
FAQ uitvoering convenant afspraken 2024

A FAQ over de generieke toeslag en administratieve procedure

1. Wat is de hoogte van de toeslag

De hoogte van de toeslag is 10% op het gecontracteerde tarief op de eerste 33 uur kraamzorg thuis.

10% op het gecontracteerde tarief: Indien er al een opslag van toepassing was in de overeenkomst 2024, dan komt de tariefbijlage van die overeenkomst te vervallen en zal er een geheel nieuwe tariefbijlage worden aangeboden met daarin deze toeslag van 10% op de eerste 33 uur fysieke kraamzorg thuis.

2. Op welke periode is de toeslag van toepassing?

De toeslag van 10% op het gecontracteerde tarief op de eerste 33 uur kraamzorg thuis is van toepassing in het hele jaar 2024. Dus met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2024 voor kraamzorgen die gestart zijn op 1 januari 2024 of later. De toeslag stopt op 31 december 2024.

3. Hoe wordt de toeslag verrekend?

Er is een aparte prestatiecode waarmee bij Vektis de toeslag over de uren op cliëntniveau kunnen worden gefactureerd. Dit is prestatiecode 196256 (*Incidentele toeslag kraamzorg*). Het betreft hier de prestaties kraamzorg per uur geleverd aan huis. In vraag 9 vindt u een opsomming welke prestaties hier onder vallen. Prestaties digitale zorg en aanvullende zorg zijn uitgezonderd voor de toeslag. Bij verzekeraars die aparte prestatiecodes hebben voor bijzondere kraamzorg zoals kraamzorg per uur RMA/RMO of opslagwijken hanteren mogelijk ook een aparte prestatiecode voor de 10% toeslag op deze prestatiecodes. Zij zullen deze aparte toeslag prestatiecodes vermelden in het door hen aangeboden tariefbijlage bij het addendum.

4. Hoe wordt de toeslag met terugwerkende kracht verrekend?

Zodra u de addenda heeft geaccepteerd kunt u vanaf een nog nader te bepalen datum met de prestatiecode de opslag mee declareren met de reguliere declaratie. Over de reeds gedeclareerde zorgen vanaf 1 januari t/m de nog nader te bepalen datum kunt u na de acceptatie van de addenda met terugwerkende kracht de 10% opslag declareren op cliëntniveau.

5. Hoe zit het met declareren van deze toeslag in het geval van IGO's ?

De toeslag prestatiecode 196256 geldt ook voor IGO's .

6. Vervallen met de nieuwe convenant-afspraken de huidige contracten van zorgverzekeraars?

Nee, in de meeste gevallen zullen de afspraken aangaande het convenant vastgelegd worden in addenda op de lopende overeenkomst. In enkele gevallen zullen er volledige nieuwe

overeenkomsten of tariefbijlagen aangeboden worden. Dit zal verschillen per zorgverzekeraar. In alle gevallen zullen er contractuele afspraken worden gemaakt om de toeslag apart te kunnen declareren. In een addendum of in een nieuwe overeenkomst met tariefbijlage.

7. Kunnen organisaties voor wie het wel mogelijk is, kiezen voor crediteren en opnieuw declareren?

Nee, om overzicht te houden kunnen we hier niet van afwijken. Anders krijgen we te maken met verschillende situaties, dit is ongewenst.

8. Waarom biedt de verzekeraar geen 10% aan?

In sommige situaties zijn er al individuele afspraken gemaakt binnen de ruimte van de max-max. De verzekeraar mag maximaal 10% aanbieden op het max NZa tarief. Zie ook de toelichting bij punt 1.

9. Verzekeraars hanteren niet allemaal uniforme prestatiecodes voor kraamzorg per uur (196201). Het gaat dan bijvoorbeeld over kraamzorg voor adoptieouders of kraamzorg aan asielzoekers. Geldt de toeslag ook voor deze prestaties?

