



# Zorginkoopbeleid

## Wijkverpleging 2022

# Visie Waardegerichte zorg

Goede en betaalbare zorg voor iedereen. Dat is ons uitgangspunt. We maken ons sterk voor de juiste zorg op de juiste plek. Nu en in de toekomst. Daarbij staat de gezondheidsvraag en welbevinden van onze verzekerden en inwoners van de Menzisregio's voorop. We focussen op die zorg die waarde voor hen toevoegt. Dichtbij huis als het kan, verder weg als het moet. We noemen dat 'waardegerichte zorg'.

Onze visie Waardegerichte zorg dient als uitgangspunt bij alle zorg die we inkopen. Zowel voor al onze verzekerden binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) als alle inwoners in onze zorgkantoorregio's in Groningen, Twente en Arnhem die afhankelijk zijn van de Wet langdurige zorg (Wlz). De focus ligt hierbij vooral op de zorg geleverd aan onze verzekerden (Zvw). Daar waar mogelijk worden deze uitgangspunten ook meegenomen in de langdurige zorg (Wlz) die geleverd wordt aan inwoners in onze zorgkantoorregio's.

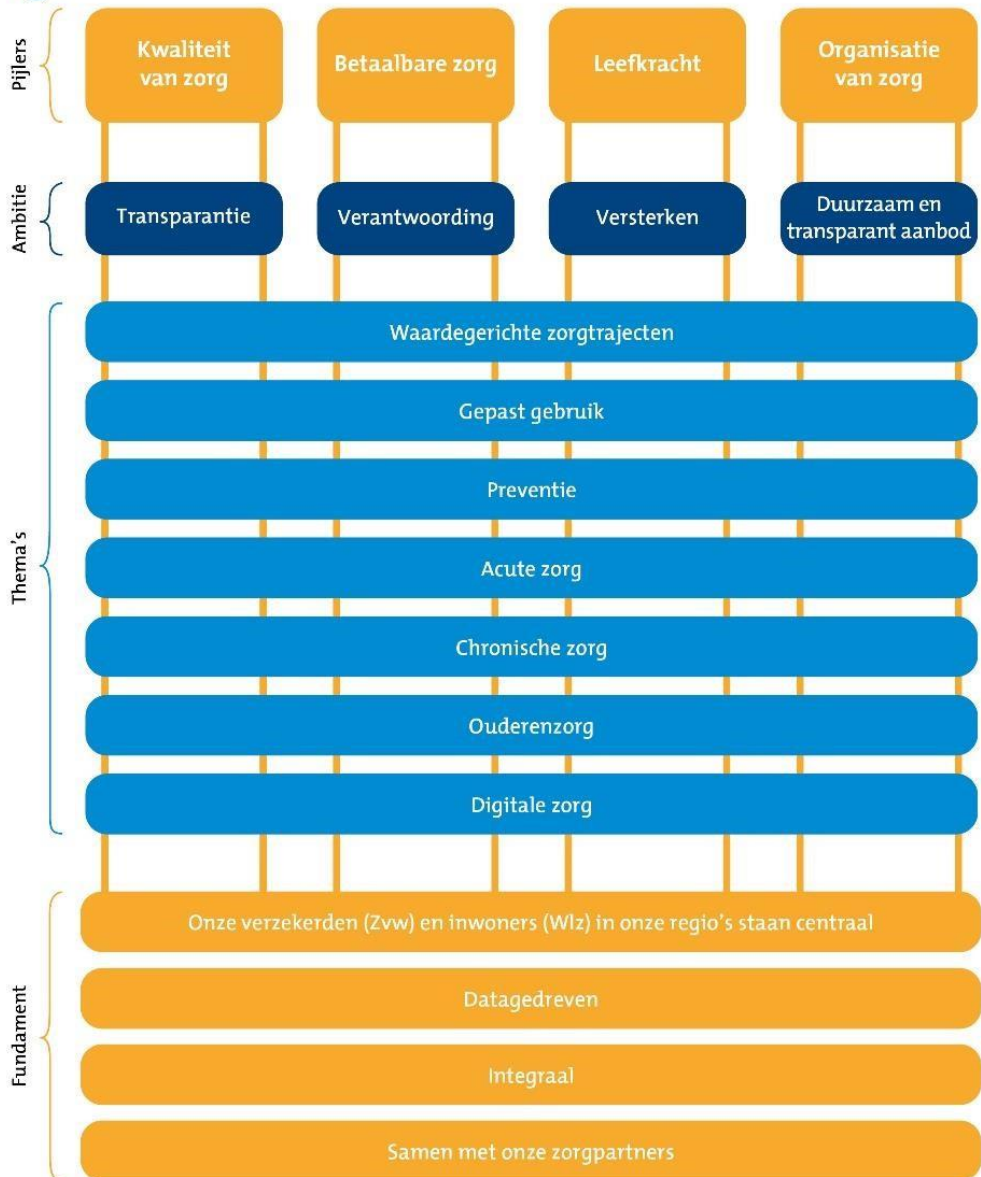
Om onze zorg goed, betaalbaar en toegankelijk te houden, is verandering nodig; de zorgvraag stijgt, de personele capaciteit daalt en zorgkosten stijgen. De afgelopen jaren hebben we, samen met onze zorgpartners in de Menzisregio's (Noord, Achterhoek, Twente, Midden en West) op basis van de opgestelde regiobeelden een transitie ingezet om toe te werken naar toekomstbestendige zorg. Hierbij worden mogelijkheden op het gebied van digitalisering steeds meer toegepast.

We werken vanuit onze visie samen met partners om optimaal invulling te geven aan onze maatschappelijke rol. Dit begint met het concreet formuleren van de onderdelen die voor ons nodig zijn om tot waardegerichte zorg te komen:

- Kwaliteit van zorg
- Betaalbare zorg
- Leefkracht
- Organisatie van zorg

Deze onderdelen visualiseren we als steunpilaren voor ons dak voor waardegerichte zorg. Een stevig fundament vormt de basis. Hieronder ziet u alle bouwblokken van ons 'huis'. Waardegerichte zorginkoop zien we als de sleutel voor toekomstbestendige zorg.

# Visie Waardegerichte zorg



## Kwaliteit van zorg

We willen 'kwaliteit van zorg' meetbaar maken door middel van medische uitkomsten en ervaringen van patiënten. Hierbij sluiten wij aan bij bestaande registraties van indicatoren. Door uitkomsten transparant te maken kunnen we onze verzekerden helpen in hun keuze en stimuleren we dat deze uitkomsten worden meegenomen in de spreekkamer om 'samen beslissen' te ondersteunen. Op deze manier kunnen onze verzekerden een weloverwogen keuze maken die aansluit bij de door hen gewenste kwaliteit van leven. Binnen de Wlz worden de uitkomsten gebruikt voor het aanvullen van het kwaliteitskader van deze zorg.

Daarnaast vinden wij het belangrijk dat de zorg een wetenschappelijk onderbouwing kent. Wij faciliteren dat het verbeterpotentieel inzichtelijk wordt op basis van spiegelinformatie en verwachten van zorgaanbieders dat zij de zorg continu verbeteren op basis van de uitkomsten en nieuwe inzichten. Tot slot hechten we waarde aan kwaliteitsverbetering in kennis en expertise door samenwerking tussen zorgaanbieders.

## Betaalbare zorg

Betaalbaarheid gaat over de verantwoording van de kosten van de zorg. We toetsen of de geleverde zorg doelmatig en gepast is. We stimuleren innovatie, waaronder andere financieringsmodellen die potentie hebben duurzaam te zijn en transformatie te ondersteunen. Voorwaarde is dat beoogde doelstellingen bijdragen aan onze visie Waardegerichte zorg. Wij willen de juiste prijs betalen voor de zorg die onze verzekerden (Zvw) en inwoners (Wlz) in onze regio's nodig hebben, zodat we een betaalbare premie kunnen bieden. Dit zien wij als noodzaak om ons stelsel van solidariteit te behouden. We rekenen erop dat aanbieders zich inzetten om de zorg betaalbaar te houden en spreken elkaar hierop aan.

## Leefkracht

Leefkracht gaat over de positieve kracht van gezond leven. Over bewust bezig zijn met je gezondheid, mentale fitheid en meedoen in de maatschappij. Door mensen te helpen bij het maken van gezondere keuzes voor jong en oud, ziek en gezond, stimuleren we dat iedereen zo leefkrachtig mogelijk in het

leven kan staan. Voor de inwoners (Wlz) in onze regio's vertalen we leefkracht als welbevinden en kwaliteit van leven.

We gaan voorop in de beweging naar een leefkrachtiger Nederland en kiezen niet langer voor een focus op ziekte en zorg maar voor een focus op gezondheid en gedrag. Gezondheid is het uitgangspunt en we stimuleren en ondersteunen verzekerden hun eigen regie hierop te pakken. We zijn ervan overtuigd dat preventie en het stimuleren van een gezonde leefstijl essentieel zijn om de gezondheidszorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Als we samen gezonder leven, voorkomen we onnodige kosten en druk op de zorg. Wij rekenen erop dat zorgaanbieders zich binnen de mogelijkheden optimaal inzetten om de leefkracht van hun patiënten helpen te versterken en spreken elkaar hierop aan.

## Organisatie van zorg

Het organiseren van zorg staat voor het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg voor onze verzekerden, passend bij de uitdagingen, zoals personele krapte en toename van specifieke zorgvraag in de toekomst. Dit betekent de juiste zorg organiseren, in of dichtbij huis als het kan en verder weg als het moet. Wij verwachten dat digitalisering ingezet wordt om dit proces te ondersteunen.

Bij de organisatie van zorg kijken we over wetten en zorgsoorten heen en vinden we het belangrijk dat onze zorgpartners dit ook doen. Waar het mogelijk is zoeken we de verbinding met bijvoorbeeld de Wlz voor alle inwoners van de regio's en stellen we met alle betrokken partijen regioplannen op. Op basis hiervan werken we samen aan onze gezamenlijke uitdagingen.

Bij het organiseren van zorg hoort ook verduurzaming van het zorgaanbod. De zorgsector in Nederland is verantwoordelijk voor 7% van de CO<sub>2</sub>-uitstoot in Nederland. De sector heeft ook impact op andere milieuaspecten, zoals vervuiling van oppervlaktewater met medicijnresten en niet herbruikbaar afval. Vanuit de zorg is de Green Deal Zorg opgesteld om verduurzaming in de zorg te versnellen. Menzis onderschrijft de doelstellingen van de Green Deal Zorg en we vinden het onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om hierop te sturen. Dit doen we door enerzijds de eigen bedrijfsvoering verder te verduurzamen en anderzijds door de afspraken met zorgaanbieders mede te richten op verduurzaming.

