

# Zorginkoopbeleid 2025 - Wijkverpleging

---

# Inhoudsopgave

<b>Wijkverpleging</b>	<b>2</b>
Vorbehoud	2
<b>1. Visie van CZ groep op de wijkverpleging</b>	<b>3</b>
1.1 Visie op de sector	3
1.2 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave	3
<b>2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria</b>	<b>5</b>
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2025	5
2.2 Inhoudelijk beleid	6
2.3 Transformatie en samenwerking	15
2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	16
<b>3. Proces contractering 2025</b>	<b>17</b>
3.1 Bestaande zorgaanbieders	17
3.2 Zorgcoöperaties	17
3.3 Nieuwe zorgaanbieders	17
3.4 Tjdpad	18
3.5 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	19
3.6 Bereikbaarheid	19
3.7 Controle van declaraties	19
<b>Bijlage 1: Minimale en aanvullende eisen</b>	<b>20</b>
1.1 Minimumeisen voor het leveren van basiszorg	20
1.2 Inzet van onderaannemers	21
1.3 Inzet van helpenden (niveau 2) en ander zorgpersoneel	21
1.4 Aanvullende eisen voor zorgcoöperaties	22
1.5 Specialistische zorg met aanvullende eisen op de basisovereenkomst	23
1.6 Regionale functies	28

# Wijkverpleging

## Zorginkoopbeleid

### Wijkverpleging 2025

laatste update 22-4-2024

Versie	Datum publicatie	Wijziging	Pagina / hoofdstuk	Reden
1.0	28 maart 2024			
1.1	22 april 2024	De verwijzing naar de per 2022 vervallen Regeling Verslaglegging WTZi is vervangen door huidig geldende Regeling openbare jaarverantwoording WMG	Bijlage 1 (p. 20)	Onjuiste verwijzing naar een verouderde regeling

## Voorwoord

We moeten de zorg in Nederland anders inrichten zodat die toekomstbestendig blijft. Dit vraagt herinrichting en andere organisatie van het zorglandschap. Dat blijkt ook uit het Integraal Zorgakkoord (IZA). De nadruk moet komen te liggen op meer samenredzaamheid en daarmee op het voorkomen of afbuigen van de zorgbehoeften van mensen. We moeten maatregelen die tijd besparen sneller invoeren en opschalen, bijvoorbeeld door de inzet van digitale toepassingen en hulpmiddelen.

De wijkverpleegkundige levert hoogwaardige zorg aan cliënten in hun eigen vertrouwde omgeving. Ze speelt daarmee een sleutelrol in het signaleren en voorkomen van zorg door hier tijdig op in te spelen. Regionale samenwerking en gegevensuitwisseling zijn belangrijk om zorgsystemen op elkaar aan te laten sluiten en (sectoroverstijgend) passende zorg te bieden. Dit is een randvoorwaarde om de betaalbaarheid van en de toegang tot essentiële, professionele zorg te borgen. Met dit zorginkoopdocument schetsen wij de kaders en de visie van CZ groep op de wijkverpleging.

## 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 zorginkoopbeleid en/of de inkoopprocedure moet worden aangepast. Indien er een reden voor aanpassing aanwezig 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 zorginkoopbeleid 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

## 1.1 Visie op de sector

De wijkverpleging speelt een centrale rol in het zorgstelsel en bij het leveren van hoogwaardige zorg aan cliënten in hun eigen vertrouwde omgeving. Landelijk zijn er uitdagingen op het gebied van vergrijzing, complexe zorgvragen, arbeidsmarktkrapte en een toenemende druk op de zorgkosten. Ook maatschappelijke veranderingen spelen een rol, zoals toenemende armoede en een verharding van de maatschappij, wat zich onder meer uit in meer agressie vanuit cliënten en hun familieleden. Dit vraagt om andere vaardigheden en competenties van wijkverpleegkundigen. Al deze factoren zetten de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg onder druk. Om deze uitdagingen het hoofd te bieden, is een transformatie van de zorg noodzakelijk.

Wij zijn ervan overtuigd dat het stimuleren van samenredzaamheid bij cliënten en hun netwerk essentieel is om duurzame zorg te leveren. Door te focussen op een sterkere eigen regie en samenredzaamheid kunnen cliënten langer zelfstandig thuis blijven wonen en blijft hun zorgbehoefte beperkt. Hierbij is het van belang dat het netwerk van de cliënt (zoals de mantelzorgers) actief betrokken wordt bij de zorgverlening. Digitale zorg, hulpmiddelen en preventieve maatregelen spelen hierbij een belangrijke rol. Dit alles is nodig om de schaarse professionele capaciteit zo optimaal mogelijk in te zetten om de toegankelijkheid en betaalbaarheid te kunnen borgen. Met vroegsignalering en Advance Care Planning (ACP) kan de zorgbehoefte worden teruggedrongen en kan de kwaliteit van leven verbeteren.

Wanneer iemand echt zorg nodig heeft, is het belangrijk dat diegene op het juiste moment bij de juiste zorgverlener terecht kan, dat gegevens gemakkelijk digitaal worden gedeeld tussen verschillende zorgverleners en dat de zorg zo effectief en efficiënt mogelijk wordt aangeboden. Dit vereist een samenwerking tussen zorgverleners over sectoren en domeinen heen, zoals ook onderschreven wordt in de recent gepubliceerde landelijke visie *eerstelijnszorg 2030*.

## 1.2 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave

De komende jaren richten we ons vooral op het toegankelijk en betaalbaar houden van de wijkverpleging voor wie dat nodig heeft. Daarmee sluiten we aan bij de afspraken en de transformatieagenda in het IZA en bij de prioriteiten uit de ZN-strategie passende zorg. We geven de volgende thema's en ontwikkelingen prioriteit:

- **Sociale netwerk, digitale zorg, hulpmiddelen**  
Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij zich inzetten om de samenredzaamheid van cliënten te behouden en/of te vergroten. Dit betekent dat zij enkel professionele zorg leveren wanneer dit vanwege de zorgvraag noodzakelijk is en wanneer de inzet van (digitale) hulpmiddelen en/of het eigen netwerk niet mogelijk of niet afdoende is om professionele zorg te voorkomen. De implementatie en opschaling van zulke arbeidsbesparende maatregelen is hierbij een randvoorwaarde. Zo kan passende zorg worden geboden en is de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de wijkverpleging geborgd, nu en de toekomst.
- **Preventie en herinrichting van zorg**  
De wijkverpleging speelt een belangrijke rol bij de signalering van mogelijk onnodige (of onnodig grote) zorgvragen en het voorkomen daarvan. Ook verschuift er steeds meer zorg van de tweede naar de eerste lijn. We verwachten van zorgaanbieders dat zij met elkaar voortdurend kritisch kijken naar het doel, de wijze waarop, de locatie en het moment waarop de zorg geleverd wordt, zodat de toegang tot passende, essentiële zorg geborgd blijft, ondanks de toenemende uitdagingen. Dit vereist nauwe regionale samenwerking en afstemming tussen de zorgverleners.
- **Versnippering**  
Het aantal zorgaanbieders dat gelijktijdig zorg aan een cliënt levert én het aantal zorgaanbieders dat zorg in hetzelfde postcodegebied levert, neemt toe. We begrijpen dat enige versnippering niet te voorkomen is, bijvoorbeeld door arbeidsmarktkrapte of de noodzaak tot (aanvullende) specialistische wijkverpleegkundige zorg en/of expertise. Onnodige versnippering draagt echter niet bij aan het toegankelijk en betaalbaar houden

van de zorg. We nemen in onze kernwerkgebieden de regie om hier kritisch naar te kijken en onnodige versnippering van de markt tegen te gaan, zodat schaarse capaciteit optimaal wordt benut en passende zorg wordt geboden.

- **Bekostigingsmodel**

De komende jaren wordt er gefaseerd een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging ingevoerd op basis van cliëntprofielen<sup>[7]</sup>. Deze cliëntprofielen vervangen per 2025 de huidige prestatiecodes. Dit betekent dat per 1 januari 2025 het registreren en declareren van cliëntprofielen verplicht is. Voor alle partijen is dit een grote wijziging. Ook voor medische kindzorg thuis worden aparte cliëntprofielen ontwikkeld. Als dit leidt tot andere wet- en regelgeving, dan houden wij er rekening mee in de inkoop.

