

# Wijkverpleging

Zorginkoopbeleid 2024

# Inhoudsopgave

<b>Wijkverpleging 2024</b>	<b>2</b>
Vorbehoud	2
<b>1 Visie van CZ groep op de wijkverpleging</b>	<b>3</b>
1.1 Trends en ontwikkelingen	3
<b>2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria</b>	<b>4</b>
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2024	4
2.2 Inhoudelijk beleid	5
2.3 Innovatie en samenwerking	11
2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	13
<b>3 Proces contractering 2024</b>	<b>14</b>
3.1 Bestaande zorgaanbieders	14
3.2 Nieuwe zorgaanbieders	14
3.3 Zorgcoöperaties	15
3.4 Tijdpad	15
3.5 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	16
3.6 Bereikbaarheid	16
3.7 Controle van declaraties	16
<b>Bijlagen</b>	<b>17</b>
Bijlage 1: Minimale en aanvullende eisen	17

# Wijkverpleging 2024

## Voorwoord

Wijkverpleging heeft een belangrijke rol in het zorgsysteem. Het is de enige zorgvorm die (standaard) is georganiseerd achter de voordeur van cliënten. Vaak is er een vertrouwensband tussen cliënten en zorgverleners. Dit stelt de wijkverpleegkundige als geen ander in staat om bepaalde zaken te signaleren of juist bespreekbaar te maken.

Om wijkverpleging maximaal effectief in te zetten en bovendien te behouden voor de toekomst – wanneer de vergrijzing een nog grotere druk op ons zorgstelsel legt dan nu – zullen we deze zorgverlening ook anders moeten gaan inrichten, met meer regionale samenwerking, meer nadruk op preventie, digitalisering, zelfzorg en gegevensuitwisseling. Het Integraal Zorgakkoord (IZA), afgesloten in september 2022, benadrukt nogmaals deze doelen. Er zijn al veel mooie voorbeelden van hoe het anders kan. Met dit inkoopdocument schetsen wij de kaders en visie van CZ groep op de wijkverpleging. Op basis van regionale uitdagingen kunnen afwijkende afspraken worden gemaakt.

## Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving door OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep). Wijzigingen in wet- of regelgeving, gerechtelijke uitspraken en overige onvoorziene omstandigheden kunnen tot gevolg hebben dat het inkoopbeleid en/of de inkoopprocedure moet worden aangepast. Indien er een reden voor aanpassing is, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. De aanpassingen zullen dan zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden. Als er zich situaties voordoen waarin dit inkoopbeleid niet voorziet, dan heeft CZ groep de mogelijkheid om zelfstandig, aan de hand van de stand van zaken, te bepalen hoe daarmee om wordt gegaan.

# 1 Visie van CZ groep op de wijkverpleging

In onze sterk vergrijzende samenleving wordt ouderenzorg steeds belangrijker. Goede wijkverpleging, die onderdeel is van een regionaal netwerk, speelt daarbij een sleutelrol. Zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) benadrukt, staan we voor belangrijke uitdagingen om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. Er zijn steeds minder zorgverleners en meer mensen die zorg nodig hebben. En we kunnen onze euro's maar 1 keer uitgeven. Daarom is het belangrijk dat we problemen in de samenleving niet medicaliseren, maar dat er veel aandacht is voor preventie, hulpmiddelen en de inzet van passende zorg, die we alleen verlenen als dat zinvol is.

Thema's die hieraan bijdragen, zijn onder andere arbeidsbesparing in de wijkverpleging, valpreventie en zorg naar huis door digitalisering van medisch specialistische zorg. Wanneer iemand echt zorg nodig heeft, is het belangrijk dat hij zo snel mogelijk bij de juiste zorgverlener is (dit vereist regionale samenwerking), dat gegevens gemakkelijk digitaal worden gedeeld tussen verschillende zorgverleners en dat de zorg zo effectief en efficiënt mogelijk wordt aangeboden. De huidige tijd maakt dat dit in veel gevallen ook digitaal kan. Daarvan zijn legio goede voorbeelden, die we graag breder zouden terugzien.

Met ons inkoopbeleid willen we zorgen dat we het maximale effect van wijkverpleging bereiken voor onze verzekerden: voor wie nu zorg gebruikt, voor wie in de toekomst zorg nodig heeft of voor wie alleen premie betaalt. CZ groep heeft goede ervaringen met de regionale coördinatiefunctie. Deze blijkt bij uitstek geschikt om ervoor te zorgen dat mensen op de juiste plek worden geholpen en er regionale afstemming plaatsvindt. Bij haar inkoop zal CZ groep dan ook extra aandacht hebben voor die rol. Daarnaast zijn wij op basis van onze ervaringen van mening dat de wijkverpleging een grote rol heeft bij de signalering van een mogelijk onnodig grote zorgvraag en het voorkomen daarvan. Want wijkverpleging is de enige zorgvorm achter de voordeur van de cliënt. Tussen zorgverlener en cliënt is er een vertrouwensband ontstaan door het vaak intensieve contact. Daarom besteden wij net als voorgaande jaren veel aandacht aan de onderwerpen vroegsignalering en *advance care planning* (ACP).

## 1.1 Trends en ontwikkelingen

Naast regionale samenwerking en het opschalen van de regionale coördinatiefunctie, vroegsignalering en ACP, besteden we extra aandacht aan bepaalde thema's:

- **Digitale zorg, hulpmiddelen en sociale netwerk**

Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij zich inzetten om de zelfredzaamheid van cliënten te vergroten. Dit betekent dat zij enkel professionele zorg leveren als dit vanwege de zorgvraag noodzakelijk is en/of als de inzet van (digitale) hulpmiddelen niet mogelijk of niet afdoende is om professionele zorg te voorkomen. Dit is belangrijk om de toegankelijkheid van wijkverpleging te borgen, voor nu en de toekomst, zo benadrukt ook het IZA. Daarbij stimuleren we aanbieders om vooral te leren van elkaar. Want er zijn al legio oplossingen bedacht en implementatie gaat vaak sneller dan innovatie.

- **Onplanbare nachtzorg**

CZ groep verwacht van zorgaanbieders dat zij zo veel mogelijk doen om de zorgmomenten planbaar te maken. Desalniettemin kunnen we niet voorkomen dat er altijd een deel van de nachtzorg onplanbaar zal zijn. Op die momenten moet zorg beschikbaar zijn. CZ groep vindt het belangrijk dat zorgaanbieders – wijkverpleging, huisartsen en de SEH – regionaal samenwerken, om deze onplanbare zorg zo herkenbaar en efficiënt mogelijk te organiseren. Iedere zorgaanbieder is individueel verantwoordelijk voor de levering van de zorg conform de eigen zorgplicht.

- **Bekostigingsmodel**

Specifiek voor de wijkverpleging werken we aan een nieuw bekostigingsmodel, op basis van cliëntprofielen. In de inkoop houden wij er rekening mee wanneer dit leidt tot andere wet- en regelgeving. Aangezien dit voor alle partijen een grote wijziging betreft waarbij het huidige inzicht verdwijnt, vragen wij u of u in 2024 data op basis van de prestatiecodes voor de nieuwe bekostiging wilt registreren en deze met ons wilt delen, parallel aan de huidige prestatiecodes en declaraties. U kunt dit aangeven via de kwaliteitsuitvraag in mei via VECOZO.

Met dit inkoopdocument schetsen wij de kaders van hoe CZ groep aankijkt tegen de wijkverpleging in algemene zin. Als daartoe aanleiding is op basis van aangepaste wet- en regelgeving, zullen wij aanpassingen in dit document via onze website aan u kenbaar maken. Afwijkende afspraken kunnen worden gemaakt op basis van een transformatie die in een regio noodzakelijk is en een goedgekeurd regionaal transformatieplan.

## 2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

### 2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2024

Goede wijkverpleging begint bij goede en gemotiveerde zorgverleners. Als CZ groep proberen we organisaties ruimte te geven voor een passende salariëring door bijvoorbeeld de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA) te volgen. Ook kijken we steeds of we de administratieve processen kunnen versimpelen (en ontvangen we daarover graag suggesties). Het is en blijft de verantwoordelijkheid van werkgevers (samen met opleidingsinstituten) om goede werkomstandigheden te creëren en om zorgverleners op te leiden. Dit kan door

- voldoende flexibiliteit en ruimte in het werk aan te bieden;
- (bestuurlijke) medezeggenschap te organiseren;
- aandacht te hebben voor de administratieve lastendruk;
- aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden te bieden (goede opleidingsmogelijkheden, contracten die qua omvang passen bij de wens van de medewerkers en een goede beloning).

Vooraf met betrekking tot dat laatste vinden wij het belangrijk dat werkgevers regionaal samen optrekken.

#### 2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2024

- Om de benodigde zorgtransformatie te versnellen en faciliteren, neemt CZ groep vanaf 1 januari 2024 de prestatiecode 1062 Thuiszorgtechnologie standaard in haar overeenkomsten op voor het inzetten van de medicijn dispenser en beeldzorg. U mag hiervoor de werkelijke maandelijkse (abonnement)kosten voor deze toepassing declareren. Daarbij geldt een declaratiemaximum van de gemiddelde kosten per toepassing per cliënt per maand, die bij ons bekend zijn. Wij informeren u hierover in het productievoorstel 2024. Voor overige aanvragen voor digitale zorg blijft gelden dat u hiervoor een aanvraagformulier via onze website kunt indienen. Die aanvraag zullen wij vervolgens beoordelen.
- Vanaf 1 januari 2024 contracteren en bekostigen wij de infrastructuur onplanbare nachtzorg (beschikbaarheid en bereikbaarheid) apart via de NZa-prestatie 'Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg'. Dit gebeurt kostenneutraal; de integrale tarieven worden hiervoor geschoond. In de regio's waar wij de preferente zorgverzekeraar zijn, maken wij afspraken over de onplanbare nachtzorg conform de 'Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' <sup>[1]</sup>. In de overige regio's volgen wij op basis van ons marktaandeel de afspraken gemaakt met de preferente zorgverzekeraar, mits de zorgaanbieder ons hiervoor tijdig een projectplan met begroting stuurt die door de preferente zorgverzekeraar is goedgekeurd.

#### 2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- Zoals in 2021 is aangekondigd, moet elke zorgaanbieder (bestaande én nieuwe zorgaanbieders) vanaf 2024 tenminste 50 procent van de zorg zelf leveren. Voor de overige zorg mogen onderaannemers worden ingezet.
- De Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN) benadrukt het belang om eenduidige gegevens te noteren in overeenstemming met de informatiestandaard eOverdracht <sup>[2]</sup>, ongeacht welke classificatie of ordeningsprincipe wordt gehanteerd. Om deze reden hebben wij dit opgenomen in de minimale eisen voor elke zorgaanbieder.
- Wij hebben de aanvullende eisen voor bestaande zorgcoöperaties nader gedefinieerd. Indien een zorgcoöperatie (bestaande uit zzp'ers en/of zorgaanbieders) aantoonbaar voldoet aan aanvullende eisen op het gebied van kwaliteit en kosten, is er voor CZ groep een gegronde reden om voor deze partijen een uitzondering te maken op het beleid met betrekking tot onderaannemers en zullen wij hen een contract wijkverpleging 2024 aanbieden.

## 2.2 Inhoudelijk beleid

Dit document vormt de basis om in aanmerking te komen voor een reguliere overeenkomst wijkverpleging 2024. De concrete eisen aan de zorginkoop vindt u in de bijlagen.

