorgaanbieder	14
3.4	Dementiezorg	15
4	Hoe kopen wij zorg in?	16
4.1	Inkoopraming	16
4.2	Contracteerruimte 2014	16
4.3	Inkoopmethodiek	16
4.4	Hoe wordt het initiële budget per kavel vastgesteld?	17
4.4.1	Intramurale zorg	17
4.4.2	ZZP-Meerzorg	17
4.4.3	Extramurale zorg, VPT, dagbesteding en vervoer en intensieve kindzorg	17
4.4.4	Nieuwe zorgaanbieders	17
4.4.5	Dementiezorg	17
4.5	Hoe wordt het tarief per kavel vastgesteld?	17
4.5.1	Gebruik maken van derden voor de levering van zorg	18
4.6	Hoe wordt het volume per kavel vastgesteld?	18
4.6.1	Kavel intramuraal, extramuraal, dagactiviteiten en vervoer, intensieve kindzorg en nieuwe zorgaanbieders	18
4.6.2	Te offrenen volume	19
4.6.3	Spoedzorg	19
4.6.4	Dementiezorg	20
4.6.5	Regionale maatwerk afspraken	20
4.7	Op welke wijzeerschikken wij de middelen in de herschikkingronde?	22
4.8	Op welke wijze wordt nagecalculeerd?	23
4.9	Bijlagen	24

1 Beleid

Voor u ligt het zorginkoopbeleid voor de tien regio's waar Achmea namens alle zorgverzekeraars in Nederland de inkoop van AWBZ-zorg voor 2014 verzorgt. Dit document beschrijft onze visie en strategie, en de vertaling hiervan naar het zorginkoopbeleid AWBZ 2014. Het zorginkoopbeleid 2014 vormt de basis van en biedt een handleiding voor het indienen van de offerte. Dit beleid is van toepassing op de sector Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (VV&T). De Achmea zorginkoopprocedure AWBZ 2014 is onlosmakelijk verbonden met dit zorginkoopbeleid.

1.1 Langetermijnvisie op de AWBZ

De Divisie Zorg & Gezondheid van Achmea maakt onderdeel uit van het verzekeringsconcern Achmea. Met ruim 4,8 miljoen zorgverzekerden (op basis van de Zvw) zijn wij marktleider in Nederland op het gebied van zorg. Wij zijn samen met zorgaanbieders en andere stakeholders verantwoordelijk voor het aan onze cliënten leveren van kwalitatief goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Daarbij willen wij werken vanuit een gezamenlijke en inspirerende identiteit. Die helpt ons effectief samen te werken in het belang van de cliënt.

Het fundament van onze identiteit wordt gevormd door solidariteit en vertrouwen. Achmea wil zorg voor mensen met een zorgvraag toegankelijk houden, zowel voor de huidige als de toekomstige cliënt. Uitgangspunt hierbij is allereerst het vertrouwen dat wij in het zorgveld en onszelf hebben. Alleen samen kunnen wij de zorg verbeteren en mensen met een zorgvraag de zorg bieden die nodig is.

Kernwaarden zijn diepgewortelde overtuigingen die wij in ons dagelijks werk steeds voor ogen houden. Zij zijn een richtsnoer en bindmiddel tegelijk. Ze beschrijven hoe wij met elkaar en onze omgeving omgaan. De kernwaarden van de Divisie Zorg & Gezondheid zijn: 'inleven, vernieuwen en waarmaken'. Ons gewaagde doel is uitdagend. Achmea wil dat iedereen voor 2020 kan vertrouwen op de beste zorg. Dat vraagt om kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

De gezondheidszorg en het solidariteitsbeginsel hiervan, staan onder druk. Er is sprake van vergrijzing, krapte op de arbeidsmarkt en stijgende kosten en risico's. De mix van deze ontwikkelingen heeft grote gevolgen voor de burger, het zorgveld en de zorgverzekeraar en vereist gericht beleid.

Achmea steekt in op een benadering die 'normaal' is waar mogelijk en 'bijzonder' waar noodzakelijk.

Onze vertaling van 'normaal' is dat de zorg zoveel mogelijk in de nabijheid van, en laagdrempelig voor de cliënt georganiseerd is. Primair is deze zorg ondersteunend van aard, waarbij wordt geredeneerd vanuit de mogelijkheden tot zelfredzaamheid van cliënten. Dit betekent dat deze ondersteuning zo veel mogelijk in de wijk / de buurt wordt gepositioneerd. Daarbij streven wij ook naar een zo integraal mogelijke benadering. Afstemming van de zorg rond en met de cliënt is efficiënt en cliëntvriendelijk en verkleint de kans op escalatie naar duurdere vormen van zorg. Het uitgangspunt is om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Achmea denkt daarom vanuit beschikbaarheidsperspectief aan spreiding van het zorgaanbod. Met 'bijzonder' doelen wij op zorg die specialistisch van aard is en daarom niet (altijd) op lokaal niveau beschikbaar te maken is. Anderzijds vinden wij vanuit

kwaliteits- en betaalbaarheidsperspectief concentratie van zorg nodig.

Het regeerakkoord van Rutte II zet sterk in op het langer thuis blijven wonen en het voeren van de eigen regie door de cliënt. Daarbij wordt de AWBZ teruggebracht tot een kern AWBZ voor langdurige zorg. Hiermee worden delen van de AWBZ naar de Zvw en naar de Wmo overgeheveld. Om onze visie op de langdurige zorg te kunnen verwezenlijken, zetten wij in op het voorzien in voldoende zorg binnen de kern-AWBZ uitgevoerd door zorgverzekeraars. Daarbij vinden wij het belangrijk om steeds samen te werken met de gemeenten, zodat mensen die het nodig hebben voorzien worden van een passend samenhangend en afgestemd pakket van zorg en ondersteuning.

Ons gewaagd doel is dat in 2020 verzekerden kunnen rekenen op de beste zorg. Daarom willen wij dat kwaliteit in 2015 in uitkomsttermen op cliëntniveau inzichtelijk is. In 2018 streeft Achmea naar een wijze van bekostiging van zorg die is gekoppeld aan de resultaten van de geleverde zorg voor zowel de langdurige als kortdurende zorg.

1.2 Ontwikkelingen in de AWBZ algemeen

Het kabinet Rutte II heeft in het regeerakkoord ingrijpende hervormingen in de langdurige zorg aangekondigd. In mei van dit jaar is de uitwerking hiervan in de brief *Verantwoorde hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst!* door VWS verwoord. Het kabinet zet voor de zorg sterk in op het vergroten van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten. Voorzien is dat per 2015 de extramurale AWBZ deels bij de zorgverzekeraars in de Zvw, en deels bij gemeenten in de Wmo wordt ondergebracht. De langdurige intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg wordt georganiseerd in een kern-AWBZ. De intramurale GGZ wordt overgeheveld naar de Zvw (en Wmo). Over alle sectoren (VV&T, GZ en GGZ) heen wordt het beleid van het extramuraliseren van de lage ZZP's voortgezet.

Achmea vindt het van belang dat de ontwikkelingen in het zorginkoopbeleid passen in het toekomstperspectief dat de landelijke overheid schetst. Dat betekent dat het zorginkoopbeleid 2014 voor zover mogelijk een ontwikkeling richting het nieuwe perspectief laat zien. Concreet betekent dit dat er voor de verschillende sectoren binnen de AWBZ andere accenten liggen. Wel is voor alle sectoren de samenwerking met gemeenten, de samenhang met de cure en -voor de gehandicaptenzorg en GGZ- de transitie jeugdzorg belangrijk.

¹ Zie de kamerbrief *Verantwoorde hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst, met kenmerk 114352-103091-LZ*

1.3 Ontwikkelingen in de AWBZ Verpleging, Verzorging en Thuiszorg

Voor de VV&T in het bijzonder staat een belangrijke transitie op het programma. Een deel van de huidige extramurale VV&T zorg zal in 2015 worden overgeheveld naar de Zvw en een ander deel zal in de vorm van een voorziening in de Wmo terecht komen. Waar de ‘knip’ exact zal komen te liggen is nog niet concreet en moet nog uitgewerkt worden. In de aangehaalde brief van VWS wordt gesteld dat ook activiteiten op het gebied van Persoonlijke verzorging die onlosmakelijk vervlochten zijn met de verpleging die nodig is onder de nieuwe aanspraak “thuisverpleging” in de Zvw komen te vallen. Voor de vaststelling van de nieuwe aanspraak “thuisverpleging” worden ook elementen van begeleiding betrokken. Op grond van de brief gaat het grootste deel van de Persoonlijke verzorging en begeleiding over naar de Wmo en wordt er binnen de Zvw een nieuwe aanspraak “thuisverpleging” opgenomen.

De transitie gaat tevens gepaard met een extramuraliseringslag wat voor alle partijen in de AWBZ vragen oproept en tot onzekerheden leidt. In 2014 worden naast de ZZP VV 1 en 2 ook geen nieuwe indicaties meer afgegeven voor ZZP VV 3. Mede door de grote impact die de transitie op de zorgaanbieder zal hebben is er in het zorginkoopbeleid 2014 voor gekozen om de schriftelijke procedure sterk te vereenvoudigen. Het aanleveren van bewijsmiddelen is tot een minimum beperkt en de speerpunten zoals in 2013 benoemd, spelen ook in 2014 –eventueel op basis van de politieke ontwikkelingen enigszins aangepast– een belangrijke rol. Wel is het zorginkoopbeleid vanuit het toekomstperspectief opgesteld, hetgeen resulteert in enkele veranderingen ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2013.

1.4 Doelstellingen zorginkoopbeleid 2014 VV&T

Op basis van de lange termijn visie op de AWBZ en de recente politieke ontwikkelingen inzake de AWBZ heeft Achmea voor het zorginkoopbeleid 2014 VV&T een achttal doelstellingen geformuleerd. Deze doelstellingen vormen de rode draad binnen dit zorginkoopbeleid. Het behalen van de doelstellingen wordt wat ons betreft niet beperkt tot de inkoopprocedure. Zorginkopers geven samen met andere stakeholders als cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en gemeenten in 2014 invulling aan het behalen van de (regionale) doelstellingen.

Achmea wil graag samen met de zorgaanbieders deze doelen bereiken, opdat de AWBZ-cliënten nu en in de toekomst op kwalitatief goede en betaalbare zorg kunnen rekenen.

1. Kwaliteit van zorg

Wij zorgen er voor dat zorgaanbieders investeren in kwaliteit van zorg, zodat cliënten goede kwaliteit van zorg ervaren.

Achmea wil met het inkoopbeleid de door cliënten ervaren kwaliteit van zorg verder verbeteren. Naast het opnemen van kwaliteitseisen in de geschiktheidseisen en overeenkomst, doen wij dit door de door de cliënt ervaren kwaliteit van zorg, mede bepalend te laten zijn voor de te maken afspraken in de herschikkingronde. Hiermee stimuleren wij dat er sprake is van het

‘geld volgt cliënt naar de beste zorg’. Met in 2013 gecontracteerde zorgaanbieders die niet voldoen aan de kwaliteitseisen maken wij verbeterafspraken, waardoor op termijn alle gecontracteerde zorgaanbieders, naast de geschiktheidseisen voldoen aan de basiskwaliteitseisen. Zorgaanbieders waarbij de kwaliteit aantoonbaar onder een gewenst minimumniveau blijft worden op termijn niet langer gecontracteerd door Achmea.

2. Doelmatige zorg

Wij kopen in 2014 voldoende kwalitatief goede zorg in met de beschikbare contracteerruimte, zodat cliënten de zorg kunnen krijgen die nodig is.

Achmea zorgt, voor zover de contracteerruimte dit toelaat, ervoor dat de gemaakte (productie) afspraken met de zorgaanbieders van dien aard zijn dat cliënten met een geldige indicatie zo snel mogelijk, in elk geval binnen de Treeknorm, van passende zorg worden voorzien. Dit doen wij door op basis van een inkoopraming 2014 doelmatige zorg in te kopen en doelmatige financieringsafspraken te maken met zorgaanbieders. Daarbij gaan wij in gesprek met zorgaanbieders over de hoeveelheid cliënten die geholpen wordt voor een bepaald budget, waarbij groeifafspraken mogelijk zijn indien er bereidheid is om de zorg aantoonbaar doelmatiger te leveren tegen in elk geval gelijke kwaliteit.

3. Extramuralisering

Wij zorgen er voor dat cliënten zo veel mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Daar waar zij nu nog intramuraal verblijven (en het recht hierop behouden) stimuleren wij de ontwikkeling van een passend extramuraal zorgaanbod al dan niet in geclusterde woonvorm, zodat de cliënt zo dichtbij mogelijk in de woonomgeving gebruik kan maken van passende zorg. Voor cliënten die afhankelijk zijn van intramurale zorg, zorgt Achmea samen met de zorgaanbieders voor een passend aanbod van intramurale zorg binnen de regio, voor cliënten nu en in de toekomst.

Achmea zal op basis van de verwachte toekomstige regionale intramurale zorgvraag in gesprek gaan met zorgaanbieders om te komen tot een passend zorgaanbod. Dit kan resulteren in een afbouw van capaciteit. Wij willen dit op een maatschappelijk verantwoorde wijze samen met de zorgaanbieders aanpakken. Hierbij stimuleren wij de ontwikkeling van een passend extramuraal zorg- en welzijn aanbod onder meer door de inzet van de Specialist Ouderen Geneeskunde (SOG'er) in de eerste lijn, samenwerking met gemeenten en maatwerk in groeifafspraken. Knelpunten, ervaren door zorgaanbieders bij de levering van de prestatie Volledig Pakket Thuis, worden, voor zover mogelijk, gezamenlijk aangepakt, zodat deze vorm van zorg doelmatig en kwalitatief verantwoord geleverd kan worden.

4. Cliëntparticipatie

Participatie van cliënten in het zorgproces vinden wij belangrijk. Wij stimuleren dat zorgaanbieders samen met cliënten werken aan de verdere verbetering van de zorg.

Achmea wil de cliënt een belangrijke rol geven. Daarom hebben wij bij de totstandkoming van het inkoopbeleid cliëntenraden

en -organisaties uitgenodigd om mee te denken over de speerpunten kwaliteit van zorg, langer thuis wonen en gepaste intramurale zorg. Door de speerpunten met elkaar te bespreken, zorgen wij voor een verdere doorontwikkeling van de positionering van de cliënten(raad) en sluit ons inkoopbeleid beter aan bij de behoeften van de cliënt. Wij spreken met zorgaanbieders af dat zij cliënten betrekken bij de beleidskeuzes voor de kwaliteit van zorg. Hierdoor kan de cliënt direct invloed uitoefenen op de kwaliteit van zorg en kan de ervaren kwaliteit van zorg worden verbeterd. Daarnaast vinden wij het belangrijk dat de toekomstige cliënt op basis van betrouwbare gegevens gefundeerd een zorgaanbieder kan kiezen. Daarom willen wij dat de zorgaanbieder de kwaliteitsgegevens op haar website publiceert. Met zorgaanbieders met de beste score voor de CQ (Consumer Quality Index) maken wij tijdens de herschikkingronde aanvullende productieafspraken indien resterende contracteermiddelen beschikbaar zijn. Hiermee wordt 'geld volgt cliënt', 'geld volgt cliënt naar de beste zorg'.

5. Keuzevrijheid van de cliënt

Wij contracteren een gevarieerd en voldoende passend zorgaanbod, zodat cliënten keuze hebben. Gesignaleerde leemtes in het zorgaanbod vullen wij waar mogelijk met bestaande zorgaanbieders op. Voor resterende leemtes in het zorgaanbod, contracteren wij nieuwe zorgaanbieders.

Met het oog op de aanstaande transitie willen wij voorkomen dat nieuwe zorgaanbieders en Achmea slechts voor één jaar forse investeringen in geld en relatie moeten doen. Wij zijn dan ook terughoudend in het contracteren van nieuwe zorgaanbieders. Wij willen een toekomstbestendig zorgaanbod contracteren. Mochten leemtes in het zorgaanbod zijn signaleerd, dan contracteren wij nieuwe zorgaanbieders.

6. Integraliteit van zorg

Wij kopen waar mogelijk integrale zorg in, zodat cliënten beschikken over een samenhangend en afgestemd zorgaanbod. Daarbij vinden wij het van belang dat cliënten worden ondersteund om hun zelfredzaamheid zoveel mogelijk te behouden en waar mogelijk te vergroten.

Achmea stimuleert zorgaanbieders om de hulpvraag van de cliënt naast de AWBZ-gerelateerde zorgvraag, in breder perspectief te zien en kennis te hebben van de sociale kaart in de omgeving van de cliënt. Door effectieve en efficiënte inzet van de Specialist Ouderengeneeskunde (SOG), een (indien nodig) Multidisciplinair overleg voor de cliënten met een complexe zorgvraag en het betrekken van de eerstelijns zorgaanbieders (huisarts, apotheker, etc.) in het zorgplan, ervaart de cliënt een integrale aanpak van zijn/haar (gezondheid)probleem. Cliënten ervaren, zodra zij een zorgvraag hebben, zo min mogelijk knelpunten in de zorg als de zorgvraag beantwoord wordt door verschillende zorgaanbieders en de zorg op verschillende manieren gefinancierd wordt.

Dementiezorg neemt in het inkoopbeleid, net als afgelopen jaren een belangrijke positie in. Wij blijven goede integrale dementiezorg stimuleren. Ook in 2014 maken wij met dementienetwerken afspraken over deze zorg, waarbij het aanleveren van (kwaliteits) gegevens een belangrijk aandachtspunt zal zijn. Tevens stimuleren wij de doorontwikkeling van dementienetwerken naar geriatrische netwerken.