## Thema's

De vier pijlers worden ondersteund door zeven thema's waar we in onze Menzisregio's aan bouwen:

1. Waardegerichte zorgtrajecten
2. Gepast gebruik
3. Preventie - [lees onze visie op preventie](#)
4. Acute zorg
5. Chronische zorg
6. Ouderenzorg - [lees onze visie op ouderenzorg](#)
7. Digitale zorg - [lees onze visie op digitalisering in de zorg](#)

## Het fundament

Om zo krachtig mogelijk in te zetten op waardegerichte zorg, hebben we een stevig fundament als Menzis. Onze verzekerden (Zvw) en inwoners (Wlz) in onze regio's staan centraal, we werken datagedreven, integraal en vanuit een open en constructief gesprek. We monitoren gemaakte afspraken en verwachten dat onze zorgaanbieders zich hieraan houden en elkaar hierop aanspreken.

Menzis wil dat haar verzekerden (Zvw) en inwoners (Wlz) zorg kunnen ontvangen welke te verantwoorden is op kwaliteit, doelmatigheid, betaalbaarheid, organisatie van zorg en bijdraagt aan onze gezondheid en welbevinden. In ons zorginkoopbeleid hebben we deze steunpilaren geconcretiseerd. Het waarmaken kunnen wij niet alleen. Dit doen we samen. Daarbij is constructieve samenwerking met onze zorgpartners essentieel.

# Inleiding

Graag presenteren we u het Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2022. Dit beleid betreft de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet en vormt de basis voor de overeenkomst. De aanspraak wijkverpleging in het besluit Zorgverzekering (art 2.10) wordt gedefinieerd als: 'Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'. Hierbij gaat het niet alleen om de verpleegkundige handelingen maar ook om coördinatie, casemanagement, signalering, coaching en preventie.

## Terugblik 2020/2021 en vooruitblik 2022

De zorginkoop heeft in de afgelopen contractperiode voortgeborduurd op de al ingezette langjarige afspraken met zorgaanbieders. Naast tweejarige basisovereenkomsten worden er met steeds meer aanbieders meerjarige afspraken gemaakt. Deze meerjarige overeenkomsten richten zich op de waardegerichte zorg waarbij er afspraken zijn over een centrale rol in de regio, kwaliteitsontwikkeling, passende zorg en samenwerking met andere partijen.

Wat Menzis betreft verschuift hiermee de focus en de discussie in de wijkverpleging van uitvoeren en betalen van activiteiten, naar de inhoud en meerwaarde van wijkverpleegkundige inzet.

Echter 2020 werd voor iedereen een uitdagend jaar waarbij alle eerdere zekerheden op losse schroeven kwamen te staan door de coronapandemie. De inzet van digitale zorg en de nauwe samenwerking tussen de diverse partijen in het veld waren afgelopen jaar cruciaal. De pandemie dwingt ons om anders naar zorg en zorgverlening te kijken. Hoe kunnen we met beperkte hoeveelheid mensen en middelen toch de zorg die nodig is inkopen en leveren? En hoe kunnen we een gezonde leefstijl stimuleren?

Voor het beleid Wijkverpleging van 2022 wordt daarom ook de focus gelegd op preventie, samenwerking en digitalisering. Deze onderwerpen komen in onze regio's (Noord, Achterhoek, Twente, Midden en West) nadrukkelijker aan bod. In hoofdstuk [Beleid voor 2022](#) lichten we deze speerpunten verder toe.

# Basis op orde, belangrijke wijzigingen

Wijzigingen en aanvullingen (12 juli 2021)

Menzis heeft het zorginkoopbeleid Wijkverpleging van 1 april 2022 op enkele punten gewijzigd en aangevuld.

- **Bekostiging.** Menzis blijft voor het contractjaar 2022 gebruikmaken van het integrale uurtarief zonder cliëntprofiel (en daarmee de huidige prestatiecodes gebruiken) voor declaratie Wijkverpleging of de maatwerkafspraken zoals die ook al in 2021 met de zorgaanbieder zijn afgesproken.

Indien de zorgaanbieder wil starten met het registreren van cliëntprofielen in aanloop naar een nieuwe bekostiging Wijkverpleging dan kan dit met de inkoper besproken worden en zullen eventuele aanvullende afspraken in een apart addendum aan de overeenkomst worden toegevoegd.

- **Basis op orde:** de voorwaarde voor inzet helpende-plus is gewijzigd in het diploma Helpende Zorg en Welzijn met aantoonbare bekwaamheid voor de taken die worden uitgevoerd.
- **Contractspecificaties onderdeel Bijlage ‘budget en tarief’.** In tegenstelling tot eerdere jaren wordt bij de inschrijving 2022 de budgetbrief met het budget en het tariefaanbod *tegelijkertijd* verstuurd met de conceptovereenkomst via VECOZO . U dient dus eerst de inschrijving te voltooien om zowel de conceptovereenkomst als de bijlage ‘budget en tarief’ te ontvangen.
- **Uitvoeringseis 4: ‘Screenen en opvolgen kwetsbaarheid’** is nog geen afgesproken uitkomstindicator conform het Kwaliteitskader voor 2022. Deze wordt vervangen door ‘belastbaarheid Mantelzorger’.

Ook voor 2022 blijft het belangrijk dat de basis op orde is. Menzis hanteert daarvoor een consistent beleid. De voorwaarden voor het verkrijgen van een overeenkomst in 2022 wijzigen vanwege de wettelijke wijzigingen in de (Aanpassingswet) Wet toetreding zorgaanbieders ((A)Wtza) en Wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorgaanbieders (Wibz). Daarnaast heeft Menzis de uitsluitingsgronden niet meer apart opgenomen. Hiervoor zijn aanvullende minimumeisen opgenomen (zie minimumeisen 16, 17, 18 en 19).

Vanuit onze visie op wijkverpleging vinden we dat wijkverpleging integraal geleverd moet worden. Uiteindelijk streven we naar een integraal aanbod van eerstelijnszorg in de thuissituatie, over de domeinen heen (Wmo, Zvw en Wlz). Dat betekent dat we ook in 2022 geen zorgaanbieders zullen contracteren die alleen onderdelen van wijkverpleegkundige zorg aanbieden. In paragraaf [Basis op](#)



[orde](#) wordt een nadere toelichting gegeven op de minimumeisen en waarom wij deze belangrijk vinden.

Voor de uitvoeringseisen zijn er ook enkele wijzigingen aangebracht. Zo is de eis voor het doen van klanttevredenheidsonderzoeken en het beschikbaar stellen van de resultaten aangepast aan de landelijke afspraken rondom de PREM.

De uitvoeringseis rondom samenwerking is uitgebreid. Samenwerking en afstemming wordt niet alleen verlangd met het ziekenhuis maar nadrukkelijker ook met andere partijen in de regio, met name de huisarts en het sociaal domein. De eerdere uitvoeringseisen van de module sociale infrastructuur zijn daarom onderdeel geworden als eis voor deze samenwerking. Verder maakt ontwikkeling van de systeemfunctie onplanbare nachtzorg binnen de beleidsregels van de Verpleging en Verzorging Thuis ook andere afspraken en uitvoeringseisen mogelijk.

De uitvoeringseis rondom het Kwaliteitsregister V&V is gewijzigd en kent geen aanlooperperiode meer.

In 2022 start een nieuw experiment 'bekostiging in de Wijkverpleging' op basis van cliëntprofielen. Op moment van schrijven van dit beleidsdocument is het nog niet duidelijk wat de uitvoering precies behelst voor 2022. We houden de ontwikkelingen scherp in de gaten. Mocht dit aanleiding geven om dit beleid aan te passen dan zullen we dat op onze website publiceren.

# Onze visie op wijkverpleging

Wijkverpleging is gericht op zorg thuis, uitgaande van de behoefte en mogelijkheden van de klant: wat heeft de klant nodig om zijn kwaliteit van leven te behouden of zijn leefkracht te versterken (positieve gezondheid). De wijkverpleegkundige zorg is gericht op zelfredzaamheid. De wijkverpleegkundige maakt daarbij gebruik van een cyclisch proces van klinisch redeneren en kijkt niet alleen naar dit moment, maar ook naar de toekomst (advance care planning, ACP). Het gaat om maatwerk, waarbij formele en informele netwerken en hulpmiddelen optimaal worden benut.

Wijkverpleging wordt geleverd vanuit een wijkverpleegkundig team. Hierin wordt door deskundige, bevoegde en bekwame wijkverpleegkundigen en -verzorgenden samengewerkt met andere professionals in de wijk op zowel inhoud als proces. Op deze manier wordt de zorg voor de individuele klant zo passend mogelijk georganiseerd en geleverd. Generalistisch waar het kan en specialistisch waar het moet.

Het doel van wijkverpleegkundige interventies is de zelfredzaamheid van de klant te versterken, te behouden of te zorgen voor een waardig einde. De klant of zijn netwerk wordt kennis of vaardigheden aangeleerd waardoor hij zich weer zelf kan redden, eventueel met ondersteuning van nietprofessionele zorg. Onderzoek laat zien dat het kunnen voeren van de eigen regie en niet afhankelijk zijn van (professionele) zorg het gevoel van eenzaamheid kan verminderen wat weer positief werkt op afnemen van klachten <sup>1</sup>. Daarom is het van belang dat de inzet van wijkverpleegkundige gericht is op het bevorderen van zelfredzaamheid en eigen regie, waardoor de zorg in principe tijdelijk van aard is. Pas als aantoonbaar is gebleken dat het aanleren van gezondheidsvaardigheden of ondersteuning op andere wijze niet meer mogelijk is, is er sprake van blijvende ondersteuning.

Wijkverpleegkundige zorg in de eerste lijn staat niet op zichzelf. De wijkverpleging is altijd onderdeel van een keten van ondersteuning en zorg aan klanten. Het kennen van de sociale kaart van de wijk/regio is daarom onmisbaar om de juiste zorg op de juiste plaats voor de klant te kunnen regelen. Kennis van de sociale kaart is noodzakelijk om effectief samen te werken. En om zorg op- maar zeker

---

<sup>1</sup>1

> [Associations between care network types and psychological well-being among dutch older adults](#)

ook tijdig af te schalen zodat de klant passende ondersteuning en zorg krijgt. Onnodige medicalisering van ondersteuning of gebruik van (duurdere) specialistische zorg kan daarmee worden voorkomen<sup>2</sup>.