In onze kernwerkgebieden pakken we als zorgverzekeraar een actieve rol bij het realiseren van onze beleidsspeerpunten. Daar nemen we de regie, waarbij we met zorgaanbieders samenwerken om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de (acute) zorg te optimaliseren. In deze gebieden maken wij afspraken over onplanbare nachtzorg en wijkgericht werken. Ook investeren we in deze regio's in pilots, experimenten en de implementatie van onze visie op ouderenzorg.



Wijkverpleging is in essentie generalistische zorg. We richten ons bij de zorginkoop dus op de integraliteit van de wijkverpleging door te contracteren vanuit een generalistenmodel. Daarbij willen we ervoor zorgen dat de wijkverpleegkundige<sup>[1]</sup>, samen met de huisarts, de zorg zo veel mogelijk zelf kan oppakken. Ruim 90 procent van de zorg die de wijkverpleging levert, past binnen deze generalistische aanpak en is onderdeel van de reguliere zorgverlening. De minimale eisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst voor wijkverpleging vindt u in bijlage 1.

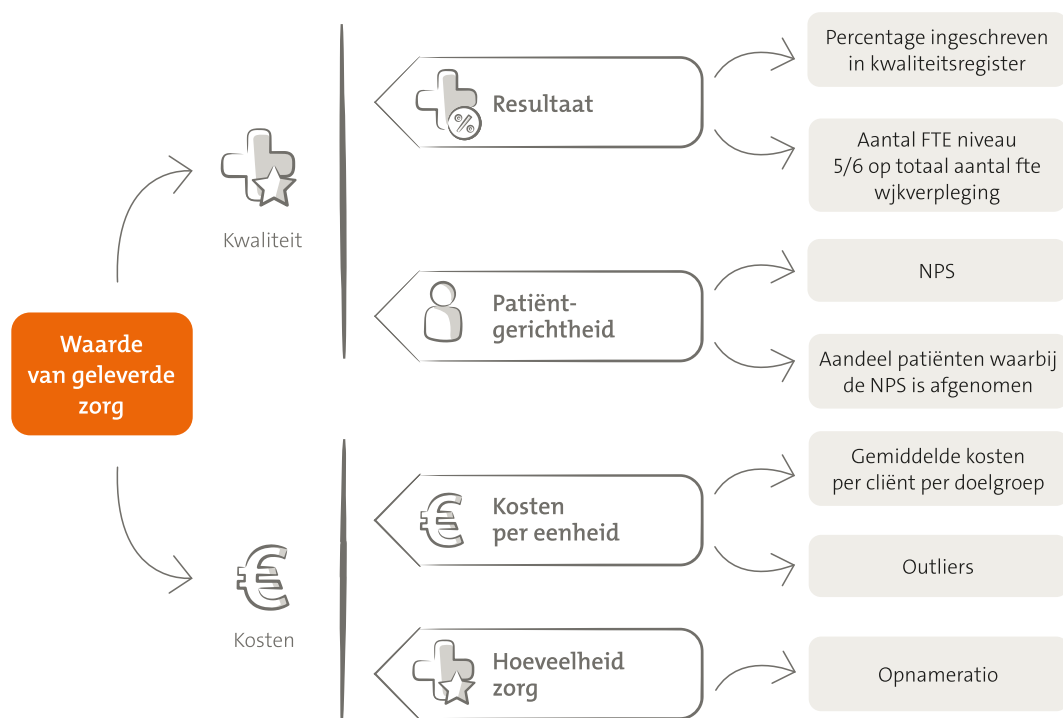


Wijkverpleging bestaat daarnaast ook uit specialistische zorg. Daarbij maken we onderscheid tussen zorg voor specifieke functies en doelgroepen én zorg die om infrastructurele redenen geconcentreerd wordt aangeboden in een regio of wijk. Hiervoor is naast specifieke kennis en coördinatie een zekere schaal nodig. We kopen de volgende functies in bij een beperkt aantal zorgaanbieders met een regionale functie: palliatief verpleegkundige, casemanager dementie, regiefunctie complexe wondzorg, (medische) kindzorg en gespecialiseerde verpleging. De aanvullende eisen die hiervoor gelden, vindt u ook in bijlage 1.

### 2.2.1 Kwaliteit van zorg – waardemodel

CZ groep vindt naast kosten en kwaliteit ook toegankelijkheid binnen de wijkverpleging belangrijk. Op dit moment zijn er alleen nog indicatoren beschikbaar op kosten en kwaliteit en laten we het waardemodel nog intact op basis van de pijlers van voorgaande jaren. Toegankelijkheid nemen we mee in de regionale benadering en in de nog komende beoordeling van de IZA-plannen.

CZ groep wil zorg inkopen bij zorgaanbieders die inzetten op hoge kwaliteit én kostenbeheersing. Daarom voeren we jaarlijks een benchmark uit op regio- en zorgaanbiedersniveau, die we vertalen naar een waardemodel. Per regio brengen we de verschillen in kaart, zoals het aantal CZ-verzekerden dat zorg ontvangt en hun zorgverbruik. De benchmark op zorgaanbiedersniveau geeft inzicht in de kwaliteit en de gemiddelde kosten per cliënt. Ook brengt deze benchmark onverklaarbare praktijkvariatie en de verschillen in het aandeel verzekerden per regio in beeld. Dit model passen we alleen toe bij zorgaanbieders die een productieafspraken krijgen van meer dan € 100.000. Zorgaanbieders met een lagere productieafspraken voor 2023 beoordelen we niet, omdat zij te weinig cliënten in zorg hebben om daar significante conclusies uit te kunnen trekken. Met hen maken we alleen een prijsafspraken.



Hieronder beschrijven we uit welke onderdelen ons waardemodel bestaat.

### Onderdeel kosten

#### Gemiddelde kosten per cliënt per doelgroep

Op het gebied van kosteneffectiviteit scoren wij zorgaanbieders ten opzichte van het landelijk CZ-gemiddelde van de zorgaanbieders die wij voor wijkverpleging hebben gecontracteerd. Hierbij baseren we ons voor 2024 op de doelgroepinformatie die sinds 2017 wordt meegeleverd in de declaraties. Verzekerden onder de 18 jaar nemen we niet mee in de weging van het waardemodel.

#### Uitschieters

Wij kijken per doelgroep (exclusief preventie) naar extreme afwijkingen in kosten ten opzichte van het landelijk CZ-gemiddelde. Ook kijken we welk percentage deze uitschieters (outliers) vormen van het totaal aantal cliënten. De uitkomsten hiervan worden meegewogen in de beoordeling.

#### Opnameratio

Wij kijken naar het relatieve aantal cliënten dat in 2022 in zorg is ten opzichte van de niet-zorggebruikers in die regio. Dat doen we omdat dit van invloed is op de totale kosten van de wijkverpleging. Wij voegen deze factor toe, omdat die laat zien hoe alle samenwerkende partijen in de keten op elkaar aansluiten.. De casemix van de populatie heeft invloed op het aantal cliënten dat in zorg kan worden genomen. Het onderdeel 'het verwachte aantal cliënten per zorgkantoorregio' is gecorrigeerd voor de factoren: leeftijd, geslacht en sociaal-economische status (SES). Vervolgens is vastgesteld of het verwachte aantal cliënten in zorg hoger of lager ligt dan het daadwerkelijke aantal cliënten in zorg.



## Onderdeel kwaliteit

### Resultaat

Omdat directe uitkomsten in de wijkverpleging (nog) niet of nauwelijks worden gemeten, vragen we op dit punt naar zaken die de uitkomsten naar onze mening positief beïnvloeden:

- *Het percentage verpleegkundigen en verzorgenden (werknemer of ingehuurd) dat staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen & Verzorgenden*  
De kwaliteit van zorg is namelijk beter geborgd bij een verpleegkundige of verzorgende die beschikt over actuele deskundigheid en bekwaamheid. Door haar inschrijving en herregistratie in het Kwaliteitsregister V&VN geeft een verpleegkundige of verzorgende aan dat zij zich committeert aan de beroepsnorm 'deskundigheidsbevordering'. Daarnaast biedt het individueel portfolio van het kwaliteitsregister de mogelijkheid voor verpleegkundigen en verzorgenden om in gesprek te gaan met de werkgever over hun bekwaamheid rondom (voorbehouden of risicovolle) handelingen.
- *Het aantal fte verpleegkundigen van niveau 5 (of hoger) op de totale cliëntenpopulatie van de aanbieder van wijkverpleging*  
Hbo-opgeleide verpleegkundigen van niveau 5 hebben een centrale rol in het leveren van goede wijkverpleegkundige zorg. Een gewogen disciplinemix met voldoende verpleegkundigen van niveau 5 waarborgt een goede zorgvraaganalyse, ondersteuning naar zelfredzaamheid en een samenwerking met andere disciplines en domeinen.

### Clïëntgerichtheid

Voor de cliëntgerichtheid baseren wij ons op een onderdeel van de *Patiënt Reported Experience Measure* (PREM): de aantallen uit de *Net Promotor Score* (NPS). Om de NPS te berekenen, gaan we uit van (een variant op) de vraag: 'Hoe waarschijnlijk is het dat u organisatie X zou aanbevelen aan een vriend of kennis?' De NPS dient uit een relevant cliënttevredenheidsonderzoek te komen dat representatief is voor de hele (relevante) populatie. Wij vragen om de NPS, maar ook om de aantallen die ten grondslag liggen aan de berekening daarvan. Die cijfers vergelijken we (conform de Amerikaanse NPS) met het gemiddelde van alle zorgaanbieders. Aan de hand van de NPS kennen we punten toe voor de uiteindelijke score.

CZ groep vindt het belangrijk dat de meting plaatsvindt over een significant aantal cliënten ten opzichte van het totale aantal cliënten in zorg. Daarom is het aandeel cliënten bij wie de NPS is afgenomen, een indicator in ons waardemodel.

### Aanlevering

Alle zorgaanbieders krijgen tussen 2 en 31 mei 2023 de gelegenheid om hun kwaliteitsinformatie digitaal aan te leveren via de uitvraagmodule van VECOZO. Voor het gebruik hiervan is een certificaat vereist (zie <https://www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/>). Alle informatie die na 31 mei binnenkomt, kunnen we niet meer meenemen in onze beoordeling. U kunt na 31 mei ook niet meer eerder aangeleverde data wijzigen. Het is dus van belang dat u de informatie tijdig en juist aanlevert.

### Totale score

Net als in voorgaande jaren worden zorgaanbieders op basis van hun score ingedeeld in categorie A, B of C. Daarbij is A de categorie die het beste scoort in ons waardemodel en C de categorie die het minst goed presteert. De uitkomst van het waardemodel kan van invloed zijn op de manier waarop het omzetplafond tot stand komt. We werken dit model verder uit en informeren zorgaanbieders hierover bij de definitieve productievoorstellen voor 2024.

