



Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023

Publicatiedatum: 1 april 2022





Inhoud

Voorwoord	3
Wijzigingen zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023	5
Onze visie op wijkverpleging	6
Wat koopt Menzis in?	8
Preventie	8
Proactieve zorgplanning	9
Goed werkgeverschap	9
Samenwerking	11
Digitalisering en inzet technologie	14
Specifieke thema's en zorgvormen	17
Bij wie koopt Menzis in?	22
Bekostiging	22
Budget- en tariefafspraken	23
Inkoopproces	26
Contracteerproces via VECOZO	27
Planning en bereikbaarheid	29
Duurzaamheid	30
Inspraak verzekerden en zorgaanbieders	31
Bijlage 1. Minimumeisen	34
Bijlage 2. Uitvoeringseisen	37
Bijlage 3. Inzet Helpende Zorg en Welzijn	40
Bijlage 4. Budgetaanpassing gedurende het contractjaar	43

Voorwoord

De aankomende jaren zijn er grote veranderingen nodig in het zorgveld, zowel in het aanbod als de vraag. Deze veranderingen zijn nodig om te waarborgen dat er op de lange termijn voldoende toegankelijke zorg van goede kwaliteit en tegen een redelijke prijs beschikbaar is voor onze leden. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars moeten denken in gezondheid en niet alleen in zorg. En nieuwe concepten, bijvoorbeeld digitale zorg, moeten we omarmen vanwege de grote arbeidsmarktproblematiek. Ook zien we dat onze leden andere eisen stellen aan de wijze waarop zorg verleend wordt.

De afgelopen jaren is al gestart om noodzakelijke veranderingen in gang te zetten. Onder andere met initiatieven als Juiste Zorg op de Juiste Plek, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, Zinnige Zorg en Passende Zorg. Maar de echte versnelling van die veranderingen? Die bleef tot nu toe, ook door de coronacrisis, uit. Voor de toekomst van de zorg moeten er fundamentele keuzes worden gemaakt. Coöperatie Menzis zet daarom de komende jaren zorgtransformatie centraal.

Onder zorgtransformatie verstaan wij **de duurzame verandering in het zorgveld om de juiste zorg op de juiste plek écht te realiseren**. Onze focus ligt hierbij op het toegankelijk houden van de zorg, kostenbeheersing, het samen slimmer organiseren van zorg en het versterken van de leefkracht van onze leden. Dat doen we via onze zorginkoop en in nauwe samenwerking met partners in onze kernregio's. De volgende punten staan centraal in onze aanpak:

- **Integrale samenwerking**

In onze kernregio's komen we met zorgaanbieders, gemeenten en andere partners in het sociale domein tot een concrete werkagenda op het gebied van preventie, gezondheid en zorg. Deze werkagenda is gebaseerd op een gezamenlijk regiobeeld en gezamenlijke regiovisie. We stimuleren hiermee een integrale samenwerking tussen zorgaanbieders. De beoogde resultaten van deze werkagenda komen vervolgens terug in onze inkoopafspraken.

- **Actief leden betrekken**

Onze leden betrekken we actief bij de beoogde zorgtransformatie. Hun wensen en eisen kunnen helpen bij de benodigde veranderingen en deze nemen we dan ook mee in onze inkoopafspraken. Daarnaast is het belangrijk dat er maatschappelijk draagvlak komt voor de scherpe keuzes die gemaakt moeten worden voor de zorg. Keuzes waardoor de zorg ook in de toekomst toegankelijk blijft voor iedereen. Ook daar zullen wij ons de komende jaren voor inzetten.

- **Anders organiseren**

Met digitale zorg, innovatieve bekostigingsmodellen en de Green Deal Duurzame Zorg versterken we onze aanpak van zorgtransformatie. Zo stimuleren we met onze zorginkoop dat zorgaanbieders hun aanbod van digitale zorg verder ontwikkelen, dagen we hen uit om mee te doen met experimenten op het gebied van bekostiging van zorg en dagen we hen uit hun bedrijfsvoering (verder) te verduurzamen.

De komende jaren staan in onze zorginkoop de volgende thema's centraal:

- Advance Care Planning (ACP) over alle zorgsoorten en domeinen heen, waarbij we ons voor 2023 focussen op ACP voor kwetsbare ouderen
- Wachttijden in alle domeinen
- Gepast gebruik, hierbij volgen we de lijn van Zorgverzekeraars Nederland
- Diabetes type 2

Wij werken hierbij graag met u samen om de echte versnelling in de zorgtransformatie tot stand te brengen. Corona heeft ons laten zien dat we daar niet langer mee kunnen wachten. Laten we samen werken aan een leefkrachtiger Nederland en aan toekomstbestendige zorg voor iedereen.

Esther Agterdenbos-van de Ree

Directeur Zorg

Wijzigingen zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023

Hieronder treft u de wijzigingen aan ten opzichte van het voorgaande zorginkoopbeleid. De wijzigingen worden hierna inhoudelijk verder toegelicht. Een overzicht van de (gewijzigde) minimumeisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst met Menzis treft u aan in bijlage 1.

Betreft:	Wat wijzigt er:	U leest hier meer over op:
Digitalisering	Digitaal tenzij... te beginnen met medicijn dispenser	pagina 14
Minimumeis 3	Toegevoegd tenminste aan een verzekerde van Menzis zorg verleend hebben in periode 1 juli 2021-1 juli 2022	pagina 22 en bijlage 1
Minimumeis 10 Accountantsverklaring	De samenstellingsverklaring als bewijs voor een jaarrekening met goedkeurende strekking is vervallen	Bijlage 1
Uitvoeringseis 5 Kwaliteitsregister V&V	Bij gebruik van een eigen register of LMS voor het vastleggen van bekwaamheden zorgverlenend personeel is aangevuld dat er minimaal 35 uur per jaar aan professionele ontwikkeling moet worden gedaan	pagina 10 en bijlage 2
Uitvoeringseis 13 Specialistische verpleging	Ziekenhuisverplaatste zorg leidt niet tot dubbele bekostiging conform het toetsingskader	pagina 18 en bijlage 2
Inzet helpenden Zorg en Welzijn	De voorwaarden voor inzet van helpenden Zorg en Welzijn zijn toegevoegd aan dit beleidsdocument	Bijlage 3
Aanpassing budgetafspraken gedurende het contractjaar	De voorwaarden voor aanpassing budgetafspraken zijn toegevoegd aan dit beleidsdocument	Bijlage 4

Onze visie op wijkverpleging

Graag presenteren we u het Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023. 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’, en niet zijnde kraamzorg of verblijf. Hierbij gaat het niet alleen om verpleegkundige handelingen maar ook om coördinatie, casemanagement, signalering, coaching en preventie.