De wijkverpleegkundige heeft daarnaast een belangrijke rol in zorggerelateerde preventie (gericht op het voorkomen van complicaties of het verergeren van de ziekte), maar ook in het leren omgaan met de consequenties van gezondheidsproblemen op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied. Vaak betekent dit een aanpassing van de leefstijl. Dit maakt de wijkverpleging uitermate geschikt om een bijdrage te leveren aan waardegerichte zorg en in het bijzonder de pijler leefkracht.

Menzis ziet daarom de wijkverpleging bij uitstek de spil van een meer integrale benadering van gezondheid, welzijn en ziekte bij de thuiswonende mens. De wijkverpleging heeft een coördinerende en regisserende rol, maar nog belangrijker is dat zij deel uitmaakt van een multidisciplinair samenwerkingsverband in de zorg thuis. Menzis heeft aanvullend een [visie op integrale ouderenzorg](#) ontwikkeld.



---

<sup>2</sup>> [Advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú'](#)

## Beleid voor 2022

De wijkverpleging begeeft zich in een sterk veranderend zorgveld. Mogelijk verandert de koers die de overheid gaat varen in de zorg na de verkiezingen. Het hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging loopt af in 2022 en we starten in 2022 met een nieuwe bekostigingsstructuur in de wijkverpleging. Daarnaast zien we een sterkere focus op de regio waarin diverse thema's worden opgepakt, ook binnen Menzis.

In alle Menzis regiovisies en daaruit voortvloeiende werkagenda's staan beschikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van ondersteuning en zorg voor nu en in de toekomst centraal. We hebben hier als vrager, aanbieder en financier van zorg een gezamenlijke, maatschappelijke verantwoordelijkheid.

In dit zorginkoopbeleid Wijkverpleging krijgen de speerpunten preventie, samenwerking en digitalisering en innovatie het komende jaar extra aandacht.

### Preventie

Een gezonde leefstijl versterkt de mentale veerkracht, de vitaliteit en het gevoel zélf regie te voeren over het leven. Voor het bevorderen van leefkracht en het keren van gezondheidsrisico's is een gezonde leefstijl daarom essentieel (lees ook onze [visie op preventie](#)). Leefkracht draagt bij aan kwaliteit van leven en kan ervoor zorgen dat iemand langer in goede gezondheid ouder kan worden en maatschappelijk betrokken kan blijven.

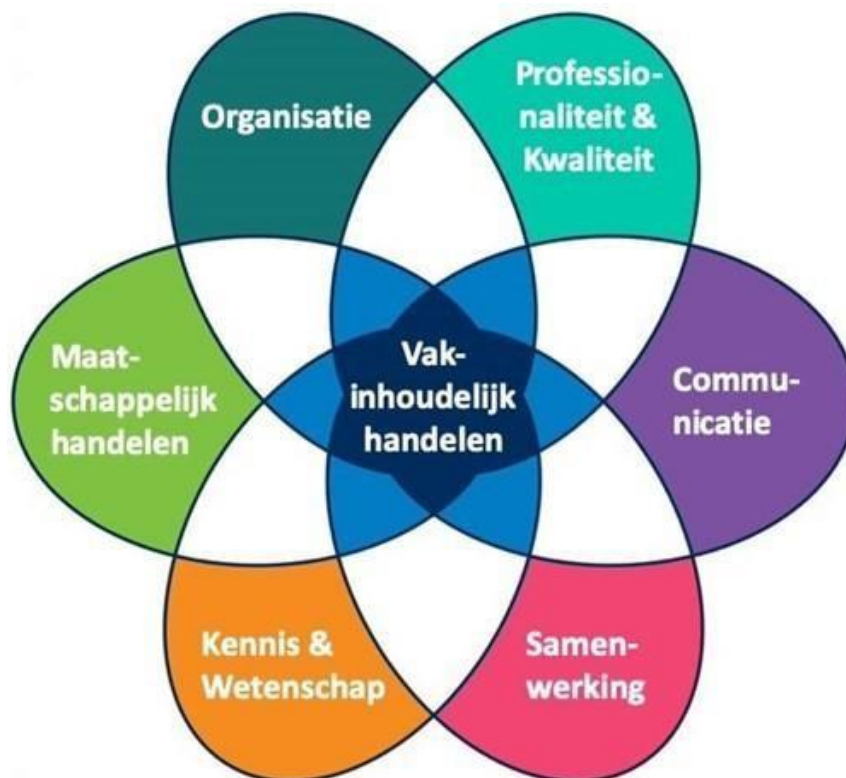
Dit gaat verder dan het inzetten van zorg. Het gaat om het ondersteunen en leren weer zelfredzaam te worden zodat men eigen regie kan nemen en werkt aan zijn/haar leefkracht (geïndiceerde preventie). Dus van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Preventie heeft ook te maken met passende zorg die tijdig wordt ingezet zodat zwaardere zorg of opname kan worden voorkomen (zorggerelateerde preventie).

De wijkverpleegkundige heeft juist hierin een belangrijke rol. Wanneer er sprake is van een kwetsbare situatie verwachten we van professionals een proactieve zorgplanning (ook wel advance care planning, ACP). Voor zorg thuis is dit breder dan alleen nadenken over behandelwensen. Het gaat ook over tijdig nadenken over mogelijke scenario's als:

- een woonsituatie die niet meer passend is bij de zorgbehoefte;
- de continuïteit van zorg bij het uitvallen van mantelzorgers; en
- wensen wanneer thuis wonen niet meer op veilige wijze mogelijk is.

Zodat klanten hierop kunnen anticiperen en er minder acute situaties ontstaan. Samenwerking en afstemming met gemeenten voor het ondersteunen van mantelzorgers is essentieel. Voor de klant en zijn netwerk is een vast team van zorgverleners met een vast aanspreekpunt zeer belangrijk.

Preventie is een onderdeel van de competenties van de (wijk)verpleegkundige. Het is onderdeel van het vakinhoudelijk handelen en het expertisegebied van de wijkverpleegkundige<sup>3</sup>.



---

<sup>3</sup>3

> [CanMEDS](#)

> [Expertisegebied wijkverpleegkundige in één oogopslag](#)

Binnen de wijkverpleging is het mogelijk om preventieve activiteiten op individueel niveau en groepsniveau in te zetten waardoor klanten en hun mantelzorgers langer eigen regie houden en zelfredzaam kunnen blijven of dit weer kunnen worden (doelgroepcode 1036, AIV, valpreventie in samenwerking met gemeenten, GVO-activiteiten). Menzis wil in 2022 nadrukkelijker monitoren waar deze kortcyclische activiteiten binnen het afgesproken budget worden ingezet ten gunste van de inzet van langdurige klantgebonden zorgverlening.

## Samenwerking

Wijkverpleegkundige zorg in de eerste lijn staat niet op zichzelf. De wijkverpleging is *altijd* onderdeel van een keten van ondersteuning en zorg aan klanten. Samenwerking, niet alleen met de klant en zijn netwerk, andere hulpverleners (zowel vrijwilliger als professionals) maar ook samenwerking in de wijk, gemeente, regio en landelijk. De coronapandemie heeft ons ook laten zien dat samenwerking noodzakelijk is om passende zorg beschikbaar te houden. Het cruciale aspect van samenwerking in de zorg voor klanten is meermaals aangetoond. Het is dan voor ons ook een gegeven dat zorgverleners zich hier optimaal voor inspannen.

### Met de klant

De wijkverpleegkundige werkt samen met de klant en zijn mantelzorger (samen beslissen). Samen met de klant bepaalt de wijkverpleegkundige de zorgbehoefte, de doelen, de zorgduur en interventies om deze doelen binnen die tijd te bereiken. Het zorgplan wordt door beide partijen bevestigd (de eerste keer door middel van ondertekening). Het zorgplan is te allen tijde voor klant en mantelzorger inzichtelijk en wordt conform de wettelijke regels digitaal ter beschikking gesteld.

#### > [Uitvoeringseis 2 en 4](#)

Het zorgplan is, - of er worden voorbereidingen getroffen-, geschikt om gekoppeld te worden aan een Persoonlijk GezondheidsOmgeving (PGO).

Uitvoeren van de afspraken gebeurt door het wijkverpleegkundig team. Voor de klant en zijn netwerk is een vast en overzichtelijk team van zorgverleners met een vast aanspreekpunt zeer belangrijk (Patiëntenfederatie Nederland en Leidraad herkenbare en aanspreekbare Wijkverpleging<sup>4</sup>).

#### > [Uitvoeringseis 3](#)

---

<sup>4</sup>> [Blog: Kwaliteit thuiszorg, wat vinden mensen belangrijk?](#)

> [Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging](#)

## Rondom de klant

Samenwerking begint voor de wijkverpleegkunde door actief te zijn in een wijkverpleegkundig team voor de klanten in die wijk. Om in de wijk te kunnen werken moet het wijkverpleegkundige team bereikbaar, herkenbaar en aanspreekbaar zijn voor klanten en verwijzers. De wijkverpleegkundige kan als professional de regie op zich nemen voor het realiseren van een gezonde buurt of wijk. Zij kent deze wijk, weet waar de hulpvragen liggen of vandaan kunnen komen. De wijkverpleegkundige doet dit vanuit een brede kijk op de domeinen zorg, welzijn en wonen. Zij heeft daarvoor contacten met de huisarts, maar ook met gemeente, welzijnsinstellingen en informele zorg, gecontracteerd maar ook niet-gecontracteerd. Waardoor zij in staat is de verschillende betrokken disciplines uit alle domeinen met elkaar te verbinden.

De samenwerking begint in ieder geval altijd met de huisarts van de klant. De wijkverpleegkundige huisarts is de spil in de wijk en samen nemen ze verantwoordelijkheid en eigenaarschap voor de geneeskundige zorg van de klanten in het werkgebied van het wijkteam. Menzis verwacht dat er in iedere wijk een lokaal netwerk ontstaat in de driehoek huisarts, wijkverpleegkundige en sociaal domein. Deze driehoek kan ondersteund worden door bijvoorbeeld de SO bij kwetsbare ouderen<sup>5</sup> of deskundigen uit GGz of verstandelijk gehandicaptenzorg.