Wij willen thuiszorgaanbieders ook een preventieve rol laten vervullen. Daarom willen wij dat de door ons gecontracteerde zorgaanbieder bij haar cliënten valpreventie-activiteiten verricht en een signalerende functie heeft op het gebied van medicatiegebruik.

7. Eigen regie van de cliënt

Wij stimuleren zorgaanbieders om de eigen regie van de cliënt optimaal aan te wenden en aanvullend op het eigen kunnen van de cliënt professionele zorg in te zetten.

Achmea stimuleert zorgaanbieders de eigen regie en het eigen kunnen van de cliënt centraal te stellen, waarbij professionele zorg afhankelijk van de situatie en eigen mogelijkheden van de cliënt wordt ingezet. Wij willen graag met zorgaanbieders in gesprek over de inzet van bijvoorbeeld E-health of andersoortige systemen om de cliënt te ondersteunen bij het voeren van eigen regie en zelfmanagement, zodat zij mede daardoor langer in hun eigen woonomgeving kunnen blijven wonen.

8. Transitie AWBZ

Wij bereiden samen met zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars de transitie van de AWBZ naar Wmo en Zvw voor. Dat doen wij op basis van wederzijds vertrouwen en waarbij de (zorg)oplossingen voor de cliënt centraal staan. Wij willen dat de cliënt ook na de transitie de zorg ervaart als kwalitatief goed, beschikbaar en betaalbaar.

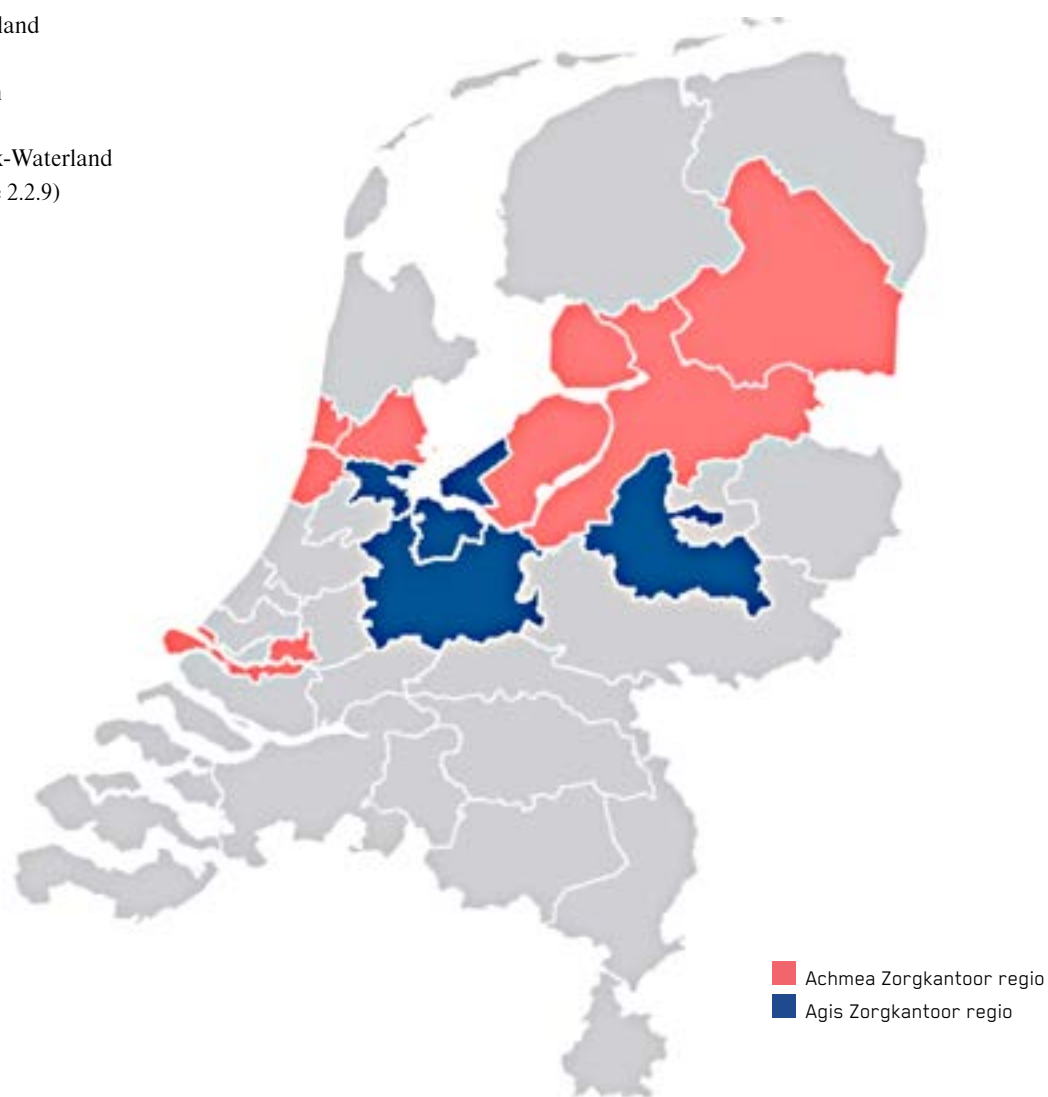
Samen met de zorgaanbieders zorgen wij voor een goede overgang naar de gemeente en zorgverzekeraar, waarbij de cliënt zo min mogelijk knelpunten ondervindt.

2 Welke zorg kopen wij in?

2.1 Zorgkantoorregio's

Conform het beleid van afgelopen jaren onderscheiden wij de volgende regio's.

- regio Amsterdam
- regio Almere
- regio Apeldoorn/Zutphen e.o.
- regio Drenthe
- regio Flevoland
- regio 't Gooi
- regio Kennemerland
- regio Utrecht
- regio Rotterdam
- regio Zwolle
- regio Zaanstreek-Waterland
- regio Overig (zie 2.2.9)



2.2 Kavels

Binnen de sector VV&T onderscheiden wij een aantal kavels en doelgroepen waarvoor specifiek zorginkoopbeleid is opgesteld. Een kavel bestaat uit een regio en een zorgsoort of zorgprestatie. Voor 2014 hebben wij per regio de volgende kavels en doelgroepen benoemd:

- Intramurale zorg;
- ZZZP Meezorg;
- Volledig Pakket Thuis;
- Extramurale zorg;
- Dagbesteding en vervoer;
- Intensieve Kindzorg;
- Nieuwe zorgaanbieders;
- Dementiezorg;
- Overige.

2.2.1 Intramurale zorg

Dit kavel betreft de intramurale zorgprestaties Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's) VV met en zonder behandeling, toeslagen Zware zorg, Spoedzorg en Mutatiedagen. Om in aanmerking te komen voor een afspraak in dit kavel dient de zorgaanbieder een toelating te hebben voor de functie verblijf. De intensiveringsmiddelen² maken, net als in 2013, geen deel uit van dit zorginkoopbeleid.

Sectorvreemd / sectoreigen ZZP's

Achmea koopt ZZP's in bij intramurale zorgaanbieders die de geïndiceerde ZZP's kwalitatief verantwoord kunnen leveren en voldoen aan de (aanvullende) leveringsvoorwaarden (zie bijlage). Zorgaanbieders kunnen alleen die ZZP's declareren en betaald krijgen waarvoor een productieafpraak is gemaakt. Als een cliënt zich meldt met een indicatie voor een ZZP waarvoor geen productieafpraak is gemaakt tussen Achmea en de zorgaanbieder en de cliënt ermee akkoord gaat dat hij/zij een ander pakket geleverd krijgt dan is geïndiceerd, kan de zorgaanbieder het wel afgesproken en geleverde ZZP declareren. Hiervoor gelden de regels voor omzetting naar afgesproken ZZP's zoals door de gezamenlijke zorgverzekeraars zijn gesteld en gepubliceerd op de website van Achmea (vertaaltabel ZZP's). In deze gevallen spreken wij van omzettingen naar sector-eigen ZZP's. Indien de af te spreken prestatie niet behoort tot de hoofdgrondslag van de zorgaanbieder, dan spreken wij van een sectorvreemde ZZP. Het kan zijn dat hiervoor (aanvullende) leveringsvoorwaarden zijn gesteld (zie bijlage bij sectorspecifiek inkoopbeleid). De zorgaanbieder dient hieraan te kunnen voldoen.

Gezien de opdracht tot extramuralisering en de verwachte overheveling van de intramurale GGZ pakketten, maken wij binnen de sectoren VV&T en GZ in 2014 geen nieuwe afspraken voor GGZc pakketten. Dit betekent dat wij in 2014 niet meer dagen ZZP GGZc afspreken dan in 2013 en dat wij voor nieuw geïndiceerde cliënten voor GGZc niet instemmen met omzettingen

² *Zorgaanbieders waarmee in 2012 door de zorgkantoren van Agis en Achmea afspraken zijn gemaakt in het kader van de intensiveringsmiddelen, komen – als de overheid deze continueert voor de VV&T sector - in 2014 automatisch in aanmerking voor deze middelen. Achmea kent dan voor 2014 dezelfde middelen toe als in 2012 zijn vastgesteld en toegekend. Tenzij aantoonbaar geen uitvoering is gegeven aan de afgesproken bestedingsvoorstellen.*

naar sectoreigen ZZP's. De zorg aan bestaande cliënten met een ZZP GGZc indicatie (sectorvreemd of sectoreigen) binnen de VVT en GZ zijn onderwerp van gesprek in het inkoopgesprek 2014.

Afspraken nieuwe ZZP's gedurende 2014

Als een zorgaanbieder gedurende het jaar een afspraak wil maken voor ZZP's waarvoor (nog) geen productieafpraak is gemaakt, dan dient de zorgaanbieder hierover te overleggen met Achmea. Wij toetsen dan of de zorgaanbieder voldoet aan de (aanvullende) leveringsvoorwaarden en kunnen vervolgens – zonder hier op enige wijze toe te zijn gehouden – besluiten om al dan niet voor de betreffende ZZP alsnog een afspraak te maken. Declaratie en betaling van deze nieuwe ZZP's kunnen alleen plaatsvinden na schriftelijke toestemming van Achmea.

2.2.2 ZZP Meezorg

Sinds 1 januari 2012 werken zorgkantoren landelijk met de gewijzigde Regeling zorgaanspraken AWBZ (Rza). Voor een ZZP Meezorg komen alleen cliënten in aanmerking die verblijven in een voor verblijf met behandeling toegelaten instelling en zijn geïndiceerd voor de ZZP's VG-5, VG-7, VG-8, LG 5, LG-7, ZG-3-auditief, ZG-5-visueel, LVG-4, LVG-5 of SGLVG. Voor de VV&T zijn dit dus sectorvreemde ZZP's.

Geregeld is dat cliënten met een in de regeling genoemd ZZP in aanmerking kunnen komen voor meer zorg dan waarop zij op basis van het geïndiceerde ZZP aanspraak kunnen maken. De NZa neemt niet het besluit over het toekennen van de financiële toeslag voor meezorg; zorgverzekeraars nemen dit besluit, zorgkantoren voeren dit uit.

Protocol Meezorg

Om zorgverzekeraars in hun beoordelende rol te ondersteunen en uniformiteit te bereiken is het protocol Meezorg opgesteld (zie bijlage). Het protocol beschrijft het proces dat wordt doorlopen van aanvraag tot realisatie van meezorg. Het is belangrijk dat Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), zorgverzekeraar/zorgkantoor en zorgaanbieders hierbij nauw met elkaar samenwerken. Het CCE brengt vanuit een onafhankelijke positie advies uit aan de zorgaanbieder over de zorginhoudelijke aspecten van de aanvraag meezorg. Zorgkantoren baseren hierop hun besluit over meezorg.

Het proces van aanvraag tot realisatie van meezorg onderscheidt twee procedures³. De zogenaamde reguliere procedure gaat in op meezorg die, over het algemeen, voor een langere periode wordt ingezet, en werd voorheen 'Toeslag extreme zorgzwaarte' genoemd. Zorgkantoren, CCE en zorgaanbieders volgen de verkorte procedure, voorheen 'Bijzonder zorgplan' genoemd, wanneer de zorgaanbieder voor een periode van maximaal 6 maanden meezorg inzet en het CCE reeds een consultatie heeft uitgevoerd.

³ *Voor meer informatie over meezorg kunt u terecht op de website van het CCE: www.CCE.nl*

De beschikbare middelen voor “Meerzorg” komen per 2014 geormerkt binnen de contracteerruimte van de zorgkantoren. Voorheen financierde de NZa Meerzorg buiten de contracteerruimte. Wij hebben een kavel Meerzorg ingericht zodat wij zicht houden op het beslag op deze geormerkte middelen. Daarnaast willen wij Meerzorg beheersbaar houden door de tarieven daar waar nodig in de herschikkingsronde aan te passen opdat het totaal van de gemaakte afspraken past binnen de geormerkte middelen.

2.2.3 Volledig pakket thuis (VPT)

Binnen het kavel VPT vallen alle ZZP's VV die in VPT-vorm afgesproken kunnen worden, met uitzondering van de VPT VV 9 en 10. Vanuit kwalitatief oogpunt (zware populatie met behandeling vraagt om intramurale setting) maken wij geen afspraken voor de prestaties VPT V&V 9 en 10. Afhankelijk of de zorgaanbieder beschikt over de toelating voor de functie verblijf en al dan niet voldoet aan de gestelde (aanvullende) leveringsvoorwaarden worden de VPT's met en zonder behandeling afgesproken.

2.2.4 Extramurale zorg

Het kavel extramurale zorg bestaat uit de extramurale zorgprestaties die voor de sector VV&T door de NZa zijn vastgesteld en zijn vastgelegd in een beleidsregel. Dit zijn Persoonlijke Verzorging (incl. zorg op afstand aanvullend, farmaceutische telezorg en Speciaal), Verpleging (incl. zorg op afstand aanvullend en Speciaal), Begeleiding (incl. zorg op afstand aanvullend), Verpleging AIV en Behandeling. Alleen als voldaan wordt aan de gestelde (aanvullende) leveringsvoorwaarden zijn wij bereid afspraken te maken voor betreffende prestaties. Binnen dit kavel bestaat tevens de mogelijkheid om maatwerkafspraken te maken over beschikbaarheid van zorg (onplanbare zorg) en consultatie van de SOG'er binnen de eerste lijn.

2.2.5 Dagbesteding en vervoer

Dagbesteding en vervoer betreft een kavel met de zorgprestaties Dagactiviteiten basis, somatiek, psychogeriatrisch en bijhorende vervoer prestatie. Ook voor deze prestaties geldt dat voldaan moet worden aan de gestelde (aanvullende) leveringsvoorwaarden.

2.2.6 Intensieve kindzorg

Zorg binnen dit kavel betreft medisch-specialistische verpleegkundige zorg in de extramurale situatie, die wordt geleverd door (kinder)thuiszorgorganisaties, verpleegkundig kinderdagverblijven (leeftijd 0-5 jaar) en kinderrhospices aan kinderen met somatische problematiek waarbij permanent toezicht noodzakelijk is en / of voortdurend in de nabijheid aanwezig is. Er zijn hiervoor geen specifieke zorgprestaties beschreven. Binnen dit kavel hebben wij de extramurale prestaties Persoonlijke Verzorging (incl. Speciaal, zorg op afstand aanvullend en farmaceutische telezorg), Verpleging (incl. Speciaal en zorg op afstand aanvullend), Begeleiding (incl. Speciaal en zorg op afstand aanvullend), Verpleging AIV en Behandeling.

2.2.7 Nieuwe zorgaanbieders

Per regio contracteren wij maximaal twee nieuwe zorgaanbieders. Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2013 geen overeenkomst met Achmea hebben voor de levering van AWBZ zorg in het betreffende kavel.

2.2.8 Dementiezorg

Onder dit kavel vallen de prestaties Vroegsignalering en Casemanagement dementie.

2.2.9 Overige

Het kavel Overige betreft de zorgprestaties die geleverd worden door zorgaanbieders die gecontracteerd worden voor de zorg in één of meer van de in paragraaf 2.1 vermelde regio's, maar op basis van historische afspraken of overhevelingen ook zorg leveren in een andere regio dan in paragraaf 2.1 vermeld. Het kavel betreft de zorg geleverd in de niet in paragraaf 2.1 vermelde zorgkantoorregio's. Deze kavel staat alleen open en is dus alleen relevant voor zorgaanbieders die in 2013 ook reeds een productieafpraak voor dit kavel hebben.

2.2.10 Zorgplan = Realisatie

Per 2014 is het mogelijk om middels de systematiek Zorgplan = Realisatie te werken. Hierover moet overeenstemming bestaan tussen zorgaanbieder en Achmea. De zorgaanbieder dient te voldoen aan de gestelde eisen om hiervoor afspraken te kunnen maken. Bij het publiceren van dit zorginkoopbeleid zijn deze landelijke eisen echter nog niet bekend. Indien een zorgaanbieder bij de indiening van de offerte (nog) niet kan voldoen aan de landelijk gestelde eisen (of deze nog niet bekend zijn), is het ook mogelijk om hier gedurende 2014 nog afspraken over te maken.

2.2.11 Zorginfrastructuur

Zorginfrastructuur wordt per 2014 onder de contracteerruimte gebracht. Hoe de financiering er per 2014 uit gaat zien is echter op het moment van publiceren van dit inkoopdocument nog niet bekend. Achmea heeft als uitgangspunt om alle zorginfrastructuur die vóór 1-6-2013 is goedgekeurd te continueren in 2014. Hoe de financiering van zorginfrastructuur in 2014 plaatsvindt wordt besproken in het inkoopgesprek met de zorgaanbieder.