Zorg thuis, zelfredzaamheid en eigen regie

Wijkverpleging is gericht op *zorg thuis*, waarbij uitgegaan wordt van de behoefte en mogelijkheden van de klant: wat heeft de klant nodig om zijn kwaliteit van leven te behouden of zijn leefkracht (positieve gezondheid) te versterken? De wijkverpleging is ook gericht op *zelfredzaamheid en eigen regie*. De wijkverpleegkundige maakt daarbij gebruik van een cyclisch proces van klinisch redeneren en kijkt niet alleen naar het huidige moment, maar ook naar de toekomst. Het gaat om maatwerk, waarbij formele en informele netwerken en hulpmiddelen optimaal worden benut. Omdat de inzet van de wijkverpleegkundige is gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en eigen regie, is de zorg in principe tijdelijk van aard. 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.

Menzis ziet de wijkverpleging bij uitstek als de spil van een meer integrale benadering van gezondheid, welzijn en ziekte bij de thuiswonende mens vanuit het perspectief van positieve gezondheid. 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.

Generalistisch waar het kan, specialistisch waar het moet

Wijkverpleging wordt geleverd vanuit een wijkverpleegkundig team in een overzichtelijk werkgebied. Van daaruit kan het aanbod afgestemd worden op andere zorgprofessionals, zodat door deskundige, bevoegde en bekwame wijkverpleegkundigen (en -verzorgenden) rondom de klant samengewerkt kan worden op zowel inhoud als proces. Generalistisch waar het kan en specialistisch waar het moet.

Keten van 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 voor de klant de juiste zorg op de juiste plaats te kunnen regelen, effectief samen te werken en om zorg op te schalen, maar zeker ook tijdig af te schalen. Hierdoor kan onnodige medicalisering van ondersteuning of gebruik van (duurdere) specialistische zorg worden voorkomen¹.

Bijdragen aan leefkracht

De wijkverpleegkundige heeft een belangrijke rol in zorggerelateerde en geïndiceerde preventie, die gericht is op het voorkomen van complicaties of het verergeren van klachten. Maar de wijkverpleegkundige heeft ook een belangrijke rol 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 de leefkracht van ieder mens.

1 [Advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú'](#)

Wat koopt Menzis in?

Menzis gaat de zorgtransformatie inhoud geven in de thema's preventie en proactieve zorgplanning (Advance Care Planning, ACP), goed werkgeverschap, samenwerking en digitalisering.

Preventie

Een gezonde leefstijl draagt bij aan mentale veerkracht, 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](#)). Dit gaat verder dan het inzetten van zorg. Het gaat om het ondersteunen en leren weer zelfredzaam te worden, waar mogelijk met inzet van thuiszorgtechnologie, zodat men eigen regie kan voeren en aan **leefkracht** kan werken. 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 (geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie). De wijkverpleegkundige heeft juist hierin een belangrijke rol. Preventie is een onderdeel van de competenties van de (wijk)verpleegkundige. Het is onderdeel van het vakinhoudelijk handelen en het expertisegebied van de wijkverpleegkundige².



Binnen de wijkverpleging is het mogelijk om preventieve activiteiten op individueel niveau en groepsniveau in te zetten. Daardoor kunnen klanten en hun mantelzorgers langer eigen regie houden en zelfredzaam blijven of dit weer kunnen worden³. Menzis blijft net als in 2022 nadrukkelijk monitoren waar deze kort-cyclische activiteiten binnen het afgesproken budget worden ingezet ten gunste van de klant en de toegankelijkheid van zorg. Menzis gaat voor 2023 met zorgaanbieders waar deze activiteiten niet worden ingezet resultaatsafspraken maken.

² CanMEDS / Expertisegebied wijkverpleegkundige in één oogopslag

³ Wij denken hierbij onder andere aan de doelgroepcode 1036, AIV, valpreventie in samenwerking met gemeenten, GVO-activiteiten

Proactieve zorgplanning

Iedereen heeft zijn eigen unieke levenspad en zowel de leefkracht als de omgevingsfactoren van de mens bepalen zijn mate van kwetsbaarheid. De kennis en vaardigheden om daarmee om te gaan, beïnvloeden de zorgbehoefte en de mogelijkheden om zelf regie te voeren om in die zorgbehoefte te voorzien. Bij ouderen is dit niet anders maar het versnipperde aanbod van ondersteuning en zorg maakt het wel ingewikkelder als je als oudere hier gebruik van moet maken. In 2020 heeft Menzis een **visie op Ouderenzorg** ontwikkeld. Wij zien goede voorbeelden ontstaan in de zorg voor ouderen, echter ouderen zorg begint bij de oudere zelf: *Wat is voor mij belangrijk en wat geeft mij kwaliteit van leven? En waar wil ik dan wonen? Wat kan ik zelf nog en waar wil ik hulp voor, en van wie?*

Om elke klant passende zorg te kunnen bieden, is het van belang dat het netwerk in de wijk weet wat er speelt en inzichtelijk heeft welke doelen en wensen de klant heeft. Hiervoor is proactief het gesprek voeren essentieel. Het Advance Care gesprek is een continu proces, waarbij elke verandering in de zorgsituatie of omgeving invloed kan hebben wat voor de klant de definitie is van passende zorg. Wij vinden het van belang dat zorg samenhangend wordt aangeboden met voldoende aandacht voor alle leefgebieden. Voor de wijkverpleging betekent dit ook tijdig het adviesgesprek voeren over en begeleiden naar een Wlz-indicatie.

Goed werkgeverschap

Belangrijk aandachtspunt is de krappe arbeidsmarkt in de zorg. Dat raakt ook de wijkverpleging. Samen zullen we op zoek moeten gaan naar oplossingen, die zekerheid geven aan onze klanten over beschikbare, bereikbare en betrouwbare zorg thuis. We moeten kritisch kijken naar passende oplossingen voor de vraagkant. Wat mogen we van de klant zelf verwachten? Waar liggen de grenzen van de wijkverpleging? Is het antwoord op een hulpvraag altijd een zorgoplossing? Moet een zorgvraag altijd met fysieke wijkverpleging worden ingevuld of kan het ook anders? En is langer thuis wonen altijd de veiligste en verantwoorde oplossing?

Menzis vindt ook dat er nadrukkelijker besef moet komen dat we de schaarse zorgcapaciteit beter moeten verdelen. Daarom is verdere samenwerking noodzakelijk om het krappere wordende (specialistische) zorgaanbod in de regio efficiënt in te zetten. Om een goed beeld te krijgen van de beschikbare capaciteit zal bij de inschrijving voor een contract 2023 via de vragenlijst in VECOZO een uitvraag gedaan worden naar het aantal medewerkers en fte per opleidingsniveau.