Maar ook met andere specialismen in de eerste lijn, met apothekers (veilige principes in de medicatieketen), specialist ouderengeneeskundigen én tweedelijns zorgaanbieders. Daarnaast heeft ze inzicht in de beschikbaarheid van langdurige zorg (Wlz) in de buurt zodat de advanced care tijdig besproken kan worden. Menzis verwacht daarom dat wijkverpleegkundigen deelnemen aan multidisciplinaire overleggen. Wanneer in de praktijk blijkt dat het niet lukt om met huisartsen(organisaties) goede afspraken te maken over casemanagement en multidisciplinair overleg (MDO), verzoeken we de zorgaanbieder om dit kenbaar te maken aan zijn contactpersoon bij Menzis. De klant moet immers kunnen vertrouwen op continuïteit in de keten.

De contacten met de gemeenten zijn onmisbaar voor afspraken rondom cliëntondersteuning, welzijn, mantelzorgondersteuning maar ook voorliggende voorzieningen vanuit het Wmo domein.

Samenwerken met andere hulpverleners betekent dat de beschikbare wijkverpleegkundige capaciteit eerlijk wordt verdeeld over alle klanten die dat nodig hebben. Dus voorkomen van dubbelingen of langs

---

<sup>5</sup> > [Visie op Ouderenzorg Menzis](#)

elkaar heen werken met een goede afspraken in bijvoorbeeld een netwerk Dementie maar ook over onplanbare zorg in de nacht.

> [Uitvoeringseisen 7, 8 en 9](#)

Zorgaanbieders maken het mogelijk dat hun wijkverpleegkundigen in staat zijn deze samenwerking in te vullen. Er wordt ruimte gegeven voor scholing en intervisie. Daarnaast is er ruimte om contact te zoeken met andere hulpverleners in de wijk en neemt de zorgaanbieder de verantwoordelijkheid om werkafspraken te maken met onder andere gemeenten.

> [Uitvoeringseis 11](#)

### In de regio

Voor elke Menzis-regio is/wordt een eigen regiovisie met bijbehorende regioplannen ontwikkeld. Duidelijk is dat in onze regio's door de vergrijzing en de arbeidsmarktproblematiek de wijkverpleging een belangrijke rol speelt. De focus op onderwerpen kan per regio verschillen, afhankelijk van de regionale dynamiek en netwerkontwikkeling.

Goede afspraken in de regio dragen bij aan:

- de beweging van de Juiste zorg op de juiste plaats (JZOJP);
- de acute zorgketen inclusief goede afspraken over in-, door en uitstroom van klanten in de verschillende zorgsoorten en domeinen;
- uitwisseling van gegevens;
- herkenbare en aanspreekbare teams.

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

### Onplanbare Nachtzorg

In elke Menzis-regio zijn er afspraken gemaakt over de invulling van de onplanbare nachtzorg om deze doelmatig in te richten. We verwachten van aanbieders dat zij zich committeren aan de afspraken in de regio van hun werkgebied.

> [Uitvoeringseis 8](#)



## Ketenzorg Dementie

Naast de onplanbare nachtzorg is er een landelijk dekkende inrichting van netwerken Dementie<sup>6</sup>. Deze netwerken hebben met zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de inrichting en dienstverlening van Dementiezorg in de regio. Alhoewel het individuele casemanagement Dementie wordt uitgevoerd en ingekocht bij de individuele zorgaanbieder is intervisie, scholing, afstemming en coördinatie van dementiezorg neergelegd bij de keten in de regio. Deze keten coördineert ook de wachttijden. Elke gecontracteerde aanbieder sluit zich aan bij het netwerk Dementie in de regio waar hij actief is. De zorgaanbieder registreert wachttijden casemanagement Dementie en geeft deze ook door aan de keten in zijn regio. Casemanagement Dementie wordt geleverd door de zorgaanbieders zelf of via het netwerk conform de afspraken in de regio.

> [Uitvoeringseis 9](#)

## Module sociale infrastructuur

Menzis heeft de afgelopen jaren gewerkt aan de ontwikkeling van die (sociale) infrastructuur door deze - in samenwerking met huisartsen en sociaal domein in de regio - bij een beperkt aantal zorgaanbieders in te kopen. Er is in 2016 een aparte module ontwikkeld, samen met gemeenten in de Menzis-regio's. De uitgangspunten van deze module zijn nog altijd actueel. Zowel de module als de evaluatie met aanbevelingen uit 2017 kunt u raadplegen op onze [website](#).

De komende jaren ligt de nadruk op verdere ontwikkeling van samenwerkingsafspraken, inhoud van die afspraken en het ontwikkelen van resultaatindicatoren in relatie tot de ondertussen ontwikkelde regiovisies en -plannen.

De eerdere module Sociale infrastructuur wordt in principe met de al bekende zorgaanbieders in de Menzis-regio's doorontwikkeld en opgenomen in de afspraken rondom de regioplannen.

---

<sup>6</sup>> [De netwerken dementie in Nederland](#)

## Digitalisering en innovatie

Digitale voorzieningen zijn niet meer weg te denken uit onze samenleving. Ook de corona-pandemie heeft laten zien dat digitaal werken in de zorg nodig is om de zorg kwalitatief goed en beschikbaar te houden. Menzis ziet daarin de inzet van digitale zorg als middel om de zorg toegankelijk, beschikbaar, betaalbaar en waardegericht te houden (lees ook onze [visie op digitalisering](#))

Digitale zorg maakt het mogelijk dat klanten hun eigen regie kunnen blijven voeren. Binnen de wijkverpleging zijn er vele mogelijkheden om digitale zorg in te zetten. Zo is het al sinds 2009 mogelijk om gebruik te maken van farmaceutische telezorg en beeldschermzorg bij persoonlijke verzorging en verpleging. Helaas zien we dat nog niet al onze verzekerden hiervan gebruik kunnen maken of hierin worden ondersteund.

Menzis wil dat al haar verzekerden in de gelegenheid worden gesteld om gebruik te maken van digitale voorzieningen die de eigen regie kunnen versterken.

Dat betekent dat wijkverpleegkundigen op de hoogte moeten zijn van de digitale mogelijkheden die thuis in gezet kunnen worden. Maar ook dat een wijkverpleegkundige de vaardigheden heeft deze mogelijkheden in te zetten en de klant te ondersteunen in het gebruik hiervan. De inzet van digitale zorg moet een vanzelfsprekendheid zijn en zeker eerst worden overwogen voordat fysieke zorg wordt ingezet. Dat kan op den duur betekenen dat fysieke wijkverpleging niet meer vergoed zou worden als niet eerst digitale voorzieningen zijn uitgetoetst<sup>7</sup>.

Menzis wil de inzet van thuiszorgtechnologie en digitale zorg stimuleren. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij, als zij thuiszorgtechnologie willen inzetten, een visie op inzet van technologie hebben voor hun organisatie. Daarin is opgenomen wat inzet van technologie gaat betekenen voor de zorg die wordt aangeboden, nu en in de toekomst, hoe deze gaat bijdragen aan de uitdagingen waar men voor staat en welke acties er worden genomen om deze technologie succesvol in de organisatie te implementeren. Denk bij dit laatste ook aan scholing van medewerkers, samenwerking met andere partijen en gebruik van diverse financieringsvormen zoals de [SET regeling](#).

Want inzet van thuiszorgtechnologie gaat niet zozeer over het implementeren van een tool maar meer om het anders organiseren en inrichten van zorg. Het gaat om vervanging van bestaande zorg in plaats

---

<sup>7</sup> [7](#)

'Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering' > bron [Verzekeringsvoorwaarden Menzis 2021](#)

van een handeling erbij. Menzis kan bij de aanvraag van het gebruik van de prestatiecode Thuiszorgtechnologie vragen om dit visiedocument.

We willen daarnaast samen met het veld kennis en ervaring op doen met andere vormen van digitale ondersteuning en zorg die kunnen bijdragen aan de knelpunten in de regio. Denk hierbij aan digitale uitwisseling van gegevens programma [InZicht](#).

Op het Menzis [Innovatieportaal](#) is informatie te vinden over innovaties binnen de zorg waaronder digitale zorg. We ondersteunen bedenkers van (digitale) zorginnovaties en begeleiden hen bij het opschalen van goede initiatieven.

## Basis op orde

Voor het bieden van kwalitatief goede wijkverpleging moet vanzelfsprekend de basis op orde zijn.

Wijkverpleging wordt geleverd vanuit een team van gediplomeerde hbo- en mbo-verpleegkundigen ondersteund door verzorgenden en waar dit gewenst en kwalitatief verantwoord is (onder voorwaarden<sup>8</sup>) helpenden Zorg en welzijn.

In het team zijn HBO-wijkverpleegkundige(n) aanwezig die conform de normen voor indiceren<sup>9</sup> de zorgbehoefte bij de klant vaststelt, deze in samenspraak met de klant, verwerkt in een zorgplan met beschrijving van navolgbare doelen, interventies én afspraken over inzet van eigen kracht, netwerk, andere hulpverleners en eventueel professionele zorg. Daarbij wordt de duur waarop de doelen behaald gaan worden of in ieder geval geëvalueerd, afgesproken en beschreven. Deze afspraak wordt tussen klant én wijkverpleegkundige bekrachtigd.

### > [Minimumeis 21, uitvoeringseis 2 en 4](#)

In het team is de wijkverpleegkundige ook degene die op systematisch methodische wijze gegevens verzamelt en deze gebruikt voor het klinische redeneren in een cyclisch proces. Op basis daarvan wordt het zorgplan opgesteld, geëvalueerd en waar nodig bijgesteld, in samenspraak met de klant (samen beslissen).

### > [Daarom hanteren we de minimumeis 20 en 21.](#)

---

<sup>8</sup> [Zie Voorwaarden: Veel gestelde vragen](#)

<sup>9</sup> [Handreiking Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving](#)

De wijkverpleegkundige(n) in het team heeft niet alleen een rol in de individuele zorgverlening naar de klant maar is ook ondersteunend en coachend naar haar teamleden waardoor er een lerende cultuur ontstaat en de kwaliteit en deskundigheid van het team gegarandeerd blijft. [Toetsingskaders zorg thuis](#).

Het team levert alle zorg die nodig is in haar werkgebied en is daarvoor dag en nacht beschikbaar, ook op onverwachte momenten.