- **Kwaliteitskader/-kompas**

De afgelopen periode hebben we met de betrokken partijen gewerkt aan het generiek kwaliteitskompas '*Samen werken aan kwaliteit van bestaan*' voor de ouderenzorg. Dit kwaliteitskompas zal, wanneer het door het Zorginstituut is ingeschreven in het kwaliteitsregister, het huidige kwaliteitskader wijkverpleging vervangen. CZ groep volgt deze discussie nauwlettend en past waar nodig zijn zorginkoopbeleid en/of de inkoopprocedure aan. Hierover informeren we u dan zo spoedig mogelijk.

---

## 2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

### 2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2025

De toegankelijkheid van wijkverpleegkundige zorg staat onder druk. Steeds vaker is er sprake van arbeidsmarktkrapte, een groeiend aantal (complexe) cliënten en versnippering. Het is belangrijk dat zorgaanbieders zich blijven ontwikkelen en regionaal samenwerken, zodat we de toegankelijkheid van de zorg behouden en vergroten. Het is essentieel dat we arbeidsbesparende en productiviteitsverhogende maatregelen en innovaties implementeren en opschalen, zoals de inzet van digitale zorg en hulpmiddelen.

#### 2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2025

- Om de zorgtransformatie te versnellen en te faciliteren, breiden we de digitale technologieën uit die standaard in de overeenkomst wijkverpleging zijn opgenomen voor vergoeding. De voorwaarden die hierop van toepassing zijn, delen we met u in het productievoorstel 2025.
- We volgen net als in 2024 de landelijke afspraken voor de inkoop van de infrastructuur onplanbare nachtzorg op basis van ons marktaandeel, zodat de organisatie ervan doelmatig kan plaatsvinden. Daarbij lichten we toe welke uitgangspunten we hanteren voor de inkoop 2025 en wat we verwachten van deze zorgaanbieders op het gebied van de regionale zorgcoördinatievoorziening.
- We scherpen de vergoedingsvoorwaarden voor aanvullende contractering aan en pakken daarin onze rol om te sturen op de inzet van passende, doelmatige zorg en het invullen van onze zorgplicht.
- Het Zorginstituut heeft vastgelegd welk deel van het casemanagement dementie onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt. Toch merken we dat daar verschillende opvattingen over zijn. Daarom hebben we met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hierop een nadere toelichting gegeven.
- We hebben de bevindingen uit het HOPEVOL-onderzoek en de nadere duiding van het Zorginstituut op de verschillende hospicevormen aandachtig bekeken. Op basis daarvan hebben we besloten om vanaf 2025 enkel nog de bijna-thuis-huizen (BTH) te vergoeden via de aanspraak wijkverpleging. Daarbij hanteren wij een dagtarief. Alle andere vormen van hospicezorg worden, voor zover dit nog niet is gebeurd, overgeheveld naar het [eerstelijnsverblijf \(ELV\)](#).

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

- Vanaf 2025 registreert en declareert elke zorgaanbieder conform de landelijke afspraken over het draagkracht-draaglastmodel en de bijbehorende cliëntprofielen. Om met deze overgang inzicht te behouden en variatie in contracten te minimaliseren, sluiten wij met alle zorgaanbieders voor 2025 een overeenkomst op basis van 5-minutenregistratie en -declaratie.
- De zorgmarkt voor wijkverpleging versnipperd. Deze versnippering bemoeilijkt de samenwerking en mogelijkheid om herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging te bieden. Dit draagt niet bij aan passende, toegankelijke en toekomstbestendige zorg. Daarom stellen we in onze kernwerkgebieden voorwaarden aan het minimum aantal CZ-cliënten dat gemiddeld per 4-cijferig postcodegebied in zorg is. Deze voorwaarden gelden vanaf 2025 voor nieuwe zorgaanbieders en vanaf 2026 voor bestaande zorgaanbieders. Deze worden gefaseerd verder aangescherpt.

- Het organiseren van wijkverpleging is door de groeiende vraag in combinatie met de arbeidsmarktkrapte een steeds grotere opgave. Veel zorgaanbieders zetten daarom een andere deskundigheidsmix in, waaronder helpenden, stagiaires of leerlingen. Wij zien het nut en de noodzaak van de inzet van dit personeel, maar willen borgen dat dit op een veilige en verantwoorde manier gebeurt. Daarom stellen we hier als zorgverzekeraars landelijk voorwaarden voor. Deze zijn opgenomen in bijlage 1.3.

## 2.2 Inhoudelijk beleid

In onze kernwerkgebieden pakken we een actieve rol bij het realiseren van onze beleidsspeerpunten en het oppakken van belangrijke thema's voor de regionale transformatie. Daar nemen we de regie, waarbij we met zorgaanbieders samenwerken om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de (acute) zorg te optimaliseren en de zorg toekomstbestendig te maken. We stimuleren de inzet van passende zorg, de herinrichting van zorg om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden en het gebruik van arbeidsbesparende maatregelen om de zelfredzaamheid te vergroten en professionele zorg in te zetten waar nodig. Ook proberen we verdere versnippering van het aanbod tegen te gaan.



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>[7]</sup> de zorg, samen met de huisarts, zo veel mogelijk zelf kan oppakken. Ruim 90% van de zorg die de wijkverpleging levert, past binnen deze generalistische aanpak en is onderdeel van de reguliere zorgverlening. 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. Wij kopen specialistische zorg daarom in bij een beperkt aantal zorgaanbieders met een regionale functie. De minimale eisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst wijkverpleging en de aanvullende eisen voor specialistische zorg vindt u in bijlage 1.





## 2.2.1 Kwaliteit van zorg

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 verzekerden van CZ groep 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 productieafsprake krijgen van meer dan € 100.000. Zorgaanbieders met een lagere productieafsprake voor 2024 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 prijsafsprake.

CZ groep vindt ook de toegankelijkheid binnen de wijkverpleging belangrijk. Op dit moment zijn er alleen nog indicatoren beschikbaar voor de kosten en de 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 beoordeling van de IZA-plannen.

We willen graag inzicht krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Omdat directe uitkomsten in de wijkverpleging (nog) niet of nauwelijks worden gemeten, vragen we daarom naar zaken die de uitkomsten naar onze mening positief beïnvloeden, zoals het percentage professionals dat is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen & Verzorgenden, het aantal hbo-bachelor opgeleide verpleegkundigen (niveau 6) of hoger op de totale cliëntenpopulatie wijkverpleging en de cliënttevredenheid.

### **Aanlevering**

Alle zorgaanbieders krijgen tussen 2 en 31 mei 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 de aangeleverde data na 31 mei ook niet meer wijzigen. Het niet (tijdig) aanleveren van de kwaliteitsinformatie leidt automatisch tot een C-score in ons waardemodel. Het is dus van belang dat u de informatie tijdig en juist aanlevert.

### 2.2.1.1 Kwaliteit van zorg – spiegelinformatie zorgaanbieders met maandbesteding

Zorgaanbieders met wie we een experiment voor maandbesteding zijn gestart, kunnen we vooralsnog niet op de reguliere manier vergelijken met andere zorgaanbieders in ons waardemodel. Toch willen we ook bij hen inzetten op een hoge kwaliteit én kostenbeheersing. Daarom voeren we ook voor deze groep 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 zorgaanbieders dat zij 2 keer per jaar (vóór 1 april en vóór 1 oktober) de monitor aanleveren via [inkoopvvt.zvw@cz.nl](mailto:inkoopvvt.zvw@cz.nl). Ook leveren zij tussen 2 en 31 mei de kwaliteitsinformatie digitaal aan via de uitvraagmodule van VECOZO. Aanvullend maken we met deze zorgaanbieders voor 2025 maatwerkafspraken onder voorwaarden. Zie hiervoor paragraaf 2.2.4.1.

