



# Andersson Elffers Felix

Rapportage met plan van  
aanpak voor harmonisatie  
inkoopdocumentatie

*(Ont)Regelen van de wijkverpleging en de kortdurende  
zorg*

31-3-2023

# Een woord vooraf | Dit traject is uitgevoerd in het kader van het programma (Ont)Regel de zorg

Eind 2022 zijn wij als adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) gevraagd een traject uit te voeren in het kader van **het programma (Ont)Regel de zorg**. In dit programma werken organisaties op stelsel-, organisatie- en uitvoeringsniveau aan **meer tijd en werkplezier in de zorg**. Casuïstiek uit het zorgveld illustreert dat er verbetermogelijkheden zitten in het harmoniseren van inkoopdocumentatie in de wijkverpleging en kortdurende zorg.

In de periode medio januari tot en met maart 2023 is toegewerkt naar **voorstellen voor harmonisatie op vier thema's**. De voorstellen zijn na consultatie vertaald in een plan van aanpak met actiehouders en planning. De relatief korte doorlooptijd van dit project is voortgekomen uit de wens om, waar mogelijk, uitkomsten voor de inkoopronde van 2024 te benutten. Dit heeft geleid tot een intensief traject waarbinnen veelvuldig is gesproken met brancheorganisaties en hun leden. **Onze dank gaat uit naar hun flexibiliteit en betrokkenheid in de totstandkoming van deze rapportage**.

Met deze rapportage kunnen (branches van) zorgaanbieders en zorgverzekeraars de aankomende periode stappen zetten in het verlagen van de administratieve lasten in de wijkverpleging en kortdurende zorg.

Door de intensieve samenwerking met branches van zorgverzekeraars en zorgaanbieders is getracht in **een gedragen rapportage met plan van aanpak** te voorzien. Hierna volgt de interne besluitvorming waarna kan worden toegezegd wat er mogelijk is rond de harmonisatievoorstellen en bijbehorend plan van aanpak. Brancheorganisaties met wie het conceptrapport is besproken geven aan dat inhoudelijke harmonisatiemogelijkheden en -adviezen qua prioritering de voorkeur hebben.

Gedurende het traject ontstonden er **inzichten die wij van meerwaarde achten** om op te nemen in de rapportage. Dat doen wij in de vorm van een aantal reflecties. Wij menen dat het voor trajecten van gelijksoortige aard nuttig kan zijn om deze reflecties te raadplegen.

Wij wensen betrokken organisaties veel succes met het verder 'ontregelen' van de zorg.

Mischa Buter  
Marlijn Althuisen  
Merel Scheltema

# Leeswijzer | Dit traject is uitgevoerd in het kader van het programma (Ont)Regel de zorg

## Leeswijzer

In de **Inleiding (hoofdstuk 1)** beschrijven wij de aanleiding voor dit traject en de vraag aan AEF. We lichten de aanpak en gehanteerde uitgangspunten toe. Ook geven we algemene en verdiepende noties weer die de ACM in het kader van de mededingingstoets aan heeft meegegeven.

In de opvolgende hoofdstukken beschrijven wij achtereenvolgens de mogelijkheden voor **Harmonisering in de wijkverpleging (hoofdstuk 2)** en de mogelijkheden voor **Harmonisering in de kortdurende zorg (hoofdstuk 3)**. In deze hoofdstukken beschrijven we eerst de feitelijke verschillen tussen zorgverzekeraars. Vervolgens komen we tot de harmonisatiemogelijkheden die we in dat licht zien.

In het **Plan van Aanpak (hoofdstuk 4)** brengen we de harmonisatiemogelijkheden bijeen in een plan van aanpak, voorzien van toedeling van acties en een planning. Tot slot lichten we enkele reflecties uit in **Reflecties (hoofdstuk 5)** die gedurende het traject door ons zijn opgedaan.

In **Bijlage 1** staan de vindplaatsen van de vier thema's in de inkoopdocumenten van zorgverzekeraars opgenomen. In **Bijlage 2** is de gedetailleerde aanpak om te komen tot dit rapport beschreven.

# Inhoudsopgave

1. Inleiding [pagina 5](#)
  2. Harmonisering in de wijkverpleging [pagina 13](#)
  3. Harmonisering in de kortdurende zorg [pagina 42](#)
  4. Plan van aanpak [pagina 60](#)
  5. Reflecties [pagina 68](#)
- Bijlage 1: vindplaatsen [pagina 70](#)
- Bijlage 2: aanpak AEF [pagina 75](#)

# Hoofdstuk 1. Inleiding



# Aanleiding | Het programma (Ont)Regel de zorg richt zich op meer tijd voor de zorgverlener en de patiënt

In het programma (Ont)Regel de Zorg\* staat het **verminderen van administratieve lasten** centraal. Zorgverleners zijn veel tijd kwijt aan administratieve handelingen; tijd die ze niet kunnen besteden aan zorg voor de patiënt. De ervaren regeldruk wordt veroorzaakt door **de stapeling, de overbodige bureaucratie en procedures** die niet bijdragen aan het doel van inzicht in zorg en verantwoording over daaraan besteed geld.

*Het doel van het programma (Ont)Regel de Zorg is tweeledig: meer tijd voor zorgverlening aan de cliënt en meer werkplezier voor de zorgverlener.*

Het ontregelen gebeurt op verschillende niveaus: **in de uitvoering** tussen professionals en cliënten, **binnen de zorginstellingen** en **tussen landelijke branche- en beroepsorganisaties**. De uitdaging om de regeldruk in de zorg te verminderen is nauw verbonden aan het arbeidsmarktvragestuk: onnodige administratieve werkzaamheden komen ten laste van schaarsere capaciteit in de zorg. In het licht van de steeds complexere zorgvragen is het ontregelen daarmee noodzakelijker dan ooit.

In de afgelopen jaren zijn er stappen gezet in het 'ontregelen' van de zorg. Zo

heeft het programma (Ont)Regel de zorg er in de wijkverpleging toe geleid dat er **geen minutenregistratie** meer is. Er wordt nu gewerkt volgens het credo 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij'. De wijkverpleegkundige heeft meer regie rond het zorgplan gekregen, waardoor er **minder standaard administratieve handelingen** plaatsvinden. Toch worden er nog veel andere mogelijkheden gezien om de regeldruk te verminderen. Het programma bouwt tot en met 2025 voort op de tot dusver behaalde resultaten.

In het bestuurlijk overleg over het programma (Ont)Regel de zorg is in 2022 **casuïstiek ingebracht** door verschillende brancheorganisaties van zorgaanbieders. Dit was de aanleiding voor het ministerie van VWS om **samen met brancheorganisaties ActiZ, VGN, Zorgthuisnl en ZN** vanuit die casuïstiek te starten met het verder 'ontregelen' van de wijkverpleging. Daarnaast werden er mogelijkheden gezien voor de kortdurende zorg en dan specifiek het onderdeel Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (hierna: GZSP). De Bestuurscommissie Zorg van Zorgverzekeraars Nederland heeft vervolgens de opdracht gegeven om hier ook met medewerkers van zorgverzekeraars de handschoen voor op te pakken. Eind 2022 is de vraag voor externe ondersteuning uitgezet.

# Vraag aan AEF | Kom tot harmonisatievoorstellen en richt een proces in om samen met branches tot een plan van aanpak te komen

Andersson Elffers Felix (AEF) is gevraagd om tot **harmonisatievoorstellen te komen voor de inkoopdocumentatie** in de kortdurende zorg (GZSP) en in de wijkverpleging (inzet helpenden, inzet case-management dementie en inzet thuiszorgtechnologie). Ook is gevraagd om **een proces in te richten** om samen met brancheorganisaties **een plan van aanpak** te ontwikkelen voor harmonisatie.

We zijn op basis van bovenstaande vraag, gestart met het analyseren van de casuïstiek en de inkoopdocumentatie op de vier thema's. Vanuit de casuïstiek hebben we gekeken naar oplossingen voor de ervaren administratieve lasten met de focus op harmonisatiemogelijkheden. Vervolgens hebben we in afstemming met de ACM getoetst of harmonisatie mogelijk is binnen kaders van de Mededingingswet. In afstemming met zorgverzekeraars en brancheorganisaties zijn we tot een advies met een (concept) plan van aanpak gekomen, waarbij er zowel mogelijkheden zijn voor harmonisatie voor 2024 als 2025.

Voor de thema's GZSP, inzet helpenden, inzet thuiszorgtechnologie en inzet van casemanagement dementie is uitgewerkt:

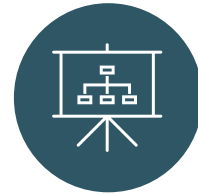
- Wat de **feitelijke onderlinge verschillen** zijn tussen de inkoopdocumentatie van zorgverzekeraars in vorm, taal, en inhoud;
- Welke **mogelijkheden** we vanuit deze verschillen zien voor harmonisering;
- Welk van deze harmonisatiemogelijkheden toetsing aan de uitgangspunten rond **het mededingingsrecht** doorstaan;
- Welk van deze harmonisatiemogelijkheden **haalbaar** zijn zoals blijkt uit afstemming met brancheorganisaties ActiZ, ZorgthuisNL, VGN, ZN en ZN-werkgroepen kortdurende zorg en wijkverpleging;

Op basis hiervan hebben wij vanuit een onafhankelijke proces- en adviesrol adviezen opgesteld van de te harmoniseren voorwaarden, inclusief een plan van aanpak om deze harmonisering tot stand te brengen. Nadere uitwerking dient plaats te vinden met inachtneming van de Mededingingswet.

# Uitgangspunten | Voor de opzet en uitvoering van deze opdracht hanteerden wij een zestal uitgangspunten



De ervaren (administratieve) lasten in de aangeleverde casuïstiek door brancheorganisaties van zorgaanbieders, zijn de basis waar wij met dit traject op aansluiten.



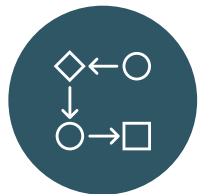
Naast de focus op tijdwinst in de zorgverlening, zien wij de tijdwinst op **andere plekken in de organisatie** van zorgaanbieders als **bijvangst**.



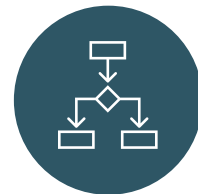
We gaan uit van **een gedeelde opgave** bij de betrokken brancheorganisaties om meer tijd te creëren voor zorgverlening aan de cliënt.



Het doel van dit traject is om vanuit de casuïstiek scherp te krijgen wat de **daadwerkelijk ervaren (administratieve) lasten** bij zorgaanbieders zijn.



In het traject sluiten we aan bij de **geldende procedures en processen** van zorgverzekeraars voor publicatie en besluitvorming rond het inkoopbeleid.



Vanwege de uiteenlopende belangen stelt AEF de adviezen voor harmonisatie vanuit een **onafhankelijke proces- en adviesrol** op.



# De aanpak | In onze aanpak zochten wij naar mogelijkheden voor harmonisatie op taal, vorm en inhoud

## Taal

**Dit betreft harmoniseren van woorden en begrippen.**

'Taal' valt in twee categorieën uiteen:

- Enerzijds één begrip waar meerdere betekenissen aan worden gegeven.

*Voorbeeld: in hoeverre casemanagement dementie wordt gezien als generalistische- of specialistische zorg verschilt per zorgverzekeraar.*

- Anderzijds begrippen waarvoor meerdere vergelijkbare termen worden gebruikt.

*Voorbeeld: het gebruik van verschillende termen voor 'beeldschermzorg' door zorgverzekeraars.*

## Vorm

**Dit betreft harmoniseren van vormgeving van beleid.**

'Vorm' valt in twee categorieën uiteen.

- Het betreft enerzijds het gebruik van vergelijkbare vormgeving van stukken.

*Voorbeeld: de opbouw en lay-out van een document.*

- Anderzijds gaat het om de vormgeving van procedures. Deze categorie van 'vorm' raakt aan het inhoudelijke beleid van zorgverzekeraars en wordt daarom onder 'inhoud' geschaard.

*Voorbeeld: de plek en wijze waarop een aanmeldformulier moet worden ingediend.*

## Inhoud

**Het gaat hierbij om de harmonisering van inhoudelijke invulling van het beleid van zorgverzekeraars.**

Voorbeelden hiervan zijn:

- Onder welke condities een zorgaanbieder specifieke zorg kan inzetten;
- Onder welke condities zorg wordt vergoed;
- Toetsingsinstrumenten (machtigingen of offerte);
- Voorwaarden en eisen aan de kwaliteit van zorg.

## De aanpak | Presenteren van de harmonisatiemogelijkheden

Iedere harmonisatiemogelijkheid voor de thema's in de wijkverpleging en kortdurende zorg is uitgewerkt in een tabel. Hierbij maken wij gebruik van de volgende iconen:



Het **informatieteken** geeft informatie en/of context bij de afweging of motivatie van zorgverzekeraars om te komen tot de gehanteerde voorwaarden, vorm of taal in de inkoopdocumentatie.



Het **vinkteken** betekent dat het duidelijk is waar de (administratieve) last zich afspeelt bij zorgaanbieders. Het gaat ook over verduidelijking vanuit de ACM over of harmonisering mogelijk is.



Het **vraagteken** betekent dat de (eenduidige) motivatie en/of de reactie rond een beoogde harmonisatiemogelijkheid ontbreekt of onduidelijk is.



Het **minteken** betekent dat zorgverzekeraars hebben aangegeven zich niet te scharen achter de harmonisatiemogelijkheid.



Het **plusteken** betekent dat zorgverzekeraars bereid zijn in gesprek te gaan over en/of zich in te spannen voor de harmonisatiemogelijkheid.

# Mededinging | De ACM geeft in het kader van de Mededingingswet ruimte om harmonisatiemogelijkheden te onderzoeken

De inzichten die dit traject worden getoetst aan de uitgangspunten die gehanteerd worden door de Autoriteit Consument & Markt (ACM). De ACM treedt als onafhankelijke toezichthouder op voor goed werkende markten, waarbij ze onder andere toezicht houdt op mededinging.

Als zorgverzekeraars met elkaar tot afspraken komen die de uitvoering van de zorgverzekering betreffen, speelt de Mededingingswet een rol. Deze afspraken kunnen gezien worden als commercieel gedrag tussen organisaties die met elkaar concurreren. De interpretatie van de wet en de uitgangspunten die de ACM in de uitvoering ervan hanteert, leveren ons zicht op de mogelijkheden voor harmonisatie. Harmonisering van inkoopdocumentatie is in principe toegestaan als het bijdraagt aan een betere werking van de markt. Daarbij geldt dat het dient bij te dragen aan de kwaliteit van zorg en de concurrentie niet onnodig beperkt. Als afspraken voor harmonisering voordelen opleveren voor zorgaanbieders en cliënten, sterkt dat de toestemming van de ACM.

Het harmoniseren van beleid mag niet zover doorgevoerd worden dat het leidt tot harmonisatie van kosten- en/of aanbod tussen zorgverzekeraars. Als dit het geval is, zal dat op mededingingsrechtelijke bezwaren stuiten.

De uitgangspunten voor harmonisatie van inkoopdocumentatie en daarmee potentiële samenwerking tussen zorgverzekeraars laten zich daarmee als volgt samenvatten:

- 1. Harmonisatie is in principe altijd mogelijk bij niet-concurrentiële aangelegenheden.**
- 2. In het geval van concurrentiële aangelegenheden is harmonisatie in principe niet mogelijk als zorgverzekeraars zich daardoor niet kunnen onderscheiden** richting verzekerden of zorgaanbieders. Een uitzondering hierop is als aantoonbaar kan worden gemaakt dat harmonisatie tot voordelen leidt voor cliënten en/of zorgaanbieders.
- 3. Maak voor de selectie van harmonisatiemogelijkheden gebruik van een extern en onafhankelijk adviesbureau.**
- 4. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders dienen een gedeeld beeld van nut en noodzaak te hebben om tot harmonisering te komen.** Het potentiële voordeel voor verzekerden/cliënten staat hierin voorop.

