



Zorginkoopbeleid 2024 wijkverpleging

Publicatiedatum: 1 april 2023





Inhoud

Voorwoord	3
Wijzigingen zorginkoopbeleid Wijkverpleging in 2024	5
Wat willen we bereiken?	6
Samenwerking in de regio	6
Passende zorg	7
Digitale zorgtransformatie en inzet hulpmiddelen	9
Duurzaamheid	10
Arbeidsmarkt	10
Wat koopt Menzis in?	11
Cliëntprofielen	11
Kwaliteitsbeleid	11
Bijzondere zorgvormen	13
Bij wie koopt Menzis in?	16
Inkoopeisen	16
Budget- en tariefafspraken	16
Inkoopproces	17
Bereikbaarheid	21
Inspraak verzekerden en zorgaanbieders	21
Bijlage 1. Minimumeisen	23
Bijlage 2. Uitvoeringseisen	26
Bijlage 3. Inzet Helpende Zorg en Welzijn	30

Voorwoord

Een leefkrachtiger Nederland

Ieder mens leefkrachtiger, nu en in de toekomst. Dat is onze missie. Leefkracht staat voor de positieve kracht van gezond leven: of iemand nou ziek is of gezond, jong of oud. Leefkracht zorgt ervoor dat mensen de dingen kunnen doen die belangrijk voor hen zijn. Naast het voorkomen van ziekte en het bevorderen van een gezonde leefstijl gaat het bij leefkracht ook over het krijgen van tijdige, juiste en kwalitatief goede zorg en een betaalbare premie. Onze zorginkoop draagt daar aan bij.

De afgelopen jaren hebben wij stappen gezet om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden door het maken van afspraken over zorgtransformatie, samen slimmer organiseren van de zorg, beheersen van kosten en inzetten op het voorkomen van zorg. In 2024 gaan we door in deze richting. Samen met u zetten we graag de noodzakelijke vervolgstappen. We voelen ons in deze beweging gesteund door het integraal zorgakkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Samen met zorgaanbieders en andere partners zetten wij ons in om doelen en regionale werkagenda's uit te voeren. De gemaakte afspraken komen vervolgens terug in de contracten met zorgaanbieders.

In ons zorginkoopbeleid 2024 ligt de focus op de volgende onderwerpen:

Samenwerking in de regio

Samenwerking in de regio is essentieel om de zorgtransformatie realiseren. Niet alleen met het zorgdomein, maar ook met betrokkenen in het sociale domein. Om de afspraken en doelen uit het IZA, GALA en WOZO te realiseren, nemen we als zorgverzekeraar het voortouw in de regio's waar we een groot marktaandeel hebben. De regiobeelden en -plannen die we de afgelopen jaren samen met de regio opgesteld en afgestemd hebben, gaan we herijken en in 2024 samen met de partners in de regio uitvoeren. Daarvoor zijn we nadrukkelijk op zoek naar impactvolle transformatieplannen: plannen en initiatieven waarbij partijen niet schromen om over het eigen belang heen te kijken en het belang van de zorg en inwoners van de regio centraal te stellen. Hierover gaan we graag met u in gesprek.

We stimuleren de samenwerking in de regio door de komende jaren gelijkgerichte afspraken te maken met zorgaanbieders. Waar mogelijk maken we afspraken over de verschillende zorgsoorten heen en, als dat de doelen ondersteunt, met meerjarenafspraken en/of innovatieve bekostiging.

Passende zorg

Zowel binnen als buiten onze kernregio's omarmen wij in de zorginkoop de principes van passende zorg. Passende zorg is een breed begrip: *het omvat zorg die bewezen effectief is (voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk), niet onnodig duur is, waarover samen wordt beslist tussen zorgverlener en patiënt, dichtbij de patiënt wordt geleverd en meer gaat over gezondheid en minder over ziekte.* In 2024 focussen wij ons op verder implementeren van advance care planning (ACP) en samen beslissen over alle zorgsoorten en domeinen heen. We stimuleren gepast gebruik, zowel via het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) als eigen analyses op basis van gedeclareerd volume en/of kosten.

Digitale zorgtransformatie

We zijn voorstander van de landelijke uitgangspunten: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Digitalisering is een middel om zorgtransformatie te bewerkstelligen. Verdere digitalisering van de zorg is noodzakelijk om aan te sluiten bij wensen van de samenleving en om de stijgende vraag naar zorg het hoofd te bieden. Digitale zorg draagt bovendien bij aan een efficiëntere inzet van (schaarse) zorgprofessionals, omdat het meer mogelijkheden biedt om thuis of in de nabije omgeving gediagnosticeerd, behandeld en gemonitord te worden. Binnen digitale zorgtransformatie kiezen we nadrukkelijk voor initiatieven, die impact hebben op het voorkomen van (duurdere) zorg en het vergroten van de zelfregie van onze klanten.

Duurzaamheid

De zorgbranche is verantwoordelijk voor 7% van de CO₂-uitstoot, 13% van het grondstofverbruik en 4% van het afval in Nederland. Daarmee heeft de zorgbranche ernstige gevolgen voor onze leefomgeving en gezondheid. Dat dit vanwege de impact op het klimaat leidt tot ziekte en meer zorg noemt men 'de paradox van de gezondheidszorg'. Wij vinden het van groot belang om – naast het verduurzamen van onze eigen organisatie – een bijdrage te leveren aan het doorberekenen van deze paradox en te werken aan het verduurzamen van het zorglandschap. Samen met de andere zorgverzekeraars zetten we ons daarom in om deze verduurzaming te versnellen. De komende jaren richten we ons op acties uit de Green Deal Duurzame Zorg 3.0, de visie verduurzaming zorgsector van Zorgverzekeraars Nederland en de sectorale uitvoeringsplannen / het Green Deal Uitvoeringsprogramma.

Graag gaan we met u en andere zorgpartners in gesprek over de hierboven beschreven focuspunten of over andere, gezamenlijke vraagstukken en oplossingen in de zorg. Zodat we samen impact kunnen maken voor een leefkrachtiger Nederland en toekomstbestendige zorg voor iedereen.

Esther Agterdenbos-van de Ree

Directeur Zorg

Wijzigingen zorginkoopbeleid Wijkverpleging in 2024

Hieronder treft u voor wat betreft het Zorginkoopbeleid gecombineerde leefstijlinterventie (hierna: GLI) de wijzigingen aan ten opzichte van het voorgaande zorginkoopbeleid. Daarbij geven we ook aan waar u de nadere toelichting kunt vinden. Een overzicht van de (gewijzigde) minimumeisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst met ons treft u aan in [bijlage 1](#).

Betreft:	Wat wijzigt er?	U leest hier meer over op:
Samenwerking over de keten heen	We verduidelijken wat we met u willen afspreken met betrekking tot de in het IZA afgesproken transformatie en geven toelichting over beschikbare transformatiemiddelen.	Pagina 6 & 8
Herkenbaar en aanspreekbaar team	We verduidelijken wat Menzis hierover met u wil afspreken.	Pagina 7
Digitale gegevens-uitwisseling	We verwachten dat u zich aansluit bij landelijke ontwikkelingen.	Pagina 9
Inzet van digitale hulpmiddelen	We scherpen de uitvoeringseis aan naar digitaal, tenzij... en vereenvoudigen de contractering voor de medicijndisenser en beeldschermzorg.	Pagina 9 en bijlage 2
Duurzaamheid	We sluiten ons beleid aan op de landelijke afspraken.	Pagina 10
Nza cliëntprofielen	We volgen de landelijke ontwikkelingen.	Pagina 11
Advance Care Planning	We spreken met u af dat al onze verzekerden Advance Care Planning aangeboden krijgen.	Pagina 7 & 8
Specialistische verpleging	We hebben ons beleid verduidelijkt.	Pagina 12
Palliatieve zorg	We verwachten dat u werkt vanuit het Kwaliteitskader palliatieve zorg.	Pagina 13
Onplanbare nachtzorg	We wijzigen de wijze waarop we onplanbare nachtzorg in-kopen.	Pagina 14
Nieuwe zorgaanbieders	We hebben het proces verduidelijkt en de procedure ver-vroegd.	Pagina 17
Uitvoeringseisen medisch technisch team en medische kindzorg	We hebben verduidelijkt dat u op het moment van aangaan van het contract over de juiste personele bezetting beschikt.	Bijlage 2

Wat willen we bereiken?