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? En hoe wordt er ruimte gegeven aan de professionele wijkverpleegkundige voor autonomie en medezeggenschap?

In 2018 is het **kwaliteitskader Wijkverpleging** ontwikkeld en gepubliceerd. Dit kader 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 de bevoegdheden en bekwaamheden op peil kan houden, die passend zijn bij de geleverde zorg. Voor 2023 is de uitvoeringseis voor het behouden van zorgpersoneel daarom aangescherpt. Elke zorgprofessional, bij voorkeur ingeschreven in het kwaliteitsregister V&V, investeert in het bijhouden van het beroep via scholing, intervisie, kennisoverdracht of bijhouden van vakliteratuur gerelateerd aan het eigen werkveld en deskundigheidsgebied. Dit betekent dat iedereen minimaal 35 uur per jaar aan scholing volgt en dit vastlegt. De werkgever stimuleert dit, maar mag ook verwachten van de zorgprofessional dat deze zelf de regie neemt over de eigen ontwikkeling (uitvoeringseis 5).

Het voldoen aan deze kwaliteitseisen zal als criterium worden meegenomen in het vaststellen van het tarief en daarmee de bekostiging in 2024.

Daarnaast worden er door zorgaanbieders stageplaatsen beschikbaar gesteld om de geleerde kennis in de praktijk te kunnen brengen en daarmee voldoende verpleegkundigen voor de toekomst op te leiden.

Gecontracteerde zorgaanbieders kunnen onder voorwaarden (zie bijlage 3) gebruik maken van de inzet en het opleiden van helpenden Zorg en Welzijn naar niveau 3.

Samenwerking

De wijkverpleging is altijd onderdeel van een keten van ondersteuning en zorg aan klanten. Samenwerking, niet alleen met de klant en zijn netwerk, maar ook samenwerking in de wijk, met de gemeente, in de regio en landelijk. Samenwerken is noodzakelijk om passende zorg beschikbaar te houden. Het cruciale aspect van samenwerking in de zorg voor klanten is meermaals aangetoond. Het is voor ons dan ook een gegeven dat zorgverleners zich hier optimaal voor inspinnen, versnippering voorkomen en zich daarmee richten op een overzichtelijk werkgebied.

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 (digitale) 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 digitale 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 er een vast en overzichtelijk team van zorgverleners met een vast aanspreekpunt (Patiëntenfederatie Nederland en Leidraad herkenbare en aanspreekbare Wijkverpleging⁴) (uitvoeringseis 3).

Rondom de klant

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. De wijkverpleegkundige kent deze wijk, weet waar de hulpvragen liggen of vandaan kunnen komen en doet dit vanuit een brede kijk op de domeinen zorg, welzijn en wonen. De wijkverpleegkundige heeft daarvoor contacten met de huisarts, maar ook met de gemeente, welzijnsinstellingen en informele zorg (gecontracteerd en niet-gecontracteerd).

4 Blog: Kwaliteit thuiszorg, wat vinden mensen belangrijk?
Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Huisarts en wijkverpleegkundige nemen 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 - sociaal domein. Deze driehoek kan ondersteund worden door bijvoorbeeld de Specialist Ouderenzorg bij kwetsbare ouderen⁵ of deskundigen uit de GGZ of verstandelijk gehandicaptenzorg. Menzis zal hiervoor in 2024 een toetsende uitvraag doen.

Daarnaast heeft het wijkverpleegkundig team inzicht in de beschikbare plekken van langdurige zorg (Wlz) in de buurt, zodat de *Advance Care Planning* tijdig besproken kan worden. Wijkverpleegkundigen nemen daarom deel 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.

Verder is er contact met andere specialismen in de eerste lijn, zoals apothekers (veilige principes in de medicatieketen), paramedie én tweedelijns zorgaanbieders. De klant moet immers kunnen vertrouwen op continuïteit in de keten.

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 elkaar heen werken met goede afspraken in bijvoorbeeld een netwerk Dementie, maar ook afspraken over onplanbare zorg in de nacht (uitvoeringseis 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 10).

In de regio

Voor elke Menzis-regio is 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.

5 Visie op Ouderenzorg Menzis

Goede afspraken in de regio dragen bij aan:

- de beweging van zorgtransformatie en dus 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. Aanbieders committeren zich aan de afspraken in de regio van hun werkgebied (uitvoeringseis 8).

Er zullen in 2022 gesprekken plaatsvinden over de ervaringen met inzet van zorg in de nacht, de benodigde infrastructuur en de financiering daarvan in de regio. Menzis zal waar nodig in 2023 financiële middelen in gezamenlijk overleg met de regio herverdelen om de onplanbare nachtzorg te borgen voor de toekomst.

Ketenzorg Dementie

Naast de onplanbare nachtzorg is er een landelijk dekkende inrichting van netwerken Dementie⁶. 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).

6 De netwerken dementie in Nederland

Module sociale infrastructuur/herkenbaar en aanspreekbaar team in de wijk

Menzis heeft de afgelopen jaren gewerkt aan de ontwikkeling van de (sociale) infrastructuur door deze - in samenwerking met huisartsen en het sociaal domein in de regio - bij een beperkt aantal zorgaanbieders in te kopen. In 2016 zijn, samen met gemeenten in de Menzis-regio's, uitgangspunten voor samenwerking opgesteld en verwerkt in een module. Deze uitgangspunten zijn nog altijd actueel en zijn met de evaluatie en aanbevelingen uit 2017 te raadplegen op [onze website](#).

De komende jaren ligt de nadruk op verdere ontwikkeling van deze uitgangspunten in samenwerkingsafspraken, inhoud geven aan die afspraken en het ontwikkelen van resultaatindicatoren in relatie tot de ontwikkelde regiovisies en -plannen. Voorbeelden hiervan zijn onder andere Samen indiceren Zvw-Wmo en de ontwikkeling van een herkenbaar en aanspreekbaar team in de wijk. Menzis kan hiervoor met aanbieders in de Menzis regio's afspraken maken op de prestatie 'beloning op maat'.

Digitalisering en inzet technologie

Digitale voorzieningen zijn niet meer weg te denken uit onze samenleving. Menzis ziet de inzet van digitale zorg als middel om de zorg toegankelijk, beschikbaar en betaalbaar te houden en daarmee bij te dragen aan de zorgtransformatie. Wij verzoeken u dan ook kennis te nemen van [onze visie op digitalisering](#), waarin wij onze ambities voor de komende jaren delen. *Digitaal waar het kan, fysiek waar het moet.*

Menzis wil dat meer verzekerden in de gelegenheid worden gesteld om gebruik te maken van digitale voorzieningen die de eigen regie kunnen versterken en bewezen doelmatig zijn. 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 begint in 2023 met de medicijndispenser waarvoor gaat gelden *digitaal tenzij*. Dat betekent dat fysieke wijkverpleging pas wordt ingezet als voldoende aannemelijk en navolgbaar is uit het zorgplan dat de klant niet in staat is in zijn medicijnvoorziening kan voorzien met hulp van mantelzorg, baxter of medicijndispenser.