# Verdiepende noties ACM | In de context van (Ont)Regel de zorg geeft de ACM een aantal verdiepende noties mee

- 1. Zorgverzekeraars die machtigingenbeleid voeren mogen hierover met elkaar in gesprek.** In zo'n gesprek kan verkend worden of ze bereid zijn om dit kostenbeheersingsinstrument los te laten en te harmoniseren met andere zorgverzekeraars. Dit geldt zowel voor het machtigingsbeleid *an sich* als voor de procedures die ze hierin hanteren. De keuze om te harmoniseren of onderling informatie te delen, is aan de individuele zorgverzekeraar. Dat betekent dat zorgverzekeraars die nu een machtigingenbeleid voeren, nooit gedwongen kunnen worden om dit aan te passen wanneer de meerderheid van de zorgverzekeraars binnen ZN-verband dit wil.
- 2. De ACM ziet geen zwaar in het voeren van algemene gesprekken over kostenbeheersingsinstrumenten zoals machtigingen tussen zorgverzekeraars.** Hierin is het qua proces logisch om te starten bij de zorgverzekeraars die het machtigingenbeleid voeren, alvorens er noodzaak wordt gezien om een breder gesprek te organiseren. Het helpt hierbij in zijn algemeenheid als zorgaanbieders en zorgverzekeraars een gedeeld nut en noodzaak ervaren bij het voeren van dergelijke gesprekken.
- 3. Zorgverzekeraars kunnen tot gelijksoortige inkoopvoorwaarden komen die in hun optiek tot kwaliteitsverbetering leiden.** Deze inkoopvoorwaarden kunnen als mogelijk neveneffect meebrengen dat zorgaanbieders gestimuleerd worden kwaliteitsnormen te ontwikkelen. Wanneer dit vanuit kwaliteitsoverwegingen voldoende onderbouwd wordt door zorgverzekeraars, ziet de ACM weinig mededingingsrisico's in dergelijke harmonisatie. Het is wel van belang dat de beroepsgroep deze kwaliteitsvoordelen ook ziet. Als zij hier vanuit hun kant tegenover stellen dat het niet tot kwaliteitsverbeteringen leidt, kan de ACM dat niet goed beoordelen.
- 4. Zorgverzekeraars kunnen vanuit het publieke belang met elkaar in gesprek gaan over zowel concurrentie als niet-concurrentiële aangelegenheden, als dit bijdraagt aan verbeteringen voor de patiënt/cliënt.** Wanneer dat nadelige gevolgen met zich meebrengt voor zorgaanbieders, dient gemotiveerd te worden waarom het noodzakelijk is om hierin tot afspraken te komen (bijvoorbeeld omdat de patiënten hier voordeel van hebben).

## Hoofdstuk 2. Harmonisering in de wijkverpleging

In dit hoofdstuk leest u achtereenvolgend de feitelijke verschillen tussen zorgverzekeraars op inhoud en taal op de drie thema's: helpenden/niveau 2, casemanagement dementie en thuiszorgtechnologie.


Daarna volgen de harmonisatiemogelijkheden.

Tot slot gaan we in op de feitelijke verschillen in vorm van de drie thema's tezamen; wederom gevolgd door harmonisatiemogelijkheden.

Dit hoofdstuk start met het thema helpenden / 'niveau 2'. Op de volgende pagina's leest u de feitelijke verschillen tussen het beleid van zorgverzekeraars op dit thema.

Eerst leest u de inhoudelijke verschillen die door brancheorganisaties zijn ingebracht via de casuïstiek en de verschillen in taal.

Vervolgens leest u mogelijkheden voor harmonisatie.



## Thema Helpenden / niveau 2

*Harmonisering in de wijkverpleging*

# Helpenden / niveau 2 | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op inhoud en taal

## Verschillen tussen zorgverzekeraars op inhoud

Zorgaanbieders ervaren (administratieve) lasten bij de inzet van helpenden doordat zorgverzekeraars verschillende inkoop-voorwaarden hanteren. Het is afhankelijk van het beleid van de zorgverzekeraar of een helpende mag worden ingezet en onder welke voorwaarden. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige in de praktijk moet nagaan of een helpende mag worden ingezet bij de betreffende cliënt en onder welke voorwaarden. De roosteraar van de zorgaanbieder (vaak ook de zorgverlener zelf) ervaart administratieve lasten bij maken van roosters. Dit heeft ook betrekking op de cliënt: als de zorgverlener administratief meer moet regelen, blijft er minder tijd over voor de cliënt.

Zorgverzekeraars volgen in de regel de geldende normen vanuit beroepsgroepen. Aangezien dit voor helpenden ontbreekt kiezen sommige zorgverzekeraars – wetende dat de inzet voor laagcomplexere handelingen door helpenden vanuit arbeidsmarktkrapte mogelijk is – er in het beleid voor om eigen voorwaarden rond helpenden te hanteren. Zorgaanbieders nemen de ‘grootste’ zorgverzekeraar vervolgens vaak als uitgangspunt; temeer omdat het continu nagaan van de verschillende eisen niet werkbaar is. Dit levert wel

een risico op in het kader van rechtmatigheid van de zorg en op terugvordering.

Sommige zorgverzekeraars nemen in het inkoopbeleid over wat er volgens de wet kan en mag (Wkkgz en wet BIG). Dat is bekende informatie voor zorgaanbieders die leidt tot het doornemen en interpreteren van meer informatie. Zorgaanbieders ervaren dat dit leidt tot onnodige administratieve lasten in de backoffice.

## Verschillen tussen zorgverzekeraars in taal

We zien feitelijke verschillen in aanduiding en gebruik van verschillende begrippen. Ook specificeren zorgverzekeraars onvoldoende wat zij met bepaalde begrippen bedoelen.




In sommige inkoopdocumentatie wordt gesproken over supervisie door een *hbo of masterverpleegkundige*; in andere documenten van supervisie van een medewerker van een *hoger niveau* zonder te specificeren wat met een hoger niveau wordt bedoeld. In weer andere documentatie gaat het over supervisie door een *hbo-gediplomeerd verpleegkundige*.

# Helpenden / niveau 2 | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op inhoud harmoniseren

<b>1</b>	<b>Differentiatie in inzet helpenden / niveau 2 tussen zorgverzekeraars beperken</b>		
<b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b>			
<p>Zorgverzekeraars kunnen differentiatie in de inzet van helpenden beperken door de verschillende voorwaarden te harmoniseren. Het is mogelijk om één voorwaarde te hanteren en daarbij de afweging te maken welke kwaliteitseisen noodzakelijk zijn. Door zorgaanbieders wordt dit vanwege de arbeidsmarktproblematiek gezien als zeer wenselijk.</p>			
<p><b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b></p> <p>De wijkverpleegkundige en roosteraar (vaak ook de zorgverlener) hoeven zo niet meer iedere keer na te gaan of een helpende mag worden ingezet en onder welke voorwaarden. Ook in de backoffice wordt tijdwinst verwacht, doordat minder inkoopdocumentatie geraadpleegd hoeft te worden.</p>		<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars volgen in de regel de geldende normen vanuit de beroepsgroepen. Aangezien dit voor helpenden ontbreekt, maken zorgverzekeraars vanuit kwaliteitsoogpunt eigen afwegingen rond de inzet van helpenden.</p>	
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b></p> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>		<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars willen over het harmoniseren van de inkoopvoorwaarden rond helpenden in gesprek. Het is mogelijk dat dit leidt tot harmonisatie naar de eisen van de 'strengste' zorgverzekeraar. De inzet van helpenden blijft een compromis. Ondanks dat de wijkverpleging niet het domein van de helpende is, wordt men nu noodgedwongen om dit toe te staan vanwege de personeelstekorten.</p>	
<b>Advies voor vervolg</b>			
<p>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 in gesprek gaan over de verschillende inkoopvoorwaarden rond helpenden om te bepalen welke van de voorwaarden door iedereen gehanteerd kunnen worden.</p>			



## Helpenden / niveau 2 | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op inhoud harmoniseren


2 Inkoopteksten analoog aan wetteksten niet herhalen	
<b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b> Zorgverzekeraars kunnen nagaan in hoeverre inkoopbeleid en inkoopvoorwaarden in de inkoopdocumentatie opgenomen hoeven te worden, als het een directe herhaling is van wat er in de wet staat opgenomen.	
<b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b> Deze harmonisering levert naar verwachting niet direct tijdwinst op in het primaire proces. Deze harmonisatie levert naar verwachting tijdwinst op in de backoffice van de zorgaanbieder. De zorgverkoper hoeft hierdoor minder teksten in de beleidsdocumenten door te nemen. 	<b>Motivatie zorgverzekeraars</b> Het is niet bekend waarom zorgverzekeraars sommige zorgverzekeraars verwijzen naar letterlijke wetteksten en anderen niet. Het staat hen vrij om eigen vorm en stijl te hanteren. Mogelijk doen ze dit om bij zorgaanbieders te verduidelijken waarom ze bepaalde beleidskeuzes maken. 
<b>Toets op mededingingsrisico's</b> Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt. 	<b>Reactie zorgverzekeraars</b> Zorgverzekeraars geven in zijn algemeenheid aan dat het hen vrij staat om de eigen vorm en stijl te hanteren. Het lijkt mogelijk om te bezien waar een verwijzing naar een wet, in plaats van de wettekst zelf, volstaat. 
<b>Advies voor vervolg</b> Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken komen over welk inkoopbeleid achterwege gelaten kan worden als het een directe verwijzing / herhaling is naar of van wetteksten.	

## Helpenden / niveau 2 | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op inhoud harmoniseren

<b>3</b>		<b>Ontwikkelen beroepsnormen voor inzet helpenden / niveau 2</b>	
<b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b>			
Kwaliteitsbeleid voor inzet van helpenden kan een oplossing zijn voor de differentiatie tussen zorgverzekeraars. V&VN vertegenwoordigt deze groep echter niet, dus dient hier een andere organisatie voor aangewezen te worden.			
<b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b>		<b>Motivatie zorgverzekeraars</b>	
Harmonisatie van deze inkoopvoorwaarden leidt naar verwachting tot directe tijdwinst in het primaire proces. De zorgverlener of roosteraar hoeft dan niet meer telkens na te gaan of een helpende mag worden ingezet bij de betreffende cliënt en onder welke voorwaarden. Deze harmonisatie levert naar verwachting tijdwinst op in de backoffice van de zorgaanbieder. De zorgverkoper kan hierdoor gemakkelijker beleidsteksten vergelijken en interpreteren.		Zorgverzekeraars volgen in de regel de geldende normen vanuit de beroepsgroepen. Aangezien dit voor helpenden ontbreekt kiezen sommige zorgverzekeraars er in het beleid voor om eigen en daarmee verschillende voorwaarden rond helpenden te hanteren.	
<b>Toets op mededingingsrisico's</b>		<b>Reactie zorgverzekeraars</b>	
Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.		Zorgverzekeraars geven aan dat de wijkverpleging niet het domein is van helpenden. De inzet van helpenden blijft een compromis, die vooral is ingegeven doordat men noodgedwongen wordt om dit toe te staan vanwege de personeelstekorten.	
<b>Advies voor vervolg</b>			
Agenderen van de ontwikkeling van beroepsnormen (eventueel binnen doorontwikkeling Kwaliteitskader wijkverpleging) bij de daarvoor aangewezen beroepsvereniging.			

## Helpenden / niveau 2 | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie in taal harmoniseren

4 Meer mogelijkheden voor eenheid in taal	
<p><b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b></p> <p>De analyse naar feitelijke verschillen laat harmonisatiemogelijkheden zien voor het gebruik van eenduidige begrippen (het varieert nu tussen <i>hbo of masterverpleegkundige</i> en supervisie van een medewerker van een <i>hoger niveau</i> zonder te specificeren wat met een hoger niveau wordt bedoeld. In weer andere documentatie wordt gesproken over supervisie door een <i>hbo-gediplomeerd verpleegkundige</i>). Dit kan meer in lijn worden gebracht met elkaar.</p>	
<p><b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b></p> <p>Deze harmonisering levert naar verwachting niet direct tijdwinst op in het primaire proces, maar met name in de backoffice van de zorgaanbieder. De zorgverkoper kan hierdoor gemakkelijker beleidsteksten vergelijken en interpreteren.</p>	<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b></p> <p>Het staat zorgverzekeraars vrij om de eigen vorm en stijl te hanteren.</p>
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b></p> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>	<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars geven in zijn algemeenheid aan dat het hen vrij staat om de eigen vorm en stijl te hanteren. Zij zijn bereid om voor de inkoop 2025 te kijken naar de mogelijkheden voor harmonisering van taal.</p>
<p><b>Advies voor vervolg</b></p> <p>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken komen over welke mogelijkheden zij kunnen harmoniseren in taal.</p>	



Op de volgende pagina's leest u de feitelijke verschillen tussen het beleid van zorgverzekeraars op het thema 'inzet casemanagement dementie'.

Eerst leest u de inhoudelijke verschillen die door brancheorganisaties zijn ingebracht via de casuïstiek en de verschillen in taal.

Vervolgens leest u mogelijkheden voor harmonisatie.

## Thema Casemanagement dementie

*Harmonisering in de wijkverpleging*

# Casemanagement dementie | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op inhoud en taal [1/2]

## Verschillen tussen zorgverzekeraars op inhoud

Als we kijken naar de verschillen op inhoud, valt op dat zorgaanbieders lasten ervaren doordat zorgverzekeraars verwijzen naar verschillende standaarden.

Het is afhankelijk van het beleid van de zorgverzekeraar of een casemanager met hbo sociaal werk mag worden ingezet. De ene zorgverzekeraar neemt de Zorgstandaard Dementie als uitgangspunt (deze geeft aan dat een casemanager hbo wijkverpleging of hbo sociaal werk als achtergrond moet hebben). Andere zorgverzekeraars nemen geen standaard, het expertiseprofiel dementieverpleegkundige of het kwaliteitsregister van V&VN als uitgangspunt.

Om administratieve lasten te beperken nemen sommige aanbieders uit voorzorg alleen casemanagers dementie aan met hbo wijkverpleging.

In de [Zorgstandaard Dementie](#) staat in Hoofdstuk 5 dat een casemanager dementie een wijkverpleegkundige of sociaal werker is die is gespecialiseerd in casemanagement dementie. Beide opleidingsachtergronden worden daarin gekend.

Alzheimer Nederland geeft aan dat het dezelfde professional dient te zijn die het gehele proces meeloopt. Het maakt verder niet uit welke achtergrond deze professional heeft (wel verpleegkundige of social work).

Zorgverzekeraars geven aan dat er mogelijk een onderscheid wordt gemaakt rond de inzet in een geneeskundige context. Het verwijzen naar de Zorgstandaard Dementie betekent niet dat een sociaal werker vergoed mag worden onder de Zvw. Zorgaanbieders vragen zich daarbij af of het noodzakelijk is dat de sociaal werker de verpleegkundige expertise nodig heeft. Als een wijkverpleegkundige betrokken is bij de zorgverlening, zou het kunnen volstaan om een sociaal werker een deel van de zorgverlening uit te laten voeren.

BPSW vult hierop aan dat dementie ook vooral over sociale expertise gaat. Het draait daarbij onder andere om sociaal functioneren, het goed houden van relaties en het omgaan met rouw en verlies. Dit maakt het wat hen betreft relevant en noodzakelijk om casemanagers dementie met een sociaal werk achtergrond, vergelijkbaar werk te laten doen onder (vergoeding van) de Zvw.





# Casemanagement dementie | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op inhoud en taal [2/2]

## Verschillen tussen zorgverzekeraars in taal

Als we kijken naar de verschillen in taal, zien we feitelijke verschillen in aanduiding en andere interpretaties van begrippen.

- '*Casemanager dementie*' en '*gespecialiseerde casemanager dementie*' worden allebei gebruikt, op sommige plekken wordt hier hetzelfde mee bedoeld; op andere plekken is de interpretatie hiervan verschillend. Door één van de verzekeraars wordt gesproken over een '*gespecialiseerd dementieverpleegkundige*'.
- Wat precies wordt verstaan onder *casemanagement dementie* en in hoeverre dit als generalistische of specialistische zorg wordt gezien, verschilt tussen verzekeraars. In hoeverre wordt uitgeschreven wanneer er sprake is van een 'minder complexe' of 'complexe' ondersteuningsvraag verschilt tussen zorgverzekeraars.
- Er wordt gesproken over de '*geldende zorgstandaard*' en over de '*zorgstandaard dementie*'.