De wijkverpleging staat de komende jaren voor een aantal uitdagingen. Het aantal ouderen en chronisch zieken neemt toe en zij zullen langer thuis wonen met ondersteuning. Het aantal mensen dat een beroep doet op wijkverpleging zal daarom toenemen. Tegelijkertijd zien we dat het aantal professionals in de wijkverpleging niet in gelijke mate toeneemt. Met onze zorgaanbieders staan we voor de uitdaging om de beschikbare zorg zo effectief mogelijk in te zetten en zo eerlijk mogelijk te verdelen en hierbij kwalitatief goede zorg voor onze verzekerden te behouden.

Samenwerking in de regio

Ook ten aanzien van de wijkverpleging zullen wij ons de komende jaren in onze kernregio's focussen op de uitvoering van het IZA, GALA en WOZO. In het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) is afgesproken dat zelfstandig langer thuis wonen in een passende woonomgeving het uitgangspunt is. Deze zorg werd voorheen vaak in een verpleeghuis aangeboden. Voor de benodigde professionele zorg zal deels een beroep worden gedaan op de al schaarse professionals in de wijk, omdat meer mensen met een Wlz-indicatie thuis zullen blijven wonen.

In het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) wordt een nadrukkelijker beroep gedaan op de preventieve rol van de wijkverpleegkundige. Een rol die zij al jaren heeft en waarover in het GALA wordt beschreven dat de wijkverpleegkundige aandacht heeft voor een gezond voedingspatroon en ondervoeding bij ouderen signaleert. Ook heeft de wijkverpleegkundige een signalerende rol op risicovolle situaties en een doorverwijzende rol bij valpreventie. Het akkoord onderschrijft het belang van inzet op passende zorg, het voorkomen van onnodig medicaliseren en goede ketenafspraken.

De wijkverpleging is altijd onderdeel van een keten van ondersteuning en zorg aan klanten. Samenwerken is noodzakelijk om passende zorg beschikbaar te houden. Het cruciale aspect van samenwerken in de zorg is vaak aangetoond. Het is voor ons een gegeven dat zorgverleners zich hier optimaal voor inspannen.

Samenwerking in de driehoek huisarts – wijkverpleegkundige – sociaal domein en met andere specialismen (zoals apothekers, paramedici en tweedelijnszorg) is cruciaal. Daarnaast verwachten we samenwerking met Specialisten Ouderenzorg en met aanbieders van Kortdurende Zorg en Wlz-zorg.

Graag spreken we voor 2024 het volgende met u af:

- dat het IZA-geactualiseerde regiobeeld de basis is om op een onderbouwde, gedragen wijze tot een gerichte en afgestemde aanpak van de transformatieopgaven in de regio te komen;
- dat u zich aansluit bij regionaal gemaakte afspraken betreffende de acute zorgketen, inclusief de regionale afspraken rondom onplanbare nachtzorg;
- dat u uitvoering geeft aan de Juiste Zorg op de Juiste Plaats (JZOJP) door bij te dragen aan zorgtransformatie. Niet alleen als het gaat om transformatie van de tweede naar de eerste lijn, maar ook door niet-medisch noodzakelijke zorg over te dragen aan het sociaal domein en cliënten tijdig door te verwijzen naar de Wlz als zij aan de criteria voor toegang tot de Wlz voldoen (zie www.ciz.nl).

In 2020 is de *Leidraad herkenbaar en aanspreekbaar team* (H&A) gepubliceerd. H&A in de wijk richt zich op het verbeteren van de samenwerking tussen zorgaanbieders van wijkverpleging. In het IZA is afgesproken H&A in de wijkverpleging verder te ontwikkelen. Hiervoor kunnen wij met zorgaanbieders in onze regio's afspraken maken op de prestatie 'beloning op maat'.

Graag spreken we voor 2024 het volgende met u af:

- dat u afspraken maakt, op basis van het IZA-geactualiseerde regiobeeld, over hoe het aanbod in de wijk er het meest wenselijk uitziet als het gaat om toegankelijkheid;
- dat u in de regio onderling afspraken maakt om cliënten met een hulpvraag toe te wijzen aan een beschikbare zorgaanbieder. De wijkverpleging is aanspreekbaar;
- dat voor cliënten, zorgprofessionals en gemeenten duidelijk is wie op welk moment (overdag, nacht, weekend) in de wijk aanspreekbaar is voor wijkverpleging. De wijkverpleging is bereikbaar en herkenbaar.

Wij zijn actief betrokken bij deze ontwikkelingen en zullen waar nodig facilitator of aanjager zijn als afspraken niet goed van de grond komen.

Passende zorg

Passende zorg draagt bij aan de toegankelijkheid van wijkverpleging. Advance Care Planning (ACP) is onderdeel van passende zorg en gaat over het tijdig nadenken over toekomstige behandelwensen en -behoeften. In het IZA wordt de ambitie uitgesproken dat cliënten en naasten samen met professionals beslissen over de juiste zorg en ondersteuning én vooruitdenken.

In de wijkverpleging ligt de nadruk niet zozeer op wat er aan geneeskundige behandeling wenselijk is, maar op hoe zorg en ondersteuning thuis georganiseerd wordt, nu en in de toekomst. Passende zorg begint bij zelfzorg en informele zorg. Pas als dit onvoldoende bijdraagt, sluit formele zorg aan. Hierbij is specifiek aandacht voor mensen met gezondheidsachterstanden. Nog voor de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz) aan de orde is, kan al sprake zijn van situaties waarin de Wet zorg en dwang (hierna: Wzd) van toepassing is. Wij verwachten dat u hier uitvoering aan geeft (zie: [Stappenplan Wet zorg en dwang, vilans.nl](#)) en dat u regionale ontwikkelingen volgt.

Graag spreken we voor 2024 het volgende met u af:

- dat u een visie heeft op de wijze waarop zorgprofessionals (de zorgverleners uit het team) ACP uitvoeren. Zorgprofessionals hebben een initiërende, faciliterende of stimulerende rol. Daarnaast hebben wijkverpleegkundigen een verwijzende rol als een cliënt een hulpmiddel moet aanschaffen, mogelijk een beroep kan doen op ondersteuning vanuit het sociaal domein, of als er aanspraak mogelijk is op zorg vanuit de Wlz.
- dat u ACP standaard aanbiedt aan iedere cliënt en dat het daarmee onderdeel is van het cyclisch proces met de cliënt (uitvoeringseis 4).
- dat u afspraken vastlegt in het betreffende (zorg)dossier van de cliënt. Hierdoor is iedere betrokken zorgverlener op de hoogte van de wensen van en afspraken met de cliënt.

Transformatiemiddelen

Afspraken over transformaties vinden plaats in de individuele contractering. Dat blijft de basis van ons zorgstelsel. Echter, het kan voorkomen dat transformaties een dusdanige impact hebben dat zowel vanuit het zorgveld van meerdere zorgaanbieders als vanuit alle zorgverzekeraars dezelfde beweging ingezet moet worden. Dan spreken we van impactvolle transformaties. Om de impactvolle transformaties in de regio te laten slagen is er vanuit het IZA financiering mogelijk in de vorm van transformatiegelden. Initiatiefnemers van impactvolle transformaties binnen onze kernregio's kunnen hun plannen [bij ons kenbaar maken](#). Idealiter komen de plannen en aanvragen voor financiering gezamenlijk tot stand op basis van de opgestelde regioplannen. Het beoordelen van aanvragen vindt plaats op basis van landelijk vastgestelde voorwaarden en criteria, zoals opgenomen in het door de IZA-partijen opgestelde beoordelingskader.

Voor het indienen van plannen, meer informatie over het proces, de benodigde documenten en te gebruiken indienformats kunt u terecht op [onze website](#).

Digitale zorgtransformatie en inzet hulpmiddelen

In het IZA is afgesproken dat digitale gegevensuitwisseling in 2025 de standaard is. Om optimaal gebruik te maken van cliëntgegevens moeten deze goed beschikbaar, bereikbaar en herbruikbaar zijn voor het primaire zorgproces en de secundaire doeleinden. Voor 2024 spreken we met u af dat u de benodigde stappen zet om deze doelstelling te behalen. U sluit hierbij aan op de landelijke ontwikkelingen.

De ontwikkeling van hulpmiddelen en technologieën die de zelfredzaamheid ondersteunen of bevorderen, gaan snel. Uitgangspunt is dat een hulpmiddel of technologie een bijdrage levert aan het verantwoord langer thuiswonen en dat het gaat om het voorkomen van zorginzet of de vervanging van bestaande fysieke zorg. Als de digitale vorm voldoet, dan is er niet tegelijkertijd (voor dezelfde zorgbehoefte) aanspraak op een fysieke vorm van zorg (uitvoeringseis 7).