2.3 Leveringsvoorwaarden en productspecificaties

Zorgkantoren hanteren gezamenlijk vastgestelde product-specificaties voor ZZP's voor de het zorginkoopbeleid 2014. Deze productspecificaties vormen een aanvulling op bestaande kwaliteitseisen en beschrijvingen per ZZP zoals vermeld in de NZa-beleidsregels. Zorgaanbieders dienen aan deze voorwaarden te voldoen, zodat kwaliteit van zorg wordt geborgd. Naast deze gezamenlijke productspecificaties hanteert Achmea voor

een aantal zorgprestaties aanvullende leveringsvoorwaarden. Deze zijn te vinden in de bijlage. Om in aanmerking te komen voor een afspraak voor deze specifieke zorgprestaties moet een (nieuwe) zorgaanbieder voldoen aan de eisen vermeld in de NZa beleidsregels, de productspecificaties en de aanvullende leveringsvoorwaarden. Deze vormen gezamenlijk de leveringsvoorwaarden per zorgprestatie. Achmea stelt voor de volgende zorgprestaties aanvullende leveringsvoorwaarden:

(Aanvullende) Leveringsvoorwaarden en productspecificaties VV&T per kavel Zorgprestaties waarvoor aanvullende leveringsvoorwaarden van toepassing zijn	Productspecificaties ZN	Aanvullende leveringsvoorwaarden Achmea
Intramurale zorg		
Spoedzorg	Ja	Nee
ZZP 9b	Ja	Nee
ZZP 4, 5 en 7	Ja	Nee
ZZP 10	Ja	Ja
Volledig Pakket Thuis		
Zelfde voorwaarden als gesteld voor de intramurale zorg met als aanvulling:		
Organisatie beschikbaarheid	Ja	Nee
Organisatie Nachtzorg	Ja	Nee
De extramurale zorgaanbieder die VPT wil gaan leveren in 2014 geldt aanvullend op bovenstaande:		
Toelating voor verblijf	Nee	Ja
Extramurale zorg (incl. nieuwe zorgaanbieders)		
Palliatieve zorg	Nee	Ja
Farmaceutische telezorg	Nee	Ja
Persoonlijke Verzorging speciaal	Nee	Ja
Verpleging AIV	Nee	Ja
Verpleging Speciaal	Nee	Ja
Behandeling	Nee	Ja
Dementiezorg		
Vroegsignalering dementie	Nee	Ja
Casemanagement	Nee	Ja
Dagactiviteiten en Vervoer		
Dagactiviteit ouderen basis	Nee	Ja
Dagactiviteit ouderen speciaal SOM en PG	Nee	Ja
Intensieve Kindzorg		
Alle prestaties	Nee	Ja

Nb. Voor GZ en GGZ prestaties kunnen tevens aanvullende leveringsvoorwaarden zijn gesteld. De zorgaanbieder die sectorvreemde prestaties wenst af te spreken, dient te kunnen voldoen aan de voorwaarden zoals in de sectorspecifieke inkoopdocumenten zijn gesteld.

3 Bij wie kopen wij zorg in?

3.1 Bestaande zorgaanbieders

Wij kopen in beginsel zorg in bij alle zorgaanbieders waarmee Achmea voor 2013 productieafspraken AWBZ VV&T heeft gemaakt, waarvan het contract niet is ontbonden in 2013 en die een minimum hoeveelheid zorg hebben geleverd in 2013. Daarnaast dienen de zorgaanbieders te voldoen aan de gestelde eisen in dit inkoopdocument en het document dat de procedurebeschrijving (Zorginkoopprocedure AWBZ 2014) bevat. Uitgangspunt voor Achmea is dat zorgaanbieders de gelegenheid krijgen om de in 2013 gecontracteerde zorg aan bestaande cliënten per 1 januari 2014 te continueren.

3.1.1 Minimale levering

Achmea koopt kwalitatief goede en doelmatige zorg in. Voor een goede bedrijfsvoering van de zorgaanbieder is een minimale omvang van productieafspraken noodzakelijk. Voor de hoogte van de productieafspraken 2014 stelt Achmea voor de minimale omvang van de financiële waarde een ondergrens van € 50.000 per zorgaanbieder. Voor de beoordeling gaan wij uit van de naar de jaarbasis geëxtrapoleerde realisatie op basis van de productierealisatie tot en met periode 5 2013. Als zorgaanbieders deze ondergrens niet behalen, sluiten wij voor 2014 geen overeenkomst voor de levering van AWBZ zorg. Uitzondering hierop zijn de in 2013 voor het eerst gecontracteerde zorgaanbieders. Deze hebben tot 1 juni 2014 de gelegenheid om de ondergrens te behalen.

3.1.2 Gebruik maken van derden voor de levering van zorg

Zorgaanbieders die een offerte indienen, moeten de levering van zorg in beginsel geheel zelf uitvoeren. Voor het inschakelen van onderaannemers bij de levering van zorg is vooraf goedkeuring nodig van Achmea.

Van onderaanneming is sprake als gecontracteerde zorgverlening aan een derde partij of aan ZZP'ers (zelfstandigen zonder personeel) is uitbesteed. Uitzendkrachten en personeel van een onderdeel van de holding waar de gecontracteerde zorgaanbieder toe behoort en de zorg geleverd in het kader van de beschikbaarheidsfunctie extramuraal vallen niet onder deze definitie. Het bepaalde in paragraaf 4.5.1 van dit document is van toepassing.

Toestemming voor onderaanneming

Onderaanneming is slechts mogelijk als de zorgaanbieder in de offerte expliciet heeft aangegeven welke onderaannemers hij wil inschakelen, voor welke zorgprestaties en voor welke omvang van de opdracht hij van plan is dit te doen. Van de desbetreffende onderaannemer moet de zorgaanbieder een geldig uittreksel aanleveren uit het handelsregister van de Kamer van Koophandel (niet ouder dan 1 januari 2013). Tevens garandeert de zorgaanbieder door opgave van de onderaannemers dat deze aan alle eisen voldoen die in deze procedure (voor de aan die onderaannemer op te dragen activiteiten) zijn gesteld. Achmea heeft het recht deze garantie op juistheid te toetsen.

Achmea kan toestaan dat de zorgaanbieder tijdens de looptijd van de overeenkomst wisselt van onderaannemer dan wel een groter of kleiner percentage van de zorg door een onderaannemer laat uitvoeren dan is opgegeven in de offerte. De zorgaanbieder dient, voorafgaande hieraan, hiertoe een gemotiveerd schriftelijk verzoek in te dienen bij haar vaste contactpersoon van Achmea. Achmea zal het verzoek in beginsel honoreren, tenzij naar het oordeel van Achmea hiertegen zwaarwegende bezwaren bestaan.

De zorgaanbieder draagt te allen tijde volledige verantwoordelijkheid voor de door hem in te zetten onderaannemers. Als achteraf blijkt dat de onderaannemer niet aan de gestelde eisen voldoet, heeft Achmea het recht om de overeenkomst met de zorgaanbieder te ontbinden, zonder dat Achmea tot vergoeding van welke kosten of schade dan ook gehouden is. Daarnaast houdt Achmea zich het recht voor om de zorg geleverd door de onderaannemer die niet aan de gestelde eisen voldoet, dan wel waar geen voorafgaande toestemming is verleend door Achmea, niet te vergoeden.

Indien de zorgaanbieder gebruik maakt van onderaannemers dient deze in de inkoopapplicatie een document up te loaden waaruit blijkt welke onderaannemers ingezet worden, voor welke omvang van de te leveren productie en voorzien van een uittreksel van de kamer van koophandel.

3.2 Intensieve kindzorg

Slechts zorgaanbieders die in 2013 een overeenkomst voor de levering van intensieve kindzorg hebben met Achmea, komen in 2014 in aanmerking voor een overeenkomst voor deze zorg.

3.3 Nieuwe zorgaanbieders

Achmea stimuleert marktwerking in de zorg met het oog op optimale keuzevrijheid van cliënten en maximale doelmatigheid van de geleverde zorg. Hiertoe krijgt een aantal nieuwe zorgaanbieders die zorg willen leveren aan cliënten in één van de regio's waarvoor Achmea de inkoop AWBZ-zorg in 2014 doet, de gelegenheid om initiatieven te ontplooiën. Deze nieuwe zorgaanbieders moeten voldoen aan de geschiktheidseisen en er mag geen uitsluitingsgrond van toepassing zijn.

Aantal nieuwe zorgaanbieders

Achmea wil in 2014 nieuwe zorgaanbieders contracteren die een leemte vervullen in het huidige zorgaanbod. Dit houdt in dat Achmea binnen de gestelde voorwaarden zorg kan contracteren bij nieuwe zorgaanbieders, die een zorgaanbod hebben waar momenteel regionaal onvoldoende in wordt voorzien. Een leemte kan zowel geografisch, zorginhoudelijk als doelgroepgerelateerd zijn. Daar waar het zorg voor cliënten met een intramurale indicatie betreft toetst Achmea de offerte van de nieuwe zorgaanbieder aan het capaciteitsbeleid. Het is voor nieuwe zorgaanbieders niet mogelijk om afspraken te krijgen voor

de prestaties VP AIV, extramurale Behandeling, Persoonlijke Verzorging Extra, Verpleging Extra en Begeleiding Extra.

Achmea biedt voor 2014 aan maximaal 2 nieuwe zorgaanbieders per zorgkantoorregio de mogelijkheid tot het verkrijgen van een overeenkomst. Het selectie criterium voor nieuwe zorgaanbieders is de mate waarin het nieuwe zorgaanbod voorziet in een leemte in het huidige Zorg-in-Natura zorgaanbod en in hoeverre de zorgaanbieder in de toekomst van toegevoegde waarde kan zijn. Zie ook de 'Zorginkoopprocedure AWBZ 2014', fase 2 'Offertefase' bij 3. Voorwaarden offerte.

De initiële afspraak van een nieuwe zorgaanbieder bedraagt maximaal € 100.000,-

Als meer dan twee nieuwe zorgaanbieders in een regio aan bovenstaande eisen voldoen geeft Achmea voorrang aan die zorgaanbieder die de meest doelmatige zorg aanbiedt (aantal te helpen cliënten ten opzichte van benodigde middelen). De zorgaanbieder dient in het bedrijfsplan en in de offerte onder de prestatie "Hoeveelheid cliënten die in 2014 van zorg kunnen worden voorzien" aan te geven hoeveel cliënten deze kan helpen. Uit de offerte blijkt vervolgens welke financiële middelen deze hier voor nodig heeft. Gedurende 2014 zal hier middels declaraties op cliëntniveau op gemonitord worden, waarbij indien niet is voldaan aan het voorgestelde Achmea de mogelijkheid heeft de overeenkomst te beëindigen. Achmea kan er zonder opgave van redenen voor kiezen om slechts één zorgaanbieder te contracteren of in het geheel niet. Ook kan Achmea ervoor kiezen om voor een lager bedrag te contracteren dan het bedrag dat de zorgaanbieder in zijn offerte heeft aangegeven.

Indien blijkt dat Achmea in 2013 niet voldoende kan voldoen aan de zorgplicht, dan behoudt Achmea zich het recht voor om alsnog met nieuwe zorgaanbieders een productieafspraken en overeenkomst aan te gaan. Met wie Achmea daarvoor een overeenkomst zal aangaan, is afhankelijk van de aard van de zorg en de specifieke omstandigheden.

3.4 Dementiezorg

De netwerken Dementie waarmee in 2013 afspraken zijn gemaakt over Vroegsignalering en Casemanagement dementie komen in aanmerking voor een afspraak 2014, mits zij voldoen aan de volgende randvoorwaarden:

1. Het regionale netwerk bestaat per 1 januari 2014 uit tenminste: een organisatie die thuiszorg levert, een organisatie die intramurale AWBZ zorg levert, een organisatie die Geestelijke Gezondheidszorg levert, een huisartsenvoorziening, een ziekenhuis en/of geheugenpoli, gemeenten, een welzijnsorganisatie en een vertegenwoordiger van Alzheimer Nederland. De deelname van de diverse actoren is vastgelegd in een convenant, dat op verzoek van Achmea wordt overlegd.
2. Het regionale netwerk beschikt over een plan – het regionale actieplan – dat voor 2014 en verder de basis vormt voor de regionale samenhang en verdere ontwikkeling van

Ketenzorg dementie. Het regionaal actieplan dient te voldoen aan de voorwaarden zoals gesteld bij de aanvullende leveringsvoorwaarden en door de kassier van het netwerk gelijktijdig met de offerte ingediend te worden.

3. Het regionale netwerk werkt aan de implementatie van de Zorgstandaard Dementie.
4. Iedere netwerkpartner levert een financiële en/of personele bijdrage.
5. Het netwerk levert informatie aan bij Achmea over de effecten van de ingezette activiteiten en interventies en levert informatie aan over de netwerkindicatoren bij Vilans, zoals benoemd in de Zorgstandaard dementie.

In 2013 zijn in enkele regio's voor casemanagement en vroegsignalering dementiezorg met individuele zorgaanbieders afspraken gemaakt. Voor 2014 willen wij niet langer met individuele zorgaanbieders, maar, daar waar mogelijk, alleen op netwerkniveau (met kassier) afspraken maken. Dit betekent dat in regio's waarin in 2013 niet op netwerkniveau, maar op individueel zorgaanbieders niveau afspraken zijn gemaakt, door de betrokken partijen binnen dit netwerk een kassier benoemd moet worden. Deze dient gelijktijdig met zijn eigen offerte voor 2014 een aanbieding in namens het netwerk. Dergelijke netwerken worden aangemerkt als een bestaand netwerk.

Wij contracteren alleen nieuwe netwerken indien aantoonbaar kan worden gemaakt dat er sprake is van een witte vlek. Echter, Achmea is voornamelijk van mening dat er op dit moment geen witte vlekken bestaan. In het kader van deze inkoopprocedure zullen dan ook geen overeenkomsten met nieuwe dementie netwerken worden gesloten. Achmea behoudt zich het recht voor om op één later tijdstip alsnog een of meer netwerken te contracteren mocht er een witte vlek ontstaan.

4 Hoe kopen we zorg in?

4.1 Contracteerruimte 2014

Achmea heeft de verantwoordelijkheid om met zorgaanbieders productieafspraken te maken die binnen de hiervoor beschikbare contracteerruimte passen. Bij publicatie van het zorginkoopbeleid is de definitieve contracteerruimte 2014 nog niet afgegeven. Wij gaan voor de bepaling uit dat de door de overheid beschikbaar gestelde contracteerruimte 2014 is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

De contracteerruimte 2013 is de basis voor die van het jaar 2014. Bovenop deze basis komen de (eventuele) groeiruimte voor extramurale zorg en de prijsindexatie 2014. De overheidsmaatregelen voor het jaar 2014 zijn momenteel nog niet geheel duidelijk. Bekend is wel dat:

- De uitstroom van ZZP's ZZP 1 en 2, zoals dat in 2013 in gang is gezet, verder wordt doorgezet. Dit betekent voor de contracteerruimte dat deze additioneel wordt gekort met € 140 miljoen in 2014.
- Er een korting van € 160 miljoen wordt doorgevoerd in verband met de toestand van de Nederlandse economie. Deze korting wordt bereikt middels een neerwaartse bijstelling van de maximum beleidsregelwaarden van de ZZP's;
- Ter dekking van de incidentele bijstelling ten aanzien van het in 2014 beschikbaar houden van dagbesteding kort VWS de landelijke contracteerruimte voor Zorg in Natura met €265 miljoen. Vooruitlopend op de overgang naar de WMO is landelijk afgesproken deze korting voor 2014 te realiseren op de prestaties Begeleiding, Dagactiviteiten en Persoonlijke Verzorging. Achmea wil deze bezuiniging niet alleen realiseren door middel van een maatregel op de tarieven (zie 4.5), maar ook op de volumes (zie 4.6). Wij willen zorgaanbieders stimuleren om zo doelmatig mogelijk met de beschikbare middelen om te gaan en op die wijze een belangrijke bijdrage te leveren in de besparingsopdracht.

Achmea heeft de voor haar zorgkantoorregio's beschikbare contracteerruimte verdeeld over de sectoren VV&T, GZ en GGZ.

Het beslag op de voor Achmea beschikbare contracteerruimte voor de sector VV&T van de hieronder beschreven inkoopmethodiek is getoetst en de productieafspraken die daaruit volgen dienen binnen de beschikbare contracteerruimte te passen.

4.2 Inkoopraming

De inkoopraming voor 2014, zoals gepubliceerd op de website, is een zo realistisch mogelijke inschatting van de verwachte zorgbehoefte in 2014. Deze raming geldt zowel voor de zorg die in natura (ZiN) wordt geboden als de zorg die wordt geleverd via een Persoonsgebonden Budget (PGB), dan wel Vergoedingsregeling Persoonlijke Zorg (VPZ). De zorgbehoefte wordt vastgesteld op basis van onder meer overheidsmaatregelen, de door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geïndiceerde zorgvraag, de indicatietrends en de voorkeuren en de wensen van cliënten met betrekking tot PGB of ZiN. Daarnaast houden wij rekening met de

demografische gegevens. De zorg die wij inkopen op basis van de inkoopraming moet passen binnen de contracteerruimte die geldt voor de VV&T AWBZ-zorg in betreffende zorgkantoorregio's in 2014. De inkoopraming is daarom van belang voor het bepalen van de doelmatigheid die wij met de inkoopprocedure willen realiseren.