# Casemanagement dementie | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op inhoud harmoniseren

5 Inzicht in de gedachtegang, interpretatie en afwegingen bij casemanagement dementie	
<p><b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b></p> <p>Duidelijkheid over de vraag welke zorg onder de Wmo valt en welke onder de Zvw, geeft uiteindelijk ook duidelijkheid in de afwegingen die zorgverzekeraars maken rond casemanagement dementie. Inzicht in de verschillende interpretaties rond de benodigde achtergrond van een casemanager dementie in de V&amp;VN kwaliteitsstandaard (expertiseprofiel dementieverpleegkundige), het kwaliteitsregister van V&amp;VN waarin wordt verwezen naar benodigde opleidingen en de Zorgstandaard dementie kan leiden tot duidelijkheid tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere landelijke organisaties.</p>	
<p><b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b> </p> <p>Met de mogelijkheid om zowel casemanagers dementie met een hbo-verpleegkundige achtergrond als een achtergrond in social work, wordt het voor zorgaanbieders gemakkelijker om de roosters rond te krijgen. Hierdoor krijgen de cliënten gemakkelijker toegang tot de benodigde zorg. De verwachte tijdwinst ontstaat daarmee in de directe zorgverlening.</p>	<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b> </p> <p>Zorgverzekeraars maken op grond van de duiding van Zorginstituut Nederland onderscheid rond de inzet van casemanagement, vanwege de geneeskundige context waarin deze zorg en ondersteuning verleend moet worden. Wanneer het verzekerde zorg betreft en het casemanagement plaatsvindt binnen een geneeskundige context dan is verpleegkundige expertise voorwaardelijk.</p>
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b> </p> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>	<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b> </p> <p>Zorgverzekeraars willen met elkaar in gesprek gaan over de inzet van casemanagement dementie. Zij wensen een duiding vanuit Zorginstituut Nederland over wanneer casemanagement tot de Zvw behoort en wanneer niet. Van daaruit kan duidelijkheid geboden worden aan zorgaanbieders.</p>
<p><b>Advies voor vervolg</b></p> <p>Voer binnen ZN-verband de bredere discussie over de inzet van casemanagement dementie en benodigde inzet. Zowel tussen ZN en haar leden, als tussen de landelijke organisaties die hierbij betrokken zijn (Alzheimer Nederland, V&amp;VN, BPSW, Zorginstituut Nederland).</p>	

# Casemanagement dementie | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op inhoud harmoniseren

6 Verwijzing naar dezelfde standaard(en)	
<p><b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b></p> <p>Zorgverzekeraars kunnen overeenstemming bereiken over naar welke standaard of kwaliteitsdocument zij gezamenlijk verwijzen in het inkoopbeleid.</p>	
<p><b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b></p> <p>Met de verwijzing naar verschillende standaarden, wordt het mogelijk om zowel casemanagers dementie met een hbo-verpleegkundige achtergrond als een achtergrond in social work, in te zetten. Hierdoor kunnen zorgaanbieders gemakkelijker de roosters rondkrijgen. En daardoor krijgen de cliënten gemakkelijker toegang tot de benodigde zorg. De verwachte tijdwinst ontstaat daarmee in de directe zorgverlening.</p>	<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars maken op grond van de duiding van Zorginstituut Nederland mogelijk onderscheid rond de inzet van casemanagement vanwege de geneeskundige context waarin deze zorg en ondersteuning verleend moet worden. Wanneer het verzekerde zorg betreft en het casemanagement plaatsvindt binnen een geneeskundige context dan is verpleegkundige expertise voorwaardelijk.</p>
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b></p> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>	<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars geven aan voor de inkoop 2024 allen naar de Zorgstandaard Dementie te zullen verwijzen. Met de notie dat deze standaard beschrijft wat goede zorg is, maar niet vanuit welk domein het bekostigd kan worden.</p>
<p><b>Advies voor vervolg</b></p> <p>Voor inkoopronde 2024 harmoniseren van inkoopvoorwaarden door de verwijzing naar de Zorgstandaard Dementie op te nemen.</p>	



# Casemanagement dementie | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie in taal harmoniseren

<b>7 Meer mogelijkheden voor eenheid in taal</b>	
<b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b> De analyse naar feitelijke verschillen laat harmonisatiemogelijkheden zien voor het gebruik van eenduidige begrippen (in plaats van <i>casemanager dementie</i> en <i>gespecialiseerde casemanager dementie</i> ) en verduidelijking in de wijze waarop begrippen geïnterpreteerd worden.	
<b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b>  Deze harmonisering levert naar verwachting niet direct tijdwinst op in het primaire proces, maar met name in de backoffice van de zorgaanbieder. De zorgverkoper kan hierdoor gemakkelijker beleidsteksten vergelijken en interpreteren.	<b>Motivatie zorgverzekeraars</b>  Het is niet bekend waarom zorgverzekeraars onderscheid maken tussen gehanteerde aanduidingen in opbouw en tekst. Het staat verzekeraars vrij om hun eigen vorm en stijl te hanteren.
<b>Toets op mededingingsrisico's</b>  Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.	<b>Reactie zorgverzekeraars</b>  Zorgverzekeraars kijken verschillend naar de mogelijkheden voor het meer eenduidig gebruik van wijkbegrippen. Sommige zorgverzekeraars vinden dit zinvol en anderen vinden het lastig, omdat wijkverpleging niet de enige zorgsoort is. Zorgverzekeraars willen meewerken aan de harmonisering.
<b>Advies voor vervolg</b> Zorgverzekeraars bespreken en komen voor de inkoopronde 2025 tot afspraken over welke mogelijkheden zij harmoniseren in taal.	

Op de volgende pagina's leest u de feitelijke verschillen tussen het beleid van zorgverzekeraars op het thema 'thuiszorgtechnologie'.

Eerst leest u de inhoudelijke verschillen die door brancheorganisaties zijn ingebracht via de casuïstiek en de verschillen in taal.

Vervolgens leest u mogelijkheden voor harmonisatie.

A young man with a name tag is sitting on a sofa next to an elderly man. The young man is holding a tablet and showing it to the elderly man, who is holding a cup. The scene is set in a living room with a patterned sofa and a wooden side table.

# Thema Thuiszorgtechnologie

*Harmonisering in de wijkverpleging*

# Thuiszorgtechnologie | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op inhoud en taal [1/4]

## Verschillen tussen zorgverzekeraars op inhoud

Als we kijken naar de inhoud, zien we dat zorgaanbieders lasten ervaren doordat zorgverzekeraars verschillende eisen hanteren en onderbouwing vragen voor de inzet van thuiszorgtechnologie.

### *Verschillende eisen Zvw-Wlz*

Er zit verschil tussen de Zvw, de Wlz (en Wmo) in de mogelijkheden voor de toepassing van technologie. In de Wlz is er meer mogelijk dan in de Zvw en is er sprake van een andere verantwoording. Dat komt doordat het andere cliënten zijn, die uit verschillende domeinen zorg ontvangen, met een andere insteek. Zorgverzekeraars geven daardoor een andere invulling aan de inkoop van thuiszorgtechnologie. Sommige technologie kan niet in de Zvw worden toegepast, maar wel bij Wlz-cliënten in de thuissituatie. Dit leidt voor zorgaanbieders tot onbegrijpelijke situaties in de praktijk, omdat een wijkverpleegkundige soms cliënten helpt uit de Zvw en soms uit de Wlz. Wijkverpleegkundigen moeten nu eerst nagaan of de cliënt een Wlz- of Zvw-indicatie heeft om vervolgens te bepalen welke thuiszorgtechnologie mag worden ingezet. Het verschil in stelsels (Wlz, Zvw, Wmo) brengt administratieve lasten met zich mee; voor zowel de backoffice als voor wijkverpleegkundigen zelf.

Er is behoefte aan eenduidigheid qua regelgeving van thuiszorgtechnologie tussen de stelsels Wlz, Zvw en Wmo. Dit vraagstuk is 'groter' dan hoe het nu uitwerking krijg in de praktijk. Het gaat onder andere over het creëren van helderheid rond de inzet van hulpmiddelen versus thuiszorgtechnologie (binnen de Zvw) en de grenzen hierin t.a.v. de Wmo en Zvw. Het verdient agendering op bestuurlijke tafels met VWS erbij. Het harmoniseren van inkoopvoorwaarden in de wijkverpleging biedt namelijk geen oplossing voor dit probleem.

### *Verschillen in inzet en onderbouwing*

Naast de verschillen tussen stelsels, zitten er binnen de Zvw ook verschillen tussen zorgverzekeraars in de mogelijkheden voor de toepassing van technologie. Een wijkverpleegkundige moet bij een cliënt (met een Zvw indicatie) eerst opzoeken bij welke zorgverzekeraar de cliënt verzekerd is, en wat de voorwaarden en mogelijkheden bij de betreffende zorgverzekeraar zijn voor de toepassing van de thuiszorgtechnologie, alvorens de wijkverpleegkundige kan bepalen welke thuiszorgtechnologie kan worden ingezet.

## Thuiszorgtechnologie | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op inhoud en taal [2/4]

De praktijksituatie op de voorgaande pagina wordt als lastenverzwarend ervaren voor zowel de backoffice als de wijkverpleegkundigen. Per zorgverzekeraar moet de regelgeving hieromtrent uitgezocht worden. Dit heeft tot effect dat sommige zorgaanbieders ervoor kiezen om het beleid te hanteren van de 'strengste' zorgverzekeraar. Dit betekent bijvoorbeeld dat een aanbieder alleen de medicijndispenser gefinancierd kan toepassen.

Ook zit er verschil in vergoedingen. De beleidsregel van de NZa biedt ruimte om maximaal 6,5 uur per cliënt per maand te declareren voor de inzet van thuiszorgtechnologie. Zorgverzekeraars zien in de praktijk dat thuiszorgtechnologie nog beperkt wordt ingezet; om deze reden vergoeden zorgverzekeraars alleen de technieken die daadwerkelijk worden ingezet. Dit zijn in ieder geval de medicijndispenser en beeldschermcontact, maar kunnen in theorie ook andere technologieën zijn. Als zorgverzekeraars een vergoeding van 6,5 uur zouden toestaan, terwijl nog nauwelijks techniek wordt ingezet dan is de verwachting van zorgverzekeraars dat zorgaanbieders 6,5 uur per cliënt per maand declareren (dat is immers conform contractafpraak). Om onnodige kostenstijging tegen te gaan kopen zorgverzekeraars thuiszorgtechnologie daarom gericht in (bij maandtariefaanbieders is dit anders; zij ontvangen een maandtarief waar thuiszorgtechnologie onderdeel

van is). Dit heeft tot gevolg dat hier per zorgverzekeraar verschillende afspraken over zijn: hoeveel per type technologie daadwerkelijk gedeclareerd mag worden verschilt per zorgverzekeraar. Door zorgaanbieders wordt dit ervaren als ontmoediging in plaats van stimulering van thuiszorgtechnologie.

Tussen zorgverzekeraars zijn er verschillen in welke technologieën bewezen en dus inzetbaar, of niet-bewezen en dus niet-inzetbaar zijn. Er lijkt geen consensus te zijn over wanneer een technologie voldoende onderbouwd is om door zorgverzekeraars als bewezen te worden beschouwd.

- Het Kenniscentrum Digitale Zorg (KCDZ) beoordeelt welke thuiszorgtechnologieën toegepast kunnen worden\*. Bij het KCDZ (waar o.a. branches van zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij betrokken zijn) kijkt men allereerst of applicaties voldoen aan de eisen die zorgverzekeraars hebben gesteld. Vervolgens gaat het over de toepassing. De branches van zorgaanbieders geven aan het wenselijk te vinden dat het KCDZ zich vooral als centrum voor ontwikkeling, onderzoek, monitoring en evaluatie positioneert. En niet zoals nu: als trechter voor het mogen toepassen van thuiszorgtechnologie.

# Thuiszorgtechnologie | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op inhoud en taal [3/4]

- Zorgaanbieders zien dat zorgverzekeraars – ondanks dat iets bewezen is – soms afwijken van of iets toepast kan worden. Ook wordt het als bijzonder gezien dat er voor de Wlz wel een lijst is onder regie van Vilans. Deze lijst kan wellicht ook in de Zvw worden toegepast. Het lastige is dat er nog weinig toepassingen zijn bewezen via de route van het KCDZ. Daarom willen zorgverzekeraars in de praktijk toch per toepassing bewijs zien van dan het werkt. Voor zorgaanbieders leidt dat tot een rem op de toepassing.

Er zitten ook verschillen in de onderbouwing (qua business case) voor inzet van technologieën die door zorgverzekeraars gevraagd wordt (tijdwinst aantonen, narratief onderbouwen, soms moet het wetenschappelijk aangetoond op basis van een wetenschappelijk artikel). Dit brengt voor zorgaanbieders administratieve lasten met zich mee.

## ***Praktische toepassing aanmeldformulier***

In de praktische toepassing verschillen inhoud, vorm en systeem voor indiening van een thuiszorgtechnologie. Een uniform aanmeldformulier - qua inhoud, vorm én wijze van indiening helpt zorgaanbieders in de aanvraag

voor de inzet van thuiszorgtechnologie. Vanuit zorgaanbieders is het meest wenselijke als er één formulier is dat door en voor alle zorgverzekeraars gebruikt kan worden en indien mogelijk op één plek ingediend kan worden.

Meerdere zorgverzekeraars vinden het op dit moment al prima als een formulier met het logo van een andere zorgverzekeraar bij hen zou worden ingeleverd. Dit is echter onvoldoende bekend bij zorgaanbieders en – als dit daadwerkelijk het geval is – zou dit beter gecommuniceerd kunnen worden.

## ***Administratieve knelpunten in declaratie***

Zorgaanbieders geven aan dat hun backoffice in de declaratie van thuiszorgtechnologie maandelijks een overzicht dient te maken van het aantal cliënten waar thuiszorgtechnologie wordt ingezet. Dit komt mede door de gehanteerde registratiesystematiek, waarbij er maandelijks gedeclareerd wordt per tijdeenheid. Daarbij dient rekening gehouden te worden met het maximum in te zetten uren per zorgverzekeraar en de technologieën die worden toegepast.

# Thuiszorgtechnologie | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op inhoud en taal [4/4]

In de praktijk komt deze systematiek niet overeen met de weekplanningen van zorgaanbieders. Omdat sommige maanden meer weken hebben dan anderen leidt dat ertoe dat er in de backoffice handmatig thuiszorgtechnologie-toepassingen verplaatst moeten worden. Dit is een administratieve last voor de backoffice die doorwerkt op de zorgverlening, omdat het ook effect heeft op de planning.

Het is voor zorgaanbieders wenselijk als er flexibiliteit ontstaat in het declareren van het gemaximeerd aantal uren per maand. Dat kan bijvoorbeeld door het per week hanteren van het maximum. Een andere mogelijkheid is het flexibel over maanden heen te declareren. In hoeverre dit een oplossing is voor álle aanbieders verdient allereerst een uitvraag onder de leden van ActiZ en Zorgthuis.nl. En vervolgens het beantwoorden van de vraag wie de oplossing kan bieden voor deze ervaren last.

## Verschillen tussen zorgverzekeraars in taal



Als we kijken naar de verschillen in taal, zien we feitelijke verschillen in (keuzes voor) synoniemen en begrippen.

- Thuiszorgtechnologie is een vorm van *digitale zorg*. In de inkoopdocumenten worden synoniemen gebruikt voor 'digitale zorg', waarmee in sommige gevallen net wat anders wordt bedoeld. Denk aan: 'zorgtechnologie'; 'digitale innovaties'; 'zorg op afstand'; 'digitale voorzieningen'; 'digitale technologie'; 'technologische vernieuwingen'; 'digitale hulpmiddelen'. De definities ontbreken.
- Wat wordt verstaan onder een *bewezen thuiszorgtechnologie* c.q. aan welke voorwaarden moet worden voldaan om te spreken over een bewezen thuiszorgtechnologie verschilt per zorgverzekeraar. Ook worden er verschillende termen gebruikt voor 'bewezen thuiszorgtechnologie' te weten: 'Good practices door Vilans geïdentificeerd als arbeidsbesparende technologieën' en 'bewezen technologische hulpmiddelen'.
- Er worden verschillende termen gebruikt voor '*beeldschermzorg*' te weten: 'beeldschermcommunicatie'; 'beeldzorg'; 'online contact met zorgverleners'.