Inmiddels zijn meerdere technologieën en hulpmiddelen de fase van innovatie voorbij. In 2022 ontving 3,3% van de Menzis-verzekerden die wijkverpleging ontvingen een vorm van thuiszorgtechnologie. Het lukt een aantal zorgaanbieders om ruim boven dit gemiddelde percentage technologie succesvol in te zetten. We zijn echter van mening dat de ambitie omhoog kan en dat voor iedere zorgaanbieder 10% haalbaar moet zijn in 2024.

Graag spreken we voor 2024 het volgende met u af:

- dat u een visie heeft op de inzet van (digitale) thuiszorgtechnologie voor uw organisatie;
- dat u in kaart heeft gebracht welke zorg u vanaf 2024 hybride of digitaal gaat leveren, en welke zorg wordt afgeschaald;
- dat wanneer u technologie inzet via een leverancier die - naast e-health toepassingen die binnen het verpleegkundig domein vallen - toepassingen heeft op het gebied van leefstijl (zoals stappentellers), sociaal domein of medische zorg, u deze aanvullende toepassingen niet declareert.

Om de inzet van technologie te faciliteren kan iedere aanbieder in 2024 gebruik maken van de prestatiecode Thuiszorgtechnologie voor de inzet van de reguliere e-health toepassingen medicijn-dispenser en beeldschermzorg. Afhankelijk van de in te zetten toepassingen maken we hierover afspraken met een maximale omvang van 6,5 uur per cliënt per maand.

We gaan ervan uit dat u bewezen effectieve hulpmiddelen inzet om zorginzet te voorkomen. Daarbij kunnen bijvoorbeeld aan- en uittrekhulpmiddelen voor steunkousen en oogdruppel hulpmiddelen de inzet van wijkverpleging voorkomen.

In enkele regio's hebben we afspraken gemaakt over de inzet van de zogenaamde hulpmiddelen-tas, die bestaat uit zowel hulpmiddelen die vergoed worden als hulpmiddelen die de cliënt zelf aanschaft. Een overzicht van hulpmiddelen die zorgverleners kunnen inzetten, is te vinden in de [Vilans Hulpmiddelenwijzer](#).

In onze regio's ondersteunen we het verder ontwikkelen van meer inzet van innovatieve hulpmiddelen en technologieën via maatwerkafspraken. Wij verzoeken u kennis te nemen van [onze visie op digitalisering in de zorg](#), waarin wij onze ambities voor de komende jaren delen. Digitaal waar het kan, fysiek waar het moet. Waar mogelijk doen we een beroep gedaan op transformatiemiddelen. Op het Menzis [Innovatieportaal](#) vindt u informatie over innovaties binnen de zorg, waaronder digitale zorg. We ondersteunen initiatieven op het gebied van (digitale) zorginnovaties en begeleiden bij het opschalen van goede initiatieven.

Duurzaamheid

In het IZA hebben we afgesproken dat passende zorg ook duurzame zorg betreft. Zorgverzekeraars hebben gezamenlijk afgesproken zich in te zetten voor het verduurzamen van de zorg. Wij verwachten van u dat u zich committeert aan de doelen van de Green Deal Duurzame zorg 3.0 (GDDZ 3.0) die op 4 november 2022 tussen zorgpartijen is overeengekomen voor de periode tot en met 2026 en dat u duurzaamheid verankert in uw strategie. Voor 2024 spreken we met u af dat we in onze kernregio's in gesprek gaan met de grote zorgaanbieders. Dat doen we aan de hand van de verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact uit het uitvoeringsplan van de branche (Actiz). Het gesprek heeft tot doel om de ambitie, doelstellingen en concrete acties van de zorgaanbieder te bespreken en hen te stimuleren daarmee aan de slag te gaan.

Arbeidsmarkt

De krapte op de arbeidsmarkt is een grote uitdaging voor de komende jaren. Dat raakt ook de wijkverpleging en vraagt inzet op meer werkplezier en behoud van personeel. Goed werkgeverschap is hierbij cruciaal.

Graag spreken we voor 2024 het volgende met u af:

- dat u samen met ons zoekt naar mogelijkheden in het verder terugdringen van onnodige regeldruk;
- dat u zorgverleners stimuleert en faciliteert om regie te nemen over de eigen ontwikkeling en kunt aantonen dat zij deskundig zijn in hun vakgebied. In 2023 is de uitvoeringseis voor het bekwaam houden van zorgpersoneel daarom aangescherpt.

Elke zorgprofessional investeert in het bijhouden van het beroep. Dit betekent dat gemiddeld 35 uur per jaar aan scholing wordt gevolgd en dat dit wordt vastgelegd ([uitvoeringseis 8](#)). Het voldoen aan deze kwaliteitseisen zal als criterium worden meegenomen in het vaststellen van het tarief en daarmee de bekostiging in 2024;

- dat u de zorg laat leveren door verpleegkundigen en verzorgenden met minimaal opleidingsniveau 3. Wij blijven bij het standpunt dat Verpleging en Verzorging in de Zvw niet het domein is van de helpende. Om tegemoet te komen aan de oproep van branche partijen kunnen gecontracteerde zorgaanbieders onder voorwaarden gebruikmaken van de inzet van helpenden Zorg en Welzijn ([uitvoeringseis 1](#) en [bijlage 3](#)).

Wat koopt Menzis in?

We verwachten van alle aanbieders dat zij een integraal aanbod van Verpleging en Verzorging kunnen bieden ([minimumeis 1](#)).

Cliëntprofielen

In de afgelopen jaren is hard gewerkt aan een nieuw bekostigingsmodel in de Verpleging en Verzorging. Het model met cliëntprofielen is in januari 2022 van start gegaan als experiment en beoogt innovatie en samenwerking in de eerstelijns te versterken. Cliëntprofielen zijn een voorwaarde voor meer innovatieve vormen van bekostiging en contractering in de toekomst. Tot de cliëntprofielen daadwerkelijk ingevoerd zijn, blijft u declareren volgens de huidige systematiek.

De planning om per 1 januari 2024 door iedere zorgaanbieder verplicht cliëntprofielen te registreren en met de declaratie mee te leveren (als experiment) is uitgesteld door de Nza. In april 2023 geeft de Nza de nieuwe planning door. Meer informatie vindt u op de website van de [Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#). Mochten de ontwikkelingen voor het nieuwe bekostigingsmodel gedurende 2023 aanleiding geven om het beleid aan te passen of te verduidelijken, dan publiceren we dat op onze website.

Kwaliteitsbeleid

Van zorgaanbieders verwachten we dat zij uitvoering geven aan de door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen en standaarden. Daarmee voldoen zij aan de kwaliteitseisen, zoals binnen de beroepsgroep gehanteerd (zie: [Zorginstituut Nederland - Wijkverpleging](#) en [Kindzorg \(0-18 jaar\)](#)).

Een andere manier van werken kan gevolgen hebben voor cliënten en hun netwerk.

Wij hechten veel waarde aan de ervaringen van cliënten en verwachten dat zorgaanbieders in ieder geval een klanttevredenheidsonderzoek (PREM) uitvoeren. De resultaten hiervan zijn openbaar beschikbaar en daarmee inzichtelijk voor cliënten ([uitvoeringseis 2](#)).

Specialistische verpleging

Net zoals bij iedere specifieke aandoening zal de zorgverlener specifieke kennis en bekwaamheid moeten hebben om de cliënt van de juiste zorg te voorzien. Als binnen het team onvoldoende expertise aanwezig is, kan een gespecialiseerd verpleegkundige aangewezen zijn. Bij dementie kan dit een casemanager dementie betreffen, maar denk ook aan palliatieve zorg, oncologische zorg of een andere deskundigheid. Vanuit het principe 'generalistisch waar het kan, specialistisch waar het moet' maken we hier regionaal afspraken over.

Specialistische verpleging wordt uitgevoerd op verzoek en onder regie van een arts. Van oudsher bestond de technische zorg vooral uit door de huisarts voorgeschreven handelingen. De afgelopen jaren zien we de trend dat steeds meer behandelingen, die voorheen in het ziekenhuis werden voorgeschreven en uitgevoerd, ook in de thuissituatie uitgevoerd kunnen worden: onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Dit vinden we in veel gevallen een wenselijke ontwikkeling. Het leidt tegelijkertijd tot nieuwe bekostigings- en uitvoeringsvraagstukken. Zo kan het bijvoorbeeld een te groot beroep doen op beschikbaar verpleegkundig personeel als tijdens de behandeling toezicht noodzakelijk is. Een locatie waar een verpleegkundige op meerdere cliënten toezicht kan houden heeft dan de voorkeur.