Om (digitale) technologie effectief in te zetten moeten wijkverpleegkundigen op de hoogte zijn van de digitale mogelijkheden voor gebruik thuis. De wijkverpleegkundige moet ook de digitale vaardigheden hebben om deze mogelijkheden in te zetten en de klant te ondersteunen in het gebruik hiervan.

Inzet van thuiszorgtechnologie gaat wat ons betreft niet over het implementeren van een tool maar om het anders organiseren en inrichten van de juiste zorg. Het gaat om vervanging van bestaande zorg in plaats van een handeling erbij. Zorgaanbieders hebben, als zij (digitale) thuiszorgtechnologie willen inzetten, een visie op inzet van technologie voor hun organisatie. Daarin is opgenomen wat inzet van technologie betekent voor de zorg die wordt aangeboden, nu en in de toekomst, hoe deze bijdraagt 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**. 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 en e-overdracht 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 is *de basis op orde* een randvoorwaarde. Hieronder verstaat Menzis, doelmatige zorginzet met gebruik van bewezen technologie/hulpmiddelen, die bijdragen aan betaalbaarheid en toegankelijkheid. Menzis hanteert voor de doelmatige zorginzet een benchmark.

Wijkverpleging wordt geleverd vanuit een team van gediplomeerde hbo- en mbo-verpleegkundigen ondersteund door verzorgenden en - waar dit gewenst en kwalitatief verantwoord is (onder voorwaarden⁷) -helpenden Zorg en welzijn (minimumeis 21).

In het team is (een) hbo-wijkverpleegkundige(n) aanwezig, die conform de normen voor indiceren⁸ de zorgbehoefte bij de klant vaststelt en deze in samenspraak met de klant (samen beslissen), verwerkt in een zorgplan. Deze afspraak wordt tussen klant én wijkverpleegkundige bekrachtigd (minimumeis 22, uitvoeringseis 2 en 4).

7 Zie Voorwaarden: bijlage 3

8 Handreiking Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving

De wijkverpleegkundige(n) in het team heeft/hebben niet alleen een rol in de individuele zorgverlening naar de klant, maar is/zijn ook ondersteunend en coachend naar de teamleden, waardoor er een lerende cultuur ontstaat en de kwaliteit en deskundigheid van het team gegarandeerd blijft⁹. Het team levert alle zorg die nodig is, ook op onverwachte momenten, en richt zich niet op één enkel onderdeel van de wijkverpleging (minimumeis 1 en 2).

Het wijkverpleegkundig team kent zijn 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 het eigen 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 (minimumeis 23 en 25).

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 de toezichthouders en de overheid. Daarnaast heeft het team (de beschikking over) intern kwaliteitsbeleid rondom de medicatieketen (minimumeis 11, 13 en 24).

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 te continueren, ook bij tegenslag. Zorggelden worden effectief en doelmatig ingezet ten behoeve van zorgverlening (minimumeis 4 t/m 10 en 12 t/m 20). Ook ZZP'ers die wijkverpleging leveren, hebben de 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 coöperatieve vorm. Indien een ZZP'er als zelfstandige voor een contract in aanmerking wil komen, dan is hij/zij minimaal een BIG-geregistreerde hbo-wijkverpleegkundige. Ook een ZZP'er kan aantonen dat hij/zij de kwaliteit van zorg garandeert en zich laat toetsen op de zorglevering (minimumeis 4, 5, 6 en 8).

9 Toetsingskaders zorg thuis

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

Onder Casemanagement in de wijkverpleging verstaan wij het voeren van coördinatie, organisatie en regie door een centrale zorgverlener in een geneeskundige context.

Casemanagement aan kwetsbare ouderen (waaronder ouderen met dementie) is 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 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 én vastgelegd worden 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 kennis en bekwaamheid moeten hebben om de klant van de juiste zorg te kunnen voorzien. Dat kan zorg bij dementie zijn, maar denk 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 aanvullende scholing, een regionaal (geriatisch) 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, samenwerking en wachtlijstregistratie (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, BRREG-22101b Verpleging en Verzorging).

Meestal wordt deze specialistische verpleging geleverd vanuit een apart team (Medisch technisch team). Menzis koopt dit in bij aanbieders van wijkverpleging die in staat zijn deze zorg 24/7 aan te bieden in de regio. Specialistische verpleging wordt vaak uitgevoerd op verzoek en onder regie van een arts, dit vraagt ook specialistische kennis en vaardigheden en dus bekwaamheid. Wij 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 óf via afspraken over onderlinge dienstverlening.

Wij hanteren voor specialistische verpleging aanvullende uitvoeringseisen en maken hierover door middel van een addendum aanvullende afspraken (uitvoeringseis 13). Bij de inschrijving zal gevraagd worden om een overzicht van bevoegd en bekwaam personeel, waaruit blijkt dat er 24/7 aanbod beschikbaar is. Wanneer we akkoord gaan met dit overzicht, voegen we een addendum toe aan de overeenkomst. Zowel verpleging als gespecialiseerde verpleging worden meegenomen in de afspraken over het integraal tarief voor wijkverpleging.

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. De zorgaanbieder houdt zich bij ziekenhuisverplaatste zorg aan het door Menzis gepubliceerde toetsingskader¹⁰, waarbij ziekenhuisverplaatste zorg niet mag leiden tot dubbele bekostiging. Afspraken die hier niet al voldoen worden niet goedgekeurd.

(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 *stepped care* wordt uitgevoerd: *generalistisch als het kan, specialistisch als het moet*. Om dit doel te bereiken, helpt het als er regionaal sprake is van een integrale wondzorgketen en een multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, wondregisseurs, wijkverpleegkundigen/verzorgenden, ziekenhuizen en hulpmiddelenleveranciers. Deze zorgverleners gaan geprotocolleerd te werk om de kwaliteit van zorg voor patiënten met een complexe wond te verbeteren. Ze monitoren en registreren de wondbehandeling van de patiënt, zodat de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd en er voortdurend deskundigheidsbevordering plaatsvindt. Wanneer een wijkverpleegkundige bij de patiënt een wond constateert, beoordeelt deze of het gaat om een complexe wond. Indien dat het geval is - of als na drie weken de wond niet of onvoldoende genezen is - wordt de patiënt in overleg met de behandelend (huis)arts verwezen naar de wondregisseur.