## 2.2.2 Kwaliteit van zorg – spiegelinformatie zorgaanbieders met maandbekostiging

Zorgaanbieders met wie we een experiment voor maandbekostiging zijn gestart, kunnen we niet op de reguliere manier vergelijken met andere aanbieders in ons waardemodel. Maar ook bij hen willen wij graag inzetten op hoge kwaliteit én kostenbeheersing. Daarom voeren we ook voor deze groep jaarlijks een benchmark uit op regio- en zorgaanbiedersniveau, die we vertalen naar een spiegelrapportage. Deze benchmark op zorgaanbiedersniveau geeft inzicht in de kwaliteit en de gemiddelde kosten per cliënt. Ook brengt deze benchmark onverklaarbare praktijkvariatie en de verschillen in het aandeel verzekerden per regio in beeld. Om tot deze spiegelrapportage te komen, verwachten wij van deze aanbieders dat zij 2 keer per jaar (vóór 1 april en vóór 1 oktober) de daarvoor bedoelde monitor aanleveren via [inkoopvvt.zvw@cz.nl](mailto:inkoopvvt.zvw@cz.nl). Ook dienen zij tussen 2 en 31 mei 2023 de kwaliteitsinformatie digitaal aan te leveren via de uitvraagmodule van VECOZO.

## 2.2.3 Toegankelijkheid van zorg

Men is het erover eens dat het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen kan bijdragen aan hun kwaliteit van leven én de druk op de zorg kan verlagen. CZ groep steunt deze denkklijn van harte en benadrukt die ook in haar inkoopbeleid. Ook wij denken dat dit bijdraagt aan patiëntgerichte zorgverlening. Wel vinden wij het belangrijk dat de zorgverlening thuis verantwoord is. Verantwoord in kwaliteit (thuis is veilig en goed), verantwoord in kosten (thuis is niet véél duurder) én verantwoord in toegankelijkheid (individuele zorgverlening kost niet veel meer zorgverleners). Dat stelt onder meer eisen aan welke zorg naar huis wordt verplaatst. En zo is het ook belangrijk dat partijen afspraken maken voor situaties waarin zorg – die naar huis is verplaatst – toch beter niet (meer) thuis kan worden verleend. We hebben in 2021 een toetsingskader ontwikkeld waarmee we projectaanvragen beoordelen van zorgaanbieders die zorg van de tweede naar de eerste lijn willen verplaatsen. Dit kader hebben we gepubliceerd op onze [website](#).

Toegankelijke zorg heeft niet alleen betrekking op één zorgaanbieder en de manier waarop die zijn zorg verleent, maar is vaak ook een samenspel van regionale factoren. Is bijvoorbeeld de doorstroming op orde? Worden er wel genoeg nieuwe zorgverleners opgeleid en stages aangeboden? In het Integraal Zorgakkoord wordt gekeken naar de regio om hierover afspraken te maken. Daarbij vraagt het IZA ook aandacht voor het feit dat de vergrijzing tot meer zorgvragen leidt en dat waarschijnlijk minder mensen de zorg moeten leveren. Er is dus ook een omslag nodig in de manier waarop zorg wordt verleend. Denk daarbij aan arbeidsbesparende maatregelen zoals een oogdruppelbril en digitale technologieën. Wij verwachten van onze contactpartners dat zij bijdragen in de afspraken die wij regionaal maken rondom (onder meer) toegankelijkheid.

Iemands levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop hij in contact wil staan met zorgverleners of zorg af wil nemen. CZ groep vindt het belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.

### Zorgplicht

Als zorgverzekeraar hebben wij een zorgplicht: we moeten zorgen voor tijdige en passende zorg voor individuele verzekerden. Daarom kopen we voldoende zorg in en sturen we op een gepast gebruik van zorg via arbeidsbesparende maatregelen in de wijkverpleging, digitalisering en inzet van hulpmiddelen. De zorgaanbieder spreidt het overeengekomen omzetvolume zo gelijkmatig mogelijk over het jaar. Daarbij houdt hij rekening met seizoensinvloeden en de continuïteit van zorg.

Een verzekerde die al zorg ontvangt van een zorgaanbieder, heeft recht op continuïteit van die zorg, ook als de zorgaanbieder het omzetplafond heeft bereikt of als de zorgvraag verandert. Dit betekent onder andere dat de zorgaanbieder borgt dat de verzekerde, bijvoorbeeld na een tijdelijke ziekenhuisopname, de zorg weer thuis kan ontvangen, ook als de zorgvraag (al dan niet tijdelijk) is verzwaard. Als de zorgvraag zodanig verandert dat de zorgaanbieder de zorg inhoudelijk niet meer verantwoord kan leveren, moet die zorgaanbieder een andere geschikte en gecontracteerde zorgaanbieder vinden. Tot die tijd mag de zorg niet worden stopgezet. In bijzondere en onvoorziene omstandigheden is CZ groep bereid om te bespreken of de afspraken onredelijk uitpakken voor een van de partijen. Daarbij moet een zorgaanbieder aantonen, dat er een causaal verband is tussen een hogere omzet en een toename van de kosten voor bepaalde cliënten. Ook moet hij duidelijk maken of er sprake is van een verplaatsing van cliënten in de regio.

Als de zorgaanbieder voor een nieuwe cliënt geen zorg kan leveren binnen de Treeknorm, moet hij een passende oplossing voor deze verzekerde zoeken. Als dat niet lukt, moet hij contact opnemen met het CZ Zorgteam. De huidige arbeidsmarktproblematiek vraagt om meer afstemming met de zorgaanbieders over de tijdigheidsnormen waarbinnen cliënten geplaatst of doorbemiddeld worden. Bij afwijkingen of oplopende wachttijden boven de tijdigheidsnorm verwachten wij dat zorgaanbieders dit bij CZ groep melden.

## 2.2.4 Kosten van zorg

### Productieafspraken

Bij de start van het jaar maken wij met zorgaanbieders een realistische productieafpraak die leidt tot een omzetplafond. CZ groep vergoedt de geleverde zorg tot aan dit omzetplafond. Dit plafond is gebaseerd op:

- de productie-realisatie in het voorgaande jaar;
- de score van de zorgaanbieder in ons waardemodel (zie paragraaf 2.2.1);
- de regionale zorgbehoefte.

Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om dit omzetplafond te bewaken. Daarbij verwachten we natuurlijk dat de zorgaanbieder alleen zinvolle zorg verleent, dat hij waar mogelijk bijvoorbeeld hulpmiddelen inzet en dat zorg zo veel mogelijk digitaal gebeurt. Vanzelfsprekend moeten de consequenties hiervan minimaal en algemeen aanvaardbaar zijn en niet ten koste gaan van de zorgkwaliteit. De zorgaanbieder kan deze afwegingen, hoe lastig ook, het beste maken. Hij heeft zicht op de aard en urgentie van de zorgvraag.

CZ groep neemt de productieafpraak van voorgaande jaren en de zorgplicht in de regio als uitgangspunt bij het maken van productieafspraken.

Bestaande zorgaanbieders ontvangen van ons in principe een productievoorstel, of – in uitzonderlijke gevallen – een (onderbouwd) bericht over het niet voortzetten van de overeenkomst.

## 2.2.5 Aanvullende zorginkoop

CZ groep verwacht van zorgaanbieders dat zij sturen op de gemaakte inkoopafpraak. Daarin is al rekening gehouden met bijvoorbeeld een verwachte omzetgroei in een bepaald jaar. Als de zorgaanbieder gedurende het jaar vindt dat zijn omzetplafond door bijzondere en onvoorziene omstandigheden toch ontoereikend is, kan hij in september 2024 een verzoek indienen voor bijcontractering. In die aanvraag toont de zorgaanbieder aan dat hij voldoet aan alle voorwaarden:

- De zorgaanbieder heeft gedurende de looptijd van de overeenkomst aangetoond dat hij zijn zorgplicht is nagekomen voor bestaande cliënten die bij hem in zorg zijn (dat wil zeggen dat de zorg niet stopgezet is omdat het budget op is, omdat de zorgvraag tussentijds veranderd is of omdat de verzekerde tijdelijk in het ziekenhuis verbleef).
- Er is sprake van een evenredige spreiding van nieuwe cliënten over het hele jaar. De zorgaanbieder dient het verzoek in wanneer vóór 1 oktober 2024 ten minste 80 procent van het omzetbudget voor 2024 is bereikt en de verwachting is dat het omzetbudget ontoereikend is.
- De zorgaanbieder moet een causaal verband aantonen tussen een hogere omzet en een toename van de kosten voor bepaalde cliënten. Ook moet hij aantonen of er sprake is van verplaatsing van cliënten in de regio.
- De zorgaanbieder scoort bij voorkeur een A-status in het waardemodel.

### Minimumeisen

CZ groep toetst aan de hand van de aanvraag of een zorgaanbieder in aanmerking kan komen voor een aanvullende afspraak en zo ja, onder welke voorwaarden. Bij aanvullende zorginkoop gelden de volgende minimumeisen:

- De zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden voor een aanvullende afspraak.
- Er is in de regio sprake van een zorgplichtprobleem. Dit blijkt uit signalen die CZ groep ontvangt van verwijzers en verzekerden (via het CZ Zorgteam). De aanvraag is gericht op een oplossing voor dit probleem. We kunnen overigens ook zelf zorgaanbieders benaderen als we een zorgplichtprobleem constateren.
- De verzekerden kunnen voor die aandoeeningen niet (meer) bemiddeld worden naar ander geschikt zorgaanbod.
- De doelmatigheid binnen het omzetmaximum in 2024 neemt niet af ten opzichte van voorgaande jaren.

## Een aanvraag indienen

Op onze website vindt u een aanvraagformulier voor bijcontractering.

### Termijn

Als de aanvraag en benodigde gegevens compleet zijn, krijgt de zorgaanbieder binnen 6 weken uitsluitel over de aanvraag. Wordt het verzoek gehonoreerd, dan maken we een aanvullende productieafpraak. De zorg die de zorgaanbieder levert tussen het moment van aanvragen van de extra productieruimte en het uitsluitel komt slechts voor vergoeding in aanmerking indien het productieplafond bij de zorgaanbieder op dat moment nog niet overschreden is.

Plafondaanpassingen die het gevolg zijn van fusies, overnames of faillissementen vormen een uitzondering op de hierboven benoemde regel, en worden afzonderlijk met CZ groep besproken.

Als de zorgaanbieder zich genoodzaakt voelt om een zorgstop voor nieuwe cliënten in te voeren, moet hij dit communiceren met CZ Zorginkoop en de cliënten doorverwijzen naar het CZ Zorgteam. Zij kunnen hen doorbemiddelen naar een andere zorgaanbieder. Wanneer het CZ Zorgteam dit doet, gaan wij via een *service call* met de verzekerde na of hij ook daadwerkelijk is geholpen. Voor cliënten die al zorg ontvangen, heeft de zorgaanbieder een zorgplicht. Zo is er voor verzekerden altijd een passend aanbod beschikbaar.

## 2.3 Innovatie en samenwerking

### 2.3.1 Digitale zorg

We hebben onze visie en ambities op het gebied van digitale zorg verder uitgewerkt op [www.cz.nl/zorgaanbieder/digitale-zorg](http://www.cz.nl/zorgaanbieder/digitale-zorg). Daarnaast vindt u in de Gezamenlijke Ambities Zorginkoop Digitalisering 2024 de afspraken die we op ZN-niveau met partijen hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen.

Er is een transformatie nodig om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden én aan te laten sluiten bij de wensen van patiënten. Dit geldt ook voor de wijkverpleging. Om deze transformatie te versnellen en te faciliteren, neemt CZ groep vanaf 2024 de prestatiecode 1062 Thuiszorgtechnologie standaard in haar overeenkomsten op, specifiek voor de inzet van een medicijndispenser en beeldzorg. We willen hiermee iedere zorgaanbieder in staat stellen deze digitale zorg waar mogelijk en passend in te zetten en op te schalen, om zodoende de efficiënte inzet van schaarse capaciteit te bevorderen. U mag hiervoor de werkelijke maandelijkse (abonnement)kosten voor deze toepassingen declareren. Daarbij geldt een declaratiemaximum van de gemiddelde kosten per toepassing per cliënt per maand, die bij ons bekend zijn. Wij informeren u hierover in het productievoorstel 2024. Om bekostiging van andere (integrale) vormen van e-health aan te vragen, kunt u een businesscase bij ons indienen via het aanvraagformulier op onze website.