Graag spreken we voor 2024 het volgende met u af:

- dat u specialistische kennis deelt met zorgaanbieders die deze kennis en kunde niet zelf in huis hebben, omdat zij deze slechts sporadisch nodig hebben. Dit kan óf door als aanbieder de zorg van specialistische verpleging zelf te leveren óf via afspraken over onderlinge dienstverlening;
- dat bij bekostigings- en uitvoeringsvraagstukken die volgen op de overheveling van behandelingen uit het ziekenhuis naar de thuissituatie, ons hierover actief informeert en dit actief toetst aan ons [toetsingskader](#). Uitgangspunten voor overheveling zijn dat de zorg veilig, kwalitatief goed én doelmatig aangeboden kan worden, de patiënttevredenheid minimaal gelijk blijft, de toegankelijkheid niet beperkt wordt en de declarabele kosten over de keten heen niet stijgen;

- dat wanneer wij daar om vragen, u ons inzicht geeft in de specialistische verpleging die u biedt. In 2024 willen we beter in beeld krijgen wat voor gespecialiseerde verpleging op dit moment al in de thuissituatie plaatsvindt, om zo succesvolle trajecten verder te ontwikkelen en trajecten die (nog) geen duidelijk toegevoegde waarde hebben te evalueren, in overeenstemming met ons toetsingskader.

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg kan beginnen wanneer een cliënt met de behandelend arts besproken heeft dat eventuele behandeling niet meer gericht is op genezing. Wanneer nodig wordt wijkverpleging ingezet, in nauwe samenwerking met de behandelaar. In de laatste fase, waarin intensieve zorg noodzakelijk is, wordt gesproken van palliatieve terminale zorg.

Graag spreken we voor 2024 het volgende met u af:

- dat u werkt volgens het kwaliteitskader Palliatieve Zorg (zie: palliaweb.nl, [uitvoeringseis 14](#)). Voor palliatief terminale zorg wordt als regel een termijn van maximaal drie maanden aangehouden. In de laatste weken kan de zorg in intensiviteit toenemen. Waken is vaak pas in de laatste dagen nodig;
- dat u ook in de palliatieve fase, bij het vaststellen van de benodigde verpleegkundige zorg, de *stepped care principes* toepast, voordat een beroep wordt gedaan op professionele zorg. Wijkverpleging kan ingezet worden voor de medische noodzakelijke zorg. De gemeente kan ondersteunen, zowel bij algemene voorzieningen (zoals advies, voorlichting of lotgenotencontact) als ook individuele ondersteuning bij huishoudelijke taken, mantelzorg-ondersteuning en respijtzorg. Vrijwilligers kunnen een rol spelen wanneer aanwezigheid niet medisch noodzakelijk is, maar wel gewenst;
- dat u uw cliënt begeleidt en doorverwijst wanneer thuis sterven niet mogelijk blijkt. Voor de keuze waar een cliënt kan sterven, is diens wens leidend. Echter, andere overwegingen kunnen een doorslaggevende rol spelen. Een andere mogelijkheid is opname in een eerstelijnsverblijfsvoorziening (zie: ons [beleid kortdurende zorg](#)).

Bijzondere zorgvormen

Medisch technisch team

Vaak wordt specialistische verpleging geleverd vanuit een apart team met specifieke expertise op het gebied van (weinig frequent voorkomende) risicovolle en/of voorbehouden handelingen (Medisch technisch team). Door deze zorg in specialistische teams te beleggen, wordt de bekwaamheid van de professionals gewaarborgd en versnippering tegengegaan.

Wij kopen dit in bij zorgaanbieders van wijkverpleging, die in staat zijn deze zorg 24/7 aan te bieden in de regio. Wij hanteren voor specialistische verpleging aanvullende uitvoeringseisen en maken hierover door middel van een addendum aanvullende afspraken ([uitvoeringseis 16](#)).

Bij de inschrijving vragen we om een overzicht van bevoegd en bekwaam personeel, waaruit blijkt dat er 24/7 aanbod beschikbaar is. Wanneer we akkoord gaan met dit overzicht, voegen we een addendum toe aan de overeenkomst. Zowel verpleging als gespecialiseerde verpleging nemen we mee in de afspraken over het integraal tarief voor wijkverpleging.

Medische kindzorg

Medische kindzorg is zorg die door specifiek daarvoor toegeruste zorgaanbieders wordt geboden. Medische kindzorg omvat verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar als deze zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Naast het kind en het gezin zijn de kinderverpleegkundige en de hoofdbehandelaar uit het ziekenhuis (meestal de kinderarts) betrokken bij de kinderverpleegkundige zorg, die nodig is buiten het ziekenhuis. Het is mogelijk dat een kind tegelijkertijd vanuit de Jeugdwet en vanuit de Zorgverzekeringswet zorg krijgt. Onder Medische kindzorg valt ook verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg (Nza beleidsregel BRREG-22155 en TBR 22623-02). Wij hanteren aanvullende uitvoeringseisen voor aanbieders die specifiek Medische kindzorg willen bieden ([uitvoeringseis 15](#)).

Onplanbare nachtzorg

Naar aanleiding van de herhaalmeting Onplanbare nachtzorg in 2022 door Berenschot - waarin naar voren komt dat het merendeel van systeemaanbieders een knelpunt ervaart om onplanbare nachtzorg kostendekkend te organiseren - zijn zorgverzekeraars van mening dat in de regio gemaakte afspraken, in het kader van het IZA, meer gelijkgericht moet worden ingekocht. Daarom zullen zorgverzekeraars per 1 januari 2024 de infrastructuur onplanbare nachtzorg (beschikbaarheid en bereikbaarheid) apart contracteren en bekostigen. Andere zorgverzekeraars betalen naar rato van hun marktaandeel mee in de afgesproken bekostiging. Deze afspraken betreffen de onplanbare nachtzorg tussen 23.00 uur en 07.00 uur.

We contracteren de Nza-prestatie 'Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg' door middel van een lumpsumbedrag. De onplanbare nachtzorg wordt op dit moment bekostigd vanuit een integraal tarief. Omdat de financiering per 1 januari 2024 geen onderdeel meer is van het integraal tarief zal dit bij iedere aanbieder leiden tot een beperkte afslag op het individuele tarief.

In onze regio's hebben we zorgaanbieders hierover benaderd, en verwachten we dat u een in de regio gedragen plan met begroting uiterlijk eind april 2023 bij ons aan heeft geleverd. Aanbieders buiten onze regio's kunnen uiterlijk juli 2023 alle informatie met ons delen.

Zorgaanbieders committeren zich aan de afspraken in de regio van hun werkgebied ([uitvoerings-eis 11](#)). Iedere aanbieder blijft individueel verantwoordelijk voor de levering van de zorg conform de eigen zorgplicht. De gemaakte afspraken leggen we vast in een addendum.

Ketenzorg Dementie

Ketenzorg Dementie wordt in het gehele land georganiseerd in dementienetwerken. Deze netwerken hebben met zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de inrichting en dienstverlening van dementiezorg in de regio. De preferente zorgverzekeraar neemt hierin de regio. Alhoewel het individuele Casemanagement Dementie wordt uitgevoerd en, waar het verzekerde zorg betreft, ingekocht bij de individuele zorgaanbieder is intervisie, scholing, afstemming en coördinatie van dementiezorg neergelegd bij de keten in de regio. Deze keten coördineert de wachttijden. Elke gecontracteerde zorgaanbieder sluit zich aan bij het netwerk Dementie in de regio waar hij actief is. De zorgaanbieder registreert wachttijden Casemanagement Dementie en geeft deze door aan de keten in zijn regio. Casemanagement Dementie wordt geleverd door de zorgaanbieder zelf of via het netwerk conform de afspraken in de regio ([uitvoeringseis 12](#)).