De uitgangspunten voor deze ketensamenwerking leest u in een apart document [addendum Regiefunctie complexe wondzorg](#).

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

¹⁰ [toetsingskader ziekenhuisverplaatste zorg 01092020 Menzis](#)

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 patiënten¹¹). 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 indicierend (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 24/7 toezicht of zorg in de nabijheid, 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 Wlz-indicatie heeft - de klant niet overgaat 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.

11 [Informatiekaart Palliatieve zorg voor professionals](#)
[Informatiekaart Palliatieve zorg: Informatie over de zorg aan het einde van het leven](#)

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 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 (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.

Onder Medische Kindzorg valt ook verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg (Nza beleidsregel BRREG-22155 en TBR 22623-02).

Menzis hanteert aanvullende uitvoeringseisen voor aanbieders die specifiek Medische Kindzorg willen bieden (uitvoeringseis 12).

Bij wie koopt Menzis in?

Voor alle zorgaanbieders (nieuw en bestaand), die gecontracteerd willen worden om Verpleging en Verzorging te verlenen in 2023, gelden dezelfde minimumeisen en uitvoeringseisen. In bijlagen 1 en 2 hebben we de criteria nogmaals vermeld. Bij elke categorie voorwaarden staat vermeld per welke datum u hieraan moet voldoen. Niet (tijdig) voldoen aan hetgeen we opgenomen hebben in de bijlagen betekent dat we geen overeenkomst in 2023 aangaan.

Echter, om versnippering tegen te gaan, het wijkgericht werken te bevorderen en het herkenbare en aanspreekbare team te faciliteren, denken wij dat een overzichtelijk aanbod in de wijk nodig is waar zorgaanbieders elkaar kennen en samen kunnen werken. Voor alle zorgaanbieders geldt dat er in de periode van 1 juli 2021 tot 1 juli 2022 tenminste aan één klant van Menzis/Anderzorg zorg moet zijn verleend om voor een contract in aanmerking te komen (minimumeis 3).

Menzis controleert of u voldoet aan de inkoopvoorwaarden en gaat uit van de integriteit van zorgaanbieders. Menzis kan in dat kader bewijsstukken bij u 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 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.

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 is 1 januari 2022 van start gegaan 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 2023 gebruikmaken van het integrale uurtarief zonder cliëntprofiel (en daarmee de huidige prestatiecodes gebruiken) voor declaratie Wijkverpleging of de maatwerkafspraken, zoals die ook al in 2022 met de zorgaanbieder zijn afgesproken.

Mochten de ontwikkelingen in de nieuwe bekostiging Wijkverpleging gedurende het jaar 2022 aanleiding geven om het beleid aan te passen, dan zullen we dat op onze website publiceren.

Budget- en tariefafspraken

Integraal tarief

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

De basis voor het integrale tarief 2023 is het tarief van het voorgaande jaar dat met u is overeengekomen, verhoogd met een indexering. Eventueel wordt hierop een correctie aangebracht op basis van de resultaten van onze benchmark. In ons individuele aanbod lichten wij dit toe.

Budgetplafond en tussentijdse aanpassing

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

Nieuwe zorgaanbieders krijgen een vaste tariefafpraak en in beginsel een budgetafpraak van maximaal € 150.000. Gedurende het jaar zal de ontwikkeling van de declaraties gevolgd worden.

Wij verwachten dat u stuurt op de budgetafpraak die we aan het begin van het jaar samen maken. Aanpassingen van het budgetplafond gedurende het jaar zijn alleen mogelijk onder strikte voorwaarden (zie bijlage 4) en in relatie tot de ontwikkelingen van de kosten per klant in de organisatie en de beschikbare ruimte bij andere zorgaanbieders in de regio.

Benchmark

Het belangrijkste vertrekpunt bij het bepalen van de benchmarkscore is dat wij doelmatigheid operationaliseren als de gemiddelde kosten per klant, gecorrigeerd voor relevante kenmerken van de klant. Het is vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend dat zaken als gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status invloed hebben op de hoogte van de zorgvraag. Dit geldt ook bij wijkverpleging. Daarom is het belangrijk om zorgaanbieders niet alleen te vergelijken op basis van de gemiddelde kosten per klant, want dan vergelijken we appels met peren. Daarom passen we een correctie toe.

De verwachte kosten per klant zijn gebaseerd op de vergelijking met de kosten per (Menzis)klant van andere aanbieders, waarbij rekening wordt gehouden met relevante kenmerken van de klant.

In de berekening van de gemiddelde kosten per klant houden we rekening met de volgende klantkenmerken:

- Leeftijd
- Geslacht
- Aantal personen per huishouden
- Sociale klasse
- Opleidingsniveau
- Inkomen
- Zorgcliënt type
- Aandoening(en) op basis van:
 - Geneesmiddelengebruik (farmaceutische kostengroepen, FKG)
 - Diagnoses (diagnostische kostengroepen, DKG)
 - Gebruik van hulpmiddelen (hulpmiddelen kostengroepen, HKG)
- Overleden in periode kort volgend op het zorgjaar
- Verkregen ziekenhuiszorg in jaar voorafgaand aan zorgjaar

De gedeclareerde gemiddelde kosten wijkverpleging van de Menzis verzekerden in zorg bij de individuele zorgaanbieder worden vervolgens afgezet tegen de verwachte gemiddelde kosten van alle Menzis verzekerden die wijkverpleging gebruiken. Dit levert uiteindelijk een benchmarkscore op.

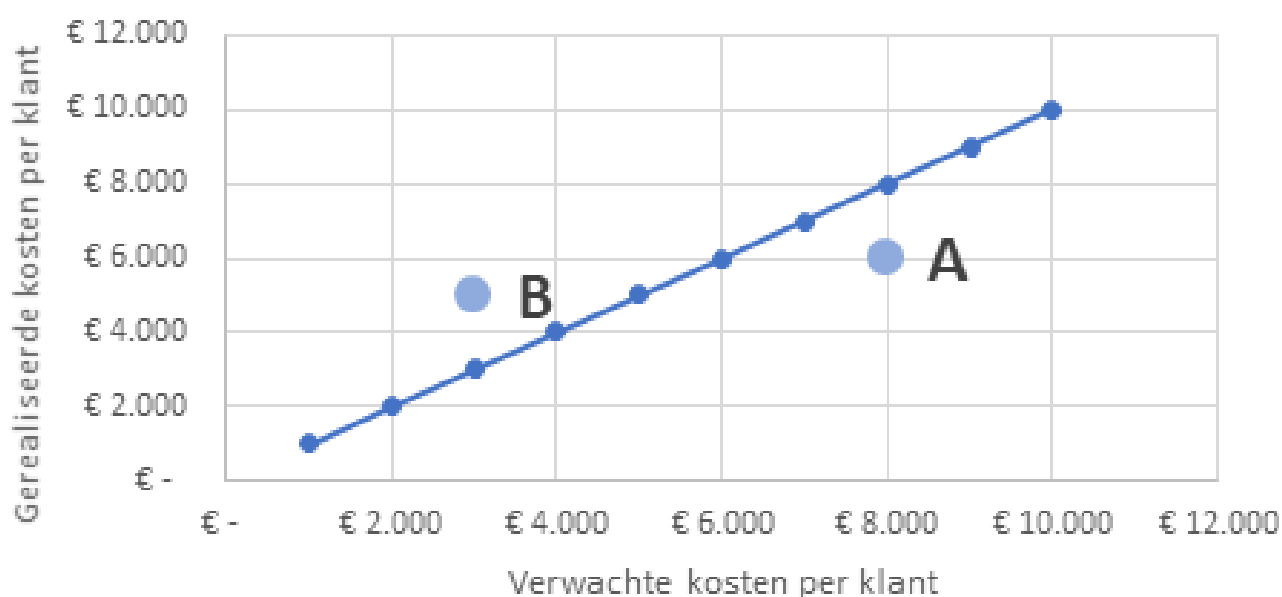
Gemiddelde gedeclareerde kosten per klant