### 2.3.2 Duurzaamheid

#### Verduurzamen van de zorgsector

De zorgsector is verantwoordelijk voor 7 procent van de CO<sub>2</sub>-uitstoot, 13 procent van het grondstofverbruik en 4 procent van het afval in Nederland. Dat heeft ernstige gevolgen voor onze leefomgeving en gezondheid.<sup>[1]</sup> Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om – naast onze eigen verduurzaming – een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap.<sup>[2]</sup> Daarom zetten we samen met u in op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector en monitoring daarvan.

De komende jaren richten zorgverzekeraars zich op acties uit de door de zorgbranches ondertekende Green Deal Duurzame Zorg 3.0, de ZN-visie verduurzaming zorgsector en de sectorale uitvoeringsplannen/het Green Deal Uitvoeringsprogramma.

#### **We 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;
- duurzaamheid verankert in uw strategie.

#### **Wat doen wij in 2024:**

Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleider-zorgverzekeraar, gaan met de grote aanbieders van wijkverpleging<sup>[1]</sup> in gesprek aan de hand van de verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact uit het uitvoeringsplan van de branche<sup>[2]</sup> (Actiz). Het gesprek heeft tot doel om de ambitie, verduurzamingsdoelstellingen en concrete acties van de zorgaanbieder te bespreken en om hem te stimuleren met de verduurzamingsdoelstellingen aan de slag te gaan.

### **2.3.3 Duurzame zorgcoalities**

Door duurzame zorgcoalities te sluiten, willen we via co-creatie met zorgaanbieders komen tot een transitie naar meer toekomstbestendige zorg. Door samen te werken en gebruik te maken van elkaars kennis en informatie, kunnen we impactvolle veranderingen teweegbrengen in behandel-, maar ook bedrijfsprocessen, die nodig zijn om de transitie te bewerkstelligen. Bewezen nieuwe (digitale) technologie en zorgvormen kunnen succesvol elders worden ingezet.

### **2.3.4 Regie in de regio**

Regio's verschillen van elkaar in zorgvraag en zorgaanbod. Soms zijn de uitdagingen in een regio op het gebied van toegankelijkheid, betaalbaarheid of kwaliteit zo groot dat we voor een regionale aanpak moeten kiezen. We kunnen dan alleen effectief beleid voeren vanuit een gedeelde regionale visie tussen zorgverzekeraar, (georganiseerde) zorgvragers en zorgaanbieders. Deze integrale aanpak noemen we 'regie in de regio'. Deze sluit aan bij het thema 'verantwoord en dichtbij' in ons zorginkoopbeleid 2024. De regie in de regio blijft overigens niet beperkt tot de zorg (Zvw en Wlz), maar strekt zich waar nodig ook uit tot het sociale domein of zelfs daarbuiten.

Onze wettelijke taak op het gebied van zorginkoop impliceert dat wij de verantwoordelijkheid nemen om de niet-vrijblijvende regionale samenwerking met onze partners aan te sturen vanuit co-makership. Deze rol is bekrachtigd in het Integraal Zorgakkoord. De betrokken partners analyseren samen de situatie in de regio en stellen vast welke knelpunten zich nu en in de toekomst aandienen (regiobeeld). Zij formuleren een gezamenlijke regionale opgave en committeren zich daarmee aan een collectieve én een individuele verantwoordelijkheid.

#### **Integraal Zorgakkoord (IZA)**

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is landelijk afgesproken dat zorgaanbieders, burgerorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten samen aan de slag gaan met plannen die een wezenlijke bijdrage leveren aan de duurzame toegang van de gezondheidszorg. Bij CZ groep kunnen transformatieplannen worden ingediend voor 6 regio's: Zeeland, Zuid-Hollandse eilanden, Zuidoost-Brabant, West-Brabant, Haaglanden en Zuid-Limburg. Meer informatie over het IZA en het indienen van transformatieplannen vindt u op [Transformatieplannen - CZ](#).

## 2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid

We krijgen beter inzicht in de wensen en behoeften van onze verzekerden dankzij patiëntervaringen, de betrokkenheid van patiënten(organisaties) en onze Ledenraad. Op basis van die informatie vormen en toetsen wij het zorginkoopbeleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we steeds of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben. Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, leest u in het transparantiedocument *Zo betrekken we onze verzekerden*.

## 3 Proces contractering 2024

Om basiszorg te leveren, moeten alle zorgaanbieders voldoen aan minimumeisen. Meer hierover én over de inzet van onderaannemers vindt u in bijlage 1.

### 3.1 Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2023 een overeenkomst wijkverpleging hebben met CZ groep en die op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. Aan hen bieden wij voor 2024 een eenjarige overeenkomst aan, tenzij anders overeengekomen. Meer informatie hierover vindt u in de aanbiedingsbrief bij de productievoorstellen voor 2024.

Zoals we in het zorginkoopbeleid 2021 al hebben aangekondigd, stellen we sinds 2022 ook bij bestaande zorgaanbieders voorwaarden aan het percentage zorg dat onderaannemers leveren. Voor 2024 geldt dat bestaande zorgaanbieders ten minste 50 procent van de zorg zelf leveren en dat zij voor maximaal 50 procent van de zorg onderaannemers mogen inzetten. In geval van zorgcoöperaties gelden andere uitgangspunten. Daarnaast worden deze aanbieders aanvullend getoetst.

Daarbij gaan we ervan uit dat een zorgaanbieder werkt volgens het generalistenmodel. Dit betekent dat een zorgaanbieder een integraal zorgaanbod van verpleging en verzorging verleent dat onder de aanspraak wijkverpleging valt. Hij richt zich niet op één of enkele onderdelen van verpleging en verzorging, zoals specialistische verpleging of indicatiestelling.

### 3.2 Nieuwe zorgaanbieders

CZ groep verwelkomt graag nieuwe zorgaanbieders. Tegelijkertijd willen we voorkomen dat de zorg versnipperd raakt. We staan open voor inschrijvingen van innovatieve nieuwe zorgaanbieders die naar onze mening een duidelijke meerwaarde hebben voor onze verzekerden en die op een vernieuwende manier invulling geven aan witte vlekken binnen onze zorgplicht in een regio. Daarnaast moeten zij in staat zijn de regionaal benodigde transformatie te versterken. Vernieuwend vinden wij bijvoorbeeld bepaalde toepassingen van digitale zorg die de kwaliteit en doelmatigheid van de wijkverpleging verbeteren.

Nieuwe zorgaanbieders zijn doorgaans niet bij ons bekend. Daarom maken we afspraken over wederzijdse verwachtingen op het gebied van kwaliteit, kosten en toegankelijkheid. In de tweede helft van het eerste contractjaar evalueren we deze afspraken gezamenlijk. Op basis daarvan beslissen we of de zorgaanbieder voor het volgende jaar in aanmerking komt voor een nieuwe overeenkomst. Is dat niet het geval, dan kan hij zich niet opnieuw inschrijven voor dat jaar.

Net als bestaande zorgaanbieders moeten ook nieuwe zorgaanbieders in 2024 ten minste 50 procent van de zorg zelf leveren. Zij mogen dus maximaal 50 procent van de zorg laten uitvoeren door onderaannemers.

Dit zijn onze uitgangspunten voor het contracteren van nieuwe zorgaanbieders:

- Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich tussen 1 november 2023 en 31 maart 2024 inschrijven voor een overeenkomst wijkverpleging 2024. Inschrijvingen die later binnenkomen, nemen we niet in behandeling. Een overeenkomst geldt nooit met terugwerkende kracht.
- Een nieuwe zorgaanbieder mag zich maximaal 1 keer per contractjaar inschrijven. Dit doet hij door een digitale vragenlijst in te vullen in VECOZO. Om deze diensten te kunnen gebruiken, is een certificaat vereist (zie <https://www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/>). De nieuwe zorgaanbieder heeft bij CZ groep een onderbouwde verwachte zorgomzet van minimaal € 50.000 op jaarbasis.
- De nieuwe zorgaanbieder heeft een toegevoegde waarde, bijvoorbeeld in de vorm van innovatieve zorgconcepten.
- Een integriteitsonderzoek is onderdeel van de beoordelingsprocedure.
- We nemen geen inschrijvingen in behandeling van zorgaanbieders die in het voorgaande jaar een afwijzing hebben gekregen vanwege onvoldoende toegevoegde waarde en die zich opnieuw inschrijven zonder dat ze kunnen aantonen hoe zij deze toegevoegde waarde inmiddels hebben ontwikkeld.

- De (geheel) nieuwe zorgaanbieder heeft een melding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gedaan, heeft een vergunning aangevraagd als nieuwe zorgaanbieder of beschikt al over een toelating. Hij levert de ingevulde vragenlijst van de IGJ bij zijn inschrijving aan en/of geeft aan wat de status is van de melding.
- De nieuwe zorgaanbieder verleent een integraal zorgaanbod van verpleging en verzorging dat onder de aanspraak wijkverpleging valt. Hij richt zich niet op 1 of enkele onderdelen van verpleging en verzorging, zoals casemanagement dementie of indicatiestelling.

Wij streven ernaar om de zorgaanbieder binnen 2 maanden na inschrijving te laten weten of we hem een overeenkomst aanbieden.

### 3.3 Zorgcoöperaties

Voor zorgcoöperaties die uit zzp'ers en/of leden bestaan, maken we een uitzondering op de eis dat een zorgaanbieder het grootste deel van de zorg uit laat voeren door eigen personeel, mits zij aantoonbaar voldoen aan voorwaarden op het vlak van kwaliteit en kosten. Onder een zorgcoöperatie verstaan wij zzp'ers die zich verenigd hebben in een zorgcoöperatie en die uit naam daarvan zorg verlenen. Het betreft dus een samenwerkingsverband van uitsluitend zzp'ers (natuurlijke personen) of een combinatie van zzp'ers en andere leden. Het kenmerk van de onderaanneming is dat de cliënt in zorg is bij de zorgcoöperatie (de hoofdaannemer), die de zorg verleent via de onderaannemers, die bij de coöperatie aangesloten zzp'ers en/of leden. Zzp'ers die zich in een zorgcoöperatie verenigen, doen dat uitdrukkelijk als zzp'er.

Voor zorgcoöperaties gelden dezelfde eisen van bekwaamheid als voor andere zorgaanbieders binnen de aanspraak wijkverpleging. Daarnaast gelden aanvullende eisen voor zorgcoöperaties (zie bijlage 1). Het omzetplafond van de coöperatie wordt gebaseerd op een maximumbudget op basis van het aantal aangesloten zzp'ers en/of leden, waarbij wij de Arbeidstijdenwet als richtsnoer nemen.