4.3 Inkoopmethodiek

In tegenstelling tot de afgelopen jaren hanteert Achmea voor de VV&T niet langer de inkoopmethodiek waarbij op basis van tariefsbepalende criteria een tarief tot stand komt. (Een deel van) de kwaliteitscriteria die in 2013 tariefsbepalend zijn geweest, zijn verplaatst naar de overeenkomst en daarmee randvoorwaardelijk geworden. Reeds in 2013 gecontracteerde zorgaanbieders die nog niet voldoen aan de gestelde voorwaarden in de overeenkomst, dienen dit aan te geven in de offerte in de inkoopapplicatie. Met hen worden verbeterafspraken gemaakt. Hiervoor geldt dat indien op afgesproken datum niet wordt voldaan aan hetgeen afgesproken is, het tarief neerwaarts wordt bijgesteld met hetzelfde percentage zoals voor het zorginkoopbeleid 2013 voor het betreffende criterium gold (dit kan per kavel verschillend zijn).

Wij hebben om velerlei redenen voor deze systematiek gekozen. Allereerst willen wij bijdragen aan de verlaging van de administratieve lasten in de schriftelijke fase van de zorginkoopprocedure. Daarnaast zijn de gehanteerde tariefsbepalende criteria door de in het veld gemaakte verbeteringslag minder onderscheidend geworden, waardoor tariefsdifferentiatie minder voor de hand ligt. Tevens zijn wij van mening dat de vrijblijvendheid om te voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen moet verdwijnen. Wij willen voor uw cliënten en onze verzekerden de beste zorg inkopen. Daarom hanteren wij voor alle kavels in 2014 een budgetmodel, waarbij zowel het tarief als de financiële waarde van de te maken productieafpraak per zorgaanbieder per kavel door Achmea is vastgesteld. Het af te spreken volume is afhankelijk van de financiële waarde van de productieafpraak en de vastgestelde tarieven per kavel. Uitzondering hierop zijn de maatwerkafspraken zoals deze in enkele kavels gemaakt kunnen worden. Voor de maatwerkafspraken wordt een aanvullende afspraak met een financiële waarde gemaakt.

Voor wat betreft het volume binnen het extramurale kavel willen wij graag met zorgaanbieders in gesprek over de hoeveelheid cliënten die geholpen worden voor het budget. Groei is, mits de financiële ruimte dit toelaat en middels maatwerkafspraken, dan ook mogelijk indien de zorgaanbieder op basis van de CQ-score (of vergelijkbaar indien hier niet aan voldaan kan worden) aantoonbaar hoge kwaliteit van zorg biedt, tegen een gemiddeld lager marktgemiddelde prijs per cliënt. Uitgangspunt hierbij zijn de declaraties op cliëntniveau. Groei is, bij voldoende contracteerruimte, tevens mogelijk in de herschikking.

4.4 Hoe wordt het initiële budget per kavel vastgesteld?

De initiële productieafspraken is de eerst te maken (voorlopige) productieafspraken 2014, zoals wij deze uiterlijk op 31 oktober 2013 vastleggen in de NZa-budgetformulieren en ter goedkeuring voorleggen aan de NZa. Uitgangspunt voor Achmea is dat zorgaanbieders de gelegenheid krijgen om de gecontracteerde zorg aan bestaande cliënten per 1 januari 2014 te continueren.

De wijze waarop de hoogte van de financiële waarde van de initiële productieafspraken, het initiële budget, wordt berekend stellen wij per kavel vast en is mede afhankelijk van onder andere de kenmerken van de doelgroepen en overheidsmaatregelen.

Per zorgaanbieder wordt per kavel een initieel budget vastgesteld, deze vormt het financiële kader waarbinnen in overleg met de zorginkoper van Achmea productieafspraken gemaakt kunnen worden. De totale maximum financiële waarde van de te maken productieafspraken voor het betreffende kavel wordt bepaald op basis van de volumes van de herschikkingsafspraken 2013 (eventueel gecorrigeerd op basis van overheidsmaatregelen) vermenigvuldigd met de door Achmea vastgestelde tarieven voor het desbetreffende kavel geldend voor 2014. De tarieven staan vermeld in paragraaf 4.5. Omdat de initiële productieafspraken een vaste afspraak betreft, is het noodzakelijk om deze zo realistisch als mogelijk af te spreken. Richtinggevend bij het maken van de afspraken zijn de regionale inkoopraming 2014, de verwachte consequenties van de politieke besluitvorming en de (verwachte) realisatie zoals deze voor de zorgaanbieder in 2013 en 2014 geldt. Voor intramurale zorgaanbieders geldt tevens dat de afspraak per zorgaanbieder binnen de door Achmea voor de betreffende zorgaanbieder vastgestelde plafonds ZZP's met en zonder behandeling gemaakt moet worden.

Voor de benoemde maatwerkafspraken geldt dat deze aanvullend op het initieel budget gemaakt kunnen worden.

4.4.1 Intramurale zorg

Voor het kavel intramurale zorg wordt het initieel budget 2014 bepaald op basis van de financiële waarde van de afspraak zoals deze in volume per prestatie in de herschikking 2013 is gemaakt, vermenigvuldigd met de door Achmea vastgestelde tarieven 2014, gecorrigeerd voor de volgende (overheids) maatregelen:

- Op de ZZP's VV 1, 2 vindt een correctie op het volume plaats à 41,7% en de ZZP 3 wordt een volumecorrectie doorgevoerd à 16,7% als gevolg van de uitstroom en niet langer indiceren van deze lage ZZP's;
- Er vindt een correctie plaats op de aantallen ZZP's voor het jaarbasiseffect van de capaciteitsmutaties 2013.

4.4.2 ZZP-Meerzorg

Zorgaanbieders kunnen een offerte indienen voor de prestatie meerzorg. Indien de zorgaanbieder in 2013 een afspraak heeft gemaakt (conform protocol) voor de prestatie ZZP-Meerzorg, vormt het volume van deze afspraak vermenigvuldigd met hetzelfde tariefpercentage zoals voor intramurale zorg in 2014 wordt gehanteerd, het initieel budget. De financiële waarde van de uiteindelijk gemaakte afspraken dient te passen binnen

de voor meerzorg geoormerkte contracteerruimte. Indien deze contracteerruimte overschreden wordt, zal het tarief opnieuw doorgerekend worden opdat de afspraak binnen de financiële ruimte past.

4.4.3 Extramurale zorg, VPT, dagbesteding en vervoer en intensieve kindzorg

Voor de kavels VPT, extramurale zorg, dagbesteding en vervoer en intensieve kindzorg wordt het initiële budget 2014 bepaald op basis van de financiële waarde van de afspraak zoals deze in volume per prestatie binnen de kavels in de herschikking 2013 is gemaakt, vermenigvuldigd met de door Achmea vastgestelde tarieven 2014. Voor de prestaties begeleiding en persoonlijke verzorging geldt, in het kader van de extra besparing die VWS heeft doorgevoerd op de contracteerruimte (zie 4.1), dat wij voor PV uitgaan van 95,5% van het volume zoals in de herschikking 2013 is afgesproken en 95% van het volume van de prestatie begeleiding.

4.4.4 Nieuwe zorgaanbieders

Met nieuwe zorgaanbieders waarmee Achmea een contract aangaat, wordt een productieafspraken met een financiële waarde van maximaal €100.000,- gemaakt.

4.4.5 Dementiezorg

Voor Dementie geldt dat het budget casemanagement en vroegsignalering 2014 per netwerk gelijk is aan het budget 2013, mits ook in 2014 minimaal dezelfde hoeveelheid middelen vanuit de innovatiebeleidsregel dementie beschikbaar komen. Voor de oud-Achmea regio's geldt dat in plaats van op zorgaanbiedersniveau, op netwerkniveau afspraken worden gemaakt.

Let op: Voor netwerken die in 2013 nog via individuele afspraken met de zorgaanbieders zijn gecontracteerd (veelal oud-Achmea regio) geldt dat zij voor 2014 een kassier dienen aan te wijzen welke namens het netwerk een afspraak maakt. De kassier die namens het netwerk een aanbieding doet, dient in de offerteapplicatie onder Tabblad 9 Overige het Regionaal Actieplan 2014 (en verder) up te loaden.

4.5 Hoe wordt het tarief per kavel vastgesteld?

Voor elk kavel stelt Achmea een tariefpercentage ten opzichte van de maximum NZa beleidsregelwaarde vast. Hierbij is de inkoopraming en de verwachte contracteerruimte 2014 uitgangspunt geweest voor de bepaling van de tariefpercentages. De eerder genoemde extra bezuiniging die VWS wil doorvoeren van landelijk € 330 miljoen willen wij deels realiseren door een extra tariefskorting op de prestaties begeleiding, dagactiviteiten en persoonlijke verzorging. Daarnaast willen wij deze korting realiseren door een bezuiniging op het volume van betreffende prestaties. Wij denken dat zorgaanbieders hierbij een belangrijke rol kunnen spelen. Mocht in de herschikkingsronde blijken dat de besparing niet op bovengenoemde wijze gerealiseerd kan worden, danwel er ongewenste wachtlijsten zijn ontstaan, dan kan Achmea alsnog besluiten het tarief neerwaarts aan te passen.

Per kavel hebben wij de volgende tariefspercentages ten opzichte van de maximale NZa beleidsregelwaarde 2014 vastgesteld:

Kavel	Tariefspercentage	Kavel	Tariefspercentage
Intramurale zorg (incl. ZZP-Meerzorg)	96,8%	Dagactiviteiten & Vervoer	90%
Volledig Pakket Thuis	97%	Intensieve Kindzorg	97%
Extramurale Zorg niet zijnde PV, BG	97%	Nieuwe zorgaanbieders	94%
Extramurale Zorg PV en BG	95%		

4.5.1 Gebruik maken van derden voor de levering van zorg

Voor de extramurale zorg geldt, met uitzondering voor de palliatieve zorg⁴, een tariefsafslag voor het gebruik van onderaannemers. Voor de voorwaarden voor toestemming van het gebruik van derden voor de levering van zorg wordt verwezen naar paragraaf 3.1.2.

Afhankelijk van het percentage zorg wat door onderaannemers wordt geleverd, zal het tarief zoals vermeld in paragraaf 4.5 met het volgende percentage worden gecorrigeerd:

Percentage inzet onderaannemers:	Percentage tariefskorting:
Kleiner dan 5% van de productieafspraken extramurale zorg	-0 %
Groter of gelijk aan 5% van de productieafspraken extramurale zorg	-1 %
Groter of gelijk aan 10% van de productieafspraken extramurale zorg	-2 %
Groter of gelijk aan 25% van de productieafspraken extramurale zorg	-3 %
Groter of gelijk aan 50% van de productieafspraken extramurale zorg	-5 %
Groter of gelijk aan 75% van de productieafspraken extramurale zorg	-10 %

4.6 Hoe wordt het volume per kavel vastgesteld?

4.6.1 Kavel intramuraal, extramuraal, dagactiviteiten en vervoer, intensieve kindzorg en nieuwe zorgaanbieders

Het volume van de initiële productieafspraken 2014 wordt bepaald op basis van de herschikkingsafspraken 2013. De financiële waarde van de initieel te maken productieafspraken 2014 (zie paragraaf 4.4.) wordt per kavel vastgesteld. Kaders voor de volumeafspraken worden gevormd door deze financiële waarde en de door Achmea vastgestelde tarieven. Tijdens het zorginkoopgesprek worden binnen dit kader afspraken gemaakt met betrekking tot de volumes per prestatie.

Intramurale zorg

Voor de intramurale zorg wil Achmea maatwerkafspraken maken met alle door haar gecontracteerde intramurale zorgaanbieders. Hierover zijn de intramurale zorgaanbieders reeds per brief geïnformeerd. Dit afbouwtraject loopt naast dit zorginkoopbeleid. VWS heeft de regionale contracteerruimte 2014 gekort naar aanleiding van de uitwerking van het regeerakkoord Rutte II met betrekking tot de indicatiestelling ZZP 1 tot en met 3. Achmea

⁴ Palliatieve zorg is zorg voor mensen met een ongeneeslijke ziekte in de laatste fase van hun leven.

rekent deze korting door, door minder in te kopen volume. Het initieel budget voor de intramurale zorg is derhalve als volgt

opgebouwd: Volume herschikking 2013 (gecorrigeerd met 41,7% op ZZP 1 en 2 en 16,7% voor ZZP 3) maal de tarieven 2014 per prestatie. Voor de intramurale zorg geldt als kader tevens de door Achmea voor de betreffende zorgaanbieder vastgestelde plafonds voor de ZZP's met en zonder behandeling.

Let op: Tariefcorrecties naar aanleiding van het werken met onderaannemers of het niet waarmaken van verbeterafspraken, leiden niet tot een hoger volume, maar tot een lagere financiële waarde van de te maken productieafspraken 2014.

Extramurale zorg

1. Extramurale prestaties Behandeling en Verpleging AIV

Uitzondering op bovenstaande volumebepaling zijn de extramurale prestaties Behandeling (alle vormen) en Verpleging AIV. Hiervoor geldt dat het vaste volume wordt bepaald op basis van de naar jaarbasis geëxtrapoleerde realisatie tot en met periode 5 tot maximaal het definitieve voor 2013 afgesproken volume.

2. Extramurale prestaties Begeleiding en Persoonlijke Verzorging

Voor de prestaties begeleiding en persoonlijke verzorging geldt, in het kader van de extra besparing die VWS heeft doorgevoerd op de contracteer ruimte, dat wij uitgaan van 95,5% van het volume PV zoals in de herschikking 2013 is afgesproken en 95% van het volume van BG.

3. Extramurale extra prestaties

Het is, net als in 2013, niet mogelijk om een afspraak te maken voor de extramurale extra prestaties (beschikbaarheid van zorg).

4. Extramurale maatwerkafspraken Beschikbaarheid van zorg en SOG'er in de wijk

De beschikbaarheid van zorg wordt separaat ingekocht. De maatwerkafspraken met betrekking tot de SOG'er in de wijk en beschikbaarheid van zorg worden vastgelegd onder respectievelijk de prestatie behandeling basis en Persoonlijke verzorging / Verpleging en kunnen aanvullend zijn op hierboven genoemde uitzondering. Zie ook 4.6.5.

5. Groei

Met een beperkt aantal zorgaanbieders per zorgkantorregio willen wij afspraken maken voor de intramurale prestatie Spoedzorg. Voor de criteria voor spoedzorg, het proces en verantwoordelijkheden bij de inrichting van Spoedzorg wordt verwezen naar het Protocol Spoedzorg (zie bijlage).

De grondslag voor het inzetten van Spoedzorg c.q. het gebruik maken een spoedplek is de volgende:

- Een plotselinge wijziging in de gezondheidssituatie (aandoeningen, stoornissen, beperkingen) van een cliënt of in de informele hulp (wegvallen mantelzorg);
- Die leidt tot een substantieel andere inhoud (functie en/of plaats) en omvang van de benodigde zorg;
- Waarbij het noodzakelijk is om opname binnen 24 tot 48 uur in te zetten om onaanvaardbare gezondheidsrisico's voor de cliënt en/of zijn gezin en/of woonomgeving te voorkomen;
- Hierbij wordt aangesloten bij de definitie van de NZa. Het beleid Spoedzorg van 2013 wordt, in tegenstelling tot eerdere berichten, in 2014 gecontinueerd.

Achmea gaat er vanuit dat bij spoedzorg in eerste instantie oplossingen worden gezocht binnen de eigen organisatie. De zorgaanbieder kan in de offerte onder de prestatie Spoedzorg VV aangeven in aanmerking te willen komen voor een afspraak in 2014. Met een zorgaanbieder die in 2013 geen afspraak heeft voor Spoedzorg zal, indien bij de huidige gecontracteerde zorgaanbieders voor spoedzorg voldoende spoedzorg ingekocht kan worden, geen afspraak voor de prestatie Spoedzorg worden gemaakt.

4.6.2 Te offereën volume

Eén van de manieren waarop Achmea tracht in 2014 de inkoopprocedure voor bestaande zorgaanbieders te vereenvoudigen, is door hen in de offerte enkel aan te laten geven voor welke kavels en prestaties zij in aanmerking wensen te komen. Zorgaanbieders kunnen in de inkoopapplicatie per kavel

⁵ Dit geldt ook voor de afspraken zoals deze bij de herschikking 2013 zijn gemaakt voor wat betreft de extramurale prestatieverhouding PV en VP Basis en Speciaal.

met '1' aangeven voor welke prestaties zij een afspraak wensen te maken. Deze aanpassing ten behoeve van vereenvoudiging is gedaan vanuit de veronderstelling dat zorgaanbieders tenminste dezelfde afspraak als in 2013 gemaakt wensen te continueren. De volumeafspraken gemaakt in de herschikking 2013 zijn richtinggevend⁵ voor de te maken afspraak 2014. Zorgaanbieders voor wie geldt dat de definitieve productieafspraken 2013 groter is dan de te verwachten productie 2014 dienen dit kenbaar te maken in het inkoopgesprek. Op basis daarvan wordt het initiële budget in overleg naar beneden bijgesteld.

Om nieuw zorgaanbod goed te kunnen beoordelen blijft het voor nieuwe zorgaanbieders wel nodig om op basis van de reële verwachte productie een offerte uit te brengen. Per kavel dient aangegeven te worden welke prestaties en welk volume binnen het bedrag van € 100.000,- geoffreerd wordt. Tevens dienen nieuwe zorgaanbieders het aantal te helpen cliënten aan te geven in de offerte.