## 2.2.2 Toegankelijkheid van zorg

Als ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen, dan kan dat bijdragen aan hun kwaliteit van leven én de druk op de zorg verlagen. CZ groep steunt deze denkwijze van harte en benadrukt die ook in zijn zorginkoopbeleid. Ook wij denken dat dit bijdraagt aan patiëntgerichte zorgverlening. Wel vinden wij het belangrijk dat de zorgverlening thuis verantwoord is. In kwaliteit (thuis is veilig en goed), in kosten (thuis is niet véél duurder) én in toegankelijkheid (individuele zorgverlening kost niet veel meer zorgverleners). Dat stelt onder meer eisen aan de zorg die naar huis wordt verplaatst. Het is daarom belangrijk dat partijen afspraken maken over situaties waarin zorg die naar huis is verplaatst toch beter *niet* (meer) thuis kan worden verleend. We hebben 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 is vaak een samenspel van regionale factoren. Is de doorstroming bijvoorbeeld op orde? Worden er wel genoeg nieuwe zorgverleners opgeleid en stages aangeboden? Het IZA kijkt 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 de zorg wordt verleend. Denk daarbij aan arbeidsbesparende maatregelen, zoals een oogdruppelbril en digitale technologieën. Wij verwachten van onze contractpartners dat zij bijdragen aan 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.

### 2.2.2.1 Versnippering

De afgelopen jaren zien we op regionaal niveau steeds meer versnippering van het zorgaanbod ontstaan. Ook voor de wijkverpleging zien wij een toename van het aantal zorgaanbieders dat gelijktijdig zorg aan een cliënt levert en het aantal zorgaanbieders dat zorg levert in een wijk. Deze versnippering bemoeilijkt de samenwerking en het kunnen bieden van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Daarmee leidt het tot een suboptimale zorginzet en belemmert het de transformatie naar passende, toegankelijke en toekomstbestendige wijkverpleegkundige zorg. Om deze versnippering conform de IZA-transformatieagenda tegen te gaan, gaan we in onze kernwerkgebieden<sup>[1]</sup> voorwaarden stellen aan het minimum aantal CZ-cliënten dat gemiddeld per 4-cijferig postcodegebied in zorg is. Omdat wij begrijpen dat zorgaanbieders tijd nodig hebben om hun bedrijfsmodel hierop aan te passen, werken we via een ingroeimodel dat voor bestaande zorgaanbieders vanaf 2026 van toepassing wordt. Dat ziet er als volgt uit:

Jaar	Bestaande zorgaanbieders kernwerkgebied	Nieuwe zorgaanbieders kernwerkgebied
2025	Geen inkoopvoorwaarde	Per 4-cijferig postcodegebied levert de zorgaanbieder gemiddeld aan ten minste 2 CZ-cliënten zorg
2026	Per 4-cijferig postcodegebied levert de zorgaanbieder gemiddeld aan ten minste 2 CZ-cliënten zorg	Per 4-cijferig postcodegebied levert de zorgaanbieder gemiddeld aan ten minste 3 CZ-cliënten zorg
2027	Per 4-cijferig postcodegebied levert de zorgaanbieder gemiddeld aan ten minste 3 CZ-cliënten zorg	Per 4-cijferig postcodegebied levert de zorgaanbieder gemiddeld aan ten minste 3 CZ-cliënten zorg

We berekenen deze verhouding door het aantal cliënten te delen door het aantal 4-cijferige postcodegebieden. *Een rekenvoorbeeld: u heeft binnen één 4-cijferig postcodegebied 4 CZ-cliënten in zorg, binnen een ander postcodegebied 1 CZ-cliënt en binnen een derde postcodegebied 2 CZ-cliënten. Dan heeft u in totaal 7 cliënten in zorg, verdeeld over 3 postcodegebieden. Daarmee levert u gemiddeld aan  $7 \div 3 = 2,33$  cliënten per postcodegebied zorg en voldoet u als nieuwe zorgaanbieder in ons kernwerkgebied aan de voorwaarden voor een overeenkomst 2025. Ook een bestaande zorgaanbieder voldoet hiermee aan de voorwaarden voor een overeenkomst voor 2026.*

Een bestaande zorgaanbieder die in 2026 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 verstrekken als we op een andere manier onze zorgplicht niet kunnen vervullen. De enige uitzondering op deze voorwaarde betreft (medische) kindzorg.

### 2.2.2.2 Zorgplicht

Als zorgverzekeraar hebben wij een zorgplicht: we moeten zorgen voor tijdige, kwalitatief goede 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 de inzet van hulpmiddelen. De zorgaanbieder spreidt het overeengekomen omzetvolume zo gelijkmatig mogelijk over het jaar. Daarbij houdt de zorgaanbieder rekening met seizoensinvloeden en de continuïteit van zorg.

Een verzekerde die al zorg ontvangt, 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.

### 2.2.2.3 Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie ondersteunt patiënten en zorgverleners om passende zorg te vinden bij een acute zorgvraag. Dit kan bijvoorbeeld gaan om de inzet van de huisartsenpost, ambulancezorg of ongeplande nachtzorg. Ook kan zorgcoördinatie helpen om de urgentie van de (acute) zorgvraag af te schalen (triage) en om vervolgzorg voor een patiënt te vinden, zoals een bed voor eerstelijnsverblijf. Zorgcoördinatie kan bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in Nederland door deze regionaal en in samenwerking met meerdere zorgaanbieders te organiseren. Voor patiënten blijft de toegang tot acute zorg overzichtelijk, want de zorgcoördinatie komt samen in 1 (virtueel) loket.

In het IZA is afgesproken om te streven naar een landelijk dekkende inkoop van zorgcoördinatie vanaf 1 januari 2025. Landelijke partijen werken hiervoor samen aan een implementatieplan. We verwachten dat u hier als zorgaanbieder aan meewerkt. Het ROAZ voert de regionale uitwerking van de zorgcoördinatie uit. Zorgverzekeraars volgen deze ontwikkelingen en publiceren waar nodig aanvullend beleid.

#### *Onplanbare nachtzorg en zorgcoördinatievoorzieningen*

Onplanbare nachtzorg heeft veel raakvlakken met zorgcoördinatie en overlapt deels in de organisatie ervan. Daarom is het belangrijk dat zorgaanbieders die onplanbare nachtzorg organiseren, goed afstemmen met de regionale zorgcoördinatievoorziening. We streven ernaar dat vanaf 2026 iedere regionale zorgcoördinatievoorziening de regionaal georganiseerde onplanbare nachtzorg weet te vinden voor zorgvragen 's nachts, en werkafspraken heeft gemaakt over hoe op andere tijdstippen wijkverpleging kan worden ingezet.

### 2.2.3 Digitale zorg

We hebben onze visie en ambities op het gebied van digitale zorg verder uitgewerkt op onze website. Daarnaast vindt u in de Gezamenlijke ambities zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2025 de afspraken die we op ZN-niveau hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen. Gezamenlijk onderzoeken we welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale zorg en we werken toe naar het hybride maken van deze zorgpaden en zorgprocessen. Daarbij streven we naar een toename van het aantal cliënten dat via deze weg zorg ontvangt.

---

Ook in 2025 nemen we de prestatiecode 1062 Thuiszorgtechnologie standaard op in onze overeenkomsten om zorgaanbieders tegemoet te komen in de materiële kosten die zij maken voor de digitale zorg die is geïndiceerd onder de aanspraak wijkverpleging. Specifiek contracteren wij in 2025 de inzet van een medicijn dispenser, beeldzorg, een dagstructuurrobot en een integraal pakket digitale zorg via de basisovereenkomst. Hiervoor vragen we zorgaanbieders om bij het aanleveren van de kwaliteitsinformatie<sup>[1]</sup> aan te geven welke verpleegkundige interventies digitaal geleverd gaan worden, welke technologie deze digitale zorg ondersteunt en bij welk deel van het potentieel aantal cliënten digitale zorg wordt ingezet.

We kunnen onze contractvoorwaarden uitbreiden als gedurende het jaar andere of nieuwe toepassingen de waardebeoordeling van het *platform Transformatie naar digitale en hybride zorg en ondersteuning*<sup>[1]</sup> positief hebben doorlopen of worden opgenomen in het *programma Passende zorgpraktijken*<sup>[2]</sup> van het Zorginstituut. Wij informeren u hier dan over. We willen met deze uitbreiding van de voorwaarden iedere zorgaanbieder in staat stellen om digitale zorg waar dat mogelijk en passend is in te zetten en op te schalen, om zo de efficiënte inzet van schaarse capaciteit te bevorderen.