- > *Daarom hanteren we de [minimumeis 1 en 2](#) en [uitvoeringseis 8](#).*

Het wijkverpleegkundig team kent haar werkgebied en de andere professionals in dat werkgebied. Klant en andere hulpverleners in het werkgebied kennen het wijkverpleegkundig team. Dat betekent dat iedereen in het wijkverpleegkundig team weet wie er gebeld moet worden en met wie er samengewerkt wordt als er vragen zijn die buiten haar deskundigheidsgebied liggen. Er is kennis van de sociale kaart van het werkgebied. Dat betekent dat het werkgebied werkbaar moet zijn om samenwerkingsrelaties op te kunnen bouwen en herkenbaar en aanspreekbaar te kunnen zijn voor klant en samenwerkingspartners. Om zich bekend te maken aan klant en mantelzorger is er in ieder geval een website waarom het aanbod van zorg en de werkwijze van de wijkverpleging wordt toegelicht.

- > *Daarom hanteren we de [minimumeis 22 en 24](#)*

Iedereen in het wijkverpleegkundige team is bekend met de wet- en regelgeving die nodig is om kwalitatief goede, rechtmatige en doelmatige wijkverpleging volgens de aanspraak in Zvw art 2.10 te verlenen. Daarbij kan gedacht worden aan beroepsnormen en richtlijnen, het kwaliteitskader wijkverpleging, handreikingen van de beroepsvereniging, leidraden rondom organiseren van zorg maar ook regelgeving vanuit toezichthouders en de overheid. Daarnaast heeft het team (de beschikking over) intern kwaliteitsbeleid rondom de medicatieketen.

- > *Daarom hanteren we de [minimumeis 10, 12 en 23](#)*

Organisaties die wijkverpleging bieden vanuit een rechtspersoon hebben de daartoe benodigde toelatingen en inschrijvingen en zijn van onbesproken gedrag. Zij ondersteunen hun wijkverpleegkundig team in alles wat het nodig heeft voor het verlenen van kwalitatief goede zorg. Daarbij zijn ze financieel gezond om de zorg die wordt ingezet ook te continueren, ook bij tegenslag. Zorggelden worden effectief en doelmatig ingezet ten behoeve van zorgverlening.

- > *Daarom hanteren we de [minimumeisen 3 t/m 9 en 11 t/m 19](#)*

Ook ZZP'ers die wijkverpleging leveren hebben deze basis op orde. Zij werken dus in een wijkverpleegkundig team rondom de klant. Individueel in een samenwerking met elkaar of met andere organisaties voor wijkverpleging óf in een coöperatievorm. Indien een ZZP'ers als zelfstandige voor een contract in aanmerking wil komen dan is hij/zij minimaal een BIG geregistreerde HBOwijkverpleegkundige. Ook een ZZP'er kan aantonen dat de kwaliteit van zorg is gegarandeerd en zich laten toetsen op de zorglevering.

> [Zie minimumeisen 3, 4, 5 en 7](#)

Als eenmaal een contract met Menzis is verkregen zal de zorgaanbieder moeten blijven werken aan kwalitatief goede en veilige zorg. Dit betekent dat de minimumeisen ook gedurende het contract van kracht blijven en dat er extra aandacht wordt besteed aan klantervaringen, gebruik van richtlijnen en handreikingen en scholing van medewerkers.

> [Uitvoeringseis 1, 2, 5, 6 en 9](#)

## Specifieke thema's en zorgvormen

### Casemanagement

We zien casemanagement aan kwetsbare ouderen (waaronder ouderen met dementie) als een belangrijke rol van het wijkverpleegkundig beroep. Met name in deze rol kan de wijkverpleegkundige de klant ondersteunen in zijn leefkracht en voorkomen dat zwaardere zorg, crisissituaties of opname nodig is. Samen beslissen, proactieve (zorg)planning maar zeker ook samenwerking met andere domeinen waarbij de wijkverpleegkundige in de rol als professional die casemanagement levert, de coördinatie en regie op zich neemt om de meest passende ondersteuning en zorg voor de klant te vinden.

Casemanagement maakt onderdeel uit van de reguliere wijkverpleging en het expertisegebied van de wijkverpleegkundige en wordt door Menzis niet apart ingekocht. Zorg die geleverd wordt vanuit de aanspraak wijkverpleging, moet altijd geïnventariseerd worden én vastgelegd in een zorgplan. Dit geldt ook voor casemanagement, zelfs als er geen andere zorg vanuit de wijkverpleging nodig is.

Net zoals bij iedere specifieke aandoening zal de zorgverlener specifieke bekwaamheid moeten hebben om de klant van de juiste zorg te kunnen voorzien. Dat kan zorg bij dementie zijn, maar we denken hierbij ook aan palliatieve zorg, oncologische zorg of andere specifieke deskundigheid.

Als de kennis en kunde van de wijkverpleegkundige op een specifiek onderdeel niet voldoende is, moet deze in staat zijn om tijdig de juiste specifieke deskundigheid te verwerven, te consulteren of in te zetten. Bijvoorbeeld via een regionaal (geriatrisch) expertisenetwerk, ketennetwerk Dementie of via een collega-zorgaanbieder, al dan niet via onderlinge dienstverlening. De zorgstandaarden (landelijk en regionaal, zoals de Zorgstandaard Dementie of de Groninger Zorgstandaard Integrale Ouderenzorg) en kwaliteitsstandaarden die gebruikelijk zijn in de beroepsgroep, zijn hierbij de leidraad. Het belangrijkste is dat ook hier de klant een vast en vooral deskundig aanspreekpunt heeft voor zijn vragen en voor de begeleiding in zijn hulpverlening. Dit aanspreekpunt is bij het geven van adviezen en het inzetten of verwijzen van zorg- en dienstverlening onafhankelijk en niet gebonden aan de belangen of het aanbod van de eigen organisatie.

Gezien de ontwikkelingen in onze maatschappij en de toename van kwetsbare ouderen verwachten wij van elke gecontracteerde aanbieder dat hij casemanagement kan leveren of afspraken maakt met collega aanbieders met deskundig personeel.

In ieder geval is iedere gecontracteerde aanbieder voor het bieden van zorg rondom dementie aangesloten op het ketennetwerk Dementie in zijn werkgebied en conformeert zich aan de afspraken die daar gemaakt worden over processen, inhoud en samenwerking.

> [Uitvoeringseis 9](#)

### Specialistische verpleging (ziekenhuisverplaatste zorg)

Er wordt gesproken over specialistische verpleging wanneer 'er sprake is van een zorgvraag die extra (specialistische) kennis en vaardigheden vraagt van een daartoe bekwaam geachte verpleegkundige ten aanzien van de aandoening, de behandeling en/of het uitvoeren van (weinig frequent voorkomende) risicovolle en/of voorbehouden handelingen' (Nza, BR-REG-18104 Verpleging en Verzorging).

Menzis koopt gespecialiseerde verpleging in bij aanbieders van wijkverpleging waarbij we ervanuit gaan dat elke verpleegkundige bevoegd is om dit te leveren. Specialistische verpleging die vaak wordt uitgevoerd op verzoek en onder regie van een arts, vraagt ook specialistische kennis en vaardigheden en dus bekwaamheid. We verwachten van zorgaanbieders die deze specialistische kennis en kunde in huis hebben, dat deze gedeeld wordt met zorgaanbieders die deze zorg sporadisch nodig hebben. Dit kan door de zorg als aanbieder van specialistische verpleging zelf te leveren of via afspraken over onderlinge dienstverlening.

Als de zorg én de verpleging vanuit het ziekenhuis worden georganiseerd en geleverd, dan rekenen we de verpleging tot de medisch specialistische zorg en is de medisch specialist zorginhoudelijk en financieel verantwoordelijk. We hebben hiervoor ter verduidelijking toetsingskaders ontwikkeld.

> [Toetsingskader ziekenhuisverplaatste zorg Menzis](#)

Menzis hanteert voor specialistische verpleging aanvullende uitvoeringseisen en maakt door middel van een addendum hierover aanvullende afspraken (*zie uitvoeringseis 13*). Bij de inschrijving zal gevraagd worden om een overzicht van bevoegd en bekwaam personeel. Wanneer we akkoord gaan met dit overzicht, voegen we een addendum toe aan de overeenkomst. Zowel verpleging als gespecialiseerde verpleging worden meegenomen in de afspraken over het integraal tarief voor wijkverpleging.

**(regiefunctie) complexe Wondzorg**

Ook wondzorg thuis, inclusief de complexe wondzorg, is wijkverpleging en koopt Menzis daarom in als onderdeel van de reguliere wijkverpleging. Het uitgangspunt is dat zorg zoveel mogelijk plaatsvindt, dicht bij de patiënt: 'In de eerste lijn als het kan, in de tweede lijn als het moet'.

Om dit doel te bereiken, helpt het als er regionaal sprake is van een integrale wondzorgketen en een multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, wondregisseurs, wijkverpleegkundigen/verzorgenden, ziekenhuizen en hulpmiddelenleveranciers. Deze zorgverleners gaan geprotocolleerd te werk om de kwaliteit van zorg voor patiënten met een complexe wond te verbeteren. Ze monitoren en registreren de wondbehandeling van de patiënt, zodat de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd en er voortdurend deskundigheidsbevordering plaatsvindt. De uitgangspunten voor deze ketensamenwerking leest u in een apart document [regiefunctie complexe wondzorg](#).

Indien wondzorg door aanbieders van andere zorgsoorten wordt geleverd dan maakt het deel uit van de zorginkoop van de betreffende zorgsoort met in achtneming van de eerdere genoemde toetsingskaders ziekenhuisverplaatste zorg.

## Palliatieve zorg

Palliatieve zorg kan beginnen zodra een klant te horen krijgt dat de laatste levensfase is aangebroken. Dat kan bijvoorbeeld zijn wanneer iemand zo ziek is dat op genezing gerichte behandelingen te zwaar vallen of geen perspectief meer bieden. Intensieve verpleging is vaak pas in de laatste weken nodig, het waken vaak pas de laatste dagen (zie hiervoor ook de informatiekaarten palliatieve zorg van het Zorginstituut voor zowel professionals als patiënten<sup>10</sup>). In de laatste fase, waarin intensieve verpleging noodzakelijk kan zijn, wordt gesproken van palliatieve terminale zorg. Voor deze terminale zorg wordt als regel een termijn van maximaal drie maanden aangehouden.