Terugkoppeling offertebeoordeling

In tegenstelling tot eerdere jaren bestaat de terugkoppeling van de offertebeoordeling door Achmea dit jaar uit een tweetal documenten. In het ene document koppelen wij aan zorgaanbieders per kavel terug welke prestaties wij willen afspreken, per kavel het tariefpercentage en per prestatie het tarief terug. Indien Achmea voornemens is een afspraak te maken voor prestaties waarvoor (aanvullende) leveringsvoorwaarden gelden, is het mogelijk dat de zorginkoper voorafgaand aan het zorginkoopgesprek hiervoor bewijsmiddelen wenst te ontvangen. Deze terugkoppeling is derhalve onder voorbehoud van het voldoen aan de (aanvullende) leveringsvoorwaarden.

In een ander document ontvangen zorgaanbieders de financiële waarde, het initiële budget, waarbinnen de initiële productieafspraken 2014 per kavel kan worden vormgegeven. Volledigheidshalve merken wij op dat voor het kavel intramuraal maximaal dezelfde ZZP plafonds voor het aantal dagen met en zonder behandeling gelden als voor 2013 zoals gecommuniceerd in mei 2013.

4.6.3 Spoedzorg

Met een beperkt aantal zorgaanbieders per zorgkantorregio willen wij afspraken maken voor de intramurale prestatie Spoedzorg. Voor de criteria voor spoedzorg, het proces en verantwoordelijkheden bij de inrichting van Spoedzorg wordt verwezen naar het Protocol Spoedzorg (zie bijlage).

De grondslag voor het inzetten van Spoedzorg c.q. het gebruik maken een spoedplek is de volgende:

- Een plotselinge wijziging in de gezondheidssituatie (aandoeningen, stoornissen, beperkingen) van een cliënt of in de informele hulp (wegvallen mantelzorg);
- Die leidt tot een substantieel andere inhoud (functie en/of plaats) en omvang van de benodigde zorg;
- Waarbij het noodzakelijk is om opname binnen 24 tot 48 uur in te zetten om onaanvaardbare gezondheidsrisico's voor de cliënt en/of zijn gezin en/of woonomgeving te voorkomen;
- Hierbij wordt aangesloten bij de definitie van de NZa.

Het beleid Spoedzorg van 2013 wordt, in tegenstelling tot eerdere berichten, in 2014 gecontinueerd.

Achmea gaat er vanuit dat bij spoedzorg in eerste instantie oplossingen worden gezocht binnen de eigen organisatie. De zorgaanbieder kan in de offerte onder de prestatie Spoedzorg VV aangeven in aanmerking te willen komen voor een afspraak in 2014. Met een zorgaanbieder die in 2013 geen afspraak heeft voor Spoedzorg zal, indien bij de huidige gecontracteerde zorgaanbieders voor spoedzorg voldoende spoedzorg ingekocht kan worden, geen afspraak voor de prestatie Spoedzorg worden gemaakt.

4.6.4 Dementiezorg

Het volume 2014 voor casemanagement en vroegsignalering dementie is gelijk aan het voor 2013 afgesproken volume mits ook in 2014 er geoordeelde middelen voor ketenzorg dementie beschikbaar worden gesteld door de overheid. Indien er tijdens de herschikkingronde 2014 aantoonbaar sprake is van onderbesteding van de middelen, kan dit volume neerwaarts worden bijgesteld.

4.6.5 Regionale maatwerk afspraken

Voor de realisatie van een aantal inkoopdoelstellingen is het mogelijk dat, naast de basiszorg zoals hiervoor beschreven, de zorginkopers regionale maatwerkafspraken maken. Achmea behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor dat er regionale verschillen kunnen optreden (en dat een zorgaanbieder geen rechten kan ontleen aan afspraken die Achmea maakt in andere regio's).

Als vervolg op de in 2013 ingezette koers van regionale maatwerkafspraken met betrekking tot de Beschikbaarheid van zorg, maken de zorginkopers op de volgende onderwerpen in 2014 maatwerkafspraken:

- Afbouw capaciteit;
- Consultatie van de SOG'er binnen de eerste lijn;
- Beschikbaarheid van zorg;
- Extramurale groei.

De financiële waarde van de maatwerkafspraken wordt waar nodig in de af te spreken tarieven verdisconteerd door middel van een opslag dan wel worden volumeaanpassingen gedaan.

Afbouw capaciteit

In lijn met de 29 april en 8 mei aan intramurale zorgaanbieders verstuurd brief, met als onderwerp *Beleidslijn extramuralisering en capaciteitsbeleid intramurale zorg*, is het mogelijk om maatwerkafspraken te maken met betrekking tot de afbouw van intramurale capaciteit. In overleg met de zorginkoper is het mogelijk om ten koste van intramuraal budget, aanvullende afspraken te maken voor Extramurale zorg en / of Volledig Pakket Thuis.

Consultatie van de SOG binnen de eerste lijn

De inkoop van de extramurale prestaties Behandeling Basis, Behandeling Gedragwetenschapper en Behandeling Paramedisch vindt plaats op twee manieren.

1. Voor de reguliere inkoop wordt de afspraak voor 2014 per afzonderlijke prestatie: het op basis van periode 5 naar jaarbasis geëxtrapoleerde volume van de productie 2013 met als maximum het afgesproken volume van 2013 na herschikking 2013.
2. Voor de prestatie Behandeling Basis is het mogelijk om onder voorwaarden aanvullende maatwerkafspraken te maken.

Ad 1. Reguliere inkoop

Er kan geen substitutie plaatsvinden tussen de uren van de prestaties Behandeling Basis, Behandeling Gedragwetenschapper en Behandeling Paramedisch. Substitutie van uren op de doelgroepen binnen de afzonderlijke prestaties is wel toegestaan.

Ad 2. Maatwerkafpraak Behandeling Basis

De consequenties van de extramuralisering van zorg worden steeds meer merkbaar. In de eerstelijns zorg uit het zich door een toenemende zorgzwaarte en meer ouderen door de dubbele vergrijzing. Om de kwaliteit van zorg aan ouderen in de thuissituatie te kunnen waarborgen wil Achmea aanvullende afspraken maken met zorgaanbieders die hun Specialist Ouderengeneeskunde (SOG) extra willen inzetten binnen de eerste lijn. Wij doen dit door de huisartsen de gelegenheid te geven de SOG in consult te roepen en de SOG de mogelijkheid te bieden expertise over te dragen aan de huisartsen.

Wij willen met zorgaanbieders aanvullende afspraken maken voor de extramurale prestatie Behandeling Basis, indien er daadwerkelijk capaciteitsruimte bestaat om de SOG deze prestatie te laten leveren. Achmea zal de huisartsenvoorziening informeren met welke VV&T zorgaanbieders deze afspraken zijn gemaakt, zodat meer bekendheid over deze mogelijkheid bestaat.

Voorwaarden aanvullende maatwerkafpraak

Aan huisartsen stellen wij de voorwaarde dat alleen gebruik gemaakt kan worden van deze mogelijkheid indien er sprake is van een samenwerkingsovereenkomst met de betreffende SOG. Deze overeenkomst kan ook gedurende het hele jaar 2014 worden gesloten en dient op verzoek van Achmea overlegd te worden.

Van de SOG verwachten wij dat deze gedurende 2014 de volgende informatie registreert:

- Het aantal huisartsen dat van de dienst gebruik heeft gemaakt;
- Het aantal cliënten, waarbij de SOG betrokken is;
- De reden waarom de SOG is ingeschakeld;
- De aard van de betrokkenheid.

Voor iedere regio van Achmea is op basis van oppervlakte, aantal gemeenten, aantal inwoners en aantal 75-plussers een bedrag beschikbaar gesteld, waarbij Achmea rekening houdt met een redelijke verdeling binnen de regio. Achmea koppelt op verzoek van zorgaanbieders de afspraak niet aan specifieke diagnoses.

Overzicht bedragen VV&T Consultatie van de SOG binnen de eerste lijn per regio	
Regio	Bedrag consultatie SOG'er
Almere	€ 50.000
Amsterdam	€ 235.000
Apeldoorn/Zutphen e.o.	€ 180.000
Drenthe	€ 365.000
Flevoland	€ 140.000
't Gooi	€ 135.000
Kennemerland	€ 160.000
Rotterdam	€ 260.000
Utrecht	€ 420.000
Zaanstreek-Waterland	€ 115.000
Zwolle	€ 310.000

Beschikbaarheid van zorg

Beschikbaarheid van PV en VP zorg (onplanbare zorg) is een belangrijk onderwerp voor AWBZ-cliënten. Achmea acht het vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid onwenselijk dat er te weinig respectievelijk te veel zorgaanbieders onplanbare zorg buiten kantoor tijden (buiten kantoor tijden, gedurende de nacht en weekenden) in een regio organiseren. Achmea stelt daarom de zorgaanbieders in de regio in de gelegenheid om in gezamenlijkheid

te komen tot een invulling van de organisatie van deze zorg voor alle verzekerden (dus ook de cliënten die niet in zorg zijn bij deze zorgaanbieders)⁶. Door deze inkoopsystematiek is het mogelijk om de beschikbaarheid van zorg efficiënter te organiseren.

Achmea stelt per regio op basis van oppervlakte, aantal gemeenten, aantal inwoners en aantal 75-plussers een bedrag beschikbaar voor de organisatie van beschikbaarheid van zorg. Zie hiervoor onderstaande tabel.

Overzicht bedragen VV&T beschikbaarheid van zorg per regio	
Regio	Bedrag Beschikbaarheid van zorg
Almere	€ 80.000
Amsterdam	€ 375.000
Apeldoorn/Zutphen e.o.	€ 280.000
Drenthe	€ 580.000
Flevoland	€ 225.000
't Gooi	€ 210.000
Kennemerland	€ 250.000
Rotterdam	€ 410.000
Utrecht	€ 740.000
Zaanstreek-Waterland	€ 185.000
Zwolle	€ 490.000

Onze voorkeur gaat uit naar continuering van de bestaande afspraken met de zorgaanbieder(s) die de beschikbaarheid van zorg voor 2013 reeds hebben georganiseerd. Slechts in die gevallen dat één of meerdere zorgaanbieders het significant doelmatiger kan of kunnen uitvoeren dan de voor 2013 gecontracteerde zorgaanbieder(s), zullen wij een andere uitvoerder van de beschikbaarheidsfunctie in overweging nemen. Men dient hiervoor uiterlijk **1 september 2013** met een uitgewerkt en onderbouwd plan te komen. Dit kunt u aanleveren bij uw zorginkoper van Achmea en in cc. naar het zorginkoopmailadres zoals beschreven in Zorginkoopprocedure AWBZ 2014. Indien er een ander plan ingediend wordt, zal Achmea de voor 2013 voor de beschikbaarheid van zorg gecontracteerde zorgaanbieder eerst benaderen met het verzoek om de bestaande afspraak te herzien.

Indien de voor 2013 voor de beschikbaarheid van zorg gecontracteerde zorgaanbieder(s) dit in 2014 niet langer wenst te organiseren en contracteren, vernemen wij dit graag uiterlijk 1 augustus 2013. Dit kunt u schriftelijk aangeven bij uw zorginkoper en in cc. naar het zorginkoopmailadres zoals beschreven in fase 1.1.b van de procedure. Tevens is het mogelijk om als in 2013 voor beschikbaarheid gecontracteerde zorgaanbieder(s) een nieuw plan in te dienen indien dit goedkoper is dan het bestaande plan.

Uiteindelijk wordt met de zorgaanbieder(s) een afspraak gemaakt ter grootte van maximaal de in bovenstaande tabel aangegeven financiële waarde per regio. Naar aanleiding van de evaluatie 2013 op dit punt is gebleken dat de beschikbare middelen in verhouding tot de gemaakte kosten ruim zijn berekend. In overleg met de zorginkoper

⁶ Het regionale plan met betrekking tot de beschikbaarheidsfunctie is niet in strijd met de mededingingsregels indien alle zorgaanbieders gebruik kunnen maken van de dienst. Vergelijk het met de huisartsenposten. Het beoogde doel is doelmatig zorginkoopbeleid, waartoe zorgkantoren ook gehouden zijn.

zal tijdens het inkoopgesprek tot een uiteindelijke afspraak worden overgegaan. De daadwerkelijke zorginzet (conform overeengekomen voorwaarden) gedurende de bovenstaand gedefinieerde onplanbare momenten kan tegen het basistarief worden gedeclareerd bij de zorgaanbieder waarvan de cliënt normaliter de zorg ontvangt. Deze kan op haar beurt het basistarief in rekening brengen bij Achmea. De zorgaanbieder die de onplanbare zorg heeft geleverd ontvangt dus de toeslag van Achmea en het basistarief (exclusief eventuele opslag voortvloeiend uit maatwerkafspraken) van de zorgaanbieder waarvoor de dienst is geleverd. De eerder genoemde tariefsafslag in het kader van werken met onderaannemers is niet van toepassing voor deze zorg.

Indien er geen dekkend plan komt en de benaderde zorgaanbieders uit de regio de zorg niet willen leveren, benadert Achmea een geschikte zorgaanbieder buiten de betreffende zorgkantorregio. Een ontoereikende productieafpraak bij de zorgaanbieder waar de cliënt formeel in zorg is, kan geen reden zijn om de zorgaanbieder die de onplanbare zorg heeft geleverd, niet voor haar diensten te betalen. Zorgaanbieders die geen gebruik wensen te maken van de regionaal georganiseerde beschikbaarheidsfunctie kunnen de onplanbare zorg ook zelfstandig bieden. Wij vergoeden hiervoor alleen het tarief van de basisprestaties zoals aangegeven onder 4.5.

Extramurale groei

Indien het gecumuleerde afgesproken extramurale volume van de zorgaanbieders binnen de regio lager is dan de regionale inkoopraming, resteert er een inkoopbehoefte. Zorginkopers kunnen gedurende 2014 met individuele zorgaanbieders aanvullende productieafspraken maken indien er sprake is van kwalitatieve en doelmatige zorg. In dit gesprek is in elk geval aandacht voor de hoeveelheid geholpen / te helpen cliënten in verhouding tot de productieafpraak en de aantoonbare kwaliteit. Tevens zal het gesprek gaan over de tariefsvoorwaarden.

4.7 Op welke wijze herschikken wij de middelen in de herschikkingsronde?

Gedurende 2014 is het, conform NZa beleidsregels, mogelijk om de gemaakte productieafspraken naar aanleiding van de gerealiseerde productie en / of het niet voldoen aan een gemaakte verberafsprak, te herzien. Voor elk kavel geldt een budgetafpraak. Zonder toestemming van Achmea is het niet mogelijk om onderproductie in een kavel, te gebruiken voor het maken van aanvullende productieafspraken in een ander kavel waar meer dan afgesproken is gerealiseerd.

Kavels intramuraal, extramuraal (incl nieuwe), VPT, Dagactiviteiten en vervoer en intensieve kindzorg.

De werkwijze bij de herschikking 2014 hebben wij als volgt vastgesteld:

1. De herschikking vindt plaats op basis van de productierealisatiecijfers tot en met periode 6.
2. Voorafgaand aan de bepaling per zorgaanbieder of er meer of minder is gerealiseerd dan vooraf afgesproken, is het, na toestemming van Achmea, mogelijk om tussen bepaalde kavels te substitueren. In welke richting tussen welke kavels substitutie mogelijk is, is in onderstaande tabel aangegeven.
3. Na de toegestane substitutie wordt per zorgkantorregio en per zorgaanbieder bepaald wat de financiële waarde van de lineair naar jaarbasis geëxtrapoleerde productierealisatie is ten opzichte van de gemaakte productieafpraak.
4. Indien er sprake is van minder productierealisatie dan de gemaakte productie afspraak, wordt de financiële waarde van het verschil gekort op de productieafpraak. De som van deze exercitie betreft de beschikbare middelen voor de herschikking 2014.
5. Voor de kavels extramurale zorg, VPT en intramurale zorg is de gepubliceerde CQ score (of voor kleine zorgaanbieders een vergelijkbaar onafhankelijk cliëntwaarderingsonderzoek) (mede) bepalend voor het maken van aanvullende productieafspraken. Eén en ander is afhankelijk van de beschikbaarheid en betrouwbaarheid van de data. Hierover informeren wij zorgaanbieders later.
6. Met de beschikbare middelen gaan wij in de volgorde van (1) extramurale zorg (incl. nieuwe zorgaanbieders), (2) VPT en (3) zorgzwaarte stijging intramurale zorg en dagactiviteiten en vervoer, op basis van het onder 5 beschrevene aanvullende productieafspraken maken. Deze prioritering is in lijn met de politieke ontwikkelingen van extramuralisering en de bekostiging van Intensieve kindzorg vanuit een separate contracteerruimte (bij overschrijding regionale contracteerruimte). Afhankelijk van de resterende middelen kan met zorgaanbieders, met inachtneming van stap 5, naar rato van de financiële waarde van de overproductie (met uitzondering van de vaste volumeafspraken als VP AIV, behandeling etc.) een aanvullende afspraak gemaakt worden. Voor volumegroei in de intramurale zorg zal, indien dit niet leidt tot een evenredige afname elders in de regio, geen aanvullende afspraak gemaakt worden.

Uitzondering Dementiezorg

Voor dementiezorg geldt dat wij in beginsel geen aanvullende productieafspraken maken. Indien er sprake is van aantoonbare onderbesteding van de middelen bij een netwerk, stellen wij de afspraak neerwaarts bij en laten deze middelen beschikbaar komen voor andere netwerken.