Daarbij verwachten we dat de inzet van technologie schaalbaar is en dat op individueel cliëntniveau aangetoond kan worden dat de inzet hiervan (kosten)efficiënt is. Wanneer hier sprake van is, mag u hiervoor maandelijks per cliënt de werkelijke kosten exclusief btw (voor het abonnement en de aan- en afsluitkosten) declareren tot een maximumbedrag. De voorwaarden die hierop van toepassing zijn, delen wij met u in het productievoorstel voor 2025. Voor het aanvragen van vergoedingen voor overige digitale zorg, kunt u het landelijke aanvraagformulier downloaden op onze website: [Inkoop thuiszorgtechnologie - Wijkverpleging - CZ](#). Dit ingevulde formulier kunt u retourneren naar [inkoopvvt.zvw@cz.nl](mailto:inkoopvvt.zvw@cz.nl). Wij streven ernaar om deze aanvraag binnen 10 werkdagen in behandeling te nemen.

## 2.2.4 Kosten van zorg

In ons waardemodel scoren wij zorgaanbieders op het gebied van kosteneffectiviteit. Daarbij kijken we naar het landelijk CZ-gemiddelde van de zorgaanbieders die wij voor wijkverpleging hebben gecontracteerd. Voor 2025 baseren we ons op de goedgekeurde declaraties over 2023 voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Daarbij brengen wij, gecorrigeerd voor de factoren leeftijd, geslacht en sociaal-economische status (SES), de gemiddelde kosten per cliënt per doelgroep, uitschieters en opnameratio in beeld.

Net als in voorgaande jaren worden zorgaanbieders op basis van de som van de score voor kwaliteit en kosten 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 en hoe wij een verzoek tot aanvullend budget beoordelen.

### **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 productierealisatie in het voorgaande jaar;
- de score van de zorgaanbieder in ons waardemodel (zie paragraaf 2.2.1 en 2.2.4);
- 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 hulpmiddelen inzet en dat de zorg zo veel mogelijk digitaal plaatsvindt. 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.

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

### 2.2.4.1 Maatwerkafspraken met maandbekostiging

De afgelopen jaren zijn we met een aantal zorgaanbieders een maatwerkcontract met maandbekostiging overeengekomen. Door de variatie in deze contracten hebben wij echter onvoldoende inzicht in de effectiviteit hiervan op het gebied van kwaliteit, kosten en toegankelijkheid. Om dit inzicht wel te verkrijgen en meer uniformiteit te creëren, mede gezien de nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen, verwachten we van deze zorgaanbieders dat ook zij vanaf 2025 op basis van 5-minutenregistratie declareren, in combinatie met een vastgestelde doelmatigheid en een shared-savingsafpraak. De betreffende zorgaanbieders ontvangen hierover aanvullende informatie in het tweede kwartaal van 2024. Voor 2025 worden deze afspraken alleen gemaakt met zorgaanbieders met wie we in 2024 een maatwerkcontract met maandbekostiging overeen zijn gekomen.

### 2.2.4.2 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 verwacht dat zijn omzetplafond door bijzondere en/of onvoorziene omstandigheden toch ontoereikend is, kan hij in september 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 ten minste 80% van het omzetbudget voor 2025 is bereikt en de verwachting is dat het omzetbudget ontoereikend is.
- De zorgaanbieder moet aantonen dat er sprake is van een toename in cliënten. Ook moet hij aantonen of er sprake is van verplaatsing van cliënten in de regio.
- De zorgaanbieder scoort bij voorkeur een stabiele <sup>[7]</sup> A-status in het waardemodel.
- Zorgaanbieders met een waardemodelscore B en minder dan 5 punten op het kostenonderdeel én zorgaanbieders met waardemodelscore C komen niet voor ophoging in aanmerking.

#### **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 (zie vorige paragraaf).
- Er is in de regio sprake van een probleem met de zorgplicht. 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 aandoeningen niet (meer) bemiddeld worden naar ander geschikt zorgaanbod.
- De doelmatigheid binnen het omzetmaximum in 2025 neemt niet af ten opzichte van voorgaande jaren.

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. Daarbij geldt voor zorgaanbieders met een reguliere overeenkomst een maximale vergoeding op het gehonoreerde aanvullende budget op basis van de doelmatigheid van de zorgaanbieder (zie de tabel hieronder). Als tussentijdse veranderingen in de doelmatigheid en/of onze zorgplicht daar aanleiding toe geven, kunnen we afwijkende afspraken maken. De zorg die de zorgaanbieder levert tussen het moment dat hij de extra productieruimte aanvraagt en dat hij uitsluitel krijgt, komt alleen voor vergoeding in aanmerking als het productieplafond bij de zorgaanbieder op dat moment nog niet overschreden is.

Doelmatigheid	Maximale vergoeding op gehonoreerd aanvullend budget
Waardemodelscore A in 2024 én 2025 óf een plafondvrije afspraak	100%
Waardemodelscore A in 2025	90%
Waardemodelscore B in 2025 én $\geq 5$ punten op kostenonderdeel	85%
Geen waardemodel	90%

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

Als de zorgaanbieder zich genoodzaakt voelt om een zorgstop voor nieuwe cliënten in te voeren, verwachten wij dat hij dit plan vooraf communiceert met CZ Zorginkoop en de cliënten doorverwijst naar het CZ Zorgteam. Zij kunnen hen doorbemiddelen naar een andere zorgaanbieder. Voor cliënten die al zorg ontvangen, heeft de zorgaanbieder ook ná het bereiken van het omzetplafond een zorgplicht. Zo is er voor verzekerden altijd een passend aanbod beschikbaar.

## 2.2.5 Duurzaamheid

### *Verduurzamen van de zorgsector*

De zorgsector is verantwoordelijk voor 7% van de CO<sub>2</sub>-uitstoot, 13% van het grondstofverbruik en 4% van het afval in Nederland (RIVM, 2022). 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 (Zvw- en Wlz-breed). Daarom zetten we samen met zorgaanbieders in op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector en monitoring daarvan.

We doen dit op basis van de afspraken die in Nederland gemaakt zijn in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0). De GDDZ 3.0 is op 4 november 2022 door zorgbranches<sup>[2]</sup>, kennisinstututen, ministeries, de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland getekend. De kaders van de Green Deal zijn het Rijksbrede beleid en (internationale) wetgeving, waaronder 55% CO<sub>2</sub>-reductie in 2030, 50% minder gebruik van primaire abiotische grondstoffen in 2030 en de Ketenaanpak Medicijnresten uit Water. Meer informatie hierover is te vinden in de GDDZ 3.0.<sup>[3]</sup>

Om samen met zorgaanbieders in te zetten op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector, verwachten we van zorgaanbieders dat zij:

- zich committeren aan de doelen van de GDDZ 3.0 die op 4 november 2022 tussen zorgpartijen is overeengekomen voor de periode tot en met 2026. Wij bedoelen met commitment dat de zich committerende zorgaanbieder zich in beleid en handelen aantoonbaar en uitlegbaar richt op het realiseren van de doelstellingen van de GDDZ3.0;
- duurzaamheid verankeren in hun strategie. Van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in geval zij verplicht zijn een jaarverslag te maken maar niet CSRD-plichtig zijn, in het jaarverslag ook rapporteren over de duurzaamheidsprestaties van hun organisatie (voor zo ver beschikbaar) en hoe die zich verhouden tot doelen en ambities van de organisatie;

- conform GDDZ3.0 (art. 4.2.e.) een mobiliteitsplan hebben opgesteld gericht op het terugdringen van de CO<sub>2</sub>-emissie t.g.v. vervoersbewegingen van medewerkers (alleen zorgaanbieders met meer dan 100 fte).<sup>[4]</sup>

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector. Zie de [website van ZN](#) voor Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars daartoe hebben verzameld.

We verwachten van zorgaanbieders wijkverpleging dat ze zich committeren aan de acties uit het uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van Actiz. Zorgverzekeraars gaan met de grote zorgaanbieders binnen de wijkverpleging<sup>[7]</sup> in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij richten we ons, na afstemming met Actiz, op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit het uitvoeringsplan van de branche<sup>[2]</sup> :

- terugdringen van de CO<sub>2</sub>-uitstoot van reisbewegingen, gericht op de doelstelling van 55% reductie in 2030 ten opzichte van 2018;
- inzet op het terugdringen van het verspillen van medicatie, ook door patiënten en cliënten hiervan bewust te maken;
- inzet op het terugdringen van het verspillen van incontinentiemateriaal en 5% minder gebruik van incontinentiemateriaal in 2026 ten opzichte van 2018, ook door patiënten en cliënten hiervan bewust te maken;
- inzet op kennisbevordering over het sorteren van afval en 25% minder ongesorteerd restafval in 2026 ten opzichte van 2018;
- aandacht voor preventie en bewustwording, zodat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen (bijvoorbeeld door de inzet van e-health).