# Thuiszorgtechnologie | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op inhoud harmoniseren





8 Meer harmonisatie in onderbouwing van inzet thuiszorgtechnologie	
<p><b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b></p> <p>Met inachtneming van de procesgang en procedures bij het KCDZ, zijn er mogelijkheden om de verschillende soorten onderbouwing die wordt gevraagd door zorgverzekeraars, te harmoniseren op procedure en vorm.</p>	
<p><b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b></p> <p>Als de onderbouwing voor inzet van thuiszorgtechnologie meer geharmoniseerd is, hoeft er niet iedere keer gekeken te worden bij welke zorgverzekeraar een cliënt verzekerd is en wat de voorwaarden zijn voor de toepassing van thuiszorgtechnologie. Zodoende is er meer tijd over voor de directe zorgverlening door de wijkverpleegkundige.</p>	<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b></p> <p>Het onderbouwen van de inzet van thuiszorgtechnologie is ondergebracht bij het KCDZ. Onderdeel van waardebepalingen is het bepalen van duidelijke in- en exclusiecriteria. Cliënten dienen te voldoen aan die inclusiecriteria voordat technologie doelmatig kan worden ingezet.</p>
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b></p> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>	<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b></p> <p>De ontwikkeling van het zorgtransformatiemodel wordt in het IZA genoemd als hét instrument waarlangs digitale toepassingen worden geprioriteerd, getoetst en geëvalueerd. Ook vindt doorontwikkeling plaats op dit thema en wordt het KCDZ een 'Landelijk platform digitale zorgtransformatie'.</p>
<p><b>Advies voor vervolg</b></p> <p>Organiseer als ZN het gesprek tussen zorgverzekeraars om tot afspraken te komen voor harmonisatie van benodigde bewijsvoering en onderbouwing business case bij de inzet van thuiszorgtechnologie. Maak daarnaast duidelijk hoe de procesgang en procedures bij het KCDZ in zijn werk gaan. Ook kan er in afstemming tussen de betrokken (branche)organisaties gesproken en vervolgens gecommuniceerd worden hoe de doorontwikkeling van het KCDZ eruitziet.</p>	

# Thuiszorgtechnologie | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op inhoud harmoniseren


<b>9</b>	<b>Eén uniform aanvraagformulier voor inzet thuiszorgtechnologie</b>		
<b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b>			
Een uniform aanmeldformulier - qua inhoud, vorm en wijze van indiening – helpt zorgaanbieders in de aanvraag voor de inzet van thuiszorgtechnologie. Voor zorgaanbieders is het wenselijk dat er één formulier is dat door en voor alle zorgverzekeraars gebruikt kan worden en indien mogelijk op één plek ingediend kan worden.			
<b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b>			<b>Motivatie zorgverzekeraars</b>
Er wordt geen directe tijdwinst in het primaire proces verwacht. In de backoffice hoeft niet telkens opnieuw een ander aanmeldformulier inclusief bijbehorende procedure te worden gebruikt.			Zorgverzekeraars kunnen zelf bepalen hoe ze formulieren vormgeven. Dat is in de basis geen landelijk beleid.
<b>Toets op mededingingsrisico's</b>			<b>Reactie zorgverzekeraars</b>
Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.			ZN en zorgverzekeraars hebben toegezegd tot een uniform formulier met ZN-logo te komen dat op de ZN-site wordt geplaatst. Ook benoemen zorgverzekeraars de mogelijkheid om in het ECD de knop te benutten, waardoor er geen aanvraag meer nodig is.
<b>Advies voor vervolg</b>			
Kom tot een één uniform aanvraagformulier waarin verschillen in systemen en proces van indienen worden geharmoniseerd. Dit is niet gebonden aan de deadlines van de inkoopronde. Brancheorganisatie ActiZ kan haar leden erop wijzen dat de functionaliteit in het ECD benut kan worden, waardoor geen aanvraagformulier meer gebruikt hoeft te worden.			



# Thuiszorgtechnologie | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op inhoud harmoniseren

<b>10</b>		<b>Vergelijkbare eisen tussen Zvw en Wlz voor inzet thuiszorgtechnologie</b>	
<b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b>			
Waardebepalingen die vanuit Vilans zijn gedaan voor de Wlz kunnen waar mogelijk benut worden voor een versnelde toepassing van thuiszorgtechnologie in de Zvw.			
<b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b>			<b>Motivatie zorgverzekeraars</b>
Een wijkverpleegkundige hoeft minder vaak na te gaan of de cliënt een Wlz of Zvw indicatie heeft om vervolgens te bepalen welke thuiszorgtechnologie mag worden ingezet. In de backoffice hoeft niet telkens opnieuw bekeken te worden welke thuiszorgtechnologieën in aanmerking komen voor vergoeding en welk (nog) niet ingezet kunnen worden.			 In de Wlz is er meer mogelijk dan in de Zvw en is er sprake van een andere verantwoording. Dat komt doordat het andere cliënten zijn, die uit verschillende domeinen zorg ontvangen, met een andere insteek (eigen regie versus 24-uurs zorg). Een andere grondslag (minder risico zorgkantoren) rechtvaardigt voor zorgverzekeraars een ander vergoedingenbeleid.
<b>Toets op mededingingsrisico's</b>			<b>Reactie zorgverzekeraars</b>
Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.			 De komende tijd kijkt het KCDZ waar waardebevestigingen vanuit de Wlz benut kunnen worden voor de Zvw. Onlangs is dit bijvoorbeeld gebeurd bij Slim Incontinentiemateriaal.
<b>Advies voor vervolg</b>			
Signaleer naar het KCDZ dat het gewenst is de waardebevestigingen in de Wlz (Vilans) waar mogelijk te benutten in de ontwikkelingen voor de Zvw. Communiceer vanuit het KCDZ en via de brancheorganisaties wat de ontwikkelingen zijn rond waardebevestigingen vanuit de Wlz die benut worden voor de Zvw.			

# Thuiszorgtechnologie | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op inhoud harmoniseren

<b>11 Meer mogelijkheden voor flexibele declaratie van gemaximeerd aantal uren</b>	
<b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b> Zorgaanbieders zijn er mogelijk mee geholpen als zij bijvoorbeeld per week het gemaximeerd aantal uren kunnen declareren voor inzet van thuiszorgtechnologie, óf dit flexibel over maanden heen kunnen declareren. In hoeverre dit een oplossing is voor álle aanbieders verdient een uitvraag onder leden van brancheorganisaties van zorgaanbieders.	
<b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b>  In de declaratie van thuiszorgtechnologie hoeft de backoffice dan niet meer maandelijks een overzicht te maken van het aantal cliënten waar thuiszorgtechnologie wordt gebruikt. Dat leidt ertoe dat er in de backoffice geen handmatige thuiszorgtechnologie-toepassingen verplaatst moeten worden. Dit werkt door in de directe zorgverlening, omdat deze situatie ook effect heeft op de planning.	<b>Motivatie zorgverzekeraars</b>  Aangezien er in de wijkverpleging gedeclareerd wordt per tijdeenheid, dienen zorgaanbieders maandelijks een overzicht te maken van het aantal cliënten waar thuiszorgtechnologie wordt ingezet. Dit komt mede door de gehanteerde registratiesystematiek, waarbij er maandelijks gedeclareerd wordt per tijdeenheid.
<b>Toets op mededingingsrisico's</b>  Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.	<b>Reactie zorgverzekeraars</b>  Er is (nog) geen overkoepelende reactie van zorgverzekeraars; mede omdat er eerst een uitvraag onder zorgaanbieders gedaan moet worden.
<b>Advies voor vervolg</b> Laat brancheorganisaties het gesprek over de overgang naar een week-systematiek faciliteren om in kaart te brengen in hoeverre dit wenselijk is voor groter aantal zorgaanbieders. Eventuele wijzigingen die hieruit volgen zijn niet gebonden aan de inkoopdeadline van 1 april.	

# Thuiszorgtechnologie | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie in taal harmoniseren

12 Harmonisering in gehanteerde aanduidingen in opbouw en tekst	
<p><b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b></p> <p>De analyse naar feitelijke verschillen laat harmonisatiemogelijkheden zien voor het gebruik van vergelijkbare aanduidingen. Dit speelt op twee niveaus: in opbouw en in tekst. Vaak wordt er in inkoopdocumenten een splitsing gemaakt tussen het 'inhoudelijke beleid' en de 'inkoopprocedure'. Hier gebruiken zorgverzekeraars in de inkoopbeleidsdocumenten verschillende aanduidingen voor. In de teksten van inkoopbeleidsdocumenten gebruiken zorgverzekeraars vergelijkbare termen door elkaar, zoals criteria/voorwaarden/eisen/vereisten/normen. Dit belemmert een doelgerichte raadpleging van inkoopbeleidsdocumenten door zorgaanbieders.</p>	
<p><b>Verwachte tijdwinst in primair proces</b></p> <p>Deze harmonisering levert naar verwachting niet direct tijdwinst op in het primaire proces. Deze harmonisatie levert naar verwachting tijdwinst op in de backoffice van de zorgaanbieder. De zorgverkoper kan hierdoor gemakkelijker beleidsteksten vergelijken en interpreteren.</p>	<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b></p> <p>Het staat verzekeraars vrij om hun eigen vorm en stijl te hanteren.</p>
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b></p> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>	<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b></p> <p>Sommige zorgverzekeraars geven aan dat het lastig wordt om begrippen en definities te harmoniseren. De wijkverpleging is namelijk niet de enige zorgsoort. Anderen staan open voor het uniformeren en begrippen/definities. Dat lukt niet meer voor de inkoopronde 2024, maar kan wel doorgevoerd worden op websites en in formulieren (in samenspraak met het KCDZ).</p>
<p><b>Advies voor vervolg</b></p> <p>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken komen over welke mogelijkheden zij harmoniseren in taal.</p>	



In de voorgaande pagina's zijn we ingegaan op de feitelijke verschillen op inhoud en in taal tussen het beleid van zorgverzekeraars voor de wijkverpleging, op de thema's 'niveau 2 / helpenden', 'casemanagement dementie' en 'inzet van thuiszorgtechnologie'.

De verschillen in vorm hebben wij voor de gehele inkoopdocumentatie van de wijkverpleging in kaart gebracht. Op de volgende pagina's leest u de feitelijke verschillen in vorm tussen zorgverzekeraars.

## Wijkverpleging: vorm

# Wijkverpleging | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op vorm

## Verschillen tussen zorgverzekeraars in vorm

Zorgverzekeraars geven de inkoopbeleidsdocumenten zeer uiteenlopend vorm\*. Doordat iedere zorgverzekeraar een eigen opbouw, opmaak en terminologie hanteert, kost het zorgaanbieders tijd om de verschillende inkoopbeleidsdocumenten te raadplegen, te doorgronden en te identificeren wat de verschillen zijn tussen het beleid van verschillende zorgverzekeraars. Uit de analyse naar vormgevingsaspecten van de inkoopbeleidsdocumenten blijkt dat de inkoopbeleidsdocumenten van verzekeraars op uiteenlopende manieren zijn vormgegeven. Zie hiervoor de direct [volgende pagina](#).

Tussen zorgverzekeraars zien we verschillen in:

- De mogelijkheid om het inkoopbeleid als bestand te downloaden
- In het gemak waarmee het inkoopbeleidsdocument gevonden kan worden
- Het aantal pagina's dat het document telt, waarbij een hoger aantal pagina's meer leestijd met zich meebrengt en derhalve een lagere gebruiksvriendelijkheid betekent voor de zorgaanbieders (hierbij moet als nuancering meegenomen worden dat een zeer kort inkoopbeleidsdocument inzichtelijkheid in de weg kan staan – korter betekent dus niet per direct gebruiksvriendelijker voor de zorgaanbieder)

- De oriëntatie van de pagina's van het inkoopbeleidsdocument
- De printvriendelijkheid van de documentatie – dat wil zeggen, hoeveel (kleuren)inkt er nodig is om het document te printen
- In hoeverre je op basis van de inhoudsopgave direct kunt vinden wat je zoekt in het inkoopbeleidsdocument
- Of wijzigingen ten opzichte van voorgaande jaren op een logische plek en inzichtelijke manier worden weergegeven
- Of de planning van de inkoop op een inzichtelijke manier is weergegeven voor zorgaanbieders, waarbij het in één oogopslag duidelijk is welke deadlines er voor de betrokken partijen gelden, en waarbij de data voldoende specifiek gegeven zijn
- Of er bijlagen zijn toegevoegd aan het inkoopbeleidsdocument met relevante informatie voor zorgaanbieders en of deze bijlagen op een gebruiksvriendelijke manier zijn vormgegeven

De analyse van de systematiek van overeenkomstvormen laat zien dat zorgverzekeraars over het algemeen onderscheid maken in overeenkomstvarianten in dezelfde geest, maar in verschillende vormen (benchmarking en categorisering op basis van kenmerken) en met gebruik van uiteenlopende terminologie. Zie hiervoor de [tweede opvolgende pagina](#).

# Wijkverpleging | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op vorm specifiek m.b.t. vormgeving van beleidsdocumenten

	Mogelijkheid om als bestand te downloaden	Vindbaar op de website van zorgverzekeraar of via Google	Aantal pagina's	Oriëntatie van pagina's	Aanwezigheid kleurvlakken en kleurenfoto's	Gebruiksgemak en inzichtelijkheid (voldoende subkopjes)	Gebruiksgemak en aanwezigheid van "wijzigingen t.o.v. voorgaande jaar"	Aanwezigheid en gebruiksgemak bijlagen	
	Te downloaden	Vindbaar	Lengte	Oriëntatie	Printvriendelijkheid	Inhoudsopgave	Wijzigingen	Planning	Bijlagen
a.s.r.	Green	Green	25	Horizontaal	Red	Yellow	Green	Yellow	Red
CZ	Green	Green	28	Verticaal	Yellow	Green	Red	Green	Green
DSW	Red	Green	n.v.t.	Verticaal	Red	Red	Yellow	Yellow	Red
EUCARE	Green	Yellow	16	Verticaal	Green	Red	Yellow	Green	Red
Menzis	Green	Green	43	Verticaal	Yellow	Green	Green	Green	Green
ONVZ	Green	Yellow	18	Verticaal	Green	Red	Green	Yellow	Green
Salland	Green	Yellow	24	Verticaal	Green	Red	Green	Green	Green
VGZ	Green	Green	38	Verticaal+ Horizontaal	Red	Yellow	Green	Green	Green
ZK	Green	Yellow	37	Verticaal	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Green
Z&Z	Green	Green	23	Verticaal	Green	Green	Green	Green	Green

38 **Groen:** Is het geval/beschikbaar; sluit goed aan bij behoefte lastenverlichting (voor aantal pagina's: <20 pagina's)

**Geel:** min of meer het geval/beschikbaar; Ruimte voor betere aansluiting lastenverlichting (voor aantal pagina's: 20-30 pagina's)

**Rood:** Niet het geval/niet beschikbaar; veel ruimte voor betere aansluiting lastenverlichting (voor aantal pagina's: >30 pagina's)

# Wijkverpleging | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op vorm, specifiek m.b.t. de indeling van overeenkomstvormen

Zorgverzekeraars maken doorgaans onderscheid in de overeenkomstvormen die zij aan zorgaanbieders aanbieden. Dit onderscheid wordt gemaakt op basis van benchmarking of op basis van kenmerken van de zorgaanbieders (zoals grootte). De terminologie die zorgverzekeraars gebruiken om overeenkomstvormen volgens soortgelijke indelingen aan te duiden verschilt.