Regiefunctie complexe wondzorg

Wondzorg thuis, inclusief de complexe wondzorg, hoort bij de wijkverpleging. Daarom kopen we het in als onderdeel van de reguliere wijkverpleging. Het uitgangspunt is dat zorg zoveel mogelijk via het stepped care principe wordt uitgevoerd: generalistisch als het kan, specialistisch als het moet. Om dit doel te bereiken, helpt het als er regionaal sprake is van een integrale wondzorgketen en een multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, wondregisseurs, wijkverpleegkundigen / verzorgenden, ziekenhuizen en hulpmiddelenleveranciers. Deze zorgverleners gaan geprotocolleerd te werk om de kwaliteit van zorg voor patiënten met een complexe wond te verbeteren. Ze monitoren en registreren de wondbehandeling van de patiënt, zodat de kwaliteit van de zorg kan worden verbeterd en er voortdurend deskundigheidsbevordering plaatsvindt. Wanneer een wijkverpleegkundige bij de patiënt een wond constateert, beoordeelt deze of het gaat om een complexe wond. Indien dat het geval is - of als de wond na drie weken niet of onvoldoende genezen is - wordt de patiënt in overleg met de behandelend (huis)arts doorverwezen naar de wondregisseur. De uitgangspunten voor deze ketensamenwerking leest u in het addendum [Regiefunctie complexe wondzorg](#).

Indien wondzorg door aanbieders van andere zorgsoorten wordt geleverd, dan maakt het deel uit van de zorginkoop van de betreffende zorgsoort met in achtneming van ons toetsingskader [zie-kenhuisverplaatste zorg](#). Voor het addendum Regiefunctie complexe wondzorg komen alleen bestaande contractanten in aanmerking. In 2024 evalueren we met hen het addendum.

Bij wie koopt Menzis in?

Inkoopeisen

Voor alle zorgaanbieders (nieuw en bestaand), die gecontracteerd willen worden om Verpleging en Verzorging te verlenen in 2024, gelden dezelfde minimeisen en uitvoeringseisen. In bijlagen 1 en 2 hebben we de criteria vermeld. Bij elke categorie voorwaarden hebben we vermeld per wanneer u hieraan moet voldoen. Niet (tijdig) voldoen aan dat wat we opgenomen hebben in de bijlagen betekent dat wij geen overeenkomst voor 2024 aangaan.

We gaan uit van de integriteit van de zorgaanbieders en controleren steekproefgewijs of zorgaanbieders voldoen aan de inkoopvoorwaarden. Daarvoor kunnen we bij u bewijsstukken opvragen.

Als we de benodigde informatie uit openbare bronnen kunnen krijgen, dan doen we dat. We maken onder andere gebruik van het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ).

Als er op het moment van inschrijving nog een schuld uitstaat bij Menzis Zorgverzekeraar N.V., dan wel Anderzorg N.V., dan moet deze op het moment dat we de overeenkomst aangaan, zijn terugbetaald of verrekend. Zo niet, dan gaan we een overeenkomst onder voorwaarden aan met afspraken over de termijn van terugbetaling.

Budget- en tariefafspraken

Integraal tarief

We maken gebruik van een integraal tarief. Dit geeft ons de mogelijkheid om per zorgaanbieder een maatwerkafpraak te maken, die recht doet aan de zorg die door de individuele zorgaanbieder geleverd wordt en waarmee de administratieve lasten van de wijkverpleegkundige worden vermindert. De basis voor het integrale tarief 2024 is het tarief van het voorgaande jaar dat met u is overeengekomen, verhoogd met een indexering. Eventueel brengen we hierop een correctie aan op basis van de resultaten van onze benchmark. In ons individuele aanbod lichten wij dit toe. Zorgaanbieders met minder dan 30 cliënten vallen buiten de benchmark en zullen we beoordelen op daadwerkelijke inzet.

Budgetplafond en tussentijdse aanpassing

Naast het bepalen van het individuele integrale tarief gebruiken we de benchmark / doelmatigheidsscore om afspraken te maken over het budgetplafond. Wij verwachten dat u stuurt op de budgetafpraak, die we aan het begin van het jaar samen maken. Aanpassingen van het budgetplafond gedurende het jaar zijn alleen mogelijk onder strikte voorwaarden en in relatie tot de ontwikkelingen van de kosten per klant in de organisatie en de beschikbare ruimte bij andere zorgaanbieders in de regio. Nieuwe zorgaanbieders krijgen een vaste tariefafpraak en in beginsel een budgetafpraak van maximaal € 150.000.

Benchmark

Het belangrijkste vertrekpunt bij het bepalen van de benchmarkscore is dat wij doelmatigheid operationaliseren als de gemiddelde kosten per klant, gecorrigeerd met relevante kenmerken van de klant. Het is vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend dat zaken als gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status invloed hebben op de hoogte van de zorgvraag. Het is belangrijk om zorgaanbieders niet alleen te vergelijken op basis van de gemiddelde kosten per klant, omdat we dan appels met peren vergelijken. Daarom passen we een correctie toe. De verwachte kosten per klant zijn gebaseerd op de vergelijking met de kosten per (Menzis)klant van andere aanbieders. Daarbij houden we rekening met relevante kenmerken van de klant. Voor een uitgebreide toelichting op onze benchmark verwijzen we naar onze [website](#).

Inkoopproces

Voor alle bestaande zorgaanbieders geldt dat zij zich opnieuw moeten inschrijven om in aanmerking te komen voor een overeenkomst in 2024. Bestaande aanbieders krijgen van ons een uitnodiging om in te schrijven. De inschrijving is met zo min mogelijk administratieve lasten ingericht. We bieden voor 2024 een éénjarige overeenkomst aan.

Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders, inclusief zzp'ers, die in 2023 nog geen overeenkomst Verpleging en Verzorging met ons hadden. Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich éénmaal per contractjaar inschrijven; voldoet de zorgaanbieder niet aan de voorwaarden voor een overeenkomst dan is inschrijven voor een volgend contractjaar de eerst mogelijke optie.

De aanbieder moet zich uiterlijk 1 juli 2023 melden via het [contactformulier](#). Vermeld bij aanmelding alvast de naam van uw instelling, uw AGB-code, naam van de tekenbevoegde of gemachtigde (inclusief via het formulier geüpload bewijs van de machtiging, getekend door een tekenbevoegde bestuurder).

Na aanmelding krijgt u een verzoek om in te schrijven via inkoopportaal VECOZO, waarbij u de benodigde stukken ter beoordeling moet aanleveren. De inschrijving bestaat voor starters uit een vragenlijst waarmee zowel voor Verpleging en Verzorging als voor Kortdurende Zorg kan worden ingeschreven. De inschrijving moet volledig zijn. Elke inschrijving wordt beoordeeld. Onvolledige inschrijvingen wijzen we af. Als uit onze beoordeling blijkt dat de zorgaanbieder voldoet aan de minimumeisen, bieden we een basisovereenkomst aan.

De zorgaanbieder moet de inschrijving uiterlijk 1 september 2023 hebben doorlopen en bevestigd. Wanneer we een basisovereenkomst aanbieden, verzenden we deze 1 oktober 2023. Het ondertekenen van de basisovereenkomst kan tot 1 november 2023. Tijdig ondertekenen van de contractstukken is van belang om op 12 november als gecontracteerde zorgaanbieder voor 2024 zichtbaar te zijn op onze [Zorgvinder](#).

Bestaande contractanten

Na ontvangst van de uitnodiging tot inschrijven, kunnen zorgaanbieders in VECOZO de vragenlijst doorlopen. Na bevestiging van de vragenlijst ontvangt u van ons de basisovereenkomst. Mogelijk aangevraagde addenda beoordelen we apart. Voor een voorspoedige afhandeling van de contractering is het actueel houden van uw instellingsgegevens bij Vektis van groot belang, vooral het e-mailadres van de contactpersoon.

Het budget en de tarieven worden opgenomen in de bijlage 'Budget en Tarief', die we meesturen met de overeenkomst. De overeenkomst wordt pas definitief als u ook die bijlage ondertekent. Indien u de overeenkomst al wel ondertekend heeft, maar de bijlage niet, dan is er geen overeenkomst voor 2024 tot stand gekomen. U moet dus de inschrijving voltooien om zowel de conceptovereenkomst als de bijlage 'Budget en Tarief' te ontvangen.

Ondertekening van de basisovereenkomst kan tot 1 november 2023. Tijdig ondertekenen van de contractstukken is van belang om op 12 november als gecontracteerde zorgaanbieder voor 2024 zichtbaar te zijn op onze [Zorgvinder](#).