### 3.4 Tijdpad

Activiteiten	Planning
Aanleveren monitor zorgaanbieders met maandbesteding	Vóór 1 april 2023
Publicatie zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2024	1 april 2023
Gelegenheid om via vaste Teams-momenten vragen te stellen over het zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023	Zie de communicatie hierover op onze website vanaf 1 april 2023
Invullen van de uitvraagmodule kwaliteitsinformatie VECOZO voor waardegedreven zorginkoop (zie paragraaf 2.2.1)	2-31 mei 2023
Bekendmaking productievoorstellen	Medio juli 2023
Contracteren	Medio juli t/m 30 oktober 2023
Aanleveren monitor zorgaanbieders met maandbesteding	Vóór 1 oktober 2023
Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten en afsluiting van de contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af	31 oktober 2023
Publicatie van het gecontracteerde zorgaanbod	12 november 2023
Inschrijving nieuwe zorgaanbieders 2023	1 november 2023 tot 31 maart 2024



Let op: Als zorgverzekeraar moeten wij op 12 november van ieder kalenderjaar ons gecontracteerde aanbod publiceren. Als u in aanmerking wilt komen voor een overeenkomst, verwachten wij dat iedere zorgaanbieder zich houdt aan de termijnen van het contracteerproces. Wij willen dan ook uiterlijk op 1 november overeenstemming bereiken over de overeenkomst voor 2024.

## 3.5 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2023 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2024. Op *zorgvinder* is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

- NAW-gegevens van de zorgaanbieder;
- de etalage-informatie die u zelf invult en beheert in Mijn Zorgaanbod;
- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden;
- de wachttijden (indien beschikbaar);
- kwaliteitsinformatie, waaronder de selectieve inkoopresultaten (indien beschikbaar);
- patiëntervaringen (indien beschikbaar).

## 3.6 Bereikbaarheid

In onze kernwerkgebieden voert een vaste zorginkoper het relatiebeheer uit. De overige gebieden hebben geen eigen zorginkoper. In dat geval kunt u onderstaande e-mailadressen gebruiken:

- Voor vragen over contractering, monitoring en inschrijving kunt u e-mailen naar: [rz.wijkverpleging@cz.nl](mailto:rz.wijkverpleging@cz.nl).
- Voor vragen over declaraties kunt u e-mailen naar: [decl.wijkverpleging@cz.nl](mailto:decl.wijkverpleging@cz.nl).
- Voor overige vragen over het zorginkoopbeleid en relatiebeheer van CZ groep kunt u e-mailen naar: [inkoopvvt.zvw@cz.nl](mailto:inkoopvvt.zvw@cz.nl).
- Voor zorginhoudelijke vragen op verzekerdeniveau kunt u e-mailen naar: [zorgteam.wijkverpleging@cz.nl](mailto:zorgteam.wijkverpleging@cz.nl).

Wij beantwoorden uw vragen binnen 15 werkdagen. Vanwege de privacy verzoeken wij u om gegevens van individuele verzekerden (naam, NAW-gegevens) alleen te delen met het CZ Zorgteam, via een beveiligd kanaal (Cryptshare). Deze gegevens mogen **nooit** gedeeld worden met andere afdelingen, zoals CZ Zorginkoop.

## 3.7 Controle van declaraties

Declaraties moeten voldoen aan de eisen vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), andere relevante wet- en regelgeving en aan de contractafspraken tussen CZ groep en de zorgaanbieder. Wij toetsen de declaraties aan de landelijke wet- en regelgeving én aan de regelgeving en standpunten van onder meer de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Deze controles voeren wij uit met inachtneming van de privacyregels. Om dit te waarborgen, voldoen we bij materiële controles aan het Protocol materiële controle.

Tijdens het declaratieproces controleren we zo veel mogelijk direct. Als controle vooraf of tijdens het declaratieproces niet mogelijk is, controleren we achteraf. Het algemeen controleplan publiceren we elk jaar op onze website. Gedurende het jaar kunnen we hier nog wijzigingen en/of toevoegingen in aanbrengen op basis van uitgevoerde risicoanalyses. Wij informeren de zorgaanbieder schriftelijk over onze controles. Bij materiële controles gaan wij eerst in gesprek om onze bevindingen toe te lichten. Samen met de zorgaanbieder zoeken wij naar een verklaring, of bespreken we verbetermogelijkheden voor de toekomst. Bijvoorbeeld op het gebied van het indicatieproces of de inzet van hulpmiddelen. Een detailcontrole behoort tot de mogelijkheden wanneer wij in een gesprek niet tot een verklaring of verbeterrichting komen.

# Bijlagen

## Bijlage 1: Minimale en aanvullende eisen

### 1.1 Minimumeisen voor het leveren van basiszorg

Alle zorgaanbieders moeten aantoonbaar (blijven) voldoen aan onderstaande eisen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen:

- De kernactiviteit van de zorgaanbieder is het aanbieden van zorg die past binnen de aanspraak wijkverpleging.
- De nieuwe zorgaanbieder verleent een integraal zorgaanbod van verpleging en verzorging dat onder de aanspraak wijkverpleging valt. Hij richt zich niet op 1 of enkele onderdelen van verpleging en verzorging, zoals casemanagement dementie of indicatiestelling.
- De zorgaanbieder beschikt over minimaal 1 AGB-code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie, waaraan minimaal 1 gekwalificeerde wijkverpleegkundige van minimaal hbo-niveau 5 is gekoppeld en in loondienst is.
- De zorgaanbieder voert periodiek (minimaal elke 2 jaar) een cliënttevredenheidsmeting uit (NPS), bespreekt de resultaten met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met hen verbeterplannen op.
- De zorgaanbieder maakt gebruik van de *Patiënt Reported Experience Measure (PREM)* conform het kwaliteitskader Wijkverpleging en maakt de resultaten van deze klantervaringen openbaar en daarmee inzichtelijk voor verzekeren.
- De zorgaanbieder heeft een samenwerkingsrelatie met het sociaal domein binnen de gemeenten waarin hij actief is.
- De zorgaanbieder heeft een samenwerkingsrelatie met de huisartsen en de eerste lijn binnen de regio's en wijken waarin hij actief is.
- De zorgaanbieder heeft voldoende verpleegkundigen van niveau 5 in dienst die de toegang bepalen, indiceren, coördineren en zorgplannen opstellen en toetsen.
- De zorgaanbieder registreert doelgroepen conform de landelijke afspraken over doelgroepregistratie<sup>[1]</sup> en maakt dit inzichtelijk voor CZ groep.
- Bestaande én nieuwe zorgaanbieders leveren ten minste 50 procent van de zorg zelf en zetten voor maximaal 50 procent van de te leveren zorg onderaannemers in. Zorgcoöperaties vormen hierop de enige uitzondering, mits zij aantoonbaar voldoen aan de aanvullende eisen die u vindt in Bijlage 1.3.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- De zorgaanbieder maakt gebruik van een geautomatiseerd classificatiesysteem voor de inzet, de inhoud en het resultaat van zorg, zoals Omaha, Nanda of Gordon.
- De zorgaanbieder noteert eenduidige gegevens in overeenstemming met de informatiestandaard eOverdracht<sup>[2]</sup>.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder beschikt over een formeel vereiste Wtza-toelating voor de levering van wijkverpleging, de verzekerde aanspraak onder de Zvw, en hij voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi.
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders voor de wijkverpleging geïntegreerd.
- De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie, waardoor hij indien gevraagd tijdig de gegevens kan verstrekken die de zorgverzekeraar nodig heeft.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder maakt gebruik van een vast team van zorgverleners bij iedere cliënt en streeft hierbij naar zo min mogelijk verschillende zorgverleners. Belangrijk hierbij is in ieder geval dat de overdracht tussen de zorgverleners goed geborgd is.

1 <https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/wijkverpleging/declareren>

2 V&VN richtlijn Verslaggeving (venvn.nl)

## 1.2 Inzet van onderaannemers

CZ groep is geen aanbestedende dienst en op deze inkoopprocedure is het aanbestedingsrecht daarom niet van toepassing. We handelen in deze inkoopprocedure wel objectief, transparant en non-discriminatoire.

We vinden het belangrijk dat zorgaanbieders kunnen investeren in hun medewerkers, om zo de kwaliteit van de zorg te bevorderen. Daarom is het van belang dat zorgaanbieders investeren in goed en aantrekkelijk werkgeverschap, zodat zij mensen aan zich kunnen binden. En daarom stellen we voorwaarden aan het percentage zorg dat mag worden geleverd door onderaannemers. We spreken over onderaanneming als een verzekerde in zorg is bij een zorgaanbieder (de hoofdaannemer) die een deel van de daadwerkelijke zorgverlening laat uitvoeren door een andere zorgverlener (de onderaannemer). De onderaannemer is een andere juridische entiteit dan de hoofdaannemer. De hoofdaannemer contracteert een deel van de zorgverlening door aan de onderaannemer.

Zoals we in het zorginkoopbeleid 2021 al hebben aangekondigd, stellen we sinds 2022 ook bij bestaande zorgaanbieders voorwaarden aan het percentage zorg dat wordt geleverd door onderaannemers. Omdat wij begrijpen dat zorgaanbieders tijd nodig hebben om hun bedrijfsmodel aan te passen, werken we via een ingroeimodel. Dat ziet er als volgt uit:

2022	Minimaal 25% van de geleverde zorg wordt door de zorgaanbieder zelf uitgevoerd per 01-01-2022	Maximaal 75% van de geleverde zorg wordt in onderaanneming uitgevoerd
2023	Minimaal 35% van de geleverde zorg wordt door de zorgaanbieder zelf uitgevoerd per 01-01-2023	Maximaal 65% van de geleverde zorg wordt in onderaanneming uitgevoerd
2024	Minimaal 50% van de geleverde zorg wordt door de zorgaanbieder zelf uitgevoerd per 01-01-2024	Maximaal 50% van de geleverde zorg wordt in onderaanneming uitgevoerd

Dit betekent dat bestaande zorgaanbieders vóór het versturen van een overeenkomst wijkverpleging 2024 2 zaken moeten opgeven: het percentage onderaannemers dat zij willen inzetten en voor welk deel van de te leveren zorg. Wijzigingen in deze opgave worden per kwartaal doorgegeven via [inkoopvvt.zvw@cz.nl](mailto:inkoopvvt.zvw@cz.nl), met inachtneming van de minimumpercentages hierboven. Zzp'ers gelden daarbij uitdrukkelijk óók als onderaannemers als zij als zzp'er worden ingehuurd.<sup>[1]</sup> Zogenoemde 'volle dochters' worden niet als onderaannemer beschouwd.<sup>[2]</sup> Alleen bij zorgcoöperaties die aantoonbaar aan de aanvullende voorwaarden uit bijlage 1.3 voldoen, is er voor ons een gegronde reden om een uitzondering te maken op het beleid met betrekking tot onderaannemers en bieden wij een overeenkomst wijkverpleging 2024 aan.

Nieuwe zorgaanbieders moeten in 2024 ten minste 50 procent van de zorg zelf leveren. Zij mogen dus maximaal 50 procent van de zorg in onderaanneming laten uitvoeren. Bij de inschrijving moeten zij aangeven welke onderaannemers zij voor welk deel van de zorg inzetten. Het inschakelen van zzp'ers zien wij daarbij ook als onderaanneming.

Een zorgaanbieder die niet aan deze voorwaarde voldoet, kan niet (langer) in aanmerking komen voor een overeenkomst, tenzij CZ groep gegronde redenen heeft om hiervan af te wijken. Zo kunnen we een aangepaste overeenkomst vertrekken als we op een andere manier onze zorgplicht niet kunnen vervullen. Als blijkt dat de zorgaanbieder in de loop van het jaar niet (meer) aan de voorwaarde voldoet en kan voldoen, kan CZ groep de overeenkomst beëindigen en beschouwen we deze zorgaanbieder voor 2024 als een nieuwe zorgaanbieder.