(naar ↓) (van →)	Extramuraal	Vpt	Intramuraal	Dagactiviteiten	Intens. Kindz.
Extramuraal	-	Ja	Ja	Nee	Nee
Vpt	Ja	-	Ja	Nee	Nee
Intramuraal	Nee	Nee	-	Nee	Nee
Dagactiviteiten	Ja	Ja	Ja	-	Ja
Intens. Kindz.	Nee	Nee	Nee	Nee	-

4.8 Op welke wijze wordt nagecalculeerd?

Na afronding van 2014 vindt er een nacalculatieronde plaats. Als uitgangspunten voor de nacalculatie 2014 hanteren wij het volgende:

1. Voor het intramurale kavel houden wij vast aan het totaal aantal afgesproken dagen en het aantal afgesproken dagen ZZP inclusief en exclusief behandeling zoals afgesproken in de definitieve productieafspraken 2014.
2. Substitutie van onder- en overproductie tussen kavels is beperkt mogelijk. Naar het intramurale kavel kan enkel gesubstitueerd worden ten behoeve van zorgverzekering, met in achtneming van uitgangspunt 1. In het onderstaande overzicht is aangegeven tussen welke kavel in welke richting gesubstitueerd kan worden.
3. De verhouding tussen de prestaties Basis en Speciaal zoals gemaakt in de definitieve productieafspraken 2014 is leidend voor de na te calculeren productie op deze prestaties.
4. De maatwerkafspraken worden, indien is voldaan aan de gemaakte afspraak, op financiële waarde nagecalculeerd. Dit houdt in dat bij het voldoen aan de maatwerkafspraken, het gehele bedrag zoals afgesproken is nagecalculeerd mag worden. Indien niet is voldaan aan hetgeen afgesproken is, zal de financiële waarde van de afspraak tijdens de nacalculatie in verhouding tot het uiteindelijk gerealiseerde in mindering worden gebracht.
5. Het volume zoals is afgesproken voor de extramurale prestatie Behandeling en Verpleging AIV, niet behorende tot de maatwerkafspraken, kan niet hoger zijn dan het volume zoals afgesproken in de definitieve productieafspraken 2014. Hiervoor gelden dus vaste volumes (niet substitueerbaar) op prestatie niveau. Voor andere prestaties geldt binnen het kavel wel de mogelijkheid om te substitueren.
6. Wij toetsen de nacalculatie op aansluiting op de productiecijfers zoals bekend bij het CAK en in AZR.

7. Wij staan welwillend tegenover verzoeken van zorgaanbieders tot verrekening van onder- en overproductie op holding-niveau tussen zorgkantoren. Het definitieve bedrag is echter pas te bepalen na afhandeling van de definitieve nacalculatie (in verband met mogelijke correcties). Indien wij akkoord gaan, dan blijkt onze toestemming uit de definitieve ondertekening van het nacalculatieformulier in mei 2015.

4.9 Bijlagen

- Bijlage 1: Productspecificaties ZN & aanvullende Leveringsvoorwaarden Achmea
- Bijlage 2: Belangrijkste wijzigingen tov 2013

Afzonderlijk gepubliceerde bijlagen.

- Protocol Spoedzorg
- Protocol Meerzorg

Afzonder gepubliceerde document behorende tot de inkoopprocedure 2014:

- Achmea zorginkoopprocedure AWBZ 2014

(naar ↓) (van →)	Extramuraal	Vpt	Intramuraal	Dagactiviteiten	Intens. Kindz.
Extramuraal	-	Ja	Ja	Ja	Ja
Vpt	Ja	-	Ja	Ja	Ja
Intramuraal	Beperkt	Beperkt	-	Beperkt	Beperkt
Dagactiviteiten	Ja	Ja	Ja	-	Ja
Intens. Kindz.	Ja	Ja	Ja	Ja	-

Bijlage 1: Productspecificaties ZN & aanvullende Leveringsvoorwaarden Achmea 2014

1	Productspecificatie ZN	25
1.1	Inleiding	25
1.2	Algemeen	25
1.3	Kader	25
1.4	Cliëntkeuze	25
1.5	Volledig pakket thuis	26
1.6	Toelating voor behandeling	26
1.7	Spoedzorg	26
1.8	Sector Verpleging & Verzorging	27
1.9	Productspecificaties V&V algemeen	27
1.10	Productspecificaties per ZZP VV	27
2	Aanvullende leveringsvoorwaarden Achmea	28
2.1.1	Intramurale zorg	28
2.1.2	Volledig Pakket Thuis	28
2.1.3	Extramurale zorg	28
2.1.4	Casemanagement dementie	30
2.1.5	Dagbesteding	30
2.1.6	Intensieve kindzorg	30
3	Deskundigheidstabellen ZN	32

Productspecificaties en aanvullende leveringsvoorwaarden Achmea 2014

Zorgkantoren hanteren gezamenlijk productspecificaties voor zorgzwaartepakketten (ZZP's) ten behoeve van het zorginkoopbeleid 2014. De productspecificaties ZZP zijn een aanvulling op bestaande kwaliteitseisen die door het veld zijn afgesproken. Deze kwaliteitseisen zijn niet altijd specifiek genoeg voor het maken van afspraken over de te leveren zorg conform ZZP's. Daarom hebben zorgkantoren voor bepaalde ZZP's productspecificaties opgesteld, waarmee vooraf heldere afspraken over kwaliteit van zorg kunnen worden gemaakt. Zo hechten zorgkantoren bijvoorbeeld grote waarde aan deskundigheid van personeel, het nemen van verantwoordelijkheid en het werken volgens procesbeschrijvingen en protocollen. De specificaties zijn behulpzaam bij het contact tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over de kwaliteit van de in te kopen en te leveren ZZP's.

Zorgkantoren achten het van groot belang dat de specificaties worden herkend door de sector. De brancheorganisaties van zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zijn daarom om een reactie op de productspecificaties gevraagd. Dit hoofdstuk beschrijft de definitieve set van productspecificaties voor de zorginkoop 2014. Ook zijn deskundigheidstabellen per sector opgenomen.

Daarnaast heeft Achmea aanvullende leveringsvoorwaarden vastgesteld voor een aantal zorgprestaties. Deze aanvullende leveringsvoorwaarden staan per sector na de gezamenlijke productspecificaties van ZN vermeld.

1 Productspecificatie ZN

1.1 Inleiding

De productspecificaties ZZP zijn een aanvulling op bestaande kwaliteitseisen vastgelegd in kwaliteitskaders: het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VVT, Kwaliteitskader GZ en de prestatie-indicatoren GGZ. Deze kwaliteitskaders gaan uit van het instellingsniveau en zijn niet altijd specifiek genoeg voor het maken van afspraken over de te leveren zorg conform ZZP's. Daarom hebben zorgverzekeraars voor bepaalde ZZP's productspecificaties opgesteld, waarmee heldere afspraken over kwaliteit van zorg kunnen worden gemaakt. Zo hechten zorgverzekeraars bijvoorbeeld grote waarde aan de deskundigheid van personeel, het nemen van verantwoordelijkheid en het werken volgens procesbeschrijvingen en protocollen.

Hierna worden allereerst enkele algemene en sectoroverstijgende uitgangspunten genoemd, waarna de productspecificaties voor toeslagen en de productspecificaties per sector nader worden toegelicht. Aan het einde van dit document zijn deskundigheidstabellen per sector opgenomen. De deskundigheidstabellen geven een aanzet voor de benodigde deskundigheid bij het leveren van zorgzwaartepakketten in de intramurale setting. Ook bij extramuralisering is aandacht voor voldoende deskundigheid. Deze tabellen dienen daarbij als handreiking om het gesprek aan te gaan tussen zorgverzekeraar en instelling.

1.2 Algemeen

Onderstaande alinea's beschrijven het algemene kader voor het formuleren van productspecificaties, benadrukken het belang van

de wens van de cliënt en lichten toe hoe zorgverzekeraars omgaan met de toelating behandeling en beschrijven de eisen die worden gesteld aan een Volledig Pakket Thuis.

1.3 Kader

Zowel zorgkantoren als zorgaanbieders zijn verplicht om aan de landelijke wet- en regelgeving te voldoen, onder meer:

- Prestatiebeschrijvingen ZZP zoals vastgelegd in beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).
- Afbakening van aanspraken door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).
- Kwaliteitsnormen van de IGZ, inclusief bouwkundige eisen.
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).

Rekening houdend met de huidige wet- en regelgeving, zijn de productspecificaties ZZP 2014 geformuleerd. Deze worden door alle zorgkantoren gehanteerd en als bijlage bij de inkoopdocumenten 2014 gevoegd. De specificaties zijn behulpzaam bij het contact tussen zorgkantoor en zorgaanbieders over de kwaliteit van de in te kopen en te leveren ZZP's. Om recht te doen aan regionale omstandigheden kan het zorgkantoor in het inkoopbeleid een nadere invulling geven aan de productspecificaties ZZP.

1.4 Cliëntkeuze

Het zorgkantoor informeert de cliënt optimaal over keuzemogelijkheden in het zorgaanbod en ondersteunt de cliënt indien gewenst bij het vinden van een passend aanbod. Zodra een cliënt zich met een ZZP-indicatie bij een voorkeursinstelling meldt, beoordeelt de zorgaanbieder zelf of de instelling de geïndiceerde zorg kan leveren aan de hand van de gemaakte inkoopafspraken en bestaande wet- en regelgeving. Het kan voorkomen dat een cliënt met een bepaalde ZZP-indicatie bewust voor een zorgaanbieder (locatie) kiest die de geïndiceerde zorg conform de toets op de productspecificaties niet kan leveren. In dat geval dient de cliënt hiervan door de zorgaanbieder op de hoogte te worden gebracht. De zorgaanbieder bespreekt met de cliënt welke alternatieve zorg wel kan worden geleverd.

Indien de cliënt bij de keuze blijft, wordt in het wederzijds ondertekend zorgleefplan vastgelegd welke zorg aan de cliënt zal worden geleverd conform een zorgaanbieder ZZZ dat zo veel mogelijk past bij de gevraagde en geleverde zorg. Hiervoor wordt verwezen naar het Voorschrift zorgtoewijzing en bijbehorende zogenaamde omzettingstabel.

Om het cliëntenperspectief te benadrukken volgen zorgkantoren het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg en stellen zij een aantal algemene voorwaarden aan instellingen met wie zij een ZZZ-afpraak maken:

- Het zorgleefplan wordt met de cliënt opgesteld. Bij het vaststellen van een zorgleefplan is de wens van de cliënt uitgangspunt.
- Het zorgleefplan wordt minimaal één keer per jaar met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger besproken.
- Bijstellingen en veranderingen in het zorgleefplan worden schriftelijk vastgelegd.
- De zorg wordt conform het gemaakte zorgleefplan geboden.

1.5 Volledig pakket thuis

Een volledig pakket thuis (VPT) betreft het leveren van verblijfszorg en overige geïndiceerde zorg aan een cliënt met een ZZZ-indicatie bij de cliënt thuis. Voor alle sectoren (GGZ, GZ en V&V) geldt dat de te leveren zorg bestaat uit het geïndiceerde ZZZ met de bijbehorende leveringsvoorwaarden en productspecificaties die worden gehanteerd door het zorgkantoor⁷.

Eisen die in ieder geval aan (het leveren van) een VPT worden gesteld, zijn:

- De zorg kan alleen geleverd worden door zorgaanbieder met een toelating voor de functie verblijf⁸.
- 24 uur per dag is zorg op afspraak en afroep beschikbaar.
- Nachtzorg wordt geleverd via alarmering en indien nodig op afspraak.
- De huisarts is eindverantwoordelijk voor de algemene medische behandeling.
- De zorgzorgaanbieder organiseert huishoudelijke hulp en welzijnsactiviteiten.

1.6 Toelating voor behandeling

Voor het verlenen van intramurale zorg dient een zorgaanbieder te beschikken over een toelating (art. 5 WTZi)⁹. In de toelating wordt onderscheid gemaakt tussen:

- Verblijf met behandeling.
- Verblijf zonder behandeling.

De AWBZ-toelating is alleen nog bepalend voor de aard van de te maken ZZZ-afpraak en niet meer voor de hoogte van de af te spreken aantallen ZZZ's. Een afspraak voor de ZZZ's LVG en SGLVG blijft wel afhankelijk van het aantal specifiek toegelaten plaatsen. Wanneer een zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf in combinatie met behandeling, de cliënt een ZZZ inclusief behandeling heeft en verblijf met behandeling ontvangt, dan is ook artikel 15 van het BZA (algemeen medische zorg) van toepassing. Behandeling zoals omschreven in artikel 8 (gericht op aandoening) van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ (BZA) maakt altijd onderdeel uit van het ZZZ, en deze behandeling kan niet extramuraal gedeclareerd worden bovenop het ZZZ.

Afhankelijk van veranderende wet- en regelgeving over toelating zorginstellingen, wijzigen eisen die zorgkantoren stellen aan het leveren van behandeling.

1.7 Spoedzorg

In het zorginkoopbeleid 2014 hanteert het zorgkantoor de volgende uitgangspunten voor spoedzorg per cliënt. Deze zijn in aanvulling op de definitie en criteria zoals beschreven in het handboek spoedzorg. Het zijn tevens noodzakelijke aanpassingen in de concept beleidsregel spoedzorg van de NZa¹⁰. Het hebben van een ZZZ-indicatie is geen reden tot uitsluiting voor het in aanmerking komen voor spoedopname. In zeer uitzonderlijke gevallen moet het mogelijk zijn dat een cliënt die is opgenomen in aanmerking komt voor spoedopname bij een andere zorgaanbieder. In deze gevallen dient expliciet overleg plaats te vinden met het zorgkantoor.

De volgende maximale termijnen voor spoedzorg zijn nodig:

- Voor VVT: Toeslag spoedzorg is maximaal 2 weken te declareren en is niet afhankelijk van wanneer definitieve indicatie wordt afgegeven. In uitzonderlijke gevallen is verlenging van de spoedopname van maximaal 2 weken mogelijk met maximaal 2 weken. In deze gevallen dient expliciet overleg plaats te vinden met het zorgkantoor.
- Voor GZ: In uitzonderlijke gevallen is verlenging van de spoedopname van maximaal 6 weken mogelijk met nog eens maximaal 6 weken. In deze gevallen dient expliciet overleg plaats te vinden met het zorgkantoor, waarbij aantoonbaar inspanningen zijn gedaan voor een vervolgplek.

⁷ Ook specifieke behandeling, als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, behoort, indien geïndiceerd, tot de aanspraak en is dan onderdeel van het volledig pakket thuis. De cliënt heeft geen aanspraak op de basis medische zorg, geneesmiddelen en hulpmiddelen, als bedoeld in artikel 15 BZA, ten laste van de AWBZ omdat er geen sprake is van verblijf en behandeling in de zorgstelling. De cliënt dient hiervoor een beroep te doen op Zvw en/of de Wet maatschappelijke ondersteuning.

⁸ Dit kunnen ook extramuraal instellingen zijn met een toelating voor verblijf zonder bedden. Een en ander is ook afhankelijk van het mogelijk vervallen van het toelatingenregime bij in werking treding van de WCZ.

⁹ De Wet cliëntenrechten zorg (WCZ) vervangt mogelijk de WTZi. De consequenties voor toelatingen zijn op dit moment nog niet bekend en kunnen tot aanpassing van de productspecificaties leiden.

¹⁰ De NZa is voornemens per 1 januari 2014 de beleidsregel spoedzorg aan te passen. Op basis van een impactanalyse uitgevoerd door de zorgkantoren, heeft ZN noodzakelijke aanpassingen in de concept beleidsregel spoedzorg van de NZa geformuleerd.

1.8 Sector Verpleging & Verzorging

Deze paragraaf heeft betrekking op de volgende ZZP's in de sector verpleging en verzorging (V&V)¹¹:

ZZP nr.	Titel
1 VV	Beschut wonen met enige begeleiding
2 VV	Beschut wonen met begeleiding en verzorging
3 VV	Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging
4 VV	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
5 VV	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg
6 VV	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging
7 VV	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding
8 VV	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging
9 VV	Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging
10 VV	Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg

1.9 Productspecificaties V&V algemeen

Voor alle pakketten ZZP 1 VV tot en met 10 VV geldt:

- Het is aan zorgaanbieders om te zorgen dat voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig is. De samenstelling van de personele inzet kan verschillen voor verschillende doelgroepen, ook als deze dezelfde ZZP- indicatie hebben. Het schema in de bijlage geeft een beeld van deskundigheden die gezien de inhoud van de ZZP's aanwezig moeten zijn/betrokken zijn bij de zorglevering. Daarnaast dient de zorgaanbieder te voorzien in een optimaal welzijn van de cliënt.
- De deskundigheid van personeel is toegespitst op de zorgzwaarte, individuele gezondheidsrisico's en specifieke situaties van de in het ZZP beschreven doelgroepen.
- De zorgaanbieder is in staat een dagprogramma aan te bieden passend bij de wens van de cliënt, zo nodig middels een samenwerking met een andere zorgaanbieder. Er is daarbij voldoende ruimte voor invulling door de professional en de cliënt. Het dagprogramma is vastgelegd in het individueel zorgleefplan.

1.10 Productspecificaties per ZZP VV

Voor ZZP 3 t/m 8 VV gelden aanvullend de volgende productspecificaties:

- Er is minimaal twee keer per jaar een multidisciplinair overleg op cliëntniveau. Dit in aanwezigheid van alle betrokken disciplines. Ook voor cliënten welke verblijven op een plaats zonder behandeling geldt dat er sprake dient te zijn van een MDO. Het is niet bepaald door wie dit wordt geïnitieerd. Bij instabiele of veranderende gezondheidstoestand dient de frequentie van het multidisciplinaire overleg verhoogd te worden. Afspraken worden vastgelegd in het zorgleefplan.