_____ = benchmarkscore

Verwachte gemiddelde kosten per klant

Ter illustratie van onze benchmark worden in het onderstaande plaatje twee zorgaanbieders weergegeven. Zorgaanbieder A heeft gemiddeld ruim € 6.000 per klant gedeclareerd. Zorgaanbieder B heeft gemiddeld € 5.000 per klant gedeclareerd. Toch beschouwt Menzis aanbieder A als een doelmatige aanbieder en aanbieder B niet, omdat wij gezien het type klanten van aanbieder A wel € 8.000 aan kosten verwachten, terwijl we bij aanbieder B slechts iets meer dan € 3.000 aan kosten verwachten. In beide gevallen liggen de gemiddelde kosten buiten een bandbreedte ten opzichte van de te verwachten kosten.

Gerealiseerde kosten ten opzichte van verwachte kosten



Voor het vaststellen van zowel de gedeclareerde kosten per klant als de te verwachten kosten per klant zullen de declaratiegegevens van de individueel geleverde zorg van het jaar 2022 worden gebruikt¹².

Alleen zorgaanbieders met 30 klanten of meer worden in de benchmark opgenomen. Zorgaanbieders met minder dan 30 klanten hebben een te fluctuerend kostenpatroon om hier een goede vergelijking voor te kunnen maken. Deze aanbieders komen automatisch in de gemiddelde doelmatigheidsklasse.

¹² Het gaat hier om de prestatiecodes 1000-1005 of 1031-1038, 1017-1019 en 1062

Zorgaanbieders waarvan de gemiddelde gedeclareerde zorgkosten -5% of meer afwijken van de te verwachten kosten beschouwen we als doelmatig. Meer dan +5% is ondoelmatig, +15% of meer is zeer ondoelmatig. Op basis van de uitkomsten van de benchmark wordt een klasseindeling bepaald. Deze klasseindeling wordt gebruikt voor het vaststellen van het tarief, de budgetafsprak en de mogelijkheid van het maken van een eventuele meerjarenafsprak. 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.

Op onze [website wijkverpleging](#) vindt u aanvullend een toelichtende presentatie.

Inkoopproces

Voor alle bestaande zorgaanbieders geldt dat zij zich opnieuw moeten inschrijven om in aanmerking te kunnen komen voor de overeenkomst 2023. Bestaande zorgaanbieders krijgen een uitnodiging voor inschrijving. De inschrijving is met zo min mogelijk administratieve lasten ingericht. Er wordt voor 2023 een éénjarige overeenkomst aangeboden.

Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders inclusief ZZP'ers die in 2022 nog geen overeenkomst Verpleging en Verzorging met Menzis hadden. Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich éénmaal per contractjaar inschrijven; voldoet de zorgaanbieder niet aan de voorwaarden voor het verkrijgen van een overeenkomst dan 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. De inschrijving moet volledig zijn. Inschrijvingen die niet volledig zijn worden afgewezen. Elke inschrijving wordt beoordeeld. Indien uit de beoordeling door Menzis blijkt dat de aanbieder voldoet aan de minimumeisen wordt er een basisovereenkomst aangeboden.

De aanbieder moet zich uiterlijk 1 augustus 2022 aanmelden via het contactformulier en 1 oktober de inschrijving hebben doorlopen en bevestigd.

De overeenkomst geldt altijd tot uiterlijk 31 december van het lopende jaar.

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

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 door Menzis kan de inschrijving verder vervolgd worden voor definitieve ondertekening. Nieuwe zorgaanbieders voor Medische Kindzorg kunnen zich melden conform het eerder beschreven inkoopproces.

Addenda

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

- Specialistische verpleging
- Thuiszorgtechnologie
- Ketenzorg Dementie
- Regiefunctie complexe wondzorg: hiervoor komen alleen bestaande contractanten in aanmerking.

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 2022. 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 e-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.

Bijlage ‘Budget en Tarief’

Het budget en de tarieven worden opgenomen in de bijlage ‘Budget en Tarief’ die wordt meegestuurd met de overeenkomst. De overeenkomst wordt pas definitief als u ook deze bijlage “Budget en Tarief” 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. De contractondertekening is gerelateerd aan de plaatsing op onze Zorgvinder. Tijdig ondertekenen van alle contractstukken is van belang om op 12 november als gecontracteerde zorgaanbieder voor 2023 zichtbaar te zijn op onze Zorgvinder.

De budgetbrief met het budget en het tariefaanbod wordt 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.

Procedure aanvullende zorginkoop

Onder aanvullende zorginkopen verstaat Menzis het inkopen van extra zorg door het verhogen van het budget bij bestaande contractanten.

Wij verwachten dat u stuur op de budgetafpraak die we aan het begin van het jaar samen maken. Aanpassingen van het budgetplafond gedurende het jaar zijn alleen mogelijk onder strikte voorwaarden en in relatie tot de ontwikkelingen van de kosten per klant in de organisatie en de beschikbare ruimte bij andere zorgaanbieders in de regio. In bijlage 4 is het beleid en de procedure nader uitgewerkt.

Planning en bereikbaarheid

Planning

Op 12 november 2022 moet bekend zijn welke zorgaanbieders Menzis voor 2023 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 2023. We streven ernaar om het contracteerproces op uiterlijk 1 november 2022 af te ronden.