Waar mogelijk ondersteunen we zorgaanbieders met kennis en tools, zoals voorbeelden van groene initiatieven die bij enkele aanbieders van wijkverpleging geïmplementeerd zijn, die bewezen impact hebben op duurzaamheid en die kostenbesparend of kostenneutraal zijn. Ondersteuning bij de verduurzaming van de organisatie is onder meer te vinden in de 'Toolkit duurzaamheid' en de 'Factsheet duurzaam vervoersbeleid' van Actiz.

## 2.2.6 Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2025 met CZ groep komt de zorgaanbieder:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt;
- waarbij een integriteitsonderzoek beletselen oplevert.



---

## 2.3 Transformatie en samenwerking

### 2.3.1 Visie op regionale samenwerking

Om de uitdagingen binnen de zorg het hoofd te kunnen bieden, is een transformatie van de zorg noodzakelijk. Veel transformaties vinden plaats in instellingen en die kunnen we met inkoopafspraken faciliteren. Toch kunnen we niet *alle* problemen op dat niveau aanpakken. Daarom zetten wij in op regionale samenwerking om de benodigde transformaties optimaal in gang te zetten. Wij hebben daar een verbindende rol in, die al meer dan 10 jaar geleden begon in Limburg en Zeeland.

De regioplannen die we in 2023 hebben opgesteld, bevestigen dat samenwerking nodig is om de grote uitdagingen op te lossen. Deze uitdagingen overstijgen op veel punten de individuele instellingen en sectoren.

We vormen nog altijd regionale samenwerkingsverbanden en coalities met zorgpartijen, gemeenten en andere relevante partners om de vraagstukken met prioriteit aan te pakken. Denk aan de arbeidsmarkt, de brede inzet van passende zorg en digitalisering. Dankzij deze samenwerkingsverbanden kunnen we gezamenlijk de verandering inzetten die bijdraagt aan de maatschappelijke opdracht. Dit vergt wederzijds commitment voor de strategie in de regio (wat gaan we doen?), de uitvoering van de plannen (hoe gaan we dat doen?) en de randvoorwaarden om dit te kunnen doen (wat hebben we nodig om dit te doen en te borgen?). Dit zijn de uitgangspunten van ons duurzaam transformatiemodel.

Deze transformatie kunnen we niet alleen binnen de Zvw bereiken. Hoewel we er niet direct verantwoordelijk voor zijn, hebben we de Wlz, het sociaal domein, gemeenten, maatschappelijke organisaties en bovenal de inwoners van de regio's keihard nodig om deze transformatie voor elkaar te krijgen. Voor veel veranderingen hebben we deze partijen direct nodig, maar ook indirect zal het iedereen raken. Juist daarom vinden we dat alle partijen aan moeten haken bij de regionale aanpak.

Met alle regio's waar we als CZ groep actief zijn, hebben we in 2023 regiobeelden en regioplannen gemaakt.

### 2.3.2 Integraal Zorgakkoord en transformatiemiddelen

Het is een enorme uitdaging om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De urgentie is hoog en er zijn fundamentele transformaties nodig. Om invulling te kunnen geven aan deze opgave, hebben zorgpartijen eind 2022 het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten. Daarin zijn afspraken gemaakt die fundamenteel moeten bijdragen aan de opgave.

In totaal is er € 2,8 miljard beschikbaar voor transformaties in de regio. In 2023 zijn in elke regio regiobeelden en regioplannen opgesteld. Die laten een gezamenlijk beeld zien van de prioritaire opgaven in de regio. Daarbij staat ook wie deze prioritaire opgaven oppakt en op welke manier. Samenwerkende partijen kunnen nog steeds plannen indienen die een substantiële bijdrage leveren aan deze uitdaging: hoe kunnen we met een gelijkblijvende inzet van zorgverleners en binnen de financiële kaders antwoord geven op de groeiende zorgvraag?

Deze plannen kunnen worden ingediend bij de coördinerend zorgverzekeraar in de regio (CZ is dat voor de regio's Zeeland, Zuid-Hollandse Eilanden, Zuidoost Brabant, West-Brabant, Haaglanden en Zuid-Limburg) en worden beoordeeld op basis van een landelijk beoordelingskader.

### 2.3.3 Transformatie en samenwerking op de wijkverpleging

We spannen ons in voor een nauwe samenwerking met het sociaal domein, de Wlz en de tweedelijnszorg in onze kernwerkgebieden. We hebben korte lijntjes met regionale netwerken en samenwerkingsverbanden die (in)direct de wijkverpleging raken. Met onze belangrijkste partners voeren we strategische overleggen om gezamenlijk een strategie te bepalen en de juiste randvoorwaarden te creëren om de zorgtransformatie te faciliteren.



### 2.3.4 Transformatie en gelijkgerichtheid in contractering

Zodra er in het kader van transformatieplannen afspraken worden gemaakt over gelijkgerichtheid, vragen wij u om deze informatie tijdig met ons te delen en aan te geven wat u hierin van ons verwacht. In de regio's waar wij de coördinerende zorgverzekeraar zijn voor transformatieplannen, nemen wij hier een voortrekkersrol in, in afstemming met de regionale stakeholders.

## 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 en de betrokkenheid van patiënten(organisaties), ervaringsdeskundigen en onze Ledenraad. Op basis van hun inbreng vormen en toetsen wij ons 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](#).

---

## 3. Proces contractering 2025

Alle zorgaanbieders moeten voldoen aan de minimumeisen om basiszorg te leveren (zie bijlage 1.1).

### 3.1 Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2024 een overeenkomst wijkverpleging hebben met CZ groep en die op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. Hun bieden wij voor 2025 een eenjarige overeenkomst aan, tenzij anders overeengekomen. Meer informatie hierover vindt u in de aanbiedingsbrief bij de productievoorstellen voor 2025.

Wij gaan ervan uit dat een zorgaanbieder werkt volgens het generalistenmodel. Dat 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. De enige uitzondering hierop betreft kindzorg.

### 3.2 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 de voorwaarden op het vlak van kwaliteit en kosten. Onder een zorgcoöperatie verstaan wij zzp'ers en/of leden 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 (de 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 waar wij zorgcoöperaties op toetsen (zie bijlage 1.4). 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.

### 3.3 Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in het voorgaande jaar nog geen zorgovereenkomst met CZ groep hadden. We staan open voor inschrijvingen van innovatieve, nieuwe zorgaanbieders die 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. Wij willen bij het contracteren van nieuwe zorgaanbieders voorkomen dat de zorg verder versnipperd raakt.

Nieuwe zorgaanbieders zijn doorgaans niet bij ons bekend. Daarom maken we afspraken over de 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.

Dit zijn onze uitgangspunten voor het contracteren van nieuwe zorgaanbieders:

- Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich tussen 1 december 2024 en 28 februari 2025 inschrijven voor een overeenkomst wijkverpleging 2025. 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 of een zorgaanbod dat vernieuwend en onderscheidend is ten opzichte van het bestaande zorgaanbod in de regio.
- 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 in de inschrijving 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. De enige uitzondering hierop betreft kindzorg.
- Als de nieuwe zorgaanbieder zorg levert in een van de kernwerkgebieden van CZ groep, kan hij aantonen dat hij gemiddeld aan ten minste 2 CZ-cliënten per 4-cijferig postcodegebied zorg levert.
- De nieuwe zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden die worden gesteld aan bestaande zorgaanbieders (zie bijlage 1.1).