Voor ZZP 4, 5 en 7 VV geldt aanvullend de volgende productspecificaties:

- Indien deze ZZP's worden geleverd aan cliënten met dementie, dient de zorgaanbieder samenwerkingsafspraken te hebben, met bijvoorbeeld regionale dementienetwerken of Alzheimer Nederland, gericht op expertiseontwikkeling voor zorg aan deze cliënten.

Voor ZZP 9b VV (herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging) geldt:

- Het betreft herstelgerichte zorg voor de (veelal) oudere patiënt. De geriatrische cliënt wordt gekenmerkt door 'frailty' (verhoogde somatische, psychische en sociale kwetsbaarheid en regieverlies over het eigen leven) en veelal co-morbiditeit. Naast somatische en of psychogeriatrische co-morbiditeit is meer en meer sprake van psychiatrische en sociaalpsychologische problematiek (waaronder verslavingsproblematiek).
- De zorg behelst niet psychogeriatrische reactivering (behandeling, begeleiding en ondersteuning gericht op geestelijke beperkingen van ouderen).
- De specialist ouderengeneeskunde is als onderdeel van het multidisciplinaire team verantwoordelijk voor triage en het evalueren van het zorgplan.
- De deskundigheid van personeel is toegespitst op de zorgzwaarte, individuele gezondheidsrisico's en specifieke situaties van de in het ZZP beschreven doelgroepen.
- Gezien het medisch-specialistische karakter van dit ZZP-pakket kan deze zorg alleen worden geleverd op specialistische units waar behandeling wordt geboden.

- Indien de cliënt na ziekenhuisopname terugkeert naar haar eigen kamer in het verpleeghuis en er geen revalidatiezorg zoals in ZZP9B beschreven wordt geleverd, zal het ZZP wat voorafgaand aan de ziekenhuisopname gedeclareerd moeten worden.

Voor ZZP 10 VV gelden de volgende productspecificaties:

- Er is sprake van een setting met eenpersoonskamer.
- De zorg is geprotocolleerd volgens de landelijk erkende standaard.
- De zorgaanbieder is aangesloten en participeert actief in een palliatief netwerk.
- De zorgaanbieder maakt zichtbaar dat zij ook de naasten van de cliënt begeleiding biedt.
- De zorgaanbieder maakt zichtbaar dat de cliënt de gewenste geestelijke/spirituele zorg wordt aangeboden.

¹¹ Vanaf 2013 ontvangen nieuwe cliënten, die voorheen in aanmerking zouden komen voor een ZZP 1 of 2 VV, een extramurale indicatie in functies en klassen. Vanaf 2014 geldt dit ook voor nieuwe cliënten die voorheen een ZZP 3 VV zouden ontvangen. Cliënten die voor 2013 zijn geïndiceerd voor een ZZP 1, 2 of 3 VV behouden deze. Daarom zijn in deze handreiking ook productspecificaties opgenomen voor de lagere ZZP's VV.

2 Aanvullende leveringsvoorwaarden Achmea

2.1.1 Intramurale zorg

Achmea stelt voor de volgende ZZP's naast de prestatieomschrijving van de NZa aanvullende leveringsvoorwaarden aan de leveringsvorm:

- Algemeen
- ZZP 10.

Let op: de aanvullende leveringsvoorwaarden zoals deze van toepassing zijn op de *Toelagen* volgen in de nota van inlichting.

Algemeen

- De zorgaanbieder heeft beleid ten aanzien van het gebruik van onder andere de Zweedse band uitbannen, adequaat antipsychoticagebruik en adequate pijnbestrijding.

ZZP 10

Achmea heeft voor de levering van het ZZP 10 de volgende aanvullende leveringsvoorwaarden gesteld:

- De zorgaanbieder draagt 24 uur per dag, 7 dagen per week zorg voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5, welke bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te kunnen bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen Palliatieve Zorg V&VN) en waarbij een minimaal niveau 3 Verzorgende ook de Eerst Verantwoordelijk Verzorgende kan zijn van de cliënt. Tevens is de zorgverlener die op dat moment de zorg verleent aantoonbaar geschoold in de psychosociale aspecten, pijnbestrijding en verpleegtechnische handelingen
- De zorgaanbieder beschikt over een, direct bij het primair proces betrokken, aandachtsfunctionaris voor palliatieve zorg.
- Binnen een netwerk zijn huisartsen en/of SOG die binnen het consultatieteam beschikbaar zijn tenminste gestart zijn met de kaderopleiding palliatieve zorg of de z.g. Cardiff opleiding Palliatieve zorg. De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van deze consultatievoorziening, tenzij de eigen SOG/huisarts deze opleiding volgt/heeft gevolgd.
- De zorgaanbieder maakt, indien aanwezig binnen het werkgebied, aantoonbaar gebruik van de LESA palliatieve zorg.
- Zorgaanbieders die palliatief terminale zorg (WHO definitie) leveren dienen een visie en beleid te hebben ontwikkeld voor deze zorg.

Thema's beleid die in ieder geval benoemd moeten zijn:

- kwaliteit van leven;
- symptoommanagement, waarbij ook wordt geanticipeerd op klachten en problemen die in de nabije toekomst verwacht kunnen worden;
- autonomie van de patiënt;
- integrale en multidisciplinaire benadering;
- zorg voor naasten;
- markering van de terminale fase én markering van de stervensfase. Hierbij wordt een aanzet gedaan m.b.t. het hanteren van het op dit moment in ontwikkeling zijnde Zorgpad Stervensfase;
- Organisatorische voorwaarden, zoals een aandachtsfunctionaris, personele inzet en scholing m.b.t. palliatief-terminale zorg, een zorgleefplan;
- De wijze waarop er vorm gegeven wordt aan de evaluatie na de palliatieve zorgfase als onderdeel van een goed nazorgtraject.

2.1.2 Volledig Pakket Thuis

Indien nodig toelating voor verblijf.

2.1.3 Extramurale zorg

Achmea stelt voor de volgende prestaties naast de prestatieomschrijving van de NZa aanvullende leveringsvoorwaarden aan de leveringsvorm:

- Palliatieve zorg;
- Farmaceutische telezorg;
- Persoonlijke Verzorging Speciaal;
- Verpleging Speciaal;
- Verpleging AIV;
- Behandeling.

Palliatieve zorg

Indien de prestatie geleverd wordt in het kader van extramurale palliatief terminale zorg dan dient aan de volgende voorwaarden te worden voldaan:

- De zorg wordt geleverd zoals verwoord in Palliatieve zorg, Richtlijnen voor de praktijk (VIKC/ IKNL, 2010).
- De zorgaanbieder maakt in het zorgleefplan naast de fysieke en sociale aspecten tevens zichtbaar dat de cliënt de gewenste geestelijke/spirituele zorg wordt aangeboden en dat zij ook de naasten van de cliënt begeleiding en nazorg biedt.
- De zorgaanbieder draagt 24 uur per dag, 7 dagen per week zorg voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5, welke bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te kunnen bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen Palliatieve Zorg V&VN) en waarbij een minimaal niveau 4 verpleegkundige ook de Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige is van de cliënt. Tevens is de zorgverlener die op dat moment de zorg verleent aantoonbaar geschoold in de psychosociale aspecten, pijnbestrijding en verpleegtechnische handelingen.
- De zorgaanbieder beschikt over een, direct bij het primair proces betrokken, aandachtsfunctionaris voor palliatieve zorg.
- Binnen een netwerk zijn huisartsen en/of SOG die binnen het consultatieteam beschikbaar zijn tenminste gestart zijn met de kaderopleiding palliatieve zorg of de z.g. Cardiff opleiding Palliatieve zorg. De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van deze consultatievoorziening.
- Indien er zorg geleverd wordt in een hospice, dan gaat onze voorkeur uit naar een hospice met een keurmerk palliatieve zorg.
- Indien de zorg geleverd wordt in een High Care Hospice, dan dient deze aangesloten te zijn bij de Associatie van High Care Hospices (AHCH).
- Indien de zorg geleverd wordt in een Bijna Thuis Huis dan dient deze aangesloten te zijn bij de Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg.
- De zorgaanbieder maakt, indien aanwezig binnen het werkgebied, aantoonbaar gebruik van de LESA palliatieve zorg.
- De zorgaanbieder participeert actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en conform de afspraken die binnen het Netwerk zijn gemaakt.
- Zorgaanbieders die palliatief terminale zorg (WHO definitie) leveren dienen een visie en beleid te hebben ontwikkeld voor deze zorg.

Thema's beleid die in ieder geval benoemd moeten zijn:

- kwaliteit van leven;
- symptommanagement, waarbij ook wordt geanticiperd op klachten en problemen die in de nabije toekomst verwacht kunnen worden;
- autonomie van de patiënt;
- integrale en multidisciplinaire benadering;
- zorg voor naasten;
- markering van de terminale fase én markering van de stervensfase. Hierbij wordt een aanzet gedaan m.b.t. het hanteren van het op dit moment in ontwikkeling zijnde Zorgpad Stervensfase;
- Organisatorische voorwaarden, zoals een aandachtsfunctionaris, personele inzet en scholing m.b.t. palliatief-terminale zorg, een zorgleefplan;
- De wijze waarop er vorm gegeven wordt aan de evaluatie na de palliatieve zorgfase als onderdeel van een goed nazorgtraject.

Farmaceutische telezorg

- De cliënt moet in het bezit zijn van een CIZ indicatie 'medicatie aanreiken'. In principe is dit een indicatie PV medicatie aanreiken, maar ook VP-medicatie kan worden geïncludeerd.
- De achterwacht in de vorm van een zorgcentrale of achterwacht dient te allen tijde voor de cliënt beschikbaar te zijn.
- De inzet van de farmaceutische telezorg dient per cliënt periodiek te worden geëvalueerd.
- In principe kan iedere cliënt meedoen, tenzij de situatie van de cliënt dit op inschatting van de zorgprofessional – eventueel na consultatie van de huisarts of apotheker - niet toelaat. Belangrijke elementen daarin zijn:
 - De cliënt moet in staat zijn tot een redelijke mate van zelfmanagement en er moet vertrouwen zijn in het feit dat de cliënt de medicatie ook daadwerkelijk inneemt;
 - De cliënt (en indien van toepassing mantelzorger) dient zelf enthousiast te zijn over deelname aan deze nieuwe vorm van dienstverlening;
 - De cliënt moet in praktische zin beschikken over een telefoon (mobiel of vaste lijn) om bij signalering van afwijkingen gebeld te kunnen worden door de zorgcentrale en/of thuiszorg.
 - Het risico rond medicatie mag niet hoger zijn dan bij reguliere medicatie aanreiking;

Speciaal prestaties

Met betrekking tot de module cliëntkenmerk bij de prestaties PV, VP (=Speciaal):

- De specifieke zorgverlening moet rechtstreeks voortvloeien uit de grondslag van de geïndiceerde zorg en de daaruit volgende beperkingen.

N.B. De aanwezigheid van een cliëntkenmerk leidt niet automatisch tot declaratie van de toeslag op het tarief.

Persoonlijke Verzorging (in uren)

Specificaties Persoonlijke Verzorging Speciaal (module cliëntkenmerk)

- Persoonlijke Verzorging Speciaal is Persoonlijke Verzorging die uitsluitend door een bevoegd en bekwaam verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5 worden geleverd.
- Cliëntkenmerk: chronische aandoening en/of complexe zorgvraag

- Keuze voor PV Speciaal moet in het zorgplan inhoudelijk worden onderbouwd: duidelijk moet zijn dat de hulp bij ADL onlosmakelijk verbonden is met verpleegkundige deskundigheid bij chronische ziekte.
- Voor PV Speciaal geldt voor zowel planbare als onplanbare zorg hetzelfde tarief.

Verpleging (in uren)

Specificaties Verpleging Speciaal (module cliëntkenmerk)

- Verpleging Speciaal wordt uitsluitend uitgevoerd door bevoegd en bekwaam verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5.
- De instelling is in staat verpleegkundigen te leveren die ten minste de volgende medisch- technische handelingen kunnen verrichten: epidurale / spinale pijnbestrijding, intraveneuze vocht- en voedingstoediening, drainage maag/ thorax, bloedtransfusie, sonde aanbrengen (maag, PEG) uitzuigen trachea en beademing.
- Binnen de AWBZ indicatie betreft de gespecialiseerde verpleging voorbehouden handelingen die uitgevoerd worden op verzoek van de behandelende arts (veelal) op basis van een uitvoeringsverzoek.

Verpleging AIV algemeen

- De Verpleging AIV is gericht op een specifieke chronische zorgaandoening of langdurige beperking en wordt aangeboden in geprotocolleerde vorm. Aandoeningen waarop het gericht is zijn oncologie, vroegsignalering dementie, Chronisch hartfalen, CVA, Neurologie, palliatief terminale zorg, Diabetes mellitus, reuma, COPD, leren omgaan met stoma en Intensieve Kindzorg.
- De zorgaanbieder laat AIV uitsluitend uitvoeren door gespecialiseerde verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5 en aantoonbare deskundigheid betreffende een specifieke chronische ziekte of langdurige beperking.

Verpleging AIV in het kader van vroegsignalering dementie

- Verpleging AIV wordt uitgevoerd door een professional met deskundigheidsniveau 4 of 5 en aantoonbare deskundigheid betreffende dementie.
- Door de inzet van Verpleging AIV wordt bijgedragen aan een vroegtijdige signalering van dementie, op basis waarvan cliënten sneller kunnen worden toegeleid naar diagnostiek.
- De vroegsignalering wordt in geprotocolleerde vorm aangeboden.
- Vroegsignalering dementie wordt afgesproken op netwerkniveau en alleen indien er tevens een afspraak voor casemanagement wordt gemaakt.

Behandeling

Leveringsvoorwaarden behandelprestaties:

- Behandeling is altijd gericht op een specifieke doelgroep.
- Behandeling is altijd in tijd begrensd (beperkt aantal contacten per jaar).
- Intake maakt geen deel uit van de prestatie behandeling, met uitzondering van het onderdeel functionele diagnostiek.
- Een behandelplan moet altijd concreet en haalbaar zijn.
- Behandeling vindt niet in groepsverband, maar alleen op individueel niveau plaats. Tenzij er inhoudelijke argumenten zijn om anders te beslissen.
- Doelstelling van behandeling staat beschreven in het

behandelplan van de cliënt. Tevens is ieder behandelmoment verantwoord in het behandelplan.

- Uitvoering van behandeling vindt binnen de CSML zorg plaats onder regie van de arts of gedragswetenschapper. Deze regiefunctie is gekwantificeerd in een raming.
- Géén van de extramuraal behandelvarianten kan een samenloop hebben met een ZZP inclusief Behandeling (met uitzondering van SGLVG-behandeling).
- De diagnostische behandelprestaties zijn niet gericht op het vaststellen van de primaire grondslag welke nodig is voor het verkrijgen van een (eerste) indicatie;
- De behandelprestaties zijn niet bedoeld als onderdeel van een regulier intakeproces voor verblijf, dagactiviteiten of extramuraal zorg, tenzij dit is geïndiceerd en nadrukkelijk is gewenst door de cliënt.

2.1.4 Casemanagement dementie

- Casemanagement Dementie wordt altijd geleverd binnen de context van een netwerk Dementie. Het dementienetwerk onderschrijft de spilfunctie van de functionaris die het casemanagement levert op procesniveau. Hierover dienen op netwerkniveau afspraken te worden gemaakt. Afstemming en overleg over inhoud, inzet en toekenning van casemanagement dient dus in netwerkverband plaats te vinden. Het netwerk dat casemanagement levert dient deze afspraken ten allen tijde aan Achmea te kunnen overleggen.
- De activiteiten die onder casemanagement vallen zijn gericht om daar waar mogelijk de zelfredzaamheid van cliënt te vergroten en de steunstructuur te versterken.
- Bepalend voor de inzet van casemanagement zijn de mate van kracht van het steunsysteem, het aantal verschillende zorgverleners of organisaties die bij de cliënt betrokken zijn en de complexiteit van de hulpvraag van de cliënt (bijv. co- en multimorbiditeit). Het casemanagement wordt extra geleverd, naast de reguliere zorg, aan de individuele cliënt met dementie en het steunsysteem.
- Het casemanagement, welke door Achmea nadrukkelijk als functioneel wordt omschreven, dient te worden uitgevoerd door een verpleegkundige.
- Tevens onderschrijft Achmea de wens van Alzheimer Nederland dat degene die casemanagement feitelijk verleent een contract heeft van minimaal 16 uur per week, om sterke fragmentatie tegen te gaan. Ten aanzien van de caseload per FTE gaat Achmea uit van minimaal 50 cliënten als richtlijn. Het dementie netwerk dient echter met het beschikbare aantal FTE zoveel mogelijk cliënten te ondersteunen, waardoor Achmea ook een hogere caseload niet ondenkbaar acht.
- Het netwerk heeft een actueel Regionaal Actieplan 2014 (en verder) opgesteld, welke door de kassier bij de offerte 2014 is ingediend waarin ten minste de volgende zaken staan beschreven:
 - Een analyse en beschrijving van het huidige zorgaanbod in de regio voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, ongeacht de financieringsbron (WMO, Zvw, AWBZ)
 - De wijze waarop het netwerk werkt aan de implementatie van de Zorgstandaard Dementie. De volgende onderwerpen dienen daarbij naar voren te komen: vroegsignalering, diagnostiek en behandeling, casemanagement, informele zorg, mantelzorgondersteuning, de sociale kaart, een centraal

meldpunt/registratie.