Medische kindzorg

Zorgaanbieders voor Medische kindzorg, die in aanmerking willen komen voor een Overeenkomst Verpleging en Verzorging 2024 inclusief het addendum Medische kindzorg, zullen tijdens het doorlopen van de vragenlijst in een beoordelingsronde belanden.

Tijdens de beoordelingsronde controleren we of u voldoet aan alle gestelde eisen. Na onze beoordeling kunt u de inschrijving vervolgen voor definitieve ondertekening. Nieuwe zorgaanbieders voor Medische kindzorg kunnen zich melden conform het eerder beschreven inkoopproces.

Addenda

Naast de basisovereenkomst is het mogelijk om, onder voorwaarden, in aanmerking te komen voor diverse addenda. Tijdens het inschrijfproces via VECOZO kan u dit aangeven en aanvullende informatie uploaden. Het gaat hier om de volgende addenda:

- Thuiszorgtechnologie
- Medisch Technisch Team
- Onplanbare nachtzorg
- Ketenzorg Dementie
- Regiefunctie complexe wondzorg: hiervoor komen alleen bestaande contractanten in aanmerking.

Contracteerproces via VECOZO

We maken voor het digitale contracteerproces gebruik van het Zorginkoopportaal van VECOZO. VECOZO biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitgebreide digitale ondersteuning bij het totstandkomen van contractafspraken vanaf de aanvraag voor een contract tot en met het digitaal ondertekenen. In de [veel gestelde vragen](#) op onze website kunnen we nog verduidelijkingen ten aanzien van dit document vermelden. Wanneer u zich ingeschreven heeft, kan de inschrijving niet meer gewijzigd worden.

Verschillende fasen van zorginkoop en planning

Op 12 november 2023 start de periode waar mensen zich kunnen oriënteren op hun zorgverzekering voor 2024. Op onze [website](#) staat vanaf dat moment een overzicht met gecontracteerde zorgaanbieders voor 2024. Om onze nieuwe en bestaande klanten op tijd duidelijkheid te geven willen we het contracteerproces uiterlijk op 1 november afronden. In uitzonderlijke gevallen kan het zijn dat deze planning nog wijzigt. Als dit het geval is, zullen wij een aangepaste planning publiceren op dezelfde wijze als waarop dit beleid is gepubliceerd.

Het tijdsplan van de beleidsontwikkeling en contractering 2024 ziet er als volgt uit:

Publicatie zorginkoopbeleid 2024	1 april 2023
Mogelijkheid tot stellen van vragen	Tot 1 juli 2023
Eventueel publicatie aanvullingen zorginkoopbeleid 2024	Medio juli 2023
Aanmelden nieuwe zorgaanbieders	Tot 1 juli 2023
Openstelling inschrijving voor nieuwe zorgaanbieders	Medio juli 2023
Sluiting mogelijkheid inschrijving voor nieuwe zorgaanbieders	1 september 2023
Openstelling contracteerproces VECOZO voor bestaande contractanten	Vanaf begin september 2023
Verzenden overeenkomst 2024 aan ingeschreven nieuwe en bestaande contractanten door Menzis	1 oktober 2023
Uiterste datum overeenkomst ondertekend retour ontvangen door Menzis	1 november 2023
Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	12 november 2023

Aanvullende zorginkoop

Onder aanvullende zorg inkopen verstaan we het inkopen van extra zorg door het verhogen van het budget bij bestaande contractanten. Indien we gedurende 2024 aanvullende zorg willen inkopen, is het beleid en de procedure als volgt: als een contracteerde zorgaanbieder gedurende het contractjaar voorziet dat het budget onvoldoende is, kan hij een verzoek bij ons indienen voor aanvullend budget. U doet dit als u 70% van uw budget heeft bereikt. U kunt een aanvullend budget aanvragen via [onze website](#) door het invullen van het daartoe bestemde formulier. Wij toetsen de aanvraag aan doelmatigheid, budgetruimte bij andere zorgaanbieders, inzet van arbeidsbesparende e-health, hulpmiddelen etc. en berichten u binnen een maand over ons besluit of we u aanvullend budget verstrekken. Als we meer tijd nodig hebben om uw aanvraag te beoordelen, krijgt u hierover schriftelijk bericht.

De verwachting is dat we gedurende de looptijd van het zorginkoopbeleid geen aanvullende zorginkoop hoeven te doen bij zorgaanbieders die nog geen overeenkomst met ons hebben gesloten. Als dit wel het geval blijkt te zijn, zullen we dit kenbaar maken op dezelfde wijze als zorginkoopbeleid. We zullen dan ook kenbaar maken welke termijnen van toepassing zijn, hoe u het verzoek tot aanvullende afspraken kunt indienen en welke minimumeisen van toepassing zijn.

Bereikbaarheid

Wij streven ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders te ontsluiten via onze website. Hier vindt u actuele informatie en antwoorden op veel gestelde vragen over het inkopen van zorg, declareren en machtigingen.

Heeft u de informatie online niet gevonden?

- Neem dan contact met ons op via het [online contactformulier](#);
- Of kijk op [onze website](#) wanneer wij telefonisch bereikbaar zijn.

Uiteraard kunt u uw vragen ook stellen aan uw contactpersoon bij Menzis.

Inspraak verzekerden en zorgaanbieders

Op 1 januari 2021 is de Wet verzekerdenvloed Zvw in werking getreden. Wij hebben met onze Ledenraad het Inspraakreglement Verzekerden opgesteld. Hierin is vastgelegd op welke wijze, over welke onderwerpen en via welke kanalen wij onze verzekerden inspraak bieden. In dat kader bespreken we met de Ledenraad relevante thema's rond zorginkoopbeleid. Voor het zorginkoopbeleid 2024 hebben we onder andere met elkaar gesproken over duurzaamheid en toegankelijkheid van zorg. Het uitgebreide verslag hiervan kunt u vinden op onze [website](#).



Bijlagen

Bijlage 1. Minimumeisen

Minimumeisen zijn eisen waaraan de zorgaanbieder op het moment van het indienen van de vragenlijst (tenzij anders aangegeven), moet voldoen én gedurende de duur van de overeenkomst aan moet (blijven) voldoen.

1. De zorgaanbieder verleent een integraal zorgaanbod verpleging en verzorging wat onder de zorgaanspraak Verpleging en Verzorging valt, en richt zich derhalve niet op één/enkele onderdeel/onderdelen van Verpleging en Verzorging, zoals bijvoorbeeld casemanagement of wijkgericht werken;
2. De zorgaanbieder garandeert zorgverlening gedurende 24/7;
3. De zorgaanbieder heeft in de periode van 1 juli 2022 tot 1 juli 2023 tenminste één verzekerde van Menzis/Anderzorg in zorg gehad;
4. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland per uiterlijk 1 januari 2024;
5. De zorgaanbieder is ingeschreven in het BIG-register als verpleegkundige (alleen voor ZZP'er);
6. De zorgaanbieder heeft het KIWA-keurmerk of HKZ_NEN Keurmerk ZZP'er in Zorg & Welzijn (alleen voor ZZP'er);
7. De zorgaanbieder heeft zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders gemeld en heeft – indien de Wtza dat vereist- een vergunning voor het verlenen van de zorg en voldoet aantoonbaar aan de vereisten van de Wtza;
8. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de actueelste Governancecode ingevoerd (bij rechtspersonen) of kan aantonen hoe de zorgaanbieder de governance heeft ingericht (natuurlijke personen, VOF of eenmanszaak);
9. De zorgaanbieder beschikt over een meervoudig toezicht, die is vastgelegd in de statuten én het handelsregister (bij rechtspersonen);
10. De zorgaanbieder beschikt over een beoordelings- of controleverklaring met een goedkeurende strekking van een accountant over het verantwoordingsjaar 2022;
11. De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is alsmede gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders geïntegreerd en wordt gewerkt aan uitkomstindicatoren volgens het Kwaliteitskader Wijkverpleging. De zorgaanbieder verantwoordt zich hierover in het jaardocument vóór 1 juni van het jaar volgend op het verslagjaar;
12. De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling openbare jaarverantwoording Wmg;

13. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van het bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2024 afgesloten;
14. De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de Nza;
15. De zorgaanbieder, zijn UBO en pseudo-UBO komen niet voor op enige nationale of internationale sanctielijst, waaronder in ieder geval de Nederlandse sanctielijst en de door de Europese Unie en de Verenigde Naties gehanteerde sanctielijsten worden begrepen;
16. De (pseudo)UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd;
17. De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen;
18. Er is niet bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies;
19. De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, diens werkzaamheden zijn niet gestaakt, jegens hem geldt geen surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord. De zorgaanbieder verkeert niet in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving;
20. De zorgaanbieder heeft niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering niet meegewerkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;
21. De zorgaanbieder heeft niet blijkgegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar waardoor dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties;
22. De zorgaanbieder heeft alle vorderingen die Menzis op hem heeft voldaan binnen de daarvoor gestelde betaaltermijnen;
23. De zorgaanbieder heeft voldoende (BIG-geregistreeerde) en bekwame mbo- en hbo-verpleegkundigen (minimaal niveau 3) met een specifieke deskundigheid in dienst of huurt deze in via onderlinge dienstverlening, om te allen tijde de zorg te kunnen verlenen die nodig is om aan de zorgbehoefte van de cliënt te kunnen voldoen, ook als deze zorg op onplanbare momenten nodig heeft (24/7);
24. De zorgaanbieder heeft minimaal één fte hbo-verpleegkundige niveau 5 op gemiddeld 55 cliënten in vaste dienst. Minimaal één van deze hbo-verpleegkundigen is geregistreerd in het

AGB-register met een eigen AGB-code en gekoppeld aan de instellings-AGB (bij instellingen) of is de eigen AGB-code (ZZP'er);

25. De zorgaanbieder heeft voor zijn verpleegkundigen en verzorgenden contractafspraken (telefoonnummers, overlegmomenten, sociale kaart) beschikbaar met zorgpartners (ziekenhuis, huisarts, apotheek), gemeenten (het sociaal domein) en zorgaanbieders in de Wlz (Wet langdurige zorg) in de regio waar de zorgaanbieder actief is ten behoeve van contact in de keten;
26. De zorgaanbieder heeft in de regio waarin hij actief is afspraken gemaakt met apothekers en huisartsen conform het rapport 'Veilige principes in de medicatieketen' (opgesteld door Task Force medicatieveiligheid care) én heeft daarnaast deze principes aantoonbaar geïmplementeerd in de eigen organisatie;
27. De zorgaanbieder geeft op zijn website aan op welke wijze de zorgaanbieder samenwerkt met mantelzorgers en de mantelzorg ondersteunt bij de zorg aan de cliënt.

Bijlage 2. Uitvoeringseisen

Aan deze eisen moet de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de overeenkomst voldoen, tenzij in de tekst is aangegeven dat hier al eerder aan voldaan moet worden. Onderstaande uitvoeringseisen worden opgenomen in de overeenkomst. Naast onderstaande uitvoeringseisen zal de overeenkomst uiteraard ook andere bepalingen bevatten zoals onder andere bepalingen over zorgverlening en declaratie- en betalingsverkeer.

1. De zorgaanbieder laat de zorg leveren door verpleegkundigen en verzorgenden (minimaal opleidingsniveau 3), tenzij hierover andere afspraken zijn gemaakt (bijlage 3);
2. De zorgaanbieder doet onderzoek naar cliëntervaringen, zoals is afgesproken in het kwaliteitskader Wijkverpleging, bij het aantal cliënten conform de handreiking PREM die bij u in zorg zijn. De uitkomsten worden gebruikt voor interne verbetering van de organisatie en de zorg. De resultaten zijn openbaar beschikbaar voor de cliënt en Menzis op de eigen website;
3. Er wordt voor vaststelling van de inhoud en de omvang van de zorg aan cliënten gebruikgemaakt van het normenkader voor indicatie en organisatie, zoals is opgesteld door de V&VN door een (wijk) verpleegkundige met minimaal hbo-niveau;
4. Advance Care Planning wordt standaard aangeboden aan iedere cliënt en is daarmee onderdeel van het cyclisch zorgproces;
5. De zorgaanbieder maakt gebruik van een vast team van zorgverleners bij elke cliënt. De grootte van het team is daarbij minder belangrijk, mits het aantal zorgverleners duidelijk is afgesproken met de cliënt. Er is een vast aanspreekpunt beschikbaar voor elke cliënt en dit is vastgelegd in het zorgplan;
6. De zorgaanbieder hanteert bij iedere klant een digitaal zorgdossier, waarin de gegevens - die systematisch en methodisch volgens het verpleegkundige proces zijn verzameld - worden vastgelegd. In het dossier is het verpleegkundig proces herkenbaar terug te vinden. De verpleegkundige anamnese en vastlegging van de uitkomstindicatoren conform het kwaliteitskader Wijkverpleging (belastbaarheid mantelzorger) zijn een duidelijk onderdeel van het dossier;
7. De zorgaanbieder levert digitale zorg aan cliënten wanneer fysieke zorg vervangen kan worden door een eHealth toepassing;
8. De zorgaanbieder heeft zijn zorg verlenend personeel (verpleegkundigen (hbo/mbo) en verzorgenden (minimaal niveau 3) vast in dienst ingeschreven in het kwaliteitsregister V&V. Uiterlijk 1 november 2023 staat minimaal 50% van het zorg verlenend personeel (verpleegkundige (hbo/mbo) en/of verzorgenden (minimaal niveau 3) - vast in dienst - ingeschreven in het kwaliteitsregister V&V. De zorgaanbieder levert uiterlijk 1 december 2023 de recentste jaarrapportage van het kwaliteitsregister V&V aan Menzis, waaruit blijkt dat deze norm gerealiseerd is.

Indien u geen gebruikmaakt van het kwaliteitsregister V&V, maar een eigen registratiesysteem hanteert, stuurt u uiterlijk 1 december 2023 een rapportage naar de Menzis, waaruit blijkt dat minimaal 75% van het zorg verlenend personeel (verpleegkundige (hbo/mbo) en/of verzorgenden (minimaal niveau 3) - vast in dienst - jaarlijks minimaal 35 uur werkt aan zijn professionele ontwikkeling via scholing, intervisie, bijhouden van vakliteratuur of kennisoverdracht;

9. De zorgaanbieder hanteert een actief beleid (en kan dit als Menzis daarom verzoekt, overleggen door middel van een aanwezig scholingsplan) voor het opleiden van verpleegkundig en verzorgend personeel. Onder meer door het screenen van het personeelsbestand op geschikte kandidaten, het opleiden van eigen personeel en het beschikbaar stellen van stageplaatsen en werkbegeleiding;
10. De zorgaanbieder heeft zich gecommitteerd aan de samenwerkingsafspraken in de regio op basis van het regioplan en de daaruit voortvloeiende afspraken. Samenwerking is in ieder geval rondom cliënt opgezet met huisarts en sociaal domein en waar nodig met de Specialist Ouderengeneeskundige en het ziekenhuis;
11. De zorgaanbieder committeert zich aan de afspraken die in de regio gemaakt zijn rondom onplanbare nachtzorg en is daarmee medeverantwoordelijk voor een doelmatige inzet van zorg in de nachtelijke uren;
12. De zorgaanbieder conformeert zich aan de richtlijnen en standaarden, zoals genoemd in de zorgstandaard Dementie en levert of organiseert passende casemanagement Dementie. Dit wordt afgestemd met huisarts/POH-O en het sociaal domein. De zorgaanbieder sluit zich aan bij het lokale ketennetwerk;
13. De zorgaanbieder maakt het mogelijk dat zijn wijkverpleegkundigen in staat zijn de samenwerking in de wijk en de regio in te vullen. Er wordt ruimte gegeven voor scholing en intervisie. Er is ruimte om contact te zoeken met andere hulpverleners in de wijk en de zorgaanbieder neemt de verantwoordelijkheid om werkafspraken te maken met onder andere gemeenten;
14. De zorgaanbieder die palliatieve zorg levert doet dit generalistisch waar het kan en specialistisch waar het moet met bevoegde en bekwame verpleegkundigen.
 - a. De vaststelling van de palliatief terminale fase gebeurt altijd en aantoonbaar in overleg met de (huis)arts. U maakt in het zorgplan naast de fysieke, psychische en sociale aspecten tevens zichtbaar dat de klant de gewenste geestelijke/spirituele zorg wordt aangeboden en dat waar nodig de naasten van de klant begeleiding en nazorg geboden wordt;
 - b. Daarbij participeert u actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en werkt conform de afspraken die binnen het Netwerk zijn gemaakt;
 - c. De zorgaanbieder werkt met Advance Care Planning. U werkt volgens het kwaliteitskader Palliatieve zorg;

- d. De zorgaanbieder maakt actief gebruik van mantelzorg en vrijwilligers (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg) bij de inzet van 24 uren toezicht;