---

1 Zzp'ers beschikken over een overeenkomst waaruit blijkt dat de opdrachtgever geen loonheffing moet inhouden en betalen. Wij gaan ervan uit dat er sprake is van onderaanneming als een zorgaanbieder zzp'ers inschakelt bij de uitvoering van de overeenkomst.

2 Onder 'volle dochter' wordt verstaan: zorgproductie die feitelijk verleend wordt door een juridische entiteit waarvan de meerderheid van alle aandelen wordt gehouden door de inschrijvend zorgaanbieder of door een juridische entiteit waarvan het bestuur bestaat uit dezelfde personen als het bestuur van de inschrijvende zorgaanbieder en die bovendien een deelneming is van de inschrijvende zorgaanbieder. Van een deelneming is sprake indien de inschrijvend zorgaanbieder aan de juridische entiteit die feitelijk de zorg verleent, kapitaal verschaft of doet verschaffen teneinde met die juridische entiteit duurzaam verbonden te zijn ten dienste van de eigen werkzaamheid. Die juridische entiteit moet zich naast de inschrijvend zorgaanbieder jegens CZ groep hoofdelijk verbinden voor de nakoming van de verplichtingen van de inschrijvend zorgaanbieder voor zover zij met de uitvoering daarvan is belast.

Zorg die wordt geleverd door onderaannemers die niet vooraf gemeld zijn, komt niet voor vergoeding in aanmerking.

### 1.3 Aanvullende eisen voor zorgcoöperaties

Indien een zorgcoöperatie (bestaande uit zzp'ers en/of zorgaanbieders) naast de eisen uit paragraaf 1.1 van bijlage 1 aantoonbaar voldoet aan de volgende eisen is er voor CZ groep gegronde reden om voor deze partijen een uitzondering te maken op het beleid met betrekking tot onderaannemers.

Daarbij gaan wij ervan uit dat de coöperatie als geheel aan de volgende inhoudelijke eisen kan voldoen:

- a. **Kwaliteit van zorg** wordt jaarlijks getoetst, waarbij voor coöperaties de volgende aanvullende eisen zijn opgenomen:
  - i. Cliënten zijn in zorg bij de coöperatie (hoofdaannemer) die de zorg laat verlenen door de leden van de coöperatie (onderaannemers).
  - ii. De coöperatie is verantwoordelijk voor de continuïteit en beschikbaarheid van de benodigde zorg (24/7).
  - iii. De leden die zzp'ers zijn, zijn allemaal in het bezit van het KiWa- en/of HKZ-keurmerk.
  - iv. De leden die organisatie<sup>[1]</sup> zijn, borgen de kwaliteit middels het hanteren van een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders voor de wijkverpleging geïntegreerd.
  - v. De leden die organisatie zijn, beschikken allen individueel over een formeel vereiste Wtza-toelating voor de levering van wijkverpleging, de verzekerde aanspraak onder de Zvw en voldoen aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist.
  - vi. Binnen de coöperatie geldt de verhouding van minimaal 1 fte hbo-verpleegkundige niveau 5/6 op 55 cliënten, die conform het Normenkader V&VN zorgdraagt voor de indicatiestelling en voor het uitvoeren en bewaken van het verpleegkundig proces.
  - vii. De coöperatie heeft intercollegiale toetsing tussen de verbonden hbo-verpleegkundigen niveau 5/6 ingebed en geborgd.
  - viii. De coöperatie spant zich zo veel mogelijk in om per cliënt te werken met een vast team van zorgverleners.
  - ix. De coöperatie levert jaarlijks een lijst met leden aan en het aandeel van geleverde zorg. Wijzigingen daarin gedurende het jaar worden doorgegeven via [inkoopvvt.zvw@cz.nl](mailto:inkoopvvt.zvw@cz.nl).
- b. **Kosten van zorg;**
  - i. Ook toetsen wij of er sprake is van doelmatige inzet van zorg.
- c. **Overig**
  - i. De productieafspraken van de coöperatie is gebaseerd op een maximumomzet per zzp'er en/of onderaannemer. In geval van zzp'ers geldt de Arbeidstijdenwet als richtsnoer.

### 1.4 Specialistische zorg met aanvullende eisen op de basisovereenkomst

Wijkverpleging bestaat naast generalistische zorg ook uit specialistische zorg. Daarbij maakt CZ groep onderscheid tussen zorg voor specifieke functies en doelgroepen én zorg die om infrastructurele redenen geconcentreerd wordt aangeboden in een regio of wijk (zie paragraaf 1.5 van deze bijlage). Hiervoor is niet zozeer specifieke kennis als wel een zekere schaal nodig.

Wij kopen de volgende functies in bij een beperkt aantal zorgaanbieders met een regionale functie: palliatief verpleegkundige, casemanager dementie, regiefunctie complexe wondzorg, (medische) kindzorg en gespecialiseerde verpleging.

---

<sup>1</sup> Dat wil zeggen de rechtsvorm (met of zonder rechtspersoonlijkheid) die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg aanbiedt aan een cliënt, en die niet valt onder de bepaling voor zzp'er.

### 1.4.1 Palliatief verpleegkundige

Alle zorgverleners kunnen generalistische palliatieve zorg leveren en zo nodig specialistische ondersteuning inschakelen. Voor alle zorgverleners geldt dan ook dat zij passende bij- en nascholing volgen om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Wij vinden het belangrijk dat 1 centrale zorgverlener de generalistische palliatief terminale zorg verleent. De situatie bepaalt welke centrale zorgverlener het best bij de patiënt past. Om te borgen dat er in de regio voldoende specialistische kennis is die voor de generalistische zorgverlener raadpleegbaar is, vinden wij het belangrijk dat iedere zorgaanbieder die deze zorg levert zich aansluit bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ).

Om specialistische kennis op het gebied van palliatieve zorg te borgen en beschikbaar te stellen, selecteren we hiervoor regionaal zorgaanbieders die aan de volgende eisen voldoen:

- De zorgaanbieder zorgt 24/7 voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden (zie de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen palliatieve zorg van de V&VN).
- De zorgaanbieder beschikt over een palliatief verpleegkundig consulent die direct betrokken is bij het primaire proces. Deze consulent beschikt over een erkende opleiding palliatieve zorg en de benodigde expertise om advies en ondersteuning te kunnen bieden in bijzondere situaties.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale NPZ.
- Conform de landelijke ontwikkelingen werkt de zorgaanbieder volgens het kwaliteitskader Palliatieve Zorg en de goede voorbeelden van palliatieve zorg <sup>[1]</sup>. De zorg wordt geleverd op basis van professionele en geregistreerde richtlijnen, protocollen en zorgpaden.
- De zorgaanbieder werkt nauw samen met huisartsen en werkt volgens de LESA-richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak).
- De zorgaanbieder werkt samen met het regionale team of maakt gebruik van subregionale consultatievoorzieningen (TOPZ: Team Ondersteuning Palliatieve Zorg).
- Uit het zorgplan blijkt dat de zorgaanbieder mantelzorgers en vrijwilligers actief betreft bij het zorgproces om 24-uurs toezicht te borgen. De zorgaanbieder heeft een samenwerkingsovereenkomst met een vrijwilligersorganisatie zoals VPTZ (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg). Zij bieden ondersteuning, zodat de laatste levensfase zo goed mogelijk doorleefd kan worden. De vrijwilligers kunnen de mantelzorgers rust en concrete hulp bieden.
- Nazorg is onderdeel van de palliatieve zorg. Het gaat hierbij concreet om 1 of 2 gesprekken of telefoontjes met de nabestaanden over het verloop van de palliatieve fase van de overledene en over hoe de nabestaanden de begeleiding hebben ervaren. Als het nazorggesprek niet op de dag van overlijden plaatsvindt maar later, adviseren wij om dit wel in te plannen in het zorgplan om dit op de dag van overlijden te kunnen declareren.

Sinds 2020 sturen wij op een aansluiting bij het Eerstelijnsverblijf (ELV)-palliatief voor zorg die wordt geleverd in een hospicevorm met minimaal 4 bedden en met verpleegkundigen en verzorgenden in eigen dienst. Hiermee bedoelen wij hospices met een gemiddelde ureninzet van zorg per cliënt en/of eigen zorgarrangementen. Wij zien deze zorg als het bieden van een integraal pakket, zoals ook de aanspraak ELV die kent. Er vindt landelijk discussie plaats over de (verschillende varianten van) hospicezorg. Wij passen ons beleid aan als de uitkomsten van de landelijke discussie daar aanleiding toe geven.

### 1.4.2 Casemanagement dementie

Individueel casemanagement dementie wordt voor zover het verzekerde zorg betreft ingekocht door zorgverzekeraars en ingezet door zorgaanbieders, conform de kwaliteitsnormen uit de Zorgstandaard Dementie <sup>[2]</sup>, passend binnen de nadere duiding van het Zorginstituut <sup>[3]</sup>. Als het verzekerde zorg betreft en het casemanagement plaatsvindt binnen een geneeskundige context, is verpleegkundige expertise voorwaardelijk. Casemanagement waarbij de nadruk ligt op problemen met betrekking tot participatie, zelfredzaamheid, regie en dagelijkse bezigheden, kopen de gemeenten in vanuit de Wmo.

---

1 <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/goede-voorbeelden>

2 *Zorgstandaard - Dementiezorg voor Elkaar*

3 *Verduidelijking standpunt casemanagement | Standpunt | Zorginstituut Nederland*

De professional die het casemanagement uitvoert, is in veel gevallen een generalist. Bijvoorbeeld een praktijkondersteuner huisarts (POH), een ouderenconsulent of een wijkverpleegkundige. Wanneer het ziektebeeld te complex of te specifiek is, of als de bijkomende problemen de competenties van de generalist overstijgen, zorgt deze tijdig voor opschaling naar een specialist van het regionale netwerk. De complexiteit is niet afhankelijk van de fase waarin iemand zich bevindt, maar van de organisatie rondom de aandoening, de kennis van de generalist en de mate van zelfmanagement. Daarbij kan de intensiteit van het casemanagement variëren per stadium, tussen personen en hun omstandigheden.

CZ groep koopt specialistisch casemanagement dementie geoormerkt in bij zorgaanbieders:

- waarmee we ook in 2023 een addendum voor casemanagement dementie hebben afgesloten;
- die deelnemen aan een regionaal dementienetwerk dat zorg levert in overeenstemming met de meest recente Zorgstandaard Dementie;
- die in het regionaal dementienetwerk vaste afspraken hebben gemaakt over afstemming, informatieoverdracht, verantwoordelijkheden en het opvangen van crisissituaties (24/7) in de zorg;
- die uitgaan van het model 'generalistisch als het kan, specialistisch als het moet';
- die ervoor zorgen dat de wachttijden voor casemanagement dementie tijdig en volledig worden aangeleverd bij Vektis.