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

### 3.4 Tijdenpad

Activiteiten	Planning
Publiceren van het zorginkoopbeleid 2025	Uiterlijk 1 april 2024
Invullen van de uitvraagmodule kwaliteitsinformatie in VECOZO voor waardegedreven zorginkoop (zie paragraaf 2.2.1)	2-31 mei 2024
De zorgaanbieder deelt zijn strategische beleid met de zorgverzekeraar of verwijst naar de plek waar deze informatie te vinden is	Uiterlijk 1 juni 2024
Bekendmaking productievoorstellen. Na ontvangst van het productievoorstel kunt u daarop reageren	Medio juli 2024
Contracteren	Medio juli tot en met 31 oktober 2024
Aanbieden van de overeenkomsten	Uiterlijk 20 september 2024
Uiterste tekentermijn van de overeenkomsten en afsluiting van de contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af	Uiterlijk 1 november 2024
Publicatie van het gecontracteerde zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2024
Inschrijving nieuwe zorgaanbieders 2025	1 december 2024 tot en met 28 februari 2025

---

## 3.5 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk op 12 november presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2025. Op [www.cz.nl/zorgvinder](http://www.cz.nl/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 mailen naar: [rz.wijkverpleging@cz.nl](mailto:rz.wijkverpleging@cz.nl).
- Voor vragen over declaraties kunt u mailen naar: [decl.wijkverpleging@cz.nl](mailto:decl.wijkverpleging@cz.nl).
- Voor overige vragen over het zorginkoopbeleid en relatiebeheer van CZ groep kunt u mailen naar: [inkoopvvt.zvw@cz.nl](mailto:inkoopvvt.zvw@cz.nl).
- Voor zorginhoudelijke vragen over verzekerden kunt u mailen naar: [zorgteam.wijkverpleging@cz.nl](mailto:zorgteam.wijkverpleging@cz.nl).

Wij doen ons uiterste best om uw vragen binnen 10 werkdagen te beantwoorden. Als dat niet mogelijk is, dan laten we dat zo snel mogelijk weten. We verwachten van u dezelfde inzet. Gegevens van individuele verzekerden (zoals hun naam en NAW-gegevens) mag u alleen delen met het CZ Zorgteam, via een beveiligd kanaal (Cryptshare). Deze gegevens mag u **nooit** delen met andere afdelingen, zoals CZ Zorginkoop.

## 3.7 Controle van declaraties

Declaraties moeten voldoen aan de eisen vanuit de 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 in aanbrengen op basis van de risicoanalyses die we uitvoeren. We informeren de zorgaanbieder schriftelijk over onze controles. Bij materiële controles gaan we eerst in gesprek om onze bevindingen toe te lichten. Samen met de zorgaanbieder zoeken we 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 als we in een gesprek niet tot een verklaring of verbeterrichting komen.

# 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 generalistische zorg die past binnen de aanspraak wijkverpleging. Enige uitzondering hierop betreft (medische) kindzorg.
- De 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. Enige uitzondering hierop betreft (medische) kindzorg.
- De zorgaanbieder borgt de continuïteit en beschikbaarheid van de benodigde geplande en ongeplande zorg (24/7) voor cliënten.
- De zorgaanbieder beschikt over minimaal 1 AGB-code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie, waaraan ten minste 1 gekwalificeerde wijkverpleegkundige met minimaal hbo-bacheloropleiding (niveau 6) 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 Patient Reported Experience Measure (PREM) conform het vigerende kwaliteitskader/-kompas voor de wijkverpleging en maakt de resultaten van deze klantervaringen openbaar en daarmee inzichtelijk voor verzekerden.
- 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 hbo-bachelor opgeleide verpleegkundigen (niveau 6) in dienst die de toegang bepalen, indiceren, coördineren en zorgplannen opstellen, toetsen en evalueren.
- De zorgaanbieder registreert en declareert conform de landelijke afspraken over het draagkracht-draaglastmodel en bijbehorende cliëntprofielen<sup>[1]</sup> en maakt dit inzichtelijk voor CZ groep.
- De zorgaanbieder levert ten minste 50% van de zorg zelf en zet voor maximaal 50% van de te leveren zorg onderaannemers in. Alleen voor zorgcoöperaties die aantoonbaar aan de aanvullende voorwaarden uit bijlage 1.4 voldoen, maken we een uitzondering op het beleid met betrekking tot onderaannemers.
- 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 de 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 openbare jaarverantwoording WMG.
- 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 vigerende landelijke kwaliteitskaders/-kompassen geïntegreerd. De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie, waardoor hij tijdig de gegevens kan verstrekken die de zorgverzekeraar nodig heeft.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder heeft een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.

- 
- De zorgaanbieder gebruikt 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.

## 1.2 Inzet van 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.

Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij ten minste 50% van de zorg zelf leveren en voor maximaal 50% van de zorg onderaannemers inzetten. Dit betekent dat zij vóór het versturen van een overeenkomst wijkverpleging voor 2025 2 zaken moeten opgeven: het percentage onderaannemers dat zij willen inzetten en voor welk deel van de te leveren zorg dat gebeurt. 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>

Een zorgaanbieder die niet aan deze voorwaarde voldoet, komt niet (langer) in aanmerking voor een overeenkomst, tenzij CZ groep gegronde redenen heeft om hiervan af te wijken. Zo kunnen we een aangepaste overeenkomst verstrekken 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 deze voorwaarde voldoet en kan voldoen, kan CZ groep de overeenkomst beëindigen en beschouwen we deze zorgaanbieder voor 2025 als nieuwe zorgaanbieder.

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

## 1.3 Inzet van helpenden (niveau 2) en ander zorgpersoneel

Het organiseren van zorg in de wijk is door de groeiende vraag in combinatie met de arbeidsmarktcrachte een opgave. Veel zorgaanbieders zetten daarom helpenden, stagiaires en leerlingen in. Deze groep zorgverleners noemen wij ander zorgpersoneel: helpenden niveau 2, stagiaires en leerlingen die minimaal in opleiding zijn tot niveau 3 of hoger. Zorgverzekeraars zien nut en noodzaak hiervan en willen dat dit op een veilige en verantwoorde wijze gebeurt. Zorgverzekeraars hebben hierover landelijk afspraken gemaakt.

Belangrijk uitgangspunt is en blijft dat verantwoorde wijkverpleging gericht is op het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en hun omgeving. We verwachten dat een wijkverpleegkundige overeenkomstig het V&VN normenkader bij de indicatiestelling een inhoudelijk afweging maakt tussen:

- wat de verzekerde en zijn omgeving zelf kan;
- wat hulpmiddelen of zorgtechnologie kunnen betekenen;
- wanneer professionele zorg nodig is van een verpleegkundige of een andere zorgverlener.

### Voorwaarden

Alleen gecontracteerde zorgaanbieders die voldoen aan onderstaande voorwaarden voor de inzet van ander zorgpersoneel komen in aanmerking voor een afspraak:

- De zorgaanbieder beschikt over een goede mix van medewerkers van verschillende deskundigheidsniveaus (waaronder tenminste niveau 3, 4 en 6). Hiermee borgt de zorgaanbieder de randvoorwaarden op het gebied van kwaliteit, supervisie, achterwacht en scholing.
- De toegekende formatie personeel in de wijkverpleging in loondienst, mag maximaal uit 20% ander zorgpersoneel bestaan.
- De inzet van ander zorgpersoneel gebeurt onder supervisie van een medewerker van een hoger niveau. Niveau 6 of 7 blijft verantwoordelijk voor de juiste indicatiestelling en houdt toezicht op totale voortgang van het zorgplan.
- Er is altijd achterwacht beschikbaar van minimaal niveau 3 om de zorgvraag over te nemen.
- Niveau 6 of 7 is altijd beschikbaar voor de lagere niveaus om te consulteren.
- In de eerste week van zorglevering bij een nieuwe cliënt wordt ander zorgpersoneel nooit ingezet
- Ander zorgpersoneel wordt alleen ingezet in stabiele en voorspelbare situaties van beperkte complexiteit:
  - Helpenden (niveau 2) voeren enkel taken uit die passen bij het competentieniveau, zoals beschreven in de landelijke kwalificaties 'helpende zorg en welzijn'.
  - Leerlingen/stagiaires voeren enkel taken uit die passen bij het competentieniveau waarvoor hij/zij wordt opgeleid en passend bij de fase van de opleiding.
- Minimaal 1 keer in de 2 weken wordt het zorgmoment van het andere zorgpersoneel overgenomen door een niveau 3 of hoger. Zo waarborgen we supervisie en kan de gezondheidstoestand van de cliënt goed ingeschat worden.
- De zorgaanbieder heeft een scholingsplan voor het andere zorgpersoneel en een register waarin op medewerkersniveau de actuele trainingen en opleidingen afgetekend worden. De organisatie geeft desgevraagd de zorgverzekeraar inzicht in het aantal medewerkers niveau 2 die zijn of worden opgeleid tot een hoger niveau.