	Onderscheid overeenkomstvormen	Gebruikte terminologie voor overeenkomstvormen
a.s.r.	Categorisering op kenmerken	(1) zorgaanbieders met een digitale contractering; (2) maatwerkaanbieders; (3) nieuwe zorgaanbieders
CZ	Categorisering op kenmerken	(1) Nieuwe aanbieders; (2a) strategische bestaande aanbieders; (2b) overige bestaande aanbieders
DSW	Categorisering op kenmerken	(1a) in 2022 gecontracteerde aanbieder met een meerjarenovereenkomst (2022-2023); (1b) in 2022 gecontracteerde aanbieder met een eenjarige overeenkomst (2022); (2) in 2022 niet-gecontracteerde zorgaanbieder
EUCARE*	Categorisering op kenmerken	(1) Kleine organisaties; (2) grote organisaties
Menzis**	Categorisering op kenmerken	(1) Nieuwe zorgaanbieders; (2) bestaande zorgaanbieders
ONVZ	Categorisering op kenmerken	(1) Standaardovereenkomst; (2) maatwerkovereenkomst
Salland	Categorisering op kenmerken	(1) Standaardovereenkomst; (2) maatwerkovereenkomst
VGZ	Benchmarking	(1) Standaardovereenkomst; (2) plusovereenkomst; (3) cliëntvolgende overeenkomst; (4) ZZP-overeenkomst
ZK***	Categorisering op kenmerken	(1) Reguliere zorgaanbieder; (2) kleine zorgaanbieder; (3) nieuwe zorgaanbieder
Z&Z	Categorisering op kenmerken	(1a) Basisovereenkomst; (1b) basisovereenkomst met aanvullende afspraak; (3) maatwerkovereenkomst.

39 \* EUCARE maakt gebruik van één inkoopbeleidsdocument voor ELV/GRZ/GZSP en Wijkverpleging samen.

\*\* Menzis eist dezelfde criteria voor nieuwe en bestaande zorgaanbieders.

\*\*\* Zilveren Kruis hanteert voor reguliere zorgaanbieders een indeling op basis van benchmarking

# Wijkverpleging | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op vorm harmoniseren

13 Harmonisatie in documentvormen	
<p><b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b></p> <p>Inkoopbeleidsdocumenten van verzekeraars zijn op diverse manieren vormgegeven. We zien verschillende mogelijkheden om hierin te harmoniseren: spreek af dat documenten downloadbaar, (volledig) verticaal georiënteerd, printvriendelijk, en vindbaar (via eigen website en zoekmachines) zijn, spreek af dat er altijd een inhoudsopgave is en leesbare paginanummers zijn, bespreek met elkaar intenties met betrekking tot lengte van documenten en tot de algemene opbouw van documenten (bijv. wijzigingen aan het begin óf het einde van inkoopdocument), en wat er in de bijlage komt (bijv. wel/niet algemene en specifieke voorwaarden, bestuursverklaring) en ontwikkel en verwijst naar gezamenlijk opgestelde documenten (bijv. handleiding VECOZO, prestatie-omschrijvingen, definitielijsten).</p>	
<p><b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b></p> <p>Deze harmonisering levert naar verwachting niet direct tijdwinst op in het primaire proces. Deze harmonisatie levert naar verwachting tijdwinst op in de backoffice van de zorgaanbieder. De zorgverkoper kan hierdoor gemakkelijker beleidsteksten vergelijken en interpreteren.</p>	<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars kiezen in de basis voor de vormgeving die aan de wettelijke eisen rond toegankelijkheid voldoen en die aansluiten bij de eigen huisstijl en organisatiekeuzes.</p>
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b></p> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>	<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars zijn bereid hiernaar te kijken, maar zijn ook gebonden aan de eigen organisatiekeuzes. Het staat de zorgverzekeraar vrij om de eigen huisstijl, bewoordingen en processen in te richten, binnen de vigerende wet- en regelgeving.</p>
<p><b>Advies voor vervolg</b></p> <p>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken komen over welke mogelijkheden zij harmoniseren in vorm.</p>	



# Wijkverpleging | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op vorm harmoniseren

14 Harmonisering in terminologie voor overeenkomstvormen	
<p><b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b></p> <p>Zorgverzekeraars maken over het algemeen onderscheid in overeenkomstvarianten in dezelfde geest, maar in verschillende vormen (veelal benchmarking en categorisering op basis van kenmerken).</p>	
<p><b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b></p> <p>Deze harmonisering levert naar verwachting niet direct tijdwinst op in het primaire proces. Deze harmonisatie levert naar verwachting tijdwinst op in de backoffice van de zorgaanbieder. De zorgverkoper kan hierdoor gemakkelijker beleidsteksten vergelijken en interpreteren.</p>	<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars kiezen in de basis voor de vormgeving die aan de wettelijke eisen rond toegankelijkheid voldoen en die aansluiten bij de eigen huisstijl en organisatiekeuzes.</p>
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b></p> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>	<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars zijn bereid hiernaar te kijken, maar zijn ook gebonden aan de eigen organisatiekeuzes. Het staat de zorgverzekeraar vrij om de eigen huisstijl, bewoordingen en processen in te richten, binnen de vigerende wet- en regelgeving.</p>
<p><b>Advies voor vervolg</b></p> <p>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken komen over welke mogelijkheden zij harmoniseren in vorm met betrekking tot het gebruik van terminologie voor indelingen van overeenkomstvormen en van overeenkomstvormen.</p>	

## Hoofdstuk 3. Kortdurende zorg (GZSP)



Op de volgende pagina's leest u de feitelijke verschillen tussen het beleid van zorgverzekeraars op de onderwerpen in het beleid voor GZSP.

U leest de inhoudelijke verschillen die door brancheorganisaties zijn ingebracht via de casuïstiek, de verschillen in taal en de verschillen in vorm.

Vervolgens leest u mogelijkheden voor harmonisatie.

# Kortdurende zorg (GZSP) | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op inhoud en taal [1/3]

## Verschillen tussen zorgverzekeraars op inhoud

Als we kijken naar de verschillen op inhoud, valt op dat zorgaanbieders lasten ervaren doordat zorgverzekeraars verschillende voorwaarden hanteren rond de inzet van de BIG-geregistreeerde gedragswetenschapper, Advance Care Planning en het hanteren van machtigingsbeleid.

Administratieve lasten worden binnen de GZSP (gehandicaptenzorg) ervaren rond **de inzet van BIG-geregistreeerde gedragswetenschappers**. Het is afhankelijk van het beleid van de zorgverzekeraar of de zorg via de verlengde arm constructie door een andere bekwame medewerker kan worden uitgevoerd of niet. Dit leidt tot administratieve lasten in de planning van inzetbare zorgprofessionals.

Zorgverzekeraars willen in de basis een BIG-geregistreeerde gedragswetenschapper, omdat dit de kwaliteit is die ze in deze situaties voor ogen hebben. Het arbeidsmarktprobleem maakt dat zorgaanbieders uitwijken naar andere bekwame medewerkers.

Ook ervaren zorgaanbieders verschillen rond **Advance Care Planning**. Menzis vraagt met ingang van 2023 de inzet van Advanced Care Planning. Dit is een methode uit de ouderenzorg, die in mindere mate in de gehandicaptenzorg wordt gebruikt. Deze inkoopvoorwaarde bij één van de zorgverzekeraars leidt ertoe dat alle zorgaanbieders die door Menzis gecontracteerd zijn dit moeten gaan uitvoeren. Dat brengt extra lasten met zich mee in de zorguitvoering.

## Kortdurende zorg (GZSP) | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op inhoud en taal [2/3]

Menzis heeft een **machtigingsprocedure** ingesteld voor declaratie Zorg in een Groep voor kwetsbare ouderen, indien de klant meer dan 100 dagdelen Zorg in een Groep behoeft. DSW heeft ook een machtigingsprocedure ingesteld voor na een half jaar. Machtigingsbeleid is iets wat zorgverzekeraars zelf mogen bepalen om onder andere de kosten te beheersen.

Zorgverzekeraar(s) hanteren verschillende termijnen en doelen, wat in de praktijk neerkomt op dat per verzekerde gekeken moet worden waar deze verzekerd is met de bijpassende regels. Bovendien zijn er bijkomende voorwaarden bij deze machtigingsprocedure die lastenverzwarend kunnen uitwerken. Zo komt het voor dat de machtiging per post toegestuurd moet worden omdat digitale toezending niet mogelijk is. Dat leidt tot extra lasten in de backoffice van zorgaanbieders.

Deze voorwaarden leiden voor zorgaanbieders tot administratieve lasten, vanwege de machtigingen die vereist worden bij dagbehandeling in de GZSP. De vereiste machtigingen verschillen ook qua inhoud van elkaar.

# Kortdurende zorg (GZSP) | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op inhoud en taal [3/3]

## Verschillen tussen zorgverzekeraars in taal

In de inkoopbeleidsdocumenten zijn vergelijkbare begrippen op een andere manier gebruikt. Ook ontbreken definities voor een veelheid aan begrippen. Het kan lastenverlichtend voor zorgaanbieders zijn om afspraken te maken rond taal. Dat kan (niet-limitatief) bijvoorbeeld gaan over:

- Zorgverzekeraars kunnen vergelijkbare begrippen hanteren. Nu worden verschillende synoniemen gebruikt, waardoor het soms lijkt alsof er net wat anders wordt bedoeld (bijvoorbeeld *netwerksamenwerking* en *samenwerking in de zorgketen* of *ketenzorg*). Dit kan meer in lijn worden gebracht met elkaar.
- Zorgverzekeraars kunnen definities hanteren voor veelgebruikte ofwel bijzondere begrippen, zoals voor *zorgketen* en *spiegelinformatieset*.
- Wanneer in het beleid wordt gesproken over ‘verwachtingen’ die spelen (‘wij verwachten dat...’) kan verduidelijkt worden wat de eventuele consequentie van deze verwachting is. Gaat de verwachting gepaard met

eisen, of wordt het meer in algemene zin genoemd? Zonder een duiding te geven bij het noemen van verwachtingen, zijn consequenties onduidelijk.

# Kortdurende zorg (GZSP) | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op vorm [1/3]

## Verschillen tussen zorgverzekeraars in vorm

Op deze pagina benoemen we de feitelijke verschillen in vorm tussen zorgverzekeraars voor de kortdurende zorg, specifiek op het thema GZSP. De verschillen zijn geïllustreerd door de tabellen op [de pagina's hierna](#).

Zoals toegelicht in de inleiding hanteren wij hierbij een dubbele opvatting van 'Vorm en procedures'. Het slaat ten eerste op de vormgeving van de documentatie. Ten tweede betreft het de vormgeving van procedures. In voorgaande pagina's zijn de verschillen en harmonisatiemogelijkheden in procedures per thema weergegeven. In dit onderdeel gaan we in op de verschillen en harmonisatiemogelijkheden van de vormgeving van documentatie. Ook hanteren wij een dubbele opvatting van 'Taal en definities', waarbij verschillen in taal uiteenvalt in het gebruik van woorden met verschillende, inhoudelijke betekenissen en het gebruik van verschillende aanduidingen van soortgelijke zaken (bijvoorbeeld 'criteria' en 'eisen'). De verschillen en potentiële harmonisatiemogelijkheden met betrekking tot inhoudelijke verschillen in taal zijn in de voorgaande pagina's per thema besproken. Deze pagina's zien toe op de vorm-verschillen in taal.

Als we kijken naar de verschillen in vorm, valt op dat zorgverzekeraars hun inkoopbeleidsdocumenten op zeer uiteenlopende manieren vormgeven. Doordat iedere zorgverzekeraar een eigen opbouw, opmaak en terminologie hanteert, kost het zorgaanbieders tijd om de verschillende inkoopbeleidsdocumenten te raadplegen, te doorgronden en te identificeren wat de verschillen zijn tussen het beleid van verschillende zorgverzekeraars. Harmonisering van de vormgeving van inkoopbeleidsdocumenten leidt zodoende tot tijdwinst bij zorgaanbieders in het primaire proces als in de backoffice.

Verder valt op dat er weinig gestandaardiseerde teksten zijn opgenomen in de **contracten**. Het proces van de zorginkoop zorgt voor een verhoging van de administratieve lasten omdat zorgovereenkomsten van zorgverzekeraars verschillen qua opzet en inhoud. Het gaat dan bijvoorbeeld om deadlines en wijze van aanlevering. Het doornemen en vergelijken van 8 of 9 verschillende overeenkomsten en het toetsen ervan in de organisatie brengt administratieve lasten met zich mee voor de backoffice van zorgaanbieders.

## Kortdurende zorg (GZSP) | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op vorm [2/3]

Uit de analyse naar vormgevingsaspecten van de inkoopbeleidsdocumenten blijkt dat de inkoopbeleidsdocumenten van verzekeraars op uiteenlopende manieren zijn vormgegeven. Zie hiervoor de [tweede opvolgende pagina](#). Tussen zorgverzekeraars zien we verschillen in:

- De mogelijkheid om het inkoopbeleid als bestand te downloaden;
- In het gemak waarmee het inkoopbeleidsdocument gevonden kan worden;
- Het aantal pagina's dat het document telt, waarbij een hoger aantal pagina's meer leestijd met zich meebrengt en derhalve een lagere gebruiksvriendelijkheid betekent voor de zorgaanbieders (hierbij moet als nuancering meegenomen worden dat een zeer kort inkoopbeleidsdocument inzichtelijkheid in de weg kan staan – korter betekent dus niet per direct gebruiksvriendelijker voor de zorgaanbieder);
- De oriëntatie van de pagina's van het inkoopbeleidsdocument;
- De printvriendelijkheid van de documentatie – dat wil zeggen, hoeveel (kleuren)inkt er nodig is om het document te printen;
- In hoeverre je op basis van de inhoudsopgave direct kunt vinden wat je zoekt in het inkoopbeleidsdocument;
- Of wijzigingen ten opzichte van voorgaande jaren op een logische plek en inzichtelijke manier worden weergegeven;
- Of de planning van de inkoop op een inzichtelijke manier is weergegeven voor zorgaanbieders, waarbij het in één oogopslag duidelijk is welke deadlines er voor de betrokken partijen gelden, en waarbij de data voldoende specifiek gegeven zijn;
- Of er bijlagen zijn toegevoegd aan het inkoopbeleidsdocument met relevante informatie voor zorgaanbieders en of deze bijlagen op een gebruiksvriendelijke manier zijn vormgegeven;
- Of de zorgverzekeraar het inkoopbeleid voor de GZSP samen met dat voor andere zorgsoorten in één document gebundeld heeft.

## Kortdurende zorg (GZSP) | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op vorm [3/3]

De analyse naar de systematiek van overeenkomstvormen laat zien dat zorgverzekeraars over het algemeen onderscheid maken in overeenkomstvarianten in dezelfde geest, maar in verschillende vormen (benchmarking en categorisering op basis van kenmerken). Ook gebruiken ze hier uiteenlopende terminologie bij. Zie hiervoor [de tweede opvolgende pagina](#).

De analyse naar de presentatie van voorwaarden, laat eveneens verschillen zien tussen zorgverzekeraars. Het gaat hierbij met name om de gebruikte terminologie om bepaalde typen voorwaarden aan te duiden en de plaatsing van de typen voorwaarden binnen de inkoopbeleidsdocumenten. Zorgverzekeraars maken veelal in dezelfde geest onderscheid tussen verschillende typen voorwaarden, waar zij ieder hun eigen terminologie en plaatsing binnen het beleidsdocument voor hanteren. Zie hiervoor de derde opvolgende pagina.



# Kortdurende zorg (GZSP) | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op vorm specifiek m.b.t. vormgeving van beleidsdocumenten

Bundeling van verschillende zorgsoorten in één document

Mogelijkheid om als bestand te downloaden

Vindbaar op de website van zorgverzekeraar of via Google

Aantal pagina's

Oriëntatie van pagina's

Aanwezigheid kleurvlakken en kleurenfoto's

Gebruiksgemak en inzichtelijkheid (voldoende subkopjes)

Gebruiksgemak en aanwezigheid van "wijzigingen t.o.v. voorgaande jaar"

Aanwezigheid en gebruiksgemak bijlagen

	Bundeling zorgsoorten	Te downloaden	Vindbaar	Lengte	Oriëntatie	Printvriendelijkheid	Inhoudsopgave	Wijzigingen	Planning	Bijlagen
a.s.r.	ELV, GRZ, GZSP			19	Horizontaal					
CZ	GRZ, ELV, GZSP			21	Verticaal					
DSW	GZSP			n.v.t.	Verticaal					
EUCARE	"Verpleging & Verzorging"*			16	Verticaal					
Menzis	GZSP			31	Verticaal					
ONVZ	GZSP			23	Verticaal					
Salland	GZSP			4	Verticaal					
VGZ	ELV, GRZ, GZSP			33	Verticaal+ Horizontaal					
ZK	GZSP			25	Verticaal					
Z&Z	GZSP			11	Verticaal					

## Kortdurende zorg (GZSP) | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op vorm, specifiek m.b.t. de indeling van overeenkomstvormen

Zorgverzekeraars maken regelmatig onderscheid in de overeenkomstvormen die zij aan zorgaanbieders aanbieden. Dit onderscheid wordt doorgaans gemaakt op basis van kenmerken van de zorgaanbieders (zoals grootte). De terminologie die zorgverzekeraars gebruiken om overeenkomstvormen volgens soortgelijke indelingen aan te duiden verschilt.