Het tijdsplan van de beleidsontwikkeling en contracteren 2023 ziet er als volgt uit:

Publicatie inkoopbeleid 2023	1 april 2022
Aanmelden nieuwe zorgaanbieders	tot 1 augustus 2022
Eventueel publicatie aanvulling inkoopbeleid 2023	uiterlijk medio juli 2022
Mogelijkheid tot stellen van vragen	tot 20 juli 2022
Openstellen vragenlijst voor inschrijving	vanaf begin september 2022
Beoordeling inschrijvingen. Tevens periode voor gesprekken over integraal tarief en maatwerkafspraken	vanaf september 2022
Afronding inkoop, ondertekening overeenkomst via VECOZO	1 november 2022
Publicatie gecontracteerde zorgaanbod op Zorgvinder	12 november 2022

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 bij Menzis.

Duurzaamheid

De zorgsector draagt significant bij aan klimaatverandering en milieuvervuiling en dat heeft ernstige gevolgen voor de leefomgeving en de gezondheid van de mens. Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om - naast onze eigen verduurzaming - een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap. Daarom gaan we ons als zorgverzekeraars gezamenlijk inzetten om de verduurzaming van de zorgsector te versnellen. Daartoe gaan we, in overleg met de verschillende zorgbranches, de inkoop van duurzame zorg verder uitwerken.

Vooruitlopend daarop verwachten we van alle zorgaanbieders dat ze zich committeren aan de landelijke CO²-doelstellingen, zoals afgesproken in het Klimaatakkoord. In de wijkverpleging is het mogelijk om bij te dragen aan deze verduurzaming door kritisch te kijken naar bijvoorbeeld de CO²-uitstoot van reizen. Inzet van (digitale) technologie in plaats van fysieke zorg kan hierbij helpen. Ook het aansluiten bij de afspraken rondom onplanbare nachtzorg, waardoor er minder auto's 's nachts door de wijk rijden, draagt bij. Om milieuvervuiling door medicatieafval te voorkomen, kunnen wijkverpleegkundigen klanten wijzen op het inleveren van oude medicatie bij de apotheek, zodat dit op de juiste wijze wordt afgevoerd.

Inspraak verzekerden en zorgaanbieders

Op 1 januari 2021 is de Wet verzekerdeninvloed Zvw in werking getreden. Wij hebben met onze Ledenraad het Inspraakreglement Verzekerden opgesteld. Hierin is vastgelegd op welke wijze, over welke onderwerpen en via welke kanalen wij onze verzekerden inspraak bieden.

Het afgelopen jaar is gewerkt aan een werkwijze om de Ledenraad nadrukkelijker te betrekken bij de totstandkoming van het Zorginkoopbeleid 2023. We informeren de Ledenraad niet alleen over beleidskeuzes voor diverse zorgsoorten, maar bespreken ook brede, relevante thema's in de zorginkoop.

Het gaat hierbij om onderwerpen waarover we ook spreken met patiëntenorganisaties, brancheorganisaties en zorgaanbieders. Deze onderwerpen hebben onder andere betrekking op financiering van innovaties, de rol die wij willen innemen als het gaat om het toegankelijk houden van zorg en de eigen verantwoordelijkheid die we van onze verzekerden mogen verwachten. Op dergelijke vraagstukken is niet altijd een pasklaar antwoord te geven, maar wij vinden het belangrijk om hierover in gesprek te blijven.

We hebben drie thema's vastgesteld: ouderenzorg, digitalisering en toegankelijkheid. De afgelopen maanden hebben we vooral veel gesproken over Advance Care Planning (ACP), een onderwerp dat in alle thema's terugkomt. Hoe ver moet de actieve rol van Menzis reiken als het gaat om dit onderwerp? Wat kunnen onze verzekerden zelf regelen? Wat zijn aandachtspunten in de communicatie? Onze Ledenraad heeft uitdrukkelijk verzocht rekening te houden met de diversiteit binnen onze verzekerdenpopulatie. Niet iedereen bezit dezelfde gezondheidsvaardigheden, niet iedereen is digitaal vaardig en niet iedereen beheerst de Nederlandse taal even goed. Om een belangrijk thema als ouderenzorg tot praktische verbeteringen te laten leiden, is het van groot belang deze verschillen niet uit het oog te verliezen en zullen wij hier oog voor houden.

Kwaliteit en klanttevredenheid

We hechten veel waarde aan de klantervaringen. Dat betekent concreet dat bij wijkverpleging in ieder geval een klantervaringsonderzoek wordt gedaan. 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. Er wordt door de partijen van het hoofdlijnenakkoord een uitvraag gedaan (onder andere via Vektis) om zoveel mogelijk etalage-informatie te ontsluiten voor klanten via ZorgkaartNederland. Wij verwachten van zorgaanbieders dat ze aan deze uitvraag meewerken. De klanttevredenheidsresultaten tonen we ook via de Zorgvinder aan onze klanten (uitvoeringseis 1).

Menzis organiseert net zoals voorgaande jaren opnieuw kennissessies voor wijkverpleegkundigen, waarbij we in gesprek blijven met wijkverpleegkundigen op diverse thema's en we lid blijven 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 werk en kijken we waar regels aangepast of verwijderd kunnen worden.

Beleid godsdienst, levensovertuiging en culturele achtergrond

In de overeenkomst die wij met zorgaanbieders sluiten, nemen we op dat de zorgaanbieder rekening moet houden met de levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond en godsdienstige gezindheid van 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 zorg met verblijf zal voor bijvoorbeeld voeding rekening gehouden worden met de godsdienst of de levensovertuiging van de klant.



Bijlagen

Bijlage 1. Minimumeisen

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

1. De zorgaanbieder verleent een integraal zorgaanbod verpleging en verzorging wat onder de zorgaanspraak Verpleging en Verzorging valt, en richt zich derhalve niet op één/enkele onderdeel/onderdelen van Verpleging en Verzorging, zoals bijvoorbeeld casemanagement of wijkgericht werken.
2. De zorgaanbieder garandeert zorgverlening gedurende 24/7.
3. De zorgaanbieder heeft in de periode van 1 juli 2021 tot 1 juli 2022 tenminste één verzekerde van Menzis/Anderzorg in zorg gehad.
4. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland.
5. De zorgaanbieder is ingeschreven in het BIG-register als verpleegkundige (alleen voor ZZP'er).
6. De zorgaanbieder heeft het KIWA-keurmerk thuiszorg of HKZ-NEN Keurmerk ZZP'er in Zorg & Welzijn (alleen voor ZZP'er).
7. De zorgaanbieder heeft zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders gemeld en heeft - indien de Wtza dat vereist - een vergunning voor het verlenen van de zorg en voldoet aantoonbaar aan de vereisten van de Wtza.
8. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de actueelste Governancecode ingevoerd (bij rechtspersonen) of kan aantonen hoe de zorgaanbieder de governance heeft ingericht (natuurlijke personen, VOF en eenmanszaak)
9. De zorgaanbieder beschikt over een meervoudig toezicht, die is vastgelegd in de statuten én het handelsregister (bij rechtspersonen).
10. De zorgaanbieder beschikt over een beoordelings- of controleverklaring met een goedkeurende strekking van een accountant over het verantwoordingsjaar 2021.
11. De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is alsmede gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders geïntegreerd en wordt gewerkt aan uitkomstindicatoren conform het kwaliteitskader Wijkverpleging. De zorgaanbieder verantwoordt zich hierover in het jaardocument vóór 1 juni van het jaar volgend op het verslagjaar.

12. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ten hoogte van het bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2023 afgesloten.
13. De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de Nza.
14. 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 inbegrepen.
15. De (pseudo)UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd.
16. De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen.
17. Er is niet bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies.
18. 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.
19. De zorgaanbieder heeft niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering meegewerkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;
20. De zorgaanbieder heeft niet blij gegeven 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.
21. 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, om 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).
22. De zorgaanbieder heeft minimaal één fte hbo-verpleegkundige niveau 5 op gemiddeld 55 klanten in vaste dienst. Minimaal één van deze hbo-verpleegkundigen is geregistreerd in het AGB-register met een eigen AGB-code en gekoppeld aan de instellings-AGB (bij instellingen) of is de eigen AGB-code (ZZP'er).

23. 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.
24. De zorgaanbieder heeft in de regio waarin hij actief is afspraken gemaakt met apothekers en huisartsen conform het rapport 'Veilige principes in de medicatieketen' (opgesteld door Task Force medicatieveiligheid care) én heeft daarnaast deze principes aantoonbaar geïmplementeerd in de eigen organisatie.
25. De zorgaanbieder geeft op zijn website aan op welke wijze de zorgaanbieder samenwerkt met mantelzorgers en de mantelzorg ondersteunt bij de zorg aan de klant.

Bijlage 2. Uitvoeringseisen

Aan de uitvoeringseisen 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 u in zorg zijn. De uitkomsten worden gebruikt voor interne verbetering van de organisatie en de 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 gebruikgemaakt van het normenkader voor indicatie en organisatie, 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 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 2023 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 2023 de recentste jaarrapportage van het kwaliteitsregister V&V aan Menzis, waaruit blijkt dat deze norm gerealiseerd is. Indien de zorgaanbieder geen gebruikmaakt van het kwaliteitsregister V&V, maar een eigen registratiesysteem hanteert, stuurt de zorgaanbieder uiterlijk 1 december 2023 een rapportage naar de Menzis, waaruit blijkt dat minimaal 75% van het zorgverlenend personeel (verpleegkundige (hbo/mbo) en/of verzorgenden (minimaal niveau 3) - vast in dienst - jaarlijks minimaal 35 uur werkt aan zijn professionele ontwikkeling via scholing, intervisie, bijhouden van vakliteratuur of kennisoverdracht.

6. De zorgaanbieder hanteert een actief beleid (en kan dit als Menzis daarom verzoekt, overleggen door middel van een aanwezig scholingsplan) voor het opleiden van verpleegkundig en verzorgend personeel. Onder meer door het screenen van het personeelsbestand op geschikte kandidaten, het opleiden van eigen personeel en het beschikbaar stellen van stageplaatsen en werkbegeleiding.
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 klant de gewenste geestelijke/spirituele zorg wordt aangeboden en dat ook de naasten van de klant begeleiding en nazorg geboden wordt.
 - 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 Advance 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 2022 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 via het Medisch Technisch team:

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

Bijlage 3. Inzet Helpende Zorg en Welzijn

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

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

Uit de Nota van Toelichting bij het besluit van 15 oktober 2014 (stb. 2014, 417), blijkt het volgende:

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

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

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

Aanvullend levert de aanbieder een analyse aan waarin is opgenomen:

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

- Hoe de eindverantwoordelijkheid is geregeld met de hbo-wijkverpleegkundige in loondienst.

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

Bijlage 4. Budgetaanpassing gedurende het contractjaar

Bij het vaststellen van de overeenkomst worden de afspraken over tarief en budgetplafond in een aparte budgetbrief opgenomen. Deze budgetbrief is onderdeel van de overeenkomst.

Indien door het in rekening brengen van tarieven het budget wordt overschreden, blijft u verplicht om zorg aan de verzekerden te verlenen (doorleverplicht). De zorgaanbieder die verwacht het budget te gaan overschrijden, heeft de plicht dit mee te delen zodra 70% van het budget is bereikt. In dat geval zal op basis van inzet op zelfredzaamheid en doelmatigheid in relatie met zorgaanbod in de regio de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder overleggen en beoordelen of additioneel budget wordt toegekend.

Vanaf 2020 heeft Menzis via het declaratieportaal ingeregeld dat iedere zorgaanbieder automatisch wordt geïnformeerd over het vollopen van zijn budgetafpraak. Indien u verwacht het budget te gaan overschrijden, dan kunt u een verzoek tot budgetaanpassing indienen via [het contactformulier op onze website](#). U krijgt dan een format toegestuurd om enkele data in te vullen. Om uw aanvraag verder in behandeling te kunnen nemen, willen wij tevens van u een korte analyse ontvangen met daarin in ieder geval een antwoord op de volgende vragen:

- Een prognose van de budgetontwikkeling over het totale contractjaar.
- Wat is volgens u de reden van deze overschrijding?
- Is het aantal Menzis klanten toegenomen: hoeveel zijn dat er dan meer?
- Waar komen de nieuwe klanten vandaan? Ziet u bijvoorbeeld overstappers van andere organisatie(s) naar de uwe? Kunt u dat aantonen?
- Krijgt u extra klanten, omdat andere zorgaanbieders in uw regio niet kunnen leveren? En zo ja, welke partijen zijn dat?
- Kunt u ook aangeven of en aan hoeveel klanten u zorg levert, waarvan de huisarts/wijkverpleegkundige eigenlijk de mening is toegedaan dat er sprake is/zou moeten zijn van WLZ-geïndiceerde zorg en kan daar nog op bijgestuurd worden?
- Welke afspraken heeft uw organisatie kunnen maken met de gemeenten waarin u werkt omtrent WMO-gerelateerde zorg? Graag een toelichting.
- In bepaalde regio's en bij veel zorgaanbieders is er juist sprake van een vermindering van zorgmomenten (aantal aanvragen en aantal zorgmomenten) als gevolg van de coronacrisis. Is dit bij u niet het geval?

- Andere zorgaanbieders zijn meer met beeldschermbellen en zorg op afstand gaan doen en hebben hun klanten op deze wijze adequaat kunnen helpen. Welke ontwikkelingen