Soms is in de palliatieve fase intensieve zorg nodig. Dit kan verzekerde zorg betreffen wanneer er sprake is van een geneeskundige context. De indicerend (wijk)verpleegkundige bepaalt hoeveel zorg een klant nodig heeft. Deze houdt hierbij rekening met de zorgbehoefte, maar ook met de situatie in huis en de (on)mogelijkheid van mantelzorg en/of vrijwilligers. Het ontbreken van een mantelzorgnetwerk is een sociaal probleem. Mantelzorgers kunnen voor ondersteuning een beroep doen op de gemeente. Het gaat dan om algemene voorzieningen, zoals advies, voorlichting of lotgenotencontact. Maar ook om ondersteuning bij huishoudelijke taken, mantelzorgondersteuning en respijtzorg.

Wijkverpleging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Op het moment dat een klant een blijvende noodzaak heeft aan 24 uur toezicht per dag of zorg in de nabijheid nodig heeft, is een aanspraak op zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) aangewezen. Een uitzondering hierop is, dat wanneer sprake is van een palliatief terminale situatie - en een klant op dat moment nog geen Wlzindicatie heeft - de klant niet over gaat naar een ander domein en de professionele zorg vergoed wordt vanuit de Zvw. De zorg blijft beschikbaar tot het overlijden, ook als de laatste levensfase langer duurt dan verwacht. Wanneer de klant zodanig herstelt dat er geen sprake meer is van een terminale levensfase, wordt het zorgaanbod op de nieuwe zorgvraag afgestemd.

We verwachten van alle zorgaanbieders wijkverpleging dat zij hun klanten de zorg in de palliatieve fase kunnen geven. Dit kan door het zelf leveren van de zorg of via afspraken over onderlinge dienstverlening met collega-aanbieders. Ook in de palliatieve fase blijft de inzet van passende en doelmatige zorg aanwezig. Als er geen mantelzorg of vrijwillige zorg beschikbaar is op momenten dat professionele zorg niet noodzakelijk is en een klant vindt het niet wenselijk alleen te zijn, kan er

---

<sup>10</sup> [Informatiekaart Palliatieve zorg voor professionals](#)  
[Informatiekaart Palliatieve zorg: Informatie over de zorg aan het einde van het leven](#)



verwezen worden naar eerstelijns verblijf (ELV) of hospice. Het enkel aanwezig zijn van een verpleegkundige, zonder medische noodzaak, wordt niet vergoed.

Menzis heeft voor de uitvoering van palliatief terminale zorg aanvullende uitvoeringseisen geformuleerd.

> [Zie uitvoeringseis 11](#)

### Medische kindzorg

Medische kindzorg is zorg die door specifiek daarvoor toegeruste zorgaanbieders wordt geboden. Dit in tegenstelling tot reguliere verpleging aan kinderen, die door reguliere aanbieders geboden kan worden. Medische kindzorg omvat verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar, als deze zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Naast het kind en het gezin zijn ook de kinderverpleegkundige en de hoofdbehandelaar uit het ziekenhuis (meestal de kinderarts) betrokken bij de kinderverpleegkundige zorg die nodig is buiten het ziekenhuis. Het is mogelijk dat een kind tegelijkertijd vanuit de Jeugdwet én vanuit de Zorgverzekeringswet zorg krijgt.

Menzis hanteert aanvullende uitvoeringseisen voor aanbieders die specifiek Medische kindzorg willen bieden.

> [Uitvoeringseis 12](#)

### Arbeidsmarkt

Belangrijk aandachtspunt is de krappe arbeidsmarkt in de zorg dat ook de wijkverpleging raakt. Samen zullen we op zoek moeten naar waardegerichte oplossingen die zekerheid geven aan onze klanten over beschikbare, bereikbare en betrouwbare zorg thuis. We moeten kritisch kijken naar passende oplossingen voor de vraagkant. Moeten of kunnen alle hulpvragen opgelost worden met professionele zorg? En is langer thuis wonen altijd de meest veilige en verantwoorde oplossing? Daarbij is verdere samenwerking noodzakelijk om het krappere wordende (specialistische) zorgaanbod in de regio efficiënt in te zetten.

Verder moet er ook aandacht zijn voor de aanbodkant. Hoe wordt het aantrekkelijk om in de wijkverpleging te werken? Wat is goed werkgeverschap, wat zijn aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden bijvoorbeeld contractgrootte en hoe wordt er ruimte gegeven aan de professionele wijkverpleegkundige voor autonomie en medezeggenschap?

In 2018 is het [kwaliteitskader Wijkverpleging](#) ontwikkeld en gepubliceerd. Het kwaliteitskader geeft aan hoe de zorg in de wijk door wijkverpleegkundigen en verzorgenden zo goed mogelijk georganiseerd kan worden en wat de maatschappij van de wijkverpleegkundige zorg mag verwachten. Maar ook wat een wijkverpleegkundige nodig heeft om deze rol waar te maken.

Menzis verwacht dat een zorgaanbieder investeert in wijkverpleging en zijn wijkverpleegkundig personeel. Hij zorgt ervoor dat het zorgverlenend personeel zijn bevoegd- en bekwaamheden op peil kan houden en dit ook kan vastleggen in het kwaliteitsregister V&V. Daarnaast worden er stageplaatsen beschikbaar gesteld om de geleerde kennis in de praktijk te kunnen brengen en daarmee voldoende verpleegkundigen voor de toekomst op te leiden.

> [Uitvoeringseis 5 en 6](#)

Menzis gaat door met de kennissessies waarbij we in gesprek blijven met wijkverpleegkundigen op diverse thema's en blijven we lid van diverse adviescommissies van Mbo – en Hbo-opleidingen in de zorg.

Samen zijn we verantwoordelijk voor het terugdringen van onnodige regeldruk die wijkverpleegkundigen belemmeren in hun werken kijken we waar regels aangepast of verwijderd kunnen worden.

### **Kwaliteit en klanttevredenheid**

Menzis biedt inspraak aan verzekerden op de speerpunten van het zorginkoopbeleid. Dit houdt in dat zij via de Ledenraad gelegenheid krijgen om hun meningen en wensen omtrent toekomstige beleidsvoornemens in het zorginkoopbeleid kenbaar te maken.

We hechten veel waarde aan de klantervaringen. Dat betekent concreet dat bij wijkverpleging in ieder geval een klantervaringsonderzoek wordt gedaan bij de klanten. De resultaten van deze klantervaringen zijn openbaar en daarmee inzichtelijk voor klanten, zoals is afgesproken in het kwaliteitskader. Iedere zorgaanbieder zal dus de PREM moeten uitzetten in zijn organisatie, zodat uitkomsten in ieder geval getoond kunnen worden aan klanten. Belangrijk is dat de klant een vergelijking kan maken tussen zorgaanbieders om zijn keuze te bepalen. De klanttevredenheidsresultaten tonen we ook via de Zorgvinder aan onze klanten.

> [Uitvoeringseis 1](#)

## Bekostiging

Om de zorg ook voor de toekomst betaalbaar te houden, is het belangrijk het perspectief voor inzet van zorg te veranderen. Niet de vraag 'Hoeveel uur heb ik aan deze klant besteed' maar de vraag 'Wat heeft mijn inzet voor deze klant opgeleverd'. Inzet van zorg gaat dus van verrichten van inspanning naar het toevoegen van waarde, waarbij de klant wordt ondersteund in zijn mogelijkheden en gezondheid en niet in zijn onmogelijkheden en ziekte.

In de afgelopen jaren is er door alle partijen (brancheorganisaties in de V&V, VWS, NZa) hard gewerkt om een start te maken met een nieuw bekostigingsmodel in de Verpleging en Verzorging. Het model met cliëntprofielen, gaat 1 januari 2022 van start als experiment, en zal bijdragen aan innovatie en samenwerking in de eerste lijn. Aspecten als ongewenste volumeprikkels, het verhogen van administratieve lasten en afwenteling van zwaardere klanten, moeten voorkomen worden.

Menzis blijft voor het contractjaar 2022 gebruik maken van het integrale uurtarief zonder clientprofiel (en daarmee de huidige prestatiecodes gebruiken) voor declaratie Wijkverpleging of de maatwerkafspraken zoals die ook al in 2021 met de zorgaanbieder zijn afgesproken. Indien de zorgaanbieder wil starten met het registreren van clientprofielen in aanloop naar een nieuwe bekostiging Wijkverpleging dan kan dit met de inkoper besproken worden en zullen eventuele aanvullende afspraken in een apart addendum aan de overeenkomst worden toegevoegd.

## Benchmark

Menzis heeft in de loop der jaren een benchmark ontwikkeld waarmee de inzet van doelmatige zorg wordt gemonitord. Doelmatige inzet betekent onder meer dat er geen zorg wordt ingezet die vanuit de zorgverzekeringswet nog niet nodig is of als de klant 24-uurs toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid nodig heeft dat de klant wordt toe geleid naar een Wlz-indicatie die meer passend is.

Onze benchmark kijkt naar de gemiddeld gedeclareerde kosten per klant ten opzichte van de verwachte gemiddelde kosten per klant van de individuele zorgaanbieder. De verwachte kosten per klant zijn gebaseerd op de vergelijking met de kosten per (Menzis)klant van andere aanbieders, waarbij rekening wordt gehouden met relevante kenmerken van de klant. In de berekening van de verwachte kosten is rekening gehouden met de volgende kenmerken: leeftijd, geslacht, sociaaleconomische klasse, al dan niet overleden zijn, Farmaceutische Kosten Groep (FKG), Diagnose Kosten Groep (DKG), Hulpmiddelen Kosten Groep (HKG).

Op basis van de doelmatigheid die uit de benchmark blijkt, delen we zorgaanbieders in 3 klassen in:

- *Hoge doelmatigheid - zorgaanbieders die doelmatiger zijn dan het Menzis-gemiddelde.*
- *Gemiddelde doelmatigheid - zorgaanbieders die op het Menzis-gemiddelde zitten.*
- *Lage doelmatigheid - zorgaanbieders die minder doelmatig zijn dan het Menzis-gemiddelde.*

Deze indeling wordt gebruikt voor het vaststellen van het tarief, de budgetafspraken en de mogelijkheid van het maken van een eventuele meerjarenafpraak. De benchmark geeft ons ook de gelegenheid om afwijkingen te bespreken bijvoorbeeld ten opzichte van Menzis-gemiddelden of ten opzichte van eerdere maanden/jaren, of om budgetafspraken gedurende het contractjaar naar boven of naar beneden bij te stellen.