- Alzheimer Nederland dient akkoord te zijn met de inhoud van het regionale actieplan en de acties die hieruit voortvloeien. Dit akkoord is bekrachtigd met een schriftelijke akkoordverklaring, welke als bijlage bij het regionale actieplan is gevoegd.
- Tevens dient de informatie zoals gevraagd in het eenmalig registratieformulier van Achmea bij het regionale actieplan te worden bijgevoegd.

Let op: de kassier die namens het netwerk een aanbieding doet, dient in de offerteapplicatie onder Tabblad 9 Overige het Regionaal Actieplan 2014 (en verder) up te loaden.

2.1.5 Dagbesteding

Achmea stelt voor de volgende prestaties naast de prestatieomschrijving van de NZa aanvullende leveringsvoorwaarden aan de leveringsvorm:

- Dagactiviteiten ouderen basis;
- Dagactiviteiten en Dagbehandeling ouderen (speciaal) SOM en PG.

Specificaties Dagactiviteit Ouderen Basis

De maximale groepsgrootte (aantal deelnemers per dagdeel) is 12.

Specificaties Dagactiviteit en Dagbehandeling Ouderen (speciaal) SOM en PG

- De maximale groepsgrootte (aantal deelnemers per dagdeel) is 12.
- Bij Dagactiviteit ouderen speciaal somatiek en pg is sprake van multidisciplinaire behandeling en begeleiding waarbij sprake is van een MDO en vastgelegde behandeldoelen in het behandelplan.
- Een Specialist Ouderen Geneeskunde is betrokken bij het vaststellen en evalueren van het behandelplan.

2.1.6 Intensieve kindzorg

Achmea stelt voor zorgaanbieders binnen de kavel intensieve kindzorg een aantal aanvullende leveringsvoorwaarden.

- Permanent toezicht in relatie tot zorgintensieve kinderen profiel A (kinderen met zwaar complexe somatische problematiek die als gevolg van deze problematiek een aanspraak hebben op Persoonlijke Verzorging of Verpleging).
- Hulp/toezicht voortdurend in de nabijheid in relatie tot zorgintensieve kinderen profiel B (kinderen met lichtere complexe problematiek, waarbij één of meer specifieke verpleegkundige handelingen nodig zijn).
- Samenwerking met de bij de intensieve kindzorg betrokken disciplines, zoals het ziekenhuis, kinderarts, huisarts, fysiotherapeut, consultatiebureau, centra voor thuisbeademing, medisch kinderdagverblijven, kindertuiszorg en hospices.
- De zorg die afgestemd is met alle betrokken disciplines dient verankerd te zijn in het zorgplan, waarin alle partijen hun bevindingen kunnen noteren.
- De processen en procedures moeten gericht zijn op de zorg voor het kind en het gezin.
- De zorg richt zich op het toewerken van een zo'n groot mogelijke mate van zelfredzaamheid van de ouders.

- Er dient een cliëntwaarderingsonderzoek uitgevoerd te worden.
- Er dient een cliëntenraad/ouderraad te zijn.
- De zorg dient geleverd te worden door verpleegkundigen die speciaal voor deze zorg zijn opgeleid.
- Aandacht voor een veilige omgeving.
- De organisatie (of deel van de organisatie) moet in bezit zijn van een pedagogisch plan.
- De communicatie en informatievoorziening vanuit de organisatie moeten zich richten op het kind en de ouders.
- Alle processen en procedures moeten zich richten op de lichamelijke en psychosociale ontwikkeling van het kind.
- In het bezit zijn van zorgprogramma's voor specifieke doelgroepen zoals palliatief terminale zorg en kindermishandeling.

3 Deskundigheidstabellen ZN

De deskundigheidstabellen geven een indicatie van de benodigde deskundigheid bij het leveren van zorgzwaartepakketten in de intramurale setting. Ook bij extramuralisering en kleinschalig wonen is aandacht nodig voor voldoende deskundigheid. De deskundigheidstabellen kunnen niet in iedere situatie onverkort worden toegepast, maar dienen als handreiking om het gesprek aan te gaan tussen Achmea en zorgaanbieder.

Productspecificaties ZP LG: verblijf met en zonder behandeling											
ZP LG	Hoofd-behandelaar	Minimaal aanwezig deskundigheidsniveau mbt zorgverlening					"Alarm-opvolging overdag/nacht"	Bereikbaarheid-behandelaar	Samenwerkings-overeenkomst	Ondersteuning aan behandelaar	Setting
		"niveau 1 zorghulp"	"niveau 2 helpende"	"niveau 3 verzorgende SPW"	"niveau 4 verpleegk SPH"	"niveau 5 verpleegk"					
1	(huis)arts		aanwezig*	aanwezig	op afroep**		A, N	rev. arts/ spec. oudereng en AVG	(para) medici; farmacie	open	
2	(huis)arts		aanwezig	aanwezig	op afroep	op afroep	A, N				
3	(huis)arts			aanwezig	op afroep	op afroep	A, D, N				
4	(huis)arts; psychiater; gedragskundige; psycholoog			aanwezig	op afroep	op afroep	A, D, N				
5	(huis)arts; psychiater; gedragskundige; psycholoog			aanwezig	aanwezig	aanwezig	A, D, N				
6	(huis)arts; psychiater; gedragskundige; psycholoog			aanwezig	aanwezig	aanwezig	A, D, N				
7	(huis)arts; psychiater; gedragskundige; psycholoog			aanwezig	aanwezig	aanwezig	A, D, N				

0 = oproepbaar 7 x 24 uur, < 5 min. reactie,
< 10 min. ter plaatse

* *Aanwezig: betreffende medewerker is fysiek aanwezig in de locatie*

** *Op afroep: De organisatorische eenheid kan aantonen dat een BIG geregistreerde verpleegkundige 7 x 24 uur bereikbaar is en binnen 10 minuten ter plaatse kan zijn.*

A = alarmering systeem

D = toezicht overdag

N = toezicht nacht

Productspecificaties ZP V&V: verblijf zonder behandeling										
ZP VV	Hoofdbehandelaar ^	Minimaal aanwezig deskundigheidsniveau mbt zorgverlening *				Alarmopvolging overdag/nacht	Bereikbaarheid behandelaar	Samenwerkings-overeenkomst	Ondersteuning aan behandelaar ****	
		niveau 1 zorghulp	niveau2 helpende	niveau3 verzorgende	niveau4/5 verpleegk					
1	(huis)arts	aanwezig	aanwezig	aanwezig		A, N			(para)medici; farmacie	
2	(huis)arts		aanwezig	aanwezig	op afroep	A, N			(para)medici; farmacie	
3	(huis)arts			aanwezig	op afroep	A, D, N	0= oproepbaar 7 x 24 uur < 10 minuten reactie < 30 minuten ter plaatse (kwaliteitskader)		spec. ouderengk (para)medici; farmacie	
4	(huis)arts			aanwezig	op afroep	A, D, N			spec. ouderengk (para)medici; farmacie	
5	(huis)arts			aanwezig	op afroep	A, D, N			spec. ouderengk (para)medici; farmacie; geriater	
6	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A, D, N			spec. ouderengk (para)medici; farmacie	
7	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A, D, N			spec. ouderengk (para)medici; farmacie; geriater/psychiater	
8	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A, D, N			spec. ouderengk (para)medici; farmacie	
9b	in instelling voor verblijf zonder behandeling niet mogelijk									
10	(huis)arts			aanwezig	aanwezig	A, D, N			spec. ouderengk (para)medici; farmacie; palliatief netwerk	

Productspecificaties ZP V&V: verblijf met behandeling									
ZP VV	Hoofdbehandelaar ^	Minimaal aanwezig deskundigheidsniveau mbt zorgverlening *				Alarmopvolging overdag/nacht	Bereikbaarheid behandelaar	Samenwerkings-overeenkomst	Ondersteuning aan behandelaar ****
		niveau 1 zorghulp	niveau2 helpende	niveau3 verzorgende	niveau4/5 verpleegk				
3	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N	0= oproepbaar 7 x 24 uur < 10 minuten reactie < 30 minuten ter plaatse (kwaliteitskader)		(para)medici; farmacie
4	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie
5	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie; geriater
6	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie
7	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie; geriater/psychiater
8	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie
9b	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie; revalidatiearts
10	spec. ouderengk			aanwezig	aanwezig	A, D, N			(para)medici; farmacie; palliatief netwerk

* Op afroep:

** A= alarmopvolging < 5 min. reactie; D= toezicht overdag; N= toezicht nacht

De organisatorische eenheid kan aantonen dat voor de functie verblijf gecombineerd met verpleging en/of behandeling 7 x 24 uur een BIG geregistreerde verpleegkundige bereikbaar is die binnen 10 minuten ter plaatse kan zijn. Aanwezig betekent lijfelijk aanwezig in huis. 's Nachts is minimaal niveau 3 aanwezig.

*** De mogelijkheid om de specialist ouderengeneeskunde te raadplegen maakt onderdeel uit van alle ZP pakketten.

^ De verpleegkundig specialist is een nieuwe beroepsbeoefenaar die sinds 1 januari 2012 zelfstandige bevoegdheid heeft tot het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen (b.v. het voorschrijven van medicatie en het verrichten van puncties). De verpleegkundig specialist is bevoegd voor het stellen van medische diagnoses en het maken van een behandelplan, en kan optreden als hoofdbehandelaar.

Productspecificaties ZP VG: verblijf zonder behandeling					
ZP VG	MBO	HBO denk-werkniveau	Setting	ADN	Verantwoordelijk behandelaar**
1	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
2	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
3	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
4	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	huisarts/ gedragsdeskundige
5		aanwezig *	open	D, N	AVG/ gedragsdeskundige
6		aanwezig	open	A, D, N	AVG/ gedragsdeskundige
7		aanwezig	be- gesloten	A+, D, N	AVG/ BOPZ arts
8		aanwezig *	open	D, N	AVG/ gedragsdeskundige

Productspecificaties ZP VG: verblijf met behandeling					
ZP VG	MBO	HBO denk-werkniveau	Setting	ADN	Verantwoordelijk behandelaar**
1	aanwezig	aanwezig	open	D, N	AVG/ gedragsdeskundige
2	aanwezig	aanwezig	open	D, N	AVG/ gedragsdeskundige/
3		aanwezig *	open	D, N	AVG/ gedragsdeskundige
4		aanwezig	open	A, D, N	AVG/ gedragsdeskundige
5		aanwezig	be- gesloten	A+, D, N	AVG/ BOPZ arts
6		aanwezig *	open	D, N	AVG/ gedragsdeskundige

Productspecificaties ZP LVG					
ZP JLVG	MBO	HBO denk-werkniveau	Setting	ADN	Verantwoordelijk behandelaar**
1	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	gedragsdeskundige
2	aanwezig	in team beschikbaar	open	D, N	gedragsdeskundige
3		aanwezig	open	D, N	gedragsdeskundige
4		aanwezig	besloten	A+, D, N	gedragsdeskundige/ BOPZ arts
5		aanwezig	be- gesloten	A+, D, N	gedragsdeskundige/ BOPZ arts

Productspecificaties ZP SGLVG					
ZP SGLVG	MBO	HBO denk-werkniveau	Setting	ADN	Verantwoordelijk behandelaar**
1	op achtergrond	aanwezig	be- gesloten	A+, D, N	psychiater/ AVG

* Er is verpleegkundige hulp en advies beschikbaar, deze moet bevoegd en in staat zijn specifiek verpleegkundige handelingen uit te voeren.

A = alarmering systeem

A+ = reactie < 5 min.

D = toezicht overdag

** De verantwoordelijk behandelaar is oproepbaar: < 10 min. reactie < 30 min. ter plaatse (kwaliteitskader)

N = toezicht nacht

Productspecificaties ZPZ GGZ: voortgezet verblijf met behandeling								
ZPZ GGZ-B	Setting	Bouw	Opleidingsniveaus			Toezicht nacht	Verantwoordelijk behandelaar ^	Mede behandelaar **
			3	4	5			
B1	open		b	a/o	a/o	o (slaap)	psychiater (a/o)	Cono
B2	open		a	a/o	a/o	n (beschikb)	psychiater (a/o)	Cono
B3	open		a	a/o	a/o	n (beschikb)	psychiater (a/o)	Cono
B4	open/besloten		a	a/o	a/o	n (wakker)	psychiater (a/o)	Cono
B5	open/besloten		a	a	a/o	n (wakker)	psychiater (a/o)	Cono
B6	open/besloten	aangepast aan handicap *	a	a	a	n (wakker)	psychiater (a/o)	Cono
B7	gesloten	beveiligd, separeer	a	a	a	n (wakker)	psychiater (a/o)	Cono

Productspecificaties ZPZ GGZ: verblijf met ondersteuning								
ZPZ GGZ-C	Setting	Bouw	Opleidingsniveaus			Toezicht nacht	Verantwoordelijk behandelaar ^	Mede behandelaar
			3	4	5			
C1	open		a/o	a/o	a/o	o (slaap)	huisarts Zvw	Zvw
C2	open		a	a/o	a/o	n (beschikb)	huisarts Zvw	Zvw
C3	open		a	a	a/o	n (beschikb)	huisarts Zvw	Zvw
C4	open/besloten		a	a	a	n (wakker)	huisarts Zvw	Zvw
C5	open/besloten		a	a	a	n (wakker)	huisarts Zvw	Zvw
C6	open	aangepast aan handicap *	a	a	a	n (wakker)	huisarts Zvw	Zvw

* lichamelijke of verstandelijke handicap of lichamelijke ziekte

** CONO betreft de volgende GGZ-beroepen: GGZ-Agogen, Gezondheidszorgpsychologen (inclusief klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog), Psychiaters, Psychotherapeuten, GZ-vaktherapeuten en Verpleegkundigen GGZ.

a/o = afspraak/oproepbaar

a = aanwezig

b = bereikbaar

^ De verpleegkundig specialist is een nieuwe beroepsbeoefenaar die sinds 1 januari 2012 zelfstandige bevoegdheid heeft tot het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen (b.v. het voorschrijven van medicatie en het verrichten van puncties). De verpleegkundig specialist is bevoegd voor het stellen van medische diagnoses en het maken van een behandelplan, en kan optreden als hoofdbehandelaar.

Bijlage 2: Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2013

Hieronder geven wij een opsomming van de belangrijkste wijzigingen in ons inkoopbeleid ten opzichte van ons beleid 2013. Wij willen benadrukken dat de onderwerpen uit de kamerbrief *Verantwoorde Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg: naar een waardevolle toekomst*, bij ons bekend zijn, echter de concrete uitwerking hiervan, is bij het publiceren van het zorginkoopbeleid VV&T 2014 nog onzeker. Op dit moment wachten wij op een nadere uitwerking van deze onderwerpen, alvorens te kunnen concluderen of wij aan deze maatregelen consequenties moeten verbinden. Mocht blijken dat nieuwe informatie aanleiding geeft tot wijzigingen van het inkoopbeleid en/of inkoopdocument dan zullen wij dat publiceren op onze website.

Tariefsbepalende criteria

In tegenstelling tot 2013, waarbij het tarief tot stand komt op basis van het al dan niet voldoen aan gestelde criteria, wordt het tarief in 2014 voor alle zorgprestaties door Achmea vastgesteld. Er is in 2014 dus geen sprake van tariefsbepalende criteria en bijhorende aanlevering en controle van bewijsmiddelen hierop.

De kwalitatieve tariefsbepalende criteria zijn naar de overeenkomst verplaatst en daarmee randvoorwaardelijk geworden. Met een zorgaanbieder die nog niet voldoet worden verbeterafspraken gemaakt.

Verbeterafspraken

In 2014 willen wij met zorgaanbieders die niet aan de bovengenoemde kwaliteitscriteria voldoen, verbeterafspraken maken. Op deze wijze willen wij de in het verleden gestelde kwaliteitseisen randvoorwaardelijk maken. Wanneer er op de afgesproken datum niet wordt voldaan aan hetgeen afgesproken is, wordt het tarief aangepast.

Tarief

Het tarief zal in 2014 niet langer afhankelijk zijn van het al dan niet voldoen aan de gestelde tariefsbepalende criteria. Achmea stelt per kavel een tariefspercentage ten opzichte van de maximale beleidsregelwaarde zoals door de NZa is vastgesteld, vast. Het tariefsverschil tussen lichte en zware ZZP's is, met oog op het capaciteitsvraagstuk, komen te vervallen.

Volume

In tegenstelling tot 2013 is er in 2014 geen sprake van een 'geld volgt cliënt' systeem. Op basis van de aantallen zoals zijn afgesproken in de herschikkingsronde 2013, wordt het volume 2014 bepaald.

Maatwerkafspraken

Voor de realisatie van een aantal inkoopdoelstellingen is het mogelijk dat de zorginkopers regionale maatwerkafspraken met zorgaanbieders maken. In lijn met de in 2013 ingezette koers met betrekking tot de inkoop beschikbaarheid van zorg, kunnen maatwerkafspraken gemaakt worden over:

- Afbouw capaciteit
- Beschikbaarheid van zorg
- Consultatie van de SOG'er binnen de eerste lijn
- Extramuraal groei

Invullen van de offerte

Zorgaanbieders hoeven slechts een '1' te offeren op de prestaties waarvoor zij in 2014 een afspraak wensen te maken.

Ketenzorg dementie

Het contracteren van de dementienetwerken zal niet langer op individueel, maar op netwerkniveau middels een kassier plaatsvinden.

Kavel Meerzorg

Per 2014 is er een nieuw kavel bijgekomen: Kavel Meerzorg.