De toeslag is van toepassing op de volgende prestaties uren kraamzorg geleverd aan huis:

1008	Postnatale kraamzorg
1011	Kraamzorg na de bevalling per uur in opslagwijk
1021	Kraamzorg per uur RMA/RMO
014037	Kraamzorg doodgeboren kind
196201	Uur kraamzorg (K 201) (niet in een opslagwijk)
196210	Uur kraamzorg (K 201) (in een opslagwijk)
196230	Per uur kraamzorg niet via de biologische moeder
196237	Kraamzorg voor homostellen/adoptieouders
196243	Per uur kraamzorg RMA/RMO8
196250	Per uur kraamzorg KLIM
923650	Kraamzorg na adoptie

10. Ik mis prestatiecode 196253 in het overzicht. Kan ik deze prestatiecode nog declareren?

Zorgverzekeraars die in 2024 gebruikmaken van prestatie 196253: Uur kraamzorg (K 201) (niet in een opslagwijk) (bij lage zorgduur) zullen deze prestatiecode vanaf 1 juni niet meer gebruiken.

11. Waarom vallen bepaalde prestatiecodes er buiten?

Prestatiecodes die betrekking hebben zorg vanuit de aanvullende verzekering vallen buiten de convenantafspraken, voorbeelden hiervan zijn couveuseazorg en uitgestelde kraamzorg. Ook valt digitale kraamzorg en kraamzorg in het ziekenhuis hier buiten.

B FAQ over het verdelen en spreiden van zorgen

12. Als ik niet teken, hoef ik dan niet aan de verplichtingen in het convenant te voldoen?

Het is niet zo dat men zich dan kan onttrekken aan de opgave om in tijden van schaarste in gezamenlijkheid af te stemmen hoe cliënten toch de best mogelijke zorg kunnen krijgen. Daarbij is men enerzijds ook gehouden aan de reguliere contractafspraken met verzekeraars en anderzijds het “normenkader continuïteit kraamzorg in tijden van krapte”. Deze sectornorm geldt voor alle kraamzorgaanbieders die gecontracteerd zijn in postcode gebied.

13. Wat kan er gebeuren wanneer mijn organisatie zich onttrekt aan de afspraken in het convenant/normenkader?

Gecontracteerde zorgaanbieders die zich onttrekken aan de afspraken lopen het risico om hier door de gecontracteerde verzekeraar op aangesproken te worden. Dit kan verstrekking consequenties hebben v.w.b. de afspraken over de max-max en/of contractering voor 2025. De zorgverzekeraar kan over gaan tot terugvordering.

14. Hoe zit het met ZZP'ers en Platforms/Coöperaties waar ZZP'ers aan verbonden zijn?

Van iedere zorgaanbieder/gecontracteerde in een regio wordt verwacht om een bijdrage te leveren aan het verdelen van cliënten en spreiden van uren zorg. Ook platforms en coöperaties zijn gecontracteerd op werkgebieden/postcodereeksen. Het is van belang dat partijen elkaar opzoeken om af te stemmen hoe ook ZZP'ers hierin een bijdrage leveren. Zo nodig kan de begeleidingscommissie hierin ondersteuning bieden.

15. Hoe weten we wie er gecontracteerd is in onze regio?

Aan KSV's die al een wachtlijst hebben of op korte termijn krijgen wordt het overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders per postcodereeks aangeleverd. Het overzicht van de preferente zorgverzekeraar is leidend. Uitzonderingen m.b.t. tot de andere zorgverzekeraars worden door de zorgaanbieder bij het KSV gemeld. Het overzicht wordt intern gedeeld met alle betrokken zorgaanbieders maar wordt verder als vertrouwelijk beschouwd. Aanlevering vindt zonder vorm van discussie plaats op basis van een aanvraag van de contactpersoon van het KSV.

16. Hoe weten we wie de preferente verzekeraar voor onze regio is?

Hiervoor volgt op korte termijn een overzicht postcodereeksen, contactpersonen KSV's en preferente verzekeraars.

17. Wat als de aanbieders in een regio ook geen 24 uur zorg meer kunnen leveren?

Het doel is aan alle cliënten minimaal 24 uur zorg bieden; wanneer dit niet haalbaar is dan is het zaak om te vragen aan het begeleidingscommissie team om mee te denken en indien nodig te escaleren .

De preferente zorgverzekeraar wordt hierbij ook betrokken, zie ook de afspraken in het normenkader.