## Budget- en tariefafspraken

### **Integraal tarief**

Menzis maakt gebruik van een integraal tarief. Dit geeft ons de mogelijkheid om per zorgaanbieder een maatafspraak te maken welke recht doet aan de zorg die door de individuele zorgaanbieder geleverd wordt en waarmee de administratieve lasten van de wijkverpleegkundige worden vermindert.

De basis voor het integrale tarief 2022 is het tarief van het voorgaande jaar dat met de zorgaanbieder is overeengekomen verhoogd met de Overheidsbijdrage Arbeidsvoorwaarden (OVA) conform het hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022. Vervolgens wordt hierop een correctie aangebracht op basis van het profiel van uw organisatie, uw huidige tarief in vergelijking met andere zorgaanbieders en de resultaten van onze benchmark.

### **Budgetplafond**

Naast het bepalen van het individuele integrale tarief wordt de benchmark/doelmatigheid gebruikt om afspraken te maken over het budgetplafond.

Nieuwe zorgaanbieders krijgen een vaste tariefafspraken en in beginsel een budgetafspraken van maximaal € 150.000. Gedurende het jaar zal de ontwikkeling van de declaraties gevolgd worden. Voor zorgaanbieders die gedurende het jaar instromen en voor een deel van het jaar in aanmerking komen voor een overeenkomst, wordt de budgetafspraken naar rato afgesproken.

Wij verwachten dat een zorgaanbieder stuurt op de budgetafspraken die we aan het begin van het jaar samen maken. Aanpassingen van het budgetplafond gedurende het jaar zijn alleen mogelijk onder strikte [voorwaarden](#) (veel gestelde vragen) en in relatie tot de ontwikkelingen van de kosten per klant in de organisatie.

# Contractspecificaties

## Inkoopeisen

Voor alle zorgaanbieders (nieuw en bestaand) die gecontracteerd willen worden om Verpleging en Verzorging te verlenen in 2022, gelden dezelfde minimumeisen en uitvoeringseisen. In bijlagen 1 t/m 3 staan de criteria nogmaals vermeld. Achter elke categorie voorwaarden staat vermeld per welke datum de zorgaanbieder hieraan moet voldoen. Niet (tijdig) voldoen aan hetgeen opgenomen is in de bijlagen betekent dat we geen overeenkomst 2022 aangaan.

Menzis controleert of u voldoet aan de inkoopvoorwaarden en gaat uit van de integriteit van zorgaanbieders. Menzis kan in dat kader bewijsstukken bij de zorgaanbieder opvragen. Als we de benodigde informatie uit openbare bronnen kunnen verkrijgen, doen we dat. We maken onder andere gebruik van het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ).

Als er op het moment van inschrijven nog een schuld uitstaat bij Menzis Zorgverzekeraar NV, dan wel Anderzorg Zorgverzekeraar NV, dan moet deze op het moment van aangaan van de overeenkomst zijn terugbetaald of verrekend. Zo niet, dan wordt een overeenkomst onder voorwaarden aangegaan met afspraken over de termijn van terugbetaling.

## Inkoopmethodiek

Voor alle bestaande aanbieders geldt dat zij zich opnieuw moeten inschrijven om in aanmerking te kunnen komen voor de overeenkomst 2022. Bestaande aanbieders krijgen een uitnodiging voor inschrijving. De inschrijving is met zo min mogelijk administratieve lasten ingericht.

### Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders inclusief ZZP'ers die in 2021 nog geen overeenkomst Verpleging en Verzorging met Menzis hadden. Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich gedurende het gehele lopende jaar inschrijven. Per jaar kan een zorgaanbieder zich éénmaal per contractjaar inschrijven; voldoet de zorgaanbieder niet aan de voorwaarden voor het verkrijgen van een overeenkomst is inschrijving voor een volgend contractjaarjaar de eerst mogelijke optie.

Na aanmelding krijgt de aanbieder een verzoek tot inschrijving via VECOZO waarbij de benodigde stukken moeten worden aangeleverd voor beoordeling. Elke inschrijving wordt beoordeeld. Indien uit

de beoordeling door Menzis blijkt dat de aanbieder voldoet aan de minimumeisen, wordt er een basisovereenkomst aangeboden.

Om de overeenkomst per 1 januari 2022 in te laten gaan én tijdig (12 november 2021) vermeld te staan op onze Zorgvinder moet de overeenkomst voor 1 november 2021 ondertekend zijn. Daarvoor moet de aanbieder zich uiterlijk 1 augustus 2021 aanmelden via het contactformulier en 1 oktober de inschrijving hebben doorlopen en bevestigd.

Aanmeldingen die later dan 1 augustus 2021 binnenkomen worden beoordeeld op volgorde van binnenkomst. Vermelding op onze Zorgvinder voor 12 november 2021 wordt dan niet gegarandeerd. De overeenkomst treedt dan in werking op de eerste dag van het kwartaal volgend op het kwartaal waarin Menzis de ondertekende overeenkomst (inclusief budgetbrief) heeft ontvangen. De overeenkomst geldt altijd tot uiterlijk 31 december van het lopende jaar.

Vermeld bij aanmelding alvast naam instelling, uw AGB-code, naam tekenbevoegde of gemachtigde (inclusief via het formulier geüpload bewijs van machtiging, getekend door een tekenbevoegde bestuurder).

### **Contracteerproces via VECOZO**

Menzis maakt voor het digitale contracteerproces gebruik van het Zorginkoopportaal van VECOZO. Het Zorginkoopportaal biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitgebreide digitale ondersteuning bij de totstandkoming van contractafspraken, vanaf de aanvraag voor een overeenkomst tot en met het digitaal ondertekenen. Het Zorginkoopportaal van VECOZO biedt zorgaanbieders steeds meer de mogelijkheid om het contracteerproces (het digitaal aanvragen en afsluiten van overeenkomsten) eenduidig via één partij (VECOZO) te laten verlopen. Actuele informatie over de overgang op VECOZO en de betekenis voor u, leest u op onze [website](#). Zorg dat u tijdig de juiste certificaten bezit.

### **Inschrijving en ondertekening**

Alleen inschrijvingen die via VECOZO worden ingediend, worden in behandeling genomen. Inschrijving en ondertekening van de basisovereenkomst kan tot 1 november 2021. Deze datum is belangrijk voor de vermelding als gecontracteerde zorgaanbieder in de Menzis Zorgvinder. Voor een voorspoedige afhandeling van de contractering is het actueel houden van de instellingsgegevens bij Vektis, met name het mailadres van de contactpersoon, van groot belang.

In 2019 heeft Menzis de verzekeringsvoorwaarden aangepast over niet-gecontracteerde zorg. Verzekerden moeten vooraf toestemming aanvragen wanneer ze gebruik maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en kunnen geen gebruik meer maken van akte van cessie. We willen

zoveel mogelijk wijkverpleging via gecontracteerde aanbieders beschikbaar maken. Daarom kunnen nieuwe zorgaanbieders gedurende het hele jaar een contract bij ons aanvragen. Per jaar kan een zorgaanbieder zich één keer inschrijven. Voldoet iemand niet aan de voorwaarden voor een overeenkomst, dan is inschrijving voor een volgend jaar de eerst mogelijke optie.

### **Bijlage 'Budget en Tarief'**

Het budget en de tarieven worden opgenomen in de bijlage 'Budget en Tarief'. De overeenkomst wordt pas definitief als u ook deze bijlage ondertekent. Mocht u dus de overeenkomst al wel ondertekend hebben maar ondertekent u de bijlage Budget en tarief niet, dan is er geen overeenkomst voor het jaar 2022 tot stand gekomen.

In tegenstelling tot eerdere jaren wordt bij de inschrijving 2022 de budgetbrief met het budget en het tariefaanbod *tegelijkertijd* verstuurd met de concept overeenkomst via VECOZO . U dient dus eerst de inschrijving te voltooien om zowel de concept overeenkomst als de bijlage 'budget en tarief' te ontvangen.

In de veelgestelde vragen op onze website kunnen nog verduidelijkingen ten aanzien van dit document plaatsvinden. Wanneer eenmaal is ingeschreven kan de inschrijving niet meer gewijzigd worden.

## **Specifieke doelgroepen**

### **Medische kindzorg**

Zorgaanbieders voor Medische Kindzorg die in aanmerking willen komen voor een Overeenkomst Verpleging en verzorging 2022 inclusief het addendum medische kindzorg, zullen tijdens het doorlopen van de vragenlijst in een beoordelingsronde belanden. Tijdens de beoordelingsronde controleert Menzis of u voldoet aan alle gestelde eisen. Na beoordeling van Menzis kan de inschrijving verder vervolgd worden voor definitieve ondertekening. Nieuwe zorgaanbieders voor Medische Kindzorg kunnen zich melden conform de inkoopmethodiek.

## Addenda

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

Het gaat hier om de addenda:

- Specialistische verpleging
- Medische kindzorg
- Thuiszorgtechnologie
- Ketenzorg Dementie
- Regiefunctie complexe wondzorg

## Beleid godsdienst, levensovertuiging en culturele achtergrond

In de overeenkomst die wij met de zorgaanbieders sluiten wordt opgenomen dat de zorgaanbieder rekening moet houden met de levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond en godsdienstige gezindheid van de klanten. Dit om vast te stellen dat de zorgaanbieder aandacht heeft voor het individu. De zorgaanbieder respecteert klanten en heeft aandacht voor ze in al hun verscheidenheid, ook als het gaat om verschillen in etniciteit, levensovertuiging, culturele achtergrond of seksuele geaardheid. Ook tijdens een behandeling moet de klant de mogelijkheid hebben een godsdienst of levensovertuiging te beleven. Bij de zorg met verblijf zal voor bijvoorbeeld de voeding rekening gehouden worden met de godsdienst of de levensovertuiging van de klant.



# Planning en bereikbaarheid

## Planning

Op 12 november 2021 moet bekend zijn welke zorgaanbieders Menzis voor 2022 heeft gecontracteerd. Vanaf die datum kunnen onze klanten via onze [website](#) zien met welke zorgaanbieders we contractafspraken hebben gemaakt. Dit om klanten voldoende tijd te geven om een keuze te maken voor een zorgverzekeraar. Deze datum is het uitgangspunt voor de planning in de voorbereiding van het maken van contractafspraken met zorgaanbieders voor 2022. We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2021 af te ronden.