	Onderscheid overeenkomstvormen	Gebruikte terminologie voor overeenkomstvormen
a.s.r.	Categorisering op kenmerken	(1) Bestaande aanbieders; (2) nieuwe zorgaanbieder
CZ	Categorisering op kenmerken	(1) Bestaande zorgaanbieders; (2) nieuwe zorgaanbieders
DSW	Categorisering op kenmerken	(1) Aanbieder met een meerjarenovereenkomst (2022-2023); (2) Niet-gecontracteerde zorgaanbieder GZSP
EUCARE*	Categorisering op kenmerken	(1) Grote organisaties; (2) kleine organisaties
Menzis	Categorisering op kenmerken	(1) Bestaande zorgaanbieders; (2) nieuwe zorgaanbieders
ONVZ	Categorisering op kenmerken	(1) Standaardovereenkomst waarin we tarief per prestatie afspreken, zonder volumebeperking; (2) uitzonderlijke gevallen een maatwerkovereenkomst met aanvullende afspraken doelmatigheid, zorgvernieuwing en/of resultaatafspraken
Salland**	n.v.t.	n.v.t.
VGZ**	n.v.t.	n.v.t.
ZK**	n.v.t.	n.v.t.
Z&Z	Categorisering op kenmerken	(1) basisovereenkomst; (2) maatwerkovereenkomst

## Kortdurende zorg (GZSP) | Er zijn feitelijke verschillen in de inkoopdocumentatie op vorm, specifiek m.b.t. de vorm van voorwaarden





Zorgverzekeraars maken veelal in dezelfde lijn onderscheid tussen verschillende typen voorwaarden, waar zij verschillende terminologie en plaatsing binnen het beleidsdocument hanteren. Als een zorgverzekeraar niet genoemd wordt bij een type voorwaarden, dan worden de desbetreffende voorwaarden niet genoemd in het inkoopbeleidsdocument van deze zorgverzekeraar.

Type voorwaarden	Synoniemen	Plaatsing in inkoopbeleidsdocument
Algemene voorwaarden	Eisen (ONVZ) Minimale (kwaliteits)eisen (Salland) Algemene inkoopcriteria (VGZ) Minimumeisen (Z&Z) Voorwaarden en kwaliteitseisen (a.s.r.)	In tekst inkoopbeleidsdocument (CZ; Salland; a.s.r.) Bestuursverklaring in bijlage (ONVZ) In bijlage inkoopbeleidsdocument incl. specifieke voorwaarden (VGZ) Verwijzing in inkoopbeleidsdocument naar extern document (Z&Z)
Specifieke voorwaarden	Minimumeisen (Z&Z) Aanvullende eisen Voorwaarden per zorgsoort Specifieke minimum- en kwaliteitseisen die gelden voor individuele prestaties (Z&Z) Aanvullende voorwaarden (a.s.r.)	Bijlage inkoopbeleidsdocument (CZ; Menzis; Z&Z) In tekst inkoopbeleidsdocument (EUCARE; Z&Z; a.s.r.)
Contractvoorwaarden	Uitvoeringseisen	In bijlage inkoopbeleidsdocument (Menzis)
Eisen (voor beroepsgroep)	Eisen van bekwaamheid Kwaliteitseisen Voorwaarden voor de beroepsgroep Kwaliteitscriteria Inkoopcriteria voor zorg (...) (VGZ) Kwaliteitsvoorwaarden (ZK)	In tekst inkoopbeleid (DSW; ONVZ; ZK) In bijlage inkoopbeleidsdocument incl. algemene voorwaarden (VGZ) In bijlage inkoopbeleidsdocument (ZK)
Uitsluitingsgronden	Uitsluitingscriteria (ZK) Uitsluitingen	Bestuursverklaring in bijlage (ONVZ) Bijlage inkoopbeleidsdocument (CZ) In bijlage inkoopbeleidsdocument (ZK)

# Kortdurende zorg (GZSP) | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op inhoud harmoniseren

<b>1 Harmonisatie van voorwaarden rond inzet BIG-geregistreeerde gedragswetenschapper</b>	
<b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b> Zorgverzekeraars kunnen differentiatie in de inzet van BIG-geregistreeerde gedragswetenschappers beperken door de voorwaarden te harmoniseren. Dat is voorafgaand aan dit traject gedaan in afstemming met de medisch adviseurs en werkgroep kortdurende zorg. Met het aangepaste uitgangspunt voor 2024 harmoniseren zij de gehanteerde inkoopvoorwaarde.	
<b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b> Deze harmonisering levert naar verwachting niet direct tijdwinst op in het primaire proces. De verwachte tijdwinst van deze harmonisatie komt terug in de backoffice van de zorgaanbieders, waar de planning van inzetbare zorgprofessionals wordt georganiseerd.	 <b>Motivatie zorgverzekeraars</b> Zorgverzekeraars hanteerden in de basis de voorwaarden die zij noodzakelijk achtten om de kwaliteit bij deze zorg te garanderen. Vanwege het arbeidsmarktprobleem boden sommige zorgverzekeraars ruimte om uit te wijken naar andere bekwame medewerkers.
<b>Toets op mededingingsrisico's</b> Organisaties kunnen vanuit het publieke belang met elkaar het gesprek kunnen voeren over (niet-)concurrentieel aangelegenheden als dit bijdraagt aan verbeteringen voor de patiënt/cliënt. Wanneer het tot nadelen bij zorgaanbieders leidt, dient gemotiveerd te worden waarom het toch noodzakelijk is om het anders te doen (bijvoorbeeld omdat de patiënten hier voordeel van hebben).	 <b>Reactie zorgverzekeraars</b> Zorgverzekeraars laten deze eis voor 2024 vervallen. Zij hanteren dezelfde inhoudelijke uitgangspunten: om andere disciplines in te kunnen zetten (door de gedragswetenschapper) moet er een onderbouwing zijn middels een zorgprogramma. Zilveren Kruis heeft tweejarig inkoopbeleid en voert dit door vanaf inkoop 2025.
<b>Advies voor vervolg</b> Communiceer de (implicaties van de) nieuwe uitgangspunten rond inzet gedragswetenschappers en stimuleer de ontwikkeling van zorgprogramma's voor zorgaanbieders.	

# Kortdurende zorg (GZSP) | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op inhoud harmoniseren





<b>2</b>	<b>Advance Care Planning (ACP)</b>	
<b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b>		
Het is mogelijk om ACP als eis voor de GZSP te laten vervallen, zodat dit in lijn is met de inkoopvoorwaarden van andere zorgverzekeraars.		
<p><b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b> </p> <p>Een arts hoeft in de gesprekken minder vaak te verwijzen naar de elementen van ACP, wat tijdwinst op kan leveren. Er wordt geen tijdwinst elders in de organisatie verwacht.</p>	<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b> </p> <p>Zorgpartijen dienen preventie standaard onderdeel te maken van de zorgverlening zoals opgenomen in het IZA*. Het bespreken van mogelijke preventieve (zorg)maatregelen is van toepassing op alle burgers. Alle artsen zouden dit dus onderdeel moeten maken van hun gesprekken met klanten. Hierbij is vanuit Menzis niet opgelegd welke onderdelen van het holistische ACP gesprek gevoerd moeten worden, maar dat er aandacht naar uitgaat is voor hen een vanzelfsprekendheid.</p>	
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b> </p> <p>Organisaties kunnen vanuit het publieke belang met elkaar het gesprek kunnen voeren over (niet-)concurrentieel aangelegenheden als dit bijdraagt aan verbeteringen voor de patiënt/cliënt. Wanneer het tot nadelen bij zorgaanbieders leidt, dient gemotiveerd te worden waarom het toch noodzakelijk is om het anders te doen (bijvoorbeeld omdat de patiënten hier voordeel van hebben).</p>	<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b> </p> <p>Menzis houdt vast aan de eis rond de inzet van ACP in de GZSP. Zij geven aan dat ACP ook al in de gehandicaptenzorg plaatsvindt.</p>	
<b>Advies voor vervolg</b>		
In het kader van dit traject adviseren wij de branchevereniging VGN om haar leden te ondersteunen om ACP op een effectieve manier in te zetten.		

\*Partijen spreken af om het voorkomen van acute zorg een prioriteit te maken in hun beleid. Dit betref onder meer het inzetten op goede voorlichting, preventie en vroeg signalering, advance care planning, het borgen en versterken van goede samenwerking tussen eerstelijns inclusief wijkverpleging, ouderenzorg, GGZ, jeugdzorg en sociaal domein.

# Kortdurende zorg (GZSP) | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op inhoud en procedure harmoniseren

<b>3 Machtigingenbeleid voor dagbehandeling</b>	
<b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b> Menzis en DSW kunnen in het kader van administratieve lastenverlichting met ZN bespreken of het afschaffen van het machtigingenbeleid voor dagbehandeling in een groep mogelijk is. Wanneer dat niet het geval is, kunnen ze afspraken maken of het harmoniseren van de procedures mogelijk is.	
<b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b> Een zorgprofessional hoeft bij een cliënt niet meer na te gaan waar deze verzekerd is en welke regels hierbij gelden. Deze harmonisatie levert naar verwachting ook tijdwinst op in de backoffice van de zorgaanbieder. In de organisatie en planning van de zorg hoeft geen rekening gehouden te worden met de verschillen in procedures.	<b>Motivatie zorgverzekeraars</b> Menzis startte eerder met machtigingenbeleid omdat er nog onvoldoende richtlijnen ontwikkeld zijn om te komen tot een doelmatig behandelprogramma. Voor DSW geldt dat het machtigingenbeleid de functie heeft tot het controleren van recht- en doelmatigheid bij deze relatief nieuwe zorgvorm.
<b>Toets op mededingingsrisico's</b> Zorgverzekeraars die machtigingenbeleid voeren kunnen met elkaar afstemmen en overwegen of ze bereid zijn dit kostenbeheersingsinstrument los te laten ofwel te harmoniseren met andere zorgverzekeraars. Dat geldt zowel veel het inhoudelijke machtigingenbeleid als voor de procedures die ze hanteren.	<b>Reactie zorgverzekeraars</b> Menzis en DSW houden vast aan hun machtigingenbeleid. Het is voor DSW te snel om de machtiging volledig te laten vervallen (vorig jaar is de duur wel verruimd van 6 naar 12 maanden). Om dit te laten vervallen zullen er, met name voor zorg in een groep, zorgprogramma's/kwaliteitskaders ontwikkeld moeten worden.
<b>Advies voor vervolg</b> We adviseren een parallel proces: zorgaanbieders kunnen onder regie van hun brancheorganisatie komen tot zorgprogramma's of kwaliteitskaders. Daarnaast adviseren we om zowel DSW als Menzis in gesprek te laten gaan over de mogelijkheden voor geharmoniseerde procedures.	

# Kortdurende zorg (GZSP) | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie in taal harmoniseren

<b>4 Harmonisering in gehanteerde aanduidingen in opbouw en tekst</b>	
<p><b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b></p> <p>De analyse naar feitelijke verschillen laat harmonisatiemogelijkheden zien voor het gebruik van vergelijkbare aanduidingen. Dit speelt op twee niveaus: in opbouw en in tekst. Vaak wordt er in inkoopdocumenten een splitsing gemaakt tussen het 'inhoudelijke beleid' en de 'inkoopprocedure'. Hier gebruiken zorgverzekeraars in de inkoopbeleidsdocumenten verschillende aanduidingen voor. In de teksten van inkoopbeleidsdocumenten gebruiken zorgverzekeraars vergelijkbare termen door elkaar, zoals criteria/voorwaarden/eisen/vereisten/normen. Dit belemmert een doelgerichte raadpleging van inkoopbeleidsdocumenten door zorgaanbieders.</p>	
<p><b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b> </p> <p>Deze harmonisering levert naar verwachting tijdwinst op in de backoffice van de zorgaanbieder. De zorgverkoper kan hierdoor gemakkelijker beleidsteksten vergelijken en interpreteren.</p>	<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b> </p> <p>Zorgverzekeraars kiezen in de basis voor de begrippen, definities en formuleringen die aansluiten bij de eigen organisatiekeuzes.</p>
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b> </p> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>	<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b> </p> <p>Zorgverzekeraars staan open voor het uniformeren van bepaalde elementen in documenten zoals tarieftabel en begrippen/definities. Dat lukt niet meer voor de inkoopronde 2024.</p>
<p><b>Advies voor vervolg</b></p> <p>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken komen over welke mogelijkheden zij harmoniseren in taal. Er zou afgesproken kunnen worden om in bepaalde gevallen bepaalde termen te gebruiken zodat daar snel in de documenten op gezocht kan worden door zorgaanbieders.</p>	

# Kortdurende zorg (GZSP) | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op vorm harmoniseren



<b>5</b>	<b>Harmonisering (standaard)overeenkomsten</b>		
<b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b>			
<p>Zorgverzekeraars kunnen harmonisering aanbrengen in de (standaard)overeenkomsten voor zorgaanbieders. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over algemene voorwaarden en inclusiecriteria en het al dan niet in het document te verwerken (in artikelen van toepassing verklaren). Dit maakt de overeenkomsten gelijkvormiger en gelijk in lengte. Het gaat ook over het maken van afspraken over de opbouw van overeenkomsten (volgordelijkheid, kopjes, etc.) en gelijkvormige tabellen voor tarieven. Ook kunnen zorgverzekeraars met elkaar beschrijvingen van prestatiecodes afspreken zoals Vektis die voorschrijft. Dit kan ook als aparte standaard gepubliceerd worden die van toepassing verklaard wordt in de overeenkomst.</p>			
<p><b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b></p> <p>Deze harmonisering levert naar verwachting niet direct tijdwinst op in het primaire proces. Deze harmonisatie levert naar verwachting tijdwinst op in de backoffice van de zorgaanbieder. De zorgverkoper kan hierdoor gemakkelijker beleidsteksten vergelijken en interpreteren.</p>		<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars dienen zich in de vormgeving van overeenkomsten aan de wettelijke eisen rond toegankelijkheid te houden. Hierin staan de eigen organisatiekeuzes (over zorgsoorten heen) die aansluiten bij systemen en huisstijl heeft, waarin de eigen organisatiekeuzes centraal.</p>	
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b></p> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>		<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b></p> <p>Hier willen zorgverzekeraars met elkaar naar kijken voor de inkoop 2025, aangezien ze ook zelf een belang hebben om de documenten overzichtelijk en raadpleegbaar te houden.</p>	
<b>Advies voor vervolg</b>			
<p>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken over welke mogelijkheden zij zien voor het harmoniseren in vorm.</p>			



# Kortdurende zorg (GZSP) | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op vorm harmoniseren

6 Harmonisering indeling overeenkomstvormen	
<p><b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b></p> <p>Zorgverzekeraars maken over het algemeen onderscheid in overeenkomstvarianten langs dezelfde lijn, maar in verschillende vormen. Er zijn mogelijkheden om de terminologie voor de verschillende indelingen van overeenkomstvormen te harmoniseren. Ook kunnen zorgverzekeraars afspreken terminologie voor soortgelijke overeenkomstvormen te harmoniseren (bijvoorbeeld altijd de term 'standaardovereenkomst' te gebruiken in plaats van 'basisovereenkomst' of 'bulkovereenkomst').</p>	
<p><b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b></p> <p>Deze harmonisering levert naar verwachting niet direct tijdwinst op in het primaire proces. Deze harmonisatie levert naar verwachting tijdwinst op in de backoffice van de zorgaanbieder. De zorgverkoper kan hierdoor gemakkelijker beleidsteksten vergelijken en interpreteren.</p>	<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars kiezen in de basis voor de vormgeving en indeling die aansluiten bij de eigen huisstijl en organisatiekeuzes.</p>
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b></p> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>	<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars zijn bereid hier met elkaar naar te kijken, maar geven aan ook gebonden te zijn aan organisatiekeuzes.</p>
<p><b>Advies voor vervolg</b></p> <p>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken over welke mogelijkheden zij zien voor het harmoniseren van de verschillende indelingen van overeenkomstvormen.</p>	