18. Waaruit bestaat het leveren van 24 uur zorg en wat als er sprake is van aftrek ziekenhuisdagen?

De inhoud van minimale zorg staat beschreven in het LIP onder het minimum zorgpakket. Dit betreft dagelijkse verzorging en controles van moeder en kind, en signaleren en voorlichting en instructie. Uitgangspunt is drie uur per dag zorg gedurende 8 dagen. Mocht er sprake zijn van aftrek ziekenhuisdagen dan vervalt de verzorging, controles en observaties van deze dagen. De resterende dagen wordt dan minimaal 3 uur zorg geboden waarbij overall minimaal 10 uur voorlichting en instructie wordt geboden.

C FAQ overige zaken en bijlagen

19. Waar kan ik alle informatie vinden over het convenant?

Bo heeft een openbare pagina op de website ingericht met alle relevante documenten en informatie. Deze bijbehorende FAQ wordt op basis van nieuwe vragen en issues continu ververst en is ook te vinden op deze pagina.

20. Wat is er gecommuniceerd naar de cliënten en geboortezorgpartijen?

Naast een woordvoeringslijn en een gezamenlijk persbericht wordt er ook basis communicatie voor cliënten en geboortezorgpartners; zoals verloskundigen opgesteld. Persverzoeken en andere media-aandacht loopt zoveel mogelijk via Bo. Op korte termijn wordt afgesproken via welke kanalen deze informatie verder wordt verspreid.

21. Hoe worden de al bestaande wachtlijsten bij verzekeraars overgedragen aan de KSV regio's na afsluiten van het convenant?

Gezien de diversiteit die er nu al is op het gebied van aantallen op de wachtlijst en tools die al zijn ingezet in KSV's is hier geen uniforme afspraak over. De preferente verzekeraar stemt met de contactpersoon van het KSV af hoe de overdracht vanuit de verzekeraars plaatsvindt. Dit is wel per KSV 1 werkwijze.

22. Waar moet het wachtlijstbeheer aan voldoen?

Van belang is dat de privacy van cliënt gegevens is geborgd en dat niet meer personen/organisaties inzicht hebben in de wachtlijst dan strikt noodzakelijk is om zorgen te kunnen verdelen en uren te kunnen spreiden. Mogelijk volgt er nog nadere instructie in het kader van de privacy.

De cliënt moet de mogelijkheid hebben om een 1^e en 2^e aanbieder van voorkeur mee te geven op de wachtlijst. De vorm is verder vrij en zal ook afhangen van de aantallen cliënten die het betreft. Deze FAQ zal verder worden aangevuld met tools die in de verschillende regio's worden gebruikt en die werkbaar zijn gebleken.

23. Wat als we er als KSV niet uit komen met de preferente verzekeraar(s) of als de verdeling binnen een KSV niet goed verloopt ?

Hiervoor zijn afspraken vastgelegd in het document Inzet van de begeleidingscommissie. Uiteraard is het wel zaak om het idee dat zaken niet conform de spelregels lopen eerst bij de direct betrokkenen bespreekbaar te maken. Ook is het doel van de begeleidingscommissie om denkkraft toe te voegen in het geval de capaciteit in zijn totaliteit ontoereikend is voor de zorgvraag in een periode. Bij de begeleidingscommissie is in beeld welke regio's het meest nijpend zijn en de commissie monitort ook de voortgang binnen de regio's.

24. Hoe zit het met de uitkomsten op indicatoren waarvan de uitkomsten mogelijk slechter zijn en die als norm gelden in inkoopbeleid?

Bij de kwaliteitsuitvraag via Desan is de mogelijkheid geboden om aan te geven welke uitkomsten slechter uit zijn gevallen door de capaciteitsproblematiek en de gemaakte afspraken in het convenant over het verdelen van zorgen/spreiden van uren. Te denken valt bijvoorbeeld aan aantal ingezette ZZP'ers, de indicator continuïteit van zorg en geleverde zorg t.o.v. geïndiceerde zorg etc. Met alle verzekeraars is dit besproken en de teneur is dat hier rekening mee zal worden gehouden bij het doen van contractvoorstellen voor 2025.

Bo zal op basis van de aangeleverde gegevens een analyse en rapportage maken die in het najaar zal worden meegenomen in de 2^e gespreksronde met de verzekeraars.