Het tijdsplan van de beleidsontwikkeling en contractering 2020-2021 ziet er als volgt uit:

- **1 april 2021** Publicatie inkoopbeleid 2022
- **tot 1 augustus 2021** Aanmelden nieuwe zorgaanbieders indien ingang overeenkomst 1-1-2022
- **aanmelding na 1 augustus 2021** Nieuwe aanbieders. Beoordeling en eventuele overeenkomst op later tijdstip, zie paragraaf 6.2
- **uiterlijk medio juli 2021** Eventueel publicatie aanvulling inkoopbeleid 2022
- **tot 20 juli 2021** Mogelijkheid tot stellen van vragen
- **vanaf september 2021** Openstellen vragenlijst voor inschrijving
- **vanaf 15 september 2021** Beoordeling inschrijvingen. Tevens periode voor gesprekken over integraal tarief en maatwerkafspraken
- **1 november 2021** Afronding inkoop, ondertekening overeenkomst via VECOZO behoudens nieuwe aanmeldingen na 1 augustus 2021 zie paragraaf 6.2
- **12 november 2021** Publicatie gecontracteerde zorgaanbod op Zorgvinder

## Bereikbaarheid

Wij streven ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders te ontsluiten via [onze website](#).

Actuele informatie en antwoorden op veel gestelde vragen over het inkopen van zorg, declareren en machtigingen kunt u vinden op de [website](#).

Heeft u de informatie online niet gevonden?

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

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

## Disclaimer

•

*De Coöperatie Menzis U.A. (Menzis) omvat onder andere de zorgverzekeraars Menzis en Anderzorg en het Menzis Zorgkantoor in de regio's Groningen, Twente en Arnhem. De zorgverzekeraars bieden ieder onder een eigen naam basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandheelkundige verzekeringen aan. Zorgverzekeraars dienen ten behoeve van de inzichtelijkheid voor zorgaanbieders, voor ieder kalenderjaar uiterlijk op 1 april voorafgaand aan dat jaar de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid wat betreft de Zorgverzekeringswet (Zvw) bekend te maken, voor zover dat op dat moment mogelijk is. Menzis geeft met dit document invulling aan Regeling TH/NR-011 Transparantie zorginkoopproces Zvw van de NZa. Deze regeling ziet op het proces waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot overeenkomsten komen. De regeling beoogt de transparantie van dit proces voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten. Menzis behoudt zich het recht voor om (ook na 1 april) het beleid nader aan te vullen en wijzigingen aan te brengen in dit document en de termijnen/procedures van de zorginkoop. Menzis zal wijzigingen zo tijdig mogelijk bekend maken.*



# Bijlagen

## Bijlage 1      Minimumeisen

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

1. De zorgaanbieder verleent een integraal zorgaanbod verpleging en verzorging wat onder de zorgaanspraak Verpleging en Verzorging valt, en richt zich derhalve niet op een (enkele) onderde(e)l (en) van Verpleging en Verzorging zoals bijvoorbeeld casemanagement of wijkgericht werken.
2. De zorgaanbieder garandeert zorgverlening gedurende 7x 24 uur.
3. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland (niet ouder dan 1 januari 2021).
4. De zorgaanbieder is ingeschreven in het BIG-register als verpleegkundige (alleen voor ZZP'er)
5. De zorgaanbieder heeft het KIWA keurmerk thuiszorg of HKZ-NEN Keurmerk ZZP'ers in Zorg & Welzijn (ZZP'er).
6. De zorgaanbieder heeft zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders gemeld en heeft – indien de Wtza dat vereist- een vergunning voor het verlenen van de zorg en voldoet aantoonbaar aan de vereisten van de Wtza.
7. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de meest actuele Governancecode ingevoerd (bij rechtspersonen) of kan aantonen hoe hij de governance heeft ingericht (natuurlijke personen, VOF en eenmanszaak)
8. De zorgaanbieder beschikt over een meervoudig toezicht welke is vastgelegd in de statuten én het handelsregister (bij rechtspersonen).
9. De zorgaanbieder beschikt over een samenstellings-, beoordelings- of controleverklaring met een goedkeurende strekking van een accountant over het verantwoordingsjaar 2020.
10. De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is alsmede gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders geïntegreerd en wordt gewerkt aan uitkomstindicatoren conform het kwaliteitskader Wijkverpleging. De zorgaanbieder verantwoordt zich hierover in het jaardocument vóór 1 juni van het jaar volgend op het verslagjaar.

11. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van het bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2022 afgesloten.
12. De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa.
13. De zorgaanbieder, zijn UBO en pseudo-UBO komen niet voor op enige nationale of internationale sanctielijst, waaronder in ieder geval de Nederlandse sanctielijst en de door de Europese Unie en de Verenigde Naties gehanteerde sanctielijsten worden begrepen.
14. De (pseudo)UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd.
15. De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen.
16. Er is niet bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing is vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies.
17. De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, diens werkzaamheden zijn niet gestaakt, jegens hem geldt geen surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord. De zorgaanbieder verkeert niet in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving.
18. De zorgaanbieder heeft niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering niet meegewerkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;
19. De zorgaanbieder heeft niet blijkgegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar waardoor dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties.
20. De zorgaanbieder heeft voldoende bevoegde (BIG geregistreerde) en bekwame MBO- en HBO-verpleegkundigen en verzorgenden (minimaal niveau 3) met een specifieke deskundigheid in dienst of huurt deze in via onderlinge dienstverlening, teneinde te allen tijde de zorg te kunnen verlenen die nodig is om aan de zorgbehoefte van de klant te kunnen voldoen, ook als deze zorg op onplanbare momenten nodig is (24/7).
21. De zorgaanbieder heeft minimaal 1 fte hbo-verpleegkundige niveau 5 op gemiddeld 55 klanten in vaste dienst. Minimaal 1 van deze hbo-verpleegkundigen is geregistreerd in het AGB-register met een eigen AGB-code en gekoppeld aan de instellings-AGB (bij instellingen) of is de eigen AGB-code (ZZP'er).

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

## Bijlage 2      Uitvoeringseisen

Aan deze eisen moet de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de overeenkomst voldoen. Onderstaande uitvoeringseisen worden opgenomen in de overeenkomst. Naast onderstaande uitvoeringseisen zal de overeenkomst uiteraard ook andere bepalingen bevatten zoals onder andere bepalingen over zorgverlening en declaratie- en betalingsverkeer.

1. De zorgaanbieder doet onderzoek naar klantervaringen zoals is afgesproken in het kwaliteitskader Wijkverpleging, bij het aantal klanten conform de handreiking PREM die bij haar in zorg zijn. De uitkomsten worden gebruikt voor interne verbetering van organisatie en zorg. De resultaten zijn openbaar beschikbaar voor de klant en Menzis op de eigen website.
2. Er wordt voor vaststelling van de inhoud en de omvang van de zorg aan klanten gebruik gemaakt van het normenkader voor indicatie en organiseren zoals is opgesteld door de V&VN door een (wijk) verpleegkundige met minimaal hbo-niveau.
3. De zorgaanbieder maakt gebruik van een vast team van zorgverleners bij elke klant. De grootte van het team is daarbij minder belangrijk mits het aantal zorgverleners duidelijk is afgesproken met de klant. Er is een vast aanspreekpunt beschikbaar voor elke klant en dit is vastgelegd in het zorgplan.
4. De zorgaanbieder hanteert bij iedere klant een (digitaal) zorgdossier waarin waarin de gegevens die systematisch en methodisch volgens het verpleegkundige proces zijn verzameld, worden vastgelegd. In het dossier is het verpleegkundig proces herkenbaar terug te vinden. De verpleegkundige anamnese en vastlegging van de uitkomstindicatoren conform het kwaliteitskader Wijkverpleging (belastbaarheid mantelzorger) zijn een duidelijk onderdeel van het dossier.
5. De zorgaanbieder heeft zijn zorgverlenend personeel (verpleegkundigen (HBO/MBO) en verzorgenden minimaal niveau 3) vast in dienst ingeschreven in het kwaliteitsregister V&V. Uiterlijk 1 november 2022 staat minimaal 50% van het zorgverlenend personeel (verpleegkundige (HBO/MBO) en/of verzorgenden minimaal niveau 3) -vast in dienst-, ingeschreven in het kwaliteitsregister V&V. De zorgaanbieder levert uiterlijk 1 december 2022 de meest recente jaarrapportage van het kwaliteitsregister V&V aan de zorgverzekeraar, waaruit blijkt dat deze norm gerealiseerd is. Het kwaliteitsregister V&V verzorgt een rapportage van de registratie waarvan de zorgaanbieder een kopie opstuurt naar de zorgverzekeraar. Indien de zorgaanbieder geen gebruik maakt van het kwaliteitsregister V&V maar een eigen registratiesysteem hanteert, stuurt de zorgaanbieder uiterlijk 1 december 2022 een rapportage op naar de zorgverzekeraar waaruit blijkt

dat minimaal 75% van het zorgverlenend personeel (verpleegkundige (HBO/MBO) en/of verzorgenden minimaal niveau 3) -vast in dienst-, jaarlijks wordt geschoold.

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



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

#### 12. Aanvullende eisen Medische Kindzorg:

- a. Kinderverpleegkundige zorg wordt altijd uitgevoerd door een kinderverpleegkundige. Onder kinderverpleegkundige wordt verstaan: een verpleegkundig niveau 4 of 5/6 met kinderaantekening of een verpleegkundige die in 2021 ingeschreven staat voor de opleiding tot kinderverpleegkundige en reeds ruime ervaring heeft met het verplegen van zieke kinderen.
- b. Het indiceren en organiseren van zorg buiten het ziekenhuis wordt altijd gedaan door een kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist.
- c. Tijdens het indicatieproces, maar ook gedurende de zorg dient de zorgaanbieder structurele aandacht te hebben voor signalen van kindermishandeling en indien nodig hierop te anticiperen. Tevens moet er worden afgewogen of de omgeving waarin het kind zorg ontvangt voldoende veilig is.
- d. Er wordt gebruik gemaakt van het Medisch Kindzorg Systeem waarbij de Hulpbehoeftescan kind en ouders de mogelijkheid biedt (zelfstandig) hun behoeften in kaart te brengen in alle vier de kinderleefdomeinen.

#### 13. Aanvullende eisen specialistische verpleging:

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