#### Voorwaarden aan de gespecialiseerde casemanager dementie

- De gespecialiseerde casemanager dementie heeft:
  - een afgeronde hbo-V-opleiding en een specifieke opleiding casemanagement dementie en praktijkervaring als casemanager dementie, of
  - een afgeronde SPH-opleiding en een specifieke opleiding casemanagement dementie en praktijkervaring als casemanager dementie. In dit geval bepaalt de wijkverpleegkundige (hbo-V) de toegang tot wijkverpleging en het casemanagement dementie (indicatiestelling) en kan het casemanagement uitgevoerd worden door een SPH'er.
- De gespecialiseerde casemanager dementie heeft een dienstverband van minimaal 24 uur per week, ongeacht de omvang van de totale aanstelling.
- De gespecialiseerde casemanager dementie heeft een caseload van gemiddeld 50 tot 65 cliënten per fte.
- De werkwijze van de gespecialiseerde casemanager dementie is gedefinieerd in het regionaal dementienetwerk en bij voorkeur geborgd in een relevant kwaliteitssysteem. Haar hbo-achtergrond stelt haar in staat om wijkverpleging te indiceren.

### 1.4.3 Regiefunctie complexe wondzorg

De beleidsregel Regiefunctie complexe wondzorg geeft invulling aan de regiefunctie en de individuele zorgverlening aan de cliënt. Hierdoor zijn er ook verschillende afspraken met zorgaanbieders gemaakt over de uitvoering en vergoeding van de regiefunctie complexe wondzorg. Wij gaan in de uitvoering hiervan uit van wijkverpleegkundige zorg op basis van het *stepped-care*-model. We kennen onder de regiefunctie een vergoeding toe voor de levering van zorg aan cliënten door de regiefunctionaris. De cliëntgebonden individuele zorgverlening door (wijk)verpleegkundigen wordt via de reguliere integrale prestaties verpleging/verzorging vergoed.

Deze afspraak richt zich specifiek op gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging voor de uitvoering van de regiefunctie complexe wondzorg. Het team van beroepsoefenaars dat de regiefunctie uitoefent, bestaat uit minimaal 3 personen. Als zorgaanbieder kunt u aantonen dat de beroepsoefenaars die de regiefunctie uitoefenen minimaal zijn opgeleid als wondverpleegkundige, verpleegkundig specialist met ervaring in de complexe wondzorg of wondconsulent.

Onderstaande kwaliteitseisen hanteren wij voor de wondregisseur die de regiefunctie complexe wondzorg uitvoert. Daarmee sluiten we aan bij de kwaliteitsstandaard van de organisatie van de complexe wondzorg, met 1 uitzondering: wij vinden dat ook een hbo+-geschoolde professional (wondzorgconsulent) de functie van wondregisseur kan vervullen. De kwaliteitseisen voor de wondregisseur zijn:

- De wondregisseur is een hbo-opgeleide verpleegkundige met minimaal 1 van de volgende aanvullende opleidingen en/of werkervaring:
  - post-hbo-opleiding tot decubitus- en wondconsulent (Rotterdam), of
  - een vergelijkbare opleiding, ter beoordeling aan CZ groep, of
  - verpleegkundig specialist met minimaal 2 jaar werkervaring in de complexe wondzorg.
- De wondregisseur is bekwaam om een dopplersonderzoek uit te voeren en een enkel-arm-index te bepalen.

- De wondregisseur werkt conform de landelijk en/of regionaal geldende richtlijnen en kwaliteitskaders op het gebied van complexe wondzorg, zoals de kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg.<sup>[1]</sup>
- De wondregisseur zorgt ervoor dat de kennis en kunde van de overige betrokken medewerkers up-to-date is volgens de landelijke en/of regionale protocollen, standaarden en afspraken. Zij heeft hierbij ook aandacht voor de mantelzorg, die eventueel een deel van de zorg overneemt.
- De zorgaanbieder/wondregisseur beschikt over een aantoonbaar regionaal netwerk van samenwerkingspartners in de eerste lijn en de tweede lijn.
- De wondregisseur maakt procedureafspraken met de ketenpartners, zoals huisartsen, paramedici, andere zorgaanbieders van wijkverpleging, ziekenhuizen, hulpmiddelenleveranciers, een medisch speciaalzaak en/of een apotheek.
- De wondregisseur is verantwoordelijk voor de registratie van de wondbehandeling en ziet toe op de handhaving van de protocollen en de opvolging van andere procedures in de keten.
- De wondregisseur bepaalt welke organisatie de wond kan behandelen: mantelzorg, thuiszorg, expertisenetwerk of de tweede lijn.
- De wondregisseur is verantwoordelijk voor het opvolgen van het protocol en de bewaking van de vorderingen in het genezingsproces. Ook als de behandelaar een andere zorgverlener is.
- De wondregisseur stelt een behandelplan op aan de hand van het protocol dat bij het type wond past. Ook als de wond door de mantelzorgers en/of de thuiszorg verzorgd kan worden.
- De wondregisseur is verantwoordelijk voor het doelmatig en kostenefficiënt inzetten van wondverbandmiddelen.
- De wondregisseur heeft als extra kerntaken:
  - het overdragen van kennis en expertise;
  - de coördinatie van de wondbehandeling in de keten;
  - het actief vergaren en toepassen van nieuwe kennis (*evidence based*), die onder andere wordt gepubliceerd in nationale en internationale literatuur op het gebied van wondzorg.

Wij maken voor 2024 geen afspraken met zorgaanbieders die in 2023 geen afspraken hebben voor de regiefunctie complexe wondzorg.

#### 1.4.4 Kindzorg

Bij de kindzorg indiceren en organiseren een kinderverpleegkundige niveau 5 of een verpleegkundig specialist de benodigde zorg. Bij de indicatie gaat zij uit van de gewenste situatie binnen het gezin, waarbij zij de ouders en het kind zo veel mogelijk in hun zelfredzaamheid ondersteunt. Hierbij wordt waar nodig zorg geleverd vanuit het juiste domein.

#### Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg (IKZ)

CZ groep hanteert ook in 2024 de volgende eisen voor de inkoop van (medische) kindzorg bij complexe lichamelijke problemen of bij een lichamelijke handicap waarbij behoefte is aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid, in combinatie met specifieke verpleegkundige handelingen, verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg:

- De zorgaanbieder werkt nauw samen met alle betrokken disciplines zoals het ziekenhuis, de kinderarts, de huisarts, de fysiotherapeut, het consultatiebureau, de centra voor thuisbeademing, de medische kinderdagverblijven, de kinderthuiszorg en de hospices.
- De zorgaanbieder gebruikt de hulpbehoeftescan.<sup>[2]</sup> Deze brengt een aantal dingen in kaart: de zelfredzaamheid van het gezin, de mogelijke knelpunten voor de 4 kinderleefdomeinen en de gewenste professionele ondersteuning. De zorgaanbieder stemt de indicatie af op het verloop van de ziekte en de draagkracht-draaglastverhouding van het gezin.<sup>[3]</sup>
- De zorgaanbieder stemt met alle betrokken disciplines de zorg af en verankert die in het zorgplan. In de zorgverlening werkt de zorgaanbieder toe naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid van de ouders. De zorg sluit aan bij de kinderleefdomeinen die in kaart zijn gebracht met de hulpbehoeftescan.
- De zorgaanbieder heeft een cliëntenraad/ouderraad.
- De zorg wordt geleverd door (kinder)verpleegkundigen die speciaal hiervoor zijn opgeleid.
- De zorgaanbieder heeft een pedagogisch plan en handelt hiernaar.

1 Zoals de richtlijn wondzorg NHG, richtlijn Wondzorg WCS, richtlijn wondzorg NVP.

2 <http://www.hetmedischekindzorgsysteem.nl/mks-programma/in-vier-fasen-naar-goede-zorg-voor-kind-en-gezin/fase-2>

3 Rapport 'Ernstig zieke kinderen hebben recht op gezonde zorg'.

- De zorgaanbieder heeft zorgprogramma's voor specifieke doelgroepen, zoals palliatief terminale zorg en zorg bij kindermishandeling. Daarbij verwachten wij van zorgaanbieders die palliatieve zorg voor kinderen leveren, dat zij zich committeren aan de richtlijnen voor palliatieve zorg bij kinderen.<sup>[1]</sup>
- De zorgaanbieder kan alle persoonlijke en gespecialiseerde verpleegkundige zorg leveren voor thuiswonende kinderen en/of voor de dagopvang of het verblijf in het kader van de intensieve kindzorg. De verpleegkundigen zijn hiervoor speciaal opgeleid en zijn 24 uur per dag beschikbaar, op afspraak en op afroep.

### 1.4.5 Gespecialiseerde verpleging

Gespecialiseerde verpleging vindt plaats op verzoek van een arts en wordt onder zijn regie uitgevoerd. Daarnaast worden in het zorgplan de specifieke activiteiten inhoudelijk benoemd en onderbouwd, en is zichtbaar welk niveau de betreffende zorgverlener heeft. Als de zorg én de verpleging vanuit het ziekenhuis worden georganiseerd en geleverd (oud-MSVT), dan rekenen we de verpleging tot de medisch specialistische zorg en is de medisch specialist zorginhoudelijk en financieel verantwoordelijk.

Het doel van gespecialiseerde verpleging is het uitvoeren van gespecialiseerde verpleegkundige handelingen die het herstel bevorderen, die verergering van de ziekte of aandoening voorkomen en/of die het lijden en het ongemak verlichten. Gespecialiseerde verpleging wordt geleverd door een verpleegkundige van niveau 4 of 5 die (actueel) geschoold is in medisch-technische handelingen.

Wij maken voor 2024 geen afspraken met zorgaanbieders die in 2023 geen afspraken hebben voor gespecialiseerde verpleging.

CZ groep ziet een toenemende vraag naar het verlenen van ziekenhuisverplaatste zorg onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist in een ambulante (thuis)setting. Deze zorg biedt veel kansen, maar kent ook grenzen. We beoordelen binnen ons kernwerkgebied projectaanvragen voor de verplaatsing van deze zorg van de tweede naar de eerste lijn. Dat doen we aan de hand van ons toetsingskader Ziekenhuisverplaatste zorg. Hierbij bekijken we de aspecten veiligheid, kwaliteit, kosten en toegankelijkheid. Een aanvraag wordt door de betrokken zorgaanbieders samen opgesteld en ingediend.

Bij een positieve beoordeling maken we vervolgsafspraken met deze zorgaanbieders. Daarbij gaan wij ervan uit dat alle soorten ziekenhuisverplaatste zorg binnen ons kernwerkgebied op te schalen zijn of al een omvang hebben van 10 of meer cliënten (ongeacht de verzekeraar) en dat deze het toetsingskader positief hebben doorlopen.

## 1.5 Regionale functies

Voor een doelmatige organisatie van de wijkverpleging is het zinvol om een aantal taken in een regio of wijk te concentreren bij 1 of enkele zorgaanbieders. Het gaat dan om specifieke functies waarvoor een infrastructuur nodig is of kan zijn, zoals onplanbare nachtzorg, pgb-indicatiestelling en regionale samenwerking en coördinatie. Hiervoor is niet zozeer specifieke kennis nodig als wel een zekere schaal. Voor deze zorg zet CZ groep haar beleid voort. Dit betekent dat we deze zorg bij een beperkt aantal zorgaanbieders inkopen, zodat per regio (wijk, gemeente, gebied) een duidelijk aanspreekpunt ontstaat.

Van deze zorgaanbieders verwachten wij dat ze in staat zijn om een voortrekkersrol op zich te nemen. Zij borgen de zorginfrastructuur voor de specifieke functies, zoals:

- de pgb-indicatiestelling;
- onplanbare nachtzorg;
- regionale samenwerking en coördinatie. Zorgaanbieders vervullen een voortrekkersrol als zij met andere partners de beschikbaarheid van zorg efficiënt organiseren op alle momenten en in alle situaties. Bijvoorbeeld in het kader van een herkenbaar en aanspreekbaar team in de wijk.