### Declaraties

Het uitgangspunt bij wijkverpleegkundige zorg is dat de zorgaanbieder zorg kan declareren die geleverd wordt door niveau 3 of hoger. De inzet van ander zorgpersoneel wordt alleen goedgekeurd onder bovenstaande voorwaarden. Zorg die is verleend door personeel dat niet onder deze omschrijving valt en niet aan de voorwaarden voldoet, is niet declarabel.

## 1.4 Aanvullende eisen voor zorgcoöperaties

Als 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, dan maakt CZ groep een uitzondering op het beleid met betrekking tot onderaannemers. Daarbij gaan wij ervan uit dat de coöperatie als geheel aan de volgende inhoudelijke eisen kan voldoen:

- De **kwaliteit van de zorg** wordt jaarlijks getoetst, waarbij voor coöperaties de volgende aanvullende eisen zijn opgenomen:
  1. Cliënten zijn in zorg bij de coöperatie (hoofdaannemer) die de zorg laat verlenen door de leden van de coöperatie (onderaannemers).
  2. De coöperatie is verantwoordelijk voor de continuïteit en beschikbaarheid van de benodigde geplande en ongeplande zorg (24/7).
  3. De leden die zzp'ers zijn, zijn allemaal in het bezit van het KiWa- en/of HKZ-keurmerk.
  4. De leden die een organisatie <sup>[7]</sup> zijn, borgen de kwaliteit door een werkend kwaliteitssysteem te hanteren dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de vigerende landelijke kwaliteitskaders/-kompassen voor de wijkverpleging geïntegreerd. De leden die een organisatie zijn, beschikken allemaal individueel over een Wtza-toelating voor de levering van wijkverpleging, de verzekerde aanspraak onder de Zvw, en zij voldoen aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist.
  5. Binnen de coöperatie geldt de verhouding van minimaal 1 fte hbo-bachelor opgeleide verpleegkundige (niveau 6) op 55 cliënten, die conform het Normenkader V&VN zorgdraagt voor de indicatiestelling en voor het uitvoeren en bewaken van het verpleegkundig proces.

- 
6. De coöperatie heeft intercollegiale toetsing tussen de verbonden hbo-bachelor opgeleide verpleegkundigen (niveau 6) ingebed en geborgd.
  7. De coöperatie spant zich in om per cliënt te werken met een vast team van zorgverleners.
  8. De coöperatie levert jaarlijks een lijst met leden aan en hun aandeel in de geleverde zorg. Wijzigingen gedurende het jaar worden doorgegeven via [inkoopvvt.zvw@cz.nl](mailto:inkoopvvt.zvw@cz.nl). Zorg die wordt geleverd door leden die niet vooraf gemeld zijn, komt niet voor vergoeding in aanmerking.

- **Kosten van zorg**

1. We toetsen of er sprake is van een doelmatige inzet van zorg. Als we zien dat er geen sprake is van een doelmatige inzet van zorg, kan dit consequenties hebben voor het aangaan en/of de inhoud van een overeenkomst wijkverpleging 2025.

- **Overig**

1. De productieafspraken van de coöperatie is gebaseerd op een maximumomzet per zzp'er en/of onderaannemer. Bij zzp'ers geldt de Arbeidstijdenwet als richtsnoer.

## 1.5 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. Hiervoor is niet zozeer specifieke kennis als wel 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. Voor deze functies geldt dat we geen afspraken maken voor 2025 met zorgaanbieders die in 2024 geen afspraken hebben.

### 1.5.1 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 6, 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>[7]</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/zorgdossier 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.

### **Hospicezorg**

Het HOPEVOL-onderzoek <sup>[1]</sup> constateerde dat er zorginhoudelijk geen verschil is tussen de verschillende vormen van hospicezorg. Daarom is het Zorginstituut gevraagd om hier meer duidelijkheid over te geven.

Het Zorginstituut constateert dat bij een terminale patiënt altijd een medische noodzaak voor verblijf in een instelling bestaat. Als palliatief terminale zorg niet thuis geleverd wordt, is er een indicatie voor verblijf in verband met geneeskundige zorg onder de Zvw. In het ELV wordt die geneeskundige zorg aangeduid als 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Zorginhoudelijk is er bij iedere vorm van hospicezorg sprake van een verblijf, geneeskundige zorg, verpleging en verzorging. Daarnaast geeft het Zorginstituut aan: 'Een BTH biedt geen verblijf zoals bedoeld in de Zvw. Hierdoor is de aanspraak verpleging en verzorging van toepassing (artikel 2.10 Bzv)'.

Dit betekent dat alle hospicezorg, ongeacht type of vorm, met uitzondering van BTH, onder het ELV geleverd wordt. Om te sturen op voldoende schaalgrootte en het verkrijgen van inzicht in het aantal cliënten, spreken wij met zorgaanbieders die zorg leveren via een BTH een dagtarief in de wijkverpleging af. Dit tarief is afgeleid van de uren verpleging en verzorging en bijbehorende kosten, zoals deze zijn opgenomen in het tarief ELV-PTZ. Alle andere hospicezorg wordt per 2025, voor zover dit nog niet is gebeurd, overgeheveld naar het ELV. Wij informeren u hierover in het productievoorstel 2025.

## **1.5.2 Casemanagement dementie**

Zorgverzekeraars hebben onderstaande tekst geformuleerd om gezamenlijk nadere toelichting te geven op het casemanagement dat onder de Zvw valt. Deze tekst is voorgelegd aan het Zorginstituut.

Casemanagement dementie omvat systematisch gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning van de kwetsbare oudere en mantelzorger afhankelijk van de zorgvraag. De casemanager dementie heeft hiervoor structureel overleg met het netwerk rondom de persoon met dementie en zorgt voor ondersteuning vanuit het sociaal domein en eventuele andere zorgverleners. Hierdoor heeft de casemanager een goed totaalbeeld van de cliënt.

### **Inkoop van casemanagement vanuit de Zvw**

De Zorgstandaard Dementie is inhoudelijk leidend voor de inkoop van casemanagement dementie. De zorg en ondersteuning die beschreven staat in de Zorgstandaard is domeinoverstijgend. Dat betekent dat niet alle beschreven zorg en ondersteuning onder de Zvw valt en daarmee vanuit de Zvw geïndiceerd en vergoed kan worden. In de Verduidelijking standpunt casemanagement van het Zorginstituut <sup>[2]</sup> is opgenomen welk deel onder de Zvw valt.

In de duiding geeft het Zorginstituut aan dat:

- *Casemanagement verschillende vormen kan aannemen, maar altijd coördinatie, organisatie of regie van zorg betreft. Als de nadruk hierbij ligt op de verpleegkundige zorg, de coördinatie van de zorg en ondersteuning uit verschillende domeinen (bijvoorbeeld Zvw en Wmo) en het ondersteunen van het mantelzorgsysteem zien we het als zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Deze zorg kan ook geleverd worden door mensen die geen verpleegkundige zijn, als zij over de benodigde verpleegkundige expertise beschikken of hier toegang toe hebben.*
- *Casemanagement valt onder de Zvw als verzekerden hierop aangewezen zijn (hier een indicatie voor hebben) en de nadruk binnen de totale zorgvraag op de 'geneeskundige zorg'. Is de geneeskundige zorg binnen de totale zorgvraag slechts een bijkomende zaak, dan ligt die nadruk kennelijk niet op de Zvw-zorg en zou het casemanagement tot de Wmo gerekend moeten worden. Dit is bijvoorbeeld het geval als de verzekerde alleen incidenteel en ad hoc een arts ziet en/of de verpleegkundige beperkt wordt ingezet, terwijl er wel veel ondersteuning is vanuit het sociale domein waarvoor coördinatie, organisatie of regie vereist is.*
- *De (wijk)verpleegkundige bepaalt bij de indicatiestelling of het zwaartepunt binnen de totale zorgvraag op de geneeskundige zorg ligt of dat de geneeskundige zorg nog nauwelijks een rol speelt en het zwaartepunt van de totale zorgvraag buiten het Zvw- domein ligt.*

Ondanks deze duiding merken zorgverzekeraars dat er verschillende beelden zijn over wat wel en niet onder de Zvw valt. Met deze uitwerking wil Zorgverzekeraars Nederland deze onduidelijkheid wegnemen:

1. Casemanagement dementie (het systematisch aanbieden van gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning) kent zowel een geneeskundige als sociale component. Alleen als het zwaartepunt van het casemanagement binnen de totale zorgvraag waar de casemanager professioneel op toeziet op de geneeskundige zorg ligt valt het onder de Zvw en kan het bij zorgverzekeraars vanuit de Zvw geïndiceerd en gedeclareerd worden<sup>[7]</sup>. De professional die de indicatiestelling doet, beoordeelt waar het zwaartepunt van het casemanagement ligt (zie punt 4).
2. Wanneer casemanagement plaatsvindt binnen een geneeskundige context en het verzekerde zorg betreft dan is de inzet van een verpleegkundige voorwaardelijk. Casemanagement, geleverd door een professional met een sociaal profiel, kan in het geval van verzekerde zorg alleen worden ingezet als de zorgaanbieder toegang tot verpleegkundige expertise kan garanderen.
3. We vinden het wenselijk dat er uitwisseling plaatsvindt tussen het medische en het sociaal domein. We verwachten dat het ook wel eens 'andersom' zal zijn. Namelijk dat casemanagement, geleverd door een verpleegkundige, vanuit de Wmo wordt ingezet als het zwaartepunt op de sociale component ligt.
4. Alleen een hbo-wijkverpleegkundige van NLQF-niveau 6 of hoger kan indiceren. Dit geldt in ieder geval voor het indiceren van casemanagement waarbij het zwaartepunt ligt op de geneeskundige component (Zvw).
5. Casemanagement waarbij de nadruk ligt op problemen met betrekking tot participatie, zelfredzaamheid, regie en dagelijkse bezigheden wordt door gemeenten vanuit de Wmo vergoed. Alleen de diagnose dementie is niet bepalend voor de geneeskundige context. Het gaat om de beperkingen die voortvloeien uit de diagnose dementie die maken of aanspraak op wijkverpleging aan de orde is.
6. Casemanagement valt onder de Wlz indien een cliënt een indicatie voor de Wlz heeft.

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.

#### **Voorwaarden vanuit CZ groep**

CZ groep koopt specialistisch casemanagement dementie geoormerkt in bij zorgaanbieders:

- waarmee we ook in 2024 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 hbo-bacheloropleiding verpleegkunde en een specifieke opleiding casemanagement dementie afgerond en heeft praktijkervaring als casemanager dementie, of
  - een opleiding SPH en een specifieke opleiding casemanagement dementie afgerond en heeft praktijkervaring als casemanager dementie, waarbij toegang tot verpleegkundige expertise is gegarandeerd.
- 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.

## 1.5.3 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 zorgaanbieders van wijkverpleging voor de uitvoering van de regiefunctie complexe wondzorg. Het team dat de regiefunctie uitoefent, bestaat uit minimaal 3 personen. Als zorgaanbieder kunt u aantonen dat de professionals 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
  - een 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. Deze heeft hierbij ook aandacht voor de mantelzorgers, die eventueel een deel van de zorg overnemen.
- 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 medische 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.

## 1.5.4 Kindzorg

Bij de kindzorg indiceert en organiseert een hbo-bachelor opgeleide kinderverpleegkundige (niveau 6) 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. De MKS-werkwijze wordt gehanteerd voor het indiceren, organiseren, uitvoeren en overdragen van zorg en ondersteuning. De Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) is hier onderdeel van. Als de ondersteuning aan het kind en de ouders gericht is op het zelfredzaam worden, dan is dit zorg die valt onder de Jeugdwet. Kinderen met een verstandelijke, zintuigelijke of meervoudige beperking die permanent verpleging en verzorging nodig hebben, ontvangen deze kindzorg onder de Wlz. Voor kinderen die medische zorg nodig hebben, valt de zorg onder de Zvw.

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

CZ groep hanteert ook in 2025 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 hanteert de kwaliteitseisen van de brancheorganisatie(s) en is lid van de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BINKZ).
- De zorgaanbieder werkt nauw samen met alle betrokken disciplines en domeinen, zoals het ziekenhuis, de kinderarts, de huisarts, de fysiotherapeut, het consultatiebureau, de gemeente, het onderwijs, de centra voor thuisbeademing, de medische kinderdagverblijven, de kinderdagverblijven en de hospices.
- De zorgaanbieder gebruikt de MKS-werkwijze.<sup>[1]</sup> Deze brengt een aantal zaken 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>[2]</sup>
- De zorgaanbieder stemt met alle betrokken disciplines de zorg af en verankert die in het zorgplan/zorgdossier. In de zorgverlening werkt de zorgaanbieder toe naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid van de ouders en maakt hier indien nodig afspraken over met de gemeente. De zorg sluit aan bij de kinderleefdomeinen die in kaart zijn gebracht met de hulpbehoeftecan.
- 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.
- 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>[3]</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 speciaal hiervoor opgeleid en zijn 24 uur per dag beschikbaar, op afspraak en op afroep.

## 1.5.5 Gespecialiseerde verpleging

Gespecialiseerde verpleging vindt plaats op verzoek van een arts en wordt onder zijn regie uitgevoerd. Daarnaast worden in het zorgplan/zorgdossier 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 6 die (actueel) geschoold is in medisch-technische handelingen.

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 vervolgfafspraken 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.

## 1.6 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 het bestaande 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 1.5 (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 functie 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.

---

## 1.6.1 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 2025 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 conform het normenkader van de V&VN enkel worden uitgevoerd door hbo-bachelor opgeleide wijkverpleegkundigen (niveau 6) of hoger en. 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 2024 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.

## 1.6.2 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. Daarmee sluiten we aan op de landelijke visie *eerstelijnszorg 2030* die begin 2024 is vastgesteld door de betrokken partijen.

We gaan ervan uit dat regionale samenwerking en de 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 2.2.4) en de mate waarin partijen in voorgaande jaren hebben laten zien dat zij een betrouwbare partner zijn voor CZ groep.

## 1.6.3 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 samenwerkingsafspraken maken over de organisatie en efficiëntie van deze zorg en dat alle aanwezige zorgaanbieders zich daarbij 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.
- 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 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 professional met een opleiding op minimaal mbo-niveau 3. Indien nodig kan er binnen 30 minuten een verpleegkundige van niveau 4 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. In alle gevallen geldt dat iedere zorgaanbieder individueel verantwoordelijk blijft voor de levering van de zorg conform de eigen zorgplicht.
- Zorgaanbieders blijven met elkaar in overleg over de declaratie en legitimatie van de geleverde zorg achter de voordeur bij cliënten van andere zorgaanbieders of bij nieuwe cliënten. Daarbij verwachten wij dat de geleverde onplanbare nachtzorg wordt gedeclareerd door de zorgaanbieder waar de cliënt primair in zorg is.
- 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.

### **Voorwaarden**

We kopen evenals in 2024 de infrastructuur onplanbare nachtzorg selectief en gelijkgericht in op basis van ons marktaandeel, zodat de organisatie ervan doelmatig kan plaatsvinden. We 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.

Daarbij hanteren wij de volgende uitgangspunten:

- We gaan uit van de inrichting en begroting van 2024 en passen hierop als zorgverzekeraars een uniforme indexering toe.
- Als er voor CZ groep als uw preferente zorgverzekeraar of voor u als zorgaanbieder aanleiding is voor een aangepaste businesscase, dan meldt de betreffende partij dit vóór 1 april.
- Voor de regio's waarvoor geen overeenstemming was voor 2024 of waar een aangepaste businesscase noodzakelijk is én waar CZ groep de preferente zorgverzekeraar is, geldt dat zij een aangepast plan en een aangepaste businesscase bij ons aanleveren vóór 1 mei. Wij informeren deze zorgaanbieders over de minimale informatie die in deze businesscase moet terugkomen.
- Het contracteren van de infrastructuur voor onplanbare nachtzorg gebeurt in beginsel kostenneutraal: het tarief van alle gecontracteerde zorgaanbieders die in de betreffende regio zorg hebben geleverd, schonen wij naar rato.
- Voor de regio's waar wij niet de preferente zorgverzekeraar zijn, geldt dat wij van de zorgaanbieder uiterlijk in juni de begroting ontvangen die door de preferente zorgverzekeraar is goedgekeurd.
- Als er in uw regio vóór 1 juli geen overeenstemming is over de businesscase, dan geldt ook voor 2025 dat we terugvallen op de huidige afspraken.