# Kortdurende zorg (GZSP) | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op vorm harmoniseren

7 Harmonisering van terminologie en presentatie van voorwaarden	
<b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b> <p>Zorgverzekeraars maken in hun inkoopdocumentatie onderscheid tussen verschillende sets voorwaarden, zoals algemene voorwaarden, specifieke voorwaarden, en eisen die zij stellen aan de beroepsgroep. Er zitten verschillen in de gebruikte terminologie voor dezelfde sets voorwaarden. Ook worden dezelfde sets voorwaarden door zorgverzekeraars niet op dezelfde plaats in het inkoopbeleid gepresenteerd; de set voorwaarden staat bij de ene zorgverzekeraar in de lopende tekst van het inkoopbeleidsdocument, terwijl de voorwaarden bij een andere zorgverzekeraar in de bijlage staan of niet staan opgenomen in het inkoopbeleidsdocument.</p>	
<b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b> <p>Deze harmonisering levert naar verwachting niet direct tijdwinst op in het primaire proces. Deze harmonisatie levert naar verwachting tijdwinst op in de backoffice van de zorgaanbieder. De zorgverkoper kan hierdoor gemakkelijker beleidsteksten vergelijken en interpreteren.</p>	 <b>Motivatie zorgverzekeraars</b> <p>Zorgverzekeraars kiezen in de basis voor de vormgeving en terminologie die aansluiten bij de eigen huisstijl en organisatiekeuzes.</p>
<b>Toets op mededingingsrisico's</b> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>	 <b>Reactie zorgverzekeraars</b> <p>Zorgverzekeraars zijn bereid hier met elkaar naar te kijken, maar geven aan ook gebonden te zijn aan organisatiekeuzes.</p>
<b>Advies voor vervolg</b> <p>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken over welke mogelijkheden zij zien voor het harmoniseren van de taal en presentatie die gebruikt worden voor de presentatie van voorwaarden, bijvoorbeeld waar verschillende voorwaarden gevonden kunnen worden en hoe verschillende typen voorwaarden genoemd worden.</p>	

# Kortdurende zorg (GZSP) | Zorgverzekeraars kunnen de inkoopdocumentatie op vorm harmoniseren

8 Harmonisering bundeling	
<p><b>Omschrijving (harmonisatie)mogelijkheid</b></p> <p>Een aantal van de zorgverzekeraars bundelt verschillende zorgsoorten in één inkoopbeleidsdocument. Zo hanteren sommige zorgverzekeraars één inkoopbeleidsdocument voor de ELV, GRZ én de GZSP, terwijl anderen een inkoopbeleidsdocument hebben voor alleen de GZSP. EUCARE (Caresq) hanteert één document voor de wijkverpleging, GZSP, ELV, GRZ, en Medische Kindzorg. Dit leidt tot ongelijksoortigheid van de inkoopbeleidsdocumenten van de verschillende zorgverzekeraars.</p>	
<p><b>Verwachte tijdwinst bij zorgaanbieders</b></p> <p>Deze harmonisering levert naar verwachting niet direct tijdwinst op in het primaire proces. In de backoffice van de zorgaanbieder kan de zorgverkoop hierdoor waarschijnlijk gemakkelijker beleidsteksten vergelijken en interpreteren.</p>	<p><b>Motivatie zorgverzekeraars</b></p> <p>Het staat verzekeraars vrij om hun eigen vorm en stijl te hanteren. Keuzes voor het al dan niet gebundeld opnemen van zorgsoorten in één inkoopbeleidsdocument hangen vaak samen met een bredere bundeling over zorgsoorten heen.</p>
<p><b>Toets op mededingingsrisico's</b></p> <p>Er worden geen risico's op mededinging verwacht als zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan. De ACM adviseert te verduidelijken op welke manier de cliënt voordeel aan de harmonisatie van voorwaarden of procedures ondervindt.</p>	<p><b>Reactie zorgverzekeraars</b></p> <p>Zorgverzekeraars zijn bereid hier met elkaar naar te kijken, maar geven aan ook gebonden te zijn aan organisatiekeuzes. Een zorgverzekeraar geeft als aandachtspunt mee dat er steeds vaker meerjarig inkoopbeleid is met uiteenlopende doorlooptijden. Dat kan harmonisering lastig maken.</p>
<p><b>Advies voor vervolg</b></p> <p>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken over welke mogelijkheden zij zien voor het harmoniseren in bundeling van verschillende zorgsoorten in inkoopbeleidsdocumenten.</p>	



## Hoofdstuk 4. Plan van aanpak voor harmonisatie inkoopdocumentatie wijkverpleging en GZSP

Op de volgende pagina's leest u het plan van aanpak voor harmonisatie. De opgenomen kwartalen zijn opgenomen als inschatting om tijdig van start te gaan met de adviezen.

# Plan van aanpak | Plan voor harmonisatie inkoopdocumentatie wijkverpleging, thema helpenden / niveau 2

	1	2	3	4
Advies voor harmonisatie	<u>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 in gesprek gaan over de verschillende inkoopvoorwaarden rond helpenden om te bepalen welke van de voorwaarden door iedereen gehanteerd kunnen worden.</u>	<u>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken komen over welk inkoopbeleid achterwege gelaten kan worden als het een directe verwijzing / herhaling is naar of van wetteksten.</u>	<u>Agenderen van de ontwikkeling van beroepsnormen (eventueel binnen doorontwikkeling Kwaliteitskader wijkverpleging) bij de daarvoor aangewezen beroepsvereniging.</u>	<u>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken komen over welke mogelijkheden zij kunnen harmoniseren in taal.</u>
Eigenaar	ZN	ZN	VWS	ZN
Planning	Q3 2023	Q3 2023	Q2 2023	Q3 2023
Termijn	Inkoopronde 2025	Inkoopronde 2025	Inkoopronde 2025	Inkoopronde 2024
Bijzonderheden	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

## Plan van aanpak | Plan voor harmonisatie inkoopdocumentatie wijkverpleging, thema casemanagement dementie

	5	6	7
Advies voor harmonisatie	<p><u>Voer binnen ZN-verband de bredere discussie over de inzet van case-management dementie en benodigde inzet. Zowel tussen ZN en haar leden, als tussen de landelijke organisaties die hierbij betrokken zijn (Alzheimer Nederland, V&amp;VN, BPSW, Zorginstituut Nederland).</u></p>	<p><u>Voor inkoopronde 2024 harmoniseren van inkoopvoorwaarden door de verwijzing naar de Zorgstandaard Dementie op te nemen.</u></p>	<p><u>Zorgverzekeraars bespreken en komen voor de inkoopronde 2025 tot afspraken over welke mogelijkheden zij harmoniseren in taal.</u></p>
Eigenaar	ZN	ZN	ZN
Planning	Q2 2023	Q1 2023	Q3 2023
Termijn	Inkoopronde 2025	Inkoopronde 2024	Inkoopronde 2025
Bijzonderheden	Betrekken van Alzheimer Nederland, V&VN, BPSW, Zorginstituut Nederland	Rekeninghoudend met deadlines voor zorginkoopbeleid 2024 bij zorgverzekeraars	n.v.t.

# Plan van aanpak | Plan voor harmonisatie inkoopdocumentatie wijkverpleging, thema thuiszorgtechnologie [1/2]

	8	9	10
Advies voor harmonisatie	<p><u>Organiseer als ZN het gesprek tussen zorgverzekeraars om tot afspraken te komen voor harmonisatie van benodigde bewijsvoering en onderbouwing business case bij de inzet van thuiszorgtechnologie. Maak daarnaast duidelijk hoe de procesgang en procedures bij het KCDZ in zijn werk gaan. Ook kan er in afstemming tussen de betrokken (branche)organisaties gesproken en vervolgens gecommuniceerd worden hoe de doorontwikkeling van het KCDZ eruitziet.</u></p>	<p><u>Kom tot een één uniform aanvraagformulier waarin verschillen in systemen en proces van indienen worden geharmoniseerd. Dit is niet gebonden aan de deadlines van de inkoopronde. Brancheorganisatie ActiZ kan haar leden erop wijzen dat de functionaliteit in het ECD benut kan worden, waardoor geen aanvraagformulier meer gebruikt hoeft te worden.</u></p>	<p><u>Signaleer naar het KCDZ dat het gewenst is de waardebepalingen in de Wlz (Vilans) waar mogelijk te benutten in de ontwikkelingen voor de Zvw. Communiceer vanuit het KCDZ en via de brancheorganisaties wat de ontwikkelingen zijn rond waardebepalingen vanuit de Wlz die benut worden voor de Zvw.</u></p>
Eigenaar	ZN	ZN / ActiZ	ZN
Planning	Q2 2023	Q2 2023	Q2 2023
Termijn	Inkoopronde 2025		
Bijzonderheden	In afstemming met Kenniscentrum Digitale Zorg	Niet gebonden aan deadlines inkoop	Niet gebonden aan inkoop

## Plan van aanpak | Plan voor harmonisatie inkoopdocumentatie wijkverpleging, thema thuiszorgtechnologie [2/2]

	11	12
Advies voor harmonisatie	<u>Laat brancheorganisaties het gesprek over de overgang naar een week-systematiek faciliteren om in kaart te brengen in hoeverre dit wenselijk is voor groter aantal zorgaanbieders. Eventuele wijzigingen die hieruit volgen zijn niet gebonden aan de inkoopdeadline van 1 april.</u>	<u>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken komen over welke mogelijkheden zij harmoniseren in taal.</u>
Eigenaar	ActiZ	ZN
Planning	Q2 2023	Q2 2023
Termijn		Inkoopronde 2025
Bijzonderheden	Hoeft niet voor 1 april	n.v.t.



## Plan van aanpak | Plan voor harmonisatie inkoopdocumentatie wijkverpleging breed

	13	14
Advies voor harmonisatie	<u>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken komen over welke mogelijkheden zij harmoniseren in vorm.</u>	<u>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken komen over welke mogelijkheden zij harmoniseren in vorm met betrekking tot het gebruik van terminologie voor indelingen van overeenkomstvormen en van overeenkomstvormen.</u>
Eigenaar	ZN	ZN
Planning	Q3 2023	Q3 2023
Termijn	Inkoopronde 2025	Inkoopronde 2025
Bijzonderheden	n.v.t.	n.v.t.

# Plan van aanpak | Plan voor harmonisatie inkoopdocumentatie kortdurende zorg, thema's binnen GZSP [1/2]

	1	2	3	4
Advies voor harmonisatie	<u>Communiceer de (implicaties van de) nieuwe uitgangspunten rond inzet gedragswetenschappers en stimuleer de ontwikkeling van zorgprogramma's voor zorgaanbieders.</u>	<u>In het kader van dit traject adviseren wij de branchevereniging VGN om haar leden te ondersteunen om ACP op een effectieve manier in te zetten.</u>	<u>We adviseren een parallel proces: zorgaanbieders kunnen onder regie van hun brancheorganisatie komen tot zorgprogramma's of kwaliteitskaders. Daarnaast adviseren we om zowel DSW als Menzis in gesprek te laten gaan over de mogelijkheden voor geharmoniseerde procedures.</u>	<u>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken komen over welke mogelijkheden zij harmoniseren in taal. Er zou afgesproken kunnen worden om in bepaalde gevallen bepaalde termen te gebruiken zodat daar snel in de documenten op gezocht kan worden door zorgaanbieders.</u>
Eigenaar	VGN	VGN	VGN / ZN	ZN
Planning	Q2 2023	Q3 2023	Q3 2023	Q3 2023
Termijn	Inkoopronde 2024		Inkoopronde 2025	Inkoopronde 2025
Bijzonderheden	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

## Plan van aanpak | Plan voor harmonisatie inkoopdocumentatie kortdurende zorg, thema's binnen GZSP [2/2]

	5	6	7	8
Advies voor harmonisatie	<u>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken over welke mogelijkheden zij zien voor het harmoniseren in vorm.</u>	<u>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken over welke mogelijkheden zij zien voor het harmoniseren van de verschillende indelingen van overeenkomstvormen.</u>	<u>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken over welke mogelijkheden zij zien voor het harmoniseren van de taal en presentatie die gebruikt worden voor de presentatie van voorwaarden, bijvoorbeeld waar verschillende voorwaarden gevonden kunnen worden en hoe verschillende typen voorwaarden genoemd worden.</u>	<u>Laat zorgverzekeraars (eventueel onder regie van ZN of een extern bureau) voor de inkoopronde 2025 tot afspraken over welke mogelijkheden zij zien voor het harmoniseren in bundeling van verschillende zorgsoorten in inkoopbeleidsdocumenten.</u>
Eigenaar	ZN	ZN	ZN	ZN
Planning	Q3 2023	Q3 2023	Q3 2023	Q3 2023
Termijn	Inkoopronde 2025	Inkoopronde 2025	Inkoopronde 2025	Inkoopronde 2025
Bijzonderheden	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

## Hoofdstuk 5. Reflecties voor het vervolg



Op de volgende pagina's leest u onze reflecties.

## Reflecties | We geven enkele reflecties mee die benut kunnen worden voor het vervolg [1/2]

In dit rapport staan 22 voorstellen en daaruit volgende adviezen voor het harmoniseren van de inkoopdocumentatie van de wijkverpleging en de kortdurende zorg. **Deze voorstellen – zij het op verschillende manieren – dragen op korte of lange termijn bij aan het reduceren van administratieve lasten voor zorgaanbieders.** Dat zal soms in de directe zorgverlening terug te zien en soms in de backoffice van zorgaanbieders.

Gelijktijdig verwachten wij dat de meeste voorstellen **in beperkte mate zullen leiden tot minder administratieve lasten voor zorgaanbieders.** Dat komt omdat verschillen in inkoopdocumentatie tussen zorgverzekeraars ook lijken te ontstaan door een gebrek aan kwaliteitsstandaarden en vertrouwen in zorgaanbieders. Eenduidigheid in de inkoopdocumentatie leidt daarmee niet per definitie tot meer tijd en werkplezier. Daar waar harmonisatie bijvoorbeeld tot uiting komt in het hanteren van de eis van de strengste zorgverzekeraar, ontstaan er mogelijk juist meer (of andere) administratieve lasten. Met daarbij de vraag of dat tot daadwerkelijke voordelen leiden voor de cliënt.

**Ook is het harmoniseren van inkoopdocumentatie niet per definitie de oplossing voor onderliggende problemen.** In het geval van casemanagement dementie is het verwijzen naar een zelfde standaard een stap richting harmonisatie. Er zit een belangrijke vraag achter; namelijk wat

we als sector wenselijk vinden bij de inzet van casemanagement in de wijkverpleging. Is dat het inzetten en bekostigen van casemanagement zoals bedoeld volgens de duiding van het Zorginstituut? Of is dat het efficiënter organiseren van deze zorg door taakherschikking als (één van de) antwoord(en) op de personeelstekorten? Dit vraagt om een (ander) gesprek over de wijze waarop we de zorg willen (en soms anders moeten) organiseren gegeven de context waarin we ons bevinden. Dit is een gesprek wat in breder verband moet plaatsvinden. Hoe scherper dit gesprek aan de voorkant wordt gevoerd (met de bijbehorende keuzes en afspraken); des te logischer het ook voor zorgverzekeraars wordt om dat een plek te geven in de inkoop.