Zorgaanbieders waarmee we de regionale functies afspreken:

- leveren de specialistische functies zoals genoemd in bijlage 1, paragraaf 1.4 (met uitzondering van kindzorg), zodat zij in elke situatie passende zorg kunnen organiseren;
- zijn goed ingebed in de regionale structuur en kunnen de zorg dankzij hun schaalgrootte doelmatig en kwalitatief goed organiseren;
- vervullen een duidelijke netwerkrol binnen de regio;
- hebben goede afspraken met de gemeenten in de regio over samenwerking met het wijkteam.



CZ groep wil per regio bekijken welke zorgaanbieders een regionale systeemfunctie vervullen. We zetten daarbij in op de continuïteit van bestaande structuren, afspraken en ketenvorming. We nemen dit onderwerp mee in de zorginkoopgesprekken om vast te stellen of deze zaken voldoende geborgd zijn en om maatwerkafspraken te maken die een passende invulling geven aan de lokale situatie. Zo willen we toewerken naar regionaal georganiseerde zorgketens, waarbij sprake is van 1 aanspreekpunt in de wijk. Ook hiervoor zijn wij vooral actief binnen onze kernwerkgebieden.

### 1.5.1 Pgb-indicatiestelling

Bij de pgb-indicatiestelling geldt, net als bij naturazorg, dat sturen op de eigen kracht en betrokkenheid van mantelzorgers belangrijk is. Ook geldt het normenkader van de V&VN. CZ groep koopt de prestatie pgb-indicatiestelling voor 2024 in bij een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders die zich hierin transparant en toetsbaar opstellen. Dit betekent dat de zorgaanbieder jaarlijks aantoont dat de indicerende wijkverpleegkundigen voldoen aan de landelijke richtlijnen voor indiceren. Dit kan de zorgaanbieder doen door iedere indicerende hbo-opgeleide wijkverpleegkundige aan het AGB-register toe te voegen. Of de zorgaanbieder verklaart via een bestuursverklaring dat de pgb-indicatiestellingen enkel worden uitgevoerd door wijkverpleegkundigen met minimaal niveau 5 en conform het normenkader van de V&VN. CZ groep gaat hierbij uit van het beginsel *high trust, high penalty*. Een geldige indicatiestelling is immers de grondslag voor de aanspraak op wijkverpleegkundige zorg. Als (achteraf) blijkt dat een indicatiestelling niet aan de voorwaarden voldoet, kan dit gevolgen hebben voor de rechtmatigheid van de zorg die is verleend en voor het contracteren van deze prestatie in de daaropvolgende overeenkomst.

Bij voorkeur zetten we de samenwerking voort met zorgaanbieders die hier in 2023 ook een overeenkomst voor hebben. Zo willen we voor onze verzekerden een duidelijk aanspreekpunt creëren.

De verzekerde die aangeeft dat zijn voorkeur uitgaat naar een pgb als leveringsvorm, moet hiervoor een aanvraag bij ons indienen. Voor het pgb-beleid en de aanvraag van een pgb-budget verwijzen we naar het meest recente pgb-reglement op onze website.

### 1.5.2 Regionale samenwerking en coördinatie

Een goede samenwerking en coördinatie tussen de wijkverpleging en andere domeinen is belangrijk om zwaardere zorg- en hulpvragen te voorkomen of zo lang mogelijk uit te stellen. Samenwerking kan de inzet van dure vormen van zorg verminderen. Vooral bij mensen met een gezondheidsrisico zoals chronisch zieken en ouderen. Enkele zorgaanbieders, zoals herkenbare en aanspreekbare wijkverpleegkundigen, fungeren als vangnet of nemen een voortrekkersrol op zich bij het regionaal organiseren van ketens en samenwerkingsvormen. De wijkverpleegkundige is voor andere partijen het gezicht in de wijk. Zij kent de wijk, weet waar de hulpvragen vandaan komen en kan de verschillende domeinen met elkaar verbinden. Zo kunnen relaties worden opgebouwd en blijven de lijntjes met de gemeente, huisartsen en andere (zorg)partners in de wijk kort. We kijken hierbij naar de brede regionale keten voor ouderenzorg, waar wijkverpleging een belangrijk onderdeel van is (zie ook het [visiedocument Integrale ketenzorg ouderen](#)).

We gaan ervanuit dat regionale samenwerking en coördinatie van zorg ook iets oplevert. Aanvullende afspraken hierover hangen samen met de mate waarin zorg wordt geleverd op basis van lage gemiddelde kosten en met een goede kwaliteit (zie paragraaf 2.2.1) en de mate waarin partijen in voorgaande jaren hebben laten zien dat zij een betrouwbare partner zijn voor CZ groep.

### 1.5.3 Onplanbare nachtzorg

CZ groep maakt in zijn kernwerkgebieden voor iedere HAP-regio een afspraak met zorgaanbieders over een efficiënte inrichting van de onplanbare nachtzorg. Het uitgangspunt is dat zorgaanbieders 1 samenwerkingsafpraak maken over de organisatie en efficiëntie van deze zorg en dat alle aanwezige aanbieders zich aansluiten. Hiermee borgen we dat er regionaal 24/7 wijkverpleging beschikbaar is en blijft.

De volgende inhoudelijke kaders zijn van toepassing op de onplanbare nachtzorg:

- Cliënten, mantelzorgers, huisartsen en andere professionals kunnen in de nacht per regio altijd 1 vaste bereikbaarheidsfunctie bellen voor de onplanbare nachtzorg. Mochten er regio's zijn waar het werken met meerdere bereikbaarheidsfuncties effectief en efficiënt werkt, dan is dit mogelijk.

- De zorgaanbieder is telefonisch bereikbaar voor mensen met een acute wijkverpleegkundige zorg- of ondersteuningsvraag en hij beantwoordt de telefoon binnen 30 seconden tijdens de nachtelijke uren (23.00 - 7.00 uur). Daarin kan voorzien worden door de eigen nummers van de zorgaanbieders door te schakelen naar bijvoorbeeld een zorgcentrale of te werken met 1 spoednummer voor de nacht.
- De bereikbaarheidsfunctie voor de nacht voert altijd namens alle professionals en zorgaanbieders in de regio een uniforme triage uit op basis waarvan bepaald wordt of er nachtzorg nodig is.
- De zorgaanbieder beschikt over een telefonisch triageprotocol om de benodigde vervolgactie in te kunnen schatten. Om te beoordelen of het gaat om verpleegkundige zorg, geneeskundige zorg (huisarts of HAP) of acute geneeskundige zorg (SEH), wordt dit triageprotocol afgestemd met andere 24-uursvoorzieningen.
- Na de triage schakelt de bereikbaarheidsfunctie de dienstdoende professional van het team in die de onplanbare nachtzorg bij de cliënt levert.
- De bereikbaarheidsfunctie beoordeelt – op basis van de uniforme triage – hoe urgent en acuut de situatie is. Het reguliere proces van indicatiestelling is aan de wijkverpleegkundige overdag. Dit geldt voor cliënten die al in zorg zijn bij een zorgaanbieder.
- De zorgverlener is, indien nodig, binnen 30 minuten na de oproep ter plaatse, tenzij hierover met de zorgverzekeraar afwijkende afspraken zijn gemaakt (in de regio).
- De zorgaanbieders die de onplanbare nachtzorg organiseren en aanbieden, zorgen voor de fysieke veiligheid van de dienstdoende professionals.
- Het beschikbare nachtteam heeft een wisselende samenstelling van deskundigheidsniveaus, afhankelijk van de afspraken die hierover zijn gemaakt door de betrokken organisaties en professionals. De zorgaanbieder vult de beschikbaarheid in met een verpleegkundige met een opleiding op minimaal mbo-niveau 3. Indien nodig kan er binnen 30 minuten iemand met mbo-niveau 4, hbo-niveau 5 of hoger ter plaatse zijn.
- De professionals en zorgaanbieders zorgen ervoor dat de bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdienst toegang heeft tot het EPD of ECD, zodat bij de uniforme triage de medische gegevens van de cliënt betrokken kunnen worden. Er moet kritisch gekeken worden wat op welke termijn kan worden bereikt. Toegang tot de cliëntgegevens en de woning wordt in onderlinge afstemming met zorgaanbieders in de regio georganiseerd.
- Cliënten die in de nacht onplanbare nachtzorg hebben gekregen, gaan niet automatisch over naar deze zorgaanbieder. Zij hebben daarin keuzevrijheid.
- De zorgaanbieders brengen hun *fair share* (in mensen en/of middelen) in om deze zorgvorm kwalitatief goed en efficiënt (betaalbaar) te leveren. Zorgaanbieders moeten met elkaar in overleg over een oplossing voor de declaratie en legitimatie van de geleverde zorg achter de voordeur bij cliënten van andere aanbieders of bij nieuwe cliënten.

De gekozen organisatievorm sluit aan bij de ervaring van de professionals. Zij gaan met elkaar in overleg over de manier waarop deze zorg wordt geleverd en welke organisatorische en juridische vorm daarbij het beste past. Wanneer de zorgaanbieders niet tot overeenstemming komen, pakken wij onze rol en geven we de opdracht om te komen tot een afspraak.

We kopen onplanbare nachtzorg in onze kernwerkgebieden selectief in, zodat de organisatie ervan doelmatig kan plaatsvinden. Wij verwachten van de uitvoerder dat hij in zijn regio afspraken maakt met de verschillende regionale zorgaanbieders (V&V, maar ook huisartsen) over de manier waarop de onplanbare nachtzorg moet worden ingericht.

### **Bekostiging onplanbare nachtzorg**

Vanaf 1 januari 2024 gebruiken wij voor de contractering en bekostiging van de infrastructuur onplanbare nachtzorg (beschikbaarheid en bereikbaarheid) de reeds bestaande NZa-prestatie 'Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg'. Daarvoor levert de systeemaanbieder in onze kernregio vóór 1 mei 2023 een lijst van alle deelnemers en een in de regio gedragen plan mét businesscase en begroting aan. Daarin is beschreven hoe de regionale onplanbare nachtzorg is ingericht, met welke onderaannemers en wat de kosten en opbrengsten hiervan zijn.

In de regio's waar CZ groep de preferente zorgverzekeraar is, gaan wij op basis van de aangeleverde informatie in gesprek met de systeemaanbieder en maken wij afspraken op inhoud en kosten met hem in de betreffende HAP-regio (kernwerkgebied) die we contractueel vastleggen. Dit gebeurt in beginsel kostenneutraal: dat wil zeggen dat het tarief van de afnemende zorgaanbieders wordt geschoond. Voor de regio's waar wij niet de preferente zorgverzekeraar zijn, geldt dat wij uiterlijk in juni 2023 de door de preferente zorgverzekeraar goedgekeurde begroting ontvangen van de uitvoerder. Daarnaast ontvangen wij van hem de lijst van afnemers.

Ons uitgangspunt is dat wij de tarieven van alle zorgaanbieders schonen voor de onplanbare nachtzorg, en dat wij per regio met 1 uitvoerder de daarvoor bestemde NZa-prestatie afspreken. Onze bijdrage is gebaseerd op ons marktaandeel (*fair share*). In alle gevallen geldt dat iedere zorgaanbieder individueel verantwoordelijk blijft voor de levering van de zorg conform de eigen zorgplicht.