15. Aanvullende eisen Medische Kindzorg:

- a. Kinderverpleegkundige zorg wordt altijd uitgevoerd door een kinderverpleegkundige. Onder kinderverpleegkundige wordt verstaan: een verpleegkundig niveau 4 of 5/6 met kinderaantekening of een verpleegkundige die in 2022 ingeschreven staat voor de opleiding tot kinderverpleegkundige en reeds ruime ervaring heeft met het verplegen van zieke kinderen. Aanbieders dienen hier aantoonbaar aan te voldoen bij het aan gaan van het contract;
- b. Het indiceren en organiseren van zorg buiten het ziekenhuis wordt altijd gedaan door een kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist;
- c. Tijdens het indicatieproces en gedurende de zorgperiode, dient de zorgaanbieder structurele aandacht te hebben voor signalen van kindermishandeling en indien nodig hierop te anticiperen. Tevens moet er worden afgewogen of de omgeving, waarin het kind zorg ontvangt, voldoende veilig is;
- d. Er wordt gebruik gemaakt van het Medisch Kindzorg Systeem waarbij de Hulpbehoeftescan kind en ouders de mogelijkheid biedt (zelfstandig) hun behoeften in kaart te brengen in alle vier de kinderleefdomeinen;

16. Aanvullende eisen specialistische verpleging via het Medisch Technisch team:

- a. De zorgaanbieder is op moment van aangaan van het contract georganiseerd in, en werkt vanuit, een technologisch thuiszorgteam (TT-team), van BIG-geregistreerde verpleegkundigen, dat 24/7 inzetbaar is. Hij heeft een adequate achterwachtregeling en een goede bereikbaarheid bij calamiteiten en maakt dit aantoonbaar door aanlevering van een overzicht BIG-registratienummers en het aantal fte van het TT-team;
- b. De verpleegkundigen die de zorg uitvoeren zijn allen opgenomen in het kwaliteitsregister V&V;
- c. De zorgaanbieder heeft, bij voorkeur in een raamovereenkomst, de werkafspraken met de ziekenhuizen vastgelegd. Deze afspraken omvatten tenminste afspraken over de inhoud en de borging van de zorg en over de informatievoorziening tussen de medisch specialist en de zorgaanbieder. De afspraken dragen bij aan de kwaliteit van de gespecialiseerde verpleging;
- d. De zorgaanbieder zoekt afstemming met de huisarts en, indien aanwezig, de reguliere wijkverpleegkundige van de klant om zorg af te stemmen en eventueel overlap van zorg of meerdere zorgverleners bij de klant te voorkomen en zelfredzaamheid van de klant te bevorderen;



- e. De zorgaanbieder houdt zich bij ziekenhuisverplaatste zorg aan het door Menzis gepubliceerde toetsingskader.

Bijlage 3. Inzet Helpende Zorg en Welzijn

Door de vergrijzing en de wens om langer thuis te wonen, ook met zorg, neemt de behoefte aan wijkverpleging de komende jaren alleen maar toe. Om nu en in de toekomst over voldoende deskundig personeel te beschikken, is het van belang dat er ook in het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars toenemende aandacht besteed wordt aan de personeelsproblematiek.

Menzis krijgt verzoeken voor het inzetten van een lager deskundigheidsniveau (helpende Zorg en Welzijn) in de wijkverpleging en daarvoor haar inkoopvoorwaarden te wijzigen. Wij blijven echter bij het standpunt dat Verpleging en Verzorging in de Zvw, zoals wijkverpleegkundigen die plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg, niet het domein is van de helpende.

Uit de Nota van Toelichting bij het besluit van 15 oktober 2014 (stb. 2014, 417), blijkt het volgende: *“In het nieuwe artikel 2.10 van het Bzv is de verpleging en verzorging omschreven als zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Net als bij de andere bepalingen in het Bzv is met de formulering «plegen te bieden» met daaraan gekoppeld de aanduiding van een beroepsgroep, de inhoud en omvang van de zorg nader bepaald. De term «plegen te bieden» wordt ingevuld met de toepassing van artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv. Het vermelden van de beroepsgroep «verpleegkundigen» kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Deze omschrijving introduceert niet de verpleegkundige als enige functionaris die verpleging of verzorging mag verlenen. De term «plegen te bieden» regelt dus niet dat zij uitsluitend de beroepsbeoefenaren zijn die de zorg voor rekening van de zorgverzekering kunnen verlenen. Het concretiseert slechts het domein van de zorg waarop de prestatie betrekking heeft. Verzorgende handelingen maken integraal onderdeel uit van de verpleegkundige zorg en kunnen ook door andere beroepsbeoefenaren geleverd worden, zoals de verzorgende. Het deskundigheidsgebied van zowel de verzorgende individuele gezondheidszorg als dat van de verpleegkundige is in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg omschreven.*

Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen «wie» de zorg voor rekening van de zorgverzekering mag leveren. Hij specificceert dat in zijn polis. Het is aan de verzekerde om te kiezen met welke zorgverzekeraar hij een zorgverzekering afsluit en voor welke polis hij kiest.”

Gelet hierop is het dus aan de verzekeraar om te bepalen wie de zorg voor rekening van de zorgverzekering mag leveren. Menzis heeft meteen bij de transitie van de AWBZ naar de Zvw de visie gehad dat voor het leveren van Verpleging en Verzorging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg (medische diagnose), een minimale bevoegdheid en bekwaamheid nodig is om de kwaliteit van deze zorg aan onze klanten te waarborgen. Menzis sluit hierbij aan bij hetgeen in de Nota van Toelichting is verwoord namelijk dat de zorg geleverd moet worden door medewerkers die bevoegd zijn conform de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG). Dit zijn verpleegkundigen (cf. Art. 3 Wet BIG) en verzorgenden (art. 34 Wet BIG). Hier geldt dat het gaat om verzorgenden met een IG-aantekening. Menzis heeft dit in haar polisvoorwaarden verruimd voor alle verzorgenden niveau 3. De reden hiervoor is dat wijkverpleging, die nodig is vanwege een medische diagnose, een bredere kennis en kunde vereist. Omdat de zorg thuis steeds complexer lijkt te worden, ligt de inzet van het niveau van helpende Zorg en Welzijn niet meteen voor de hand. Echter, om tegemoet te komen aan de oproep van de branchepartijen in de wijkverpleging willen wij onder voorwaarden het gesprek aangaan over de inzet van helpende Zorg en Welzijn. We wijzigingen daarvoor niets in de polisvoorwaarden of inkoopvoorwaarden. Onze inkoopvoorwaarden (minimumeis 3) geven de mogelijkheid om in overleg met uw zorginkoper helpende plus in te zetten indien er voldoende bevoegde en bekwame hbo- en mbo-verpleegkundigen en verzorgenden (minimaal niveau 3) aanwezig zijn. Voorwaarde om als zorgaanbieder het gesprek hierover aan te kunnen gaan met de zorginkoper is dat u voldoet aan de minimum- en uitvoeringseisen cf. het zorginkoopbeleid Wijkverpleging (oftewel de aanbieder heeft een contract met Menzis).

Aanvullend levert de aanbieder een analyse aan waarin is opgenomen:

- De huidige problematiek waardoor inzet van helpende Zorg en Welzijn nodig is.
- Daarbij is duidelijk gemaakt dat en hoe er al gebruik is gemaakt van andere mogelijkheden om de problematiek te benaderen, zoals onder andere de implementatie van technologie en hulpmiddelen, samenwerking in de wijk met andere partijen;
- De cliëntopbouw in de organisatie.
- Onder andere overzicht van doelgroepen, complexiteit, uren en kosten per klant (doelmatigheid) en zorgduur per klant;
- De teamsamenstelling waarin opgenomen het aantal en fte hbo- en mbo-verpleegkundigen en verzorgenden niveau 3;
- Beschrijving voor welke werkzaamheden en handelingen en in welke situaties de helpende Zorg en Welzijn wordt ingezet;

- Hoe de kwaliteit van de zorg, uitgevoerd door de helpende Zorg en Welzijn, aantoonbaar geborgd wordt (bevoegd- en bekwaamheid);
- Hoe de eindverantwoordelijkheid is geregeld met de hbo-wijkverpleegkundige in loondienst.

Eventuele afspraken over de inzet van een helpende Zorg en Welzijn worden op maat gemaakt en schriftelijk vastgelegd voor de individuele aanbieder in een addendum als bijlage bij de overeenkomst.