Binnen dit traject zijn er verschillende thema's aan de orde gekomen die vragen om meer inhoudelijke beleidskeuzes op andere tafels, bijvoorbeeld over de werkwijze en (gewenste) doorontwikkeling van het Kenniscentrum Digitale Zorg. Toch zien wij dit rapport als **een belangrijke eerste stap in de goede richting.** Zo bieden met name de inhoudelijke voorstellen kansen voor vermindering van (administratieve) lasten. Ook biedt dit rapport de mogelijkheid om aan de buitenwereld te laten zien dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich samen inspannen om (administratieve) lasten in de inkoop te reduceren. Voor nu op de thema's binnen de wijkverpleging en kortdurende zorg; in de toekomst wellicht ook op andere thema's. *[vervolg op de volgende pagina]*

## Reflecties | We geven enkele reflecties mee die benut kunnen worden voor het vervolg [2/2]

Voor het vervolgproces willen wij meegeven – omdat in dit traject is gebleken hoe belangrijk het is om elkaar écht te begrijpen – om elkaar **te blijven verdiepen in elkaars perspectieven**. Wie ervaren de administratieve lasten? Zijn dit administratieve lasten die primair de zorgverlener raken of zijn dit lasten die vooral de back office raken? Waar komen deze lasten vandaan? Komen deze voort uit verschillen tussen zorgverzekeraars in de inkoopdocumentatie? En zo ja, wat is dan de reden dat deze verschillen er zijn? Het zoeken naar een oplossing – en het beantwoorden van de vraag of het harmoniseren van de inkoopvoorwaarden de oplossing is – komt pas daarna.

**Het is dus niet zomaar wenselijk om elke voorwaarde te harmoniseren als we het in een bredere context met onderliggende problemen bezien.**

Ook is het gezien de rol en wettelijke taken van zorgverzekeraars in een concurrentieel stelsel niet altijd wenselijk en/of mogelijk. De ACM biedt hierin echter meer mogelijkheden dan eerder gedacht. Daarmee wordt het nóg belangrijker een gezamenlijke modus te vinden die recht doet aan de soms ingewikkelde positie van een zorgverzekeraar én het gelijktijdig benutten van mogelijkheden die ontstaan wanneer het mededingingstechnisch mogelijk blijkt.

Voor het vervolg kan het helpen om zoveel mogelijk **vanuit de gezamenlijke opgave(n) te redeneren**. Dat vraagt om eerst scherp te krijgen wat deze opgave is. En vervolgens te beantwoorden hoe daarin de meeste impact bereikt kan worden. Het beantwoorden van deze vragen gaat daarmee verder dan een redeneren vanuit het eigen perspectief. Zo heeft dit traject laten zien dat de meeste impact wordt ervaren op de inhoudelijke verschillen en iets minder op vorm en taal.

Wij verwachten dat – door op bureau- en bestuurlijk niveau in gesprek te blijven en vanuit een gedeelde opgave te redeneren – er meer vertrouwen ontstaat. Dat vertrouwen is noodzakelijk om samen naar oplossingen te kunnen zoeken. Zorgverzekeraars perken risico's aan de voorkant waar mogelijk in; waar zorgaanbieders liever redeneren vanuit het principe *high trust, high penalty*. Om echt stappen voorwaarts te maken is **onderling begrip, vertrouwen en in sommige gevallen loslaten van de huidige manier van werken** nodig. Dat is niet van vandaag op morgen gerealiseerd en overstijgt de scope van het harmoniseren van inkoopdocumentatie.

## Bijlagen.



Op de volgende pagina's staan twee bijlagen: de vindplaatsen van de ervaren (administratieve) lasten en de verantwoording van de aanpak van AEF.

# Harmonisatiemogelijkheden en plaats in documentatie

In onderstaande tabel staan de vindplaatsen in de documentatie van zorgverzekeraars van beleid met betrekking tot het thema [Helpenden / niveau 2](#).

	Documentnaam	Vindplaats met paginanummer(s)
a.s.r.	Inkoopbeleid 2023 Wijkverpleging	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'belangrijkste wijzigingen ten opzichte van vorig jaar' op pagina 3.</li> <li>Onder het kopje 'kwaliteit van zorg' op pagina 15.</li> <li>Onder het kopje 'voorwaarden en kwaliteitseisen voor een contract' bij subkopje 'kwaliteit' op pagina 20.</li> </ul>
CZ	Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>In Bijlage 1: minimale en aanvullende eisen wordt gesproken over de vereiste niveaus van wijkverpleegkundigen; deze zijn uitsluitend hoger dan niveau 2.</li> </ul>
DSW	<a href="#">Wijkverpleging</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'voorwaarden overeenkomst'.</li> </ul>
EUCARE (Caresq)	Inkoopbeleid Verpleging en verzorging 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'Overzicht wijzigingen inkoopbeleid 2023 ten opzichte van 2022' op pagina 4.</li> <li>In het hoofdstuk 'voorwaarden zorgovereenkomst' onder het kopje 'wijkverpleging' op pagina 10.</li> </ul>
Menzis	Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder 'Wijzigingen zorginkoopbeleid wijkverpleging 2023' op pagina 5.</li> <li>In de minimumeisen op pagina 35, in de uitvoeringseisen op pagina's 37-39.</li> <li>Bijlage 3: Inzet Helpende Zorg en Welzijn op pagina's 40-42.</li> </ul>
ONVZ	Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2022-2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>In Bijlage 2: Kwaliteitscriteria op pagina 16.</li> </ul>
Salland (Eno)	Zorginkoopbeleid 2023 Wijkverpleging	<ul style="list-style-type: none"> <li>In Bijlage 2: minimale kwaliteitscriteria op pagina 20.</li> </ul>
VGZ	Inkoopbeleid Wijkverpleging 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'kwaliteitsnormen' op pagina 17.</li> <li>In Bijlage 1: inkoopcriteria op pagina 30.</li> </ul>
Zilveren Kruis	Inkoopbeleid Wijkverpleging 2023-2024	<i>Het thema helpenden / niveau 2 komt niet aan bod.</i>
Zorg & Zekerheid	Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'wat zijn de wijzigingen per 2023?' op pagina 4.</li> <li>In Bijlage 1: kwaliteitscriteria op pagina's 17-18.</li> </ul>

We beperken ons in deze bijlage tot de vindplaatsen van de verschillen op inhoud. De vindplaatsen van de verschillen in vorm en taal zijn terug te vinden in het inkoopbeleid, de algemene en specifieke voorwaarden, verschillende bijlagen en in de (indien beschikbaar) overeenkomsten.



## Harmonisatiemogelijkheden en plaats in documentatie

In onderstaande tabel staan de vindplaatsen in de documentatie van zorgverzekeraars van beleid met betrekking tot het thema [casemanagement dementie](#).

	Documentnaam	Vindplaats met paginanummer(s)
a.s.r.	Inkoopbeleid 2023 Wijkverpleging	• Onder het kopje 'zorg aan kwetsbare ouderen' op pagina 18.
CZ	Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023	• In bijlage 1: minimale en aanvullende eisen op pagina's 19-20.
DSW	<a href="#">Wijkverpleging</a>	• Onder het kopje 'Voorwaarden overeenkomst'.
EUCARE (Caresq)	Inkoopbeleid Verpleging en verzorging 2023	• Onder het kopje 'voorwaarden zorgovereenkomst' op pagina's 9-10.
Menzis	Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023	• In bijlage 2: uitvoeringseisen op pagina's 37 en 38.
ONVZ	Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2022-2023	• In bijlage 2: kwaliteitseisen op pagina 17.
Salland (Eno)	Zorginkoopbeleid 2023 Wijkverpleging	• Onder de kopjes 'sociale benadering dementie' en 'integrale zorg' op pagina 7.
VGZ	Inkoopbeleid Wijkverpleging 2023	• In bijlage 2: inkoopcriteria op pagina's 14, 34 en 35..
Zilveren Kruis	Inkoopbeleid Wijkverpleging 2023-2024	• In bijlage 2: inkoopvoorwaarden op pagina's 10, 29 en 30.
Zorg & Zekerheid	Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023	• In bijlage 1: kwaliteitscriteria op pagina's 17-18.

We beperken ons in deze bijlage tot de vindplaatsen van de verschillen op inhoud. De vindplaatsen van de verschillen in vorm en taal zijn terug te vinden in het inkoopbeleid, de algemene en specifieke voorwaarden, verschillende bijlagen en in de (indien beschikbaar) overeenkomsten.

# Harmonisatiemogelijkheden en plaats in documentatie

In onderstaande tabel staan de vindplaatsen in de documentatie van zorgverzekeraars van beleid met betrekking tot het thema [thuiszorgtechnologie](#).

	Documentnaam	Vindplaats met paginanummer(s)
a.s.r.	Inkoopbeleid 2023 Wijkverpleging	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'innovatie' op pagina 19.</li> <li>Onder het kopje 'digitalisering in de wijkverpleging' op pagina's 12-13.</li> </ul>
CZ	Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'visie van CZ groep op de wijkverpleging' op pagina 3.</li> </ul>
DSW	<a href="#">Wijkverpleging</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'Contracteerbeleid onder stimulering digitale zorg'.</li> </ul>
EUCARE (Caresq)	Inkoopbeleid Verpleging en verzorging 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'Thuiszorgtechnologie en inkoopprocedure' op pagina 13.</li> </ul>
Menzis	Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'digitalisering en inzet technologie' op pagina's 14-15.</li> </ul>
ONVZ	Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2022-2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'digitalisering' op pagina's 6-7.</li> <li>Onder het kopje 'wijzigingen' op pagina 13.</li> </ul>
Salland (Eno)	Zorginkoopbeleid 2023 Wijkverpleging	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'innovatie' op pagina 15.</li> </ul>
VGZ	Inkoopbeleid Wijkverpleging 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'innovaties in de wijkverpleging' op pagina's 7-11.</li> </ul>
Zilveren Kruis	Inkoopbeleid Wijkverpleging 2023-2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'innovatie' op pagina's 6-7.</li> </ul>
Zorg & Zekerheid	Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onder het kopje 'wijzigingen' op pagina's 3.</li> <li>Onder het kopje 'hulpmiddelen en digitaliseren' op pagina's 7-8.</li> <li>Onder het kopje 'hoe ziet het contracteerbeleid eruit?' op pagina's 15 en 16.</li> <li>Onder het kopje 'Inzet op (technologische) hulpmiddelen tenzij' op pagina 19.</li> </ul>

We beperken ons in deze bijlage tot de vindplaatsen van de verschillen op inhoud. De vindplaatsen van de verschillen in vorm en taal zijn terug te vinden in het inkoopbeleid, de algemene en specifieke voorwaarden, verschillende bijlagen en in de (indien beschikbaar) overeenkomsten.

# Harmonisatiemogelijkheden en plaats in documentatie

In onderstaande tabel staan de vindplaatsen in de documentatie van zorgverzekeraars van beleid met betrekking tot het thema [GZSP](#).

	Documentnaam	Vindplaats met paginanummer(s)
a.s.r.	Inkoopbeleid 2023 ELV, GRZ en GZSP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Machtigingenbeleid op pagina 4.</li> </ul>
CZ	Zorginkoopbeleid Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advance Care Planning op pagina's 4, 6 en 10.</li> </ul>
DSW	<a href="#">Generalistische Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>BIG-geregistreeerde gedragswetenschappers onder het kopje 'Voorwaarden overeenkomst'.</li> </ul>
EUCARE (Caresq)	Inkoopbeleid Verpleging en verzorging 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>BIG-geregistreeerde gedragswetenschappers onder het kopje 'Voorwaarden' op pagina 11.</li> </ul>
Menzis	Zorginkoopbeleid GZSP 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>BIG-geregistreeerde gedragswetenschappers in bijlage 1: minimumeisen op pagina 28.</li> <li>Advance Care Planning op pagina's 1 en 5, 7, 9-10, 13, 17.</li> <li>Machtigingenbeleid onder het kopje 'inkoopmethodiek' op pagina's 17, 20-21, en in Bijlage 2: uitvoeringseisen op pagina 31.</li> </ul>
ONVZ	Zorginkoopbeleid GZSP 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>BIG-geregistreeerde gedragswetenschappers in bijlage 2 individuele prestaties i.c.m. vereisten individuele beroepsbeoefenaars op pagina's 19-20.</li> <li>Advance Care Planning op pagina 6.</li> </ul>
Salland (Eno)	Zorginkoopbeleid 2023 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen	<i>De thema's machtigingenbeleid, Advance Care Planning, en BIG-geregistreeerde gedragswetenschappers komen niet expliciet aan bod.</i>
VGZ	Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>BIG-geregistreeerde gedragswetenschappers in Bijlage 1: inkoopcriteria op pagina's 29-31.</li> <li>Machtigingenbeleid onder het kopje 'wijzigingen' op pagina 4, op pagina 17 en in Bijlage 1: inkoopcriteria op pagina 31.</li> </ul>
Zilveren Kruis	Inkoopbeleid GZSP 2023-2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>BIG-geregistreeerde gedragswetenschappers op pagina's 10-11.</li> </ul>
Zorg & Zekerheid	Zorginkoopbeleid Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>BIG-geregistreeerde gedragswetenschappers in bijlage 1 op pagina's 8-9.</li> <li>Machtigingenbeleid onder het kopje 'wijzigingen' op pagina 4.</li> </ul>

We beperken ons in deze bijlage tot de vindplaatsen van de verschillen op inhoud. De vindplaatsen van de verschillen in vorm en taal zijn terug te vinden in het inkoopbeleid, de algemene en specifieke voorwaarden, verschillende bijlagen en in de (indien beschikbaar) overeenkomsten.

## Verantwoording aanpak AEF | De aanpak voor een advies en plan van aanpak is in samenwerking met branches en hun achterbannen vormgegeven

### Stap 1. Inventariseren mogelijkheden voor harmonisatie inkoopdocumentatie

Na het startgesprek met VWS en ZN begonnen we met de analyse van de inkoopdocumenten voor de vier thema's. In het eigen bureauonderzoek keken we naar vorm en taal. Voor de inhoudelijke thema's die via casuïstiek waren aangeleverd, organiseerden we contextgesprekken met landelijke partijen en enkele leden\*. De aangeleverde casuïstiek was hierbij het vertrekpunt. Met behulp van de 5W2H-methodiek brachten we de context en (administratieve) lasten in kaart. Een derde contextgesprek bleek gewenst om de casuïstiek in de thuiszorgtechnologie verder uit te diepen. Van ieder contextgesprek maakten we een beknopt verslag. De verslagen zijn ter beschikking gesteld om de achterbannen te informeren.

### Stap 2. Mededingingstoets op mogelijkheden

Na de contextgesprekken en het bureauonderzoek bespraken we de eerste inzichten voor harmonisatie met VWS en ZN. Vervolgens toetsten we de inzichten op mededinging. In totaal zijn er twee gesprekken geweest met de ACM en raadpleegden we een tweetal onderzoeken van Berenschot en PWC.

\* Naast het contextgesprek spraken we met het Kenniscentrum Digitale Zorg over de werkwijze. Het is ondanks meerdere pogingen om V&VN te betrekken, helaas niet gelukt om ze in het kader van deze opdracht te spreken.

### Stap 3. Bespreken van voorstel met ZN en werkgroepen

De eerste inzichten bespraken we met ZN-beleidsadviseurs en de werkgroepen van zorgverzekeraars (wijkverpleging en kortdurende zorg). We namen hen mee in de tussentijdse uitkomsten en vroegen om een eerste reactie op wat er mogelijk werd geacht. Daarnaast was er ruimte om aandachtspunten aan ons mee te geven. Op basis van de aandachtspunten zochten we aanvullend 1-op-1 contact met een aantal zorgverzekeraars. De uitkomsten vertaalden we in een conceptrapport met plan van aanpak.

### Stap 4. Afstemming over uitkomsten met landelijke branche- en beroepspartijen

Het conceptrapport is ter toetsing voorgelegd aan ActiZ, VGN, Zorgthuisnl en ZN. Van ActiZ, Zorgthuisnl en ZN ontvingen wij reacties op dit document. Vervolgens bespraken we het conceptrapport in twee bijeenkomsten en werd het als concept gedeeld voor het Bestuurlijk Overleg op 27 maart. Het definitieve plan van aanpak wordt voorgelegd in een afrondend gesprek met VWS en ZN. Daarna wordt het met alle betrokken organisaties gedeeld.



# Graag tot ziens

Mischa Buter

Merel Scheltema

Marlijn Althuizen

Aris van Veldhuisen

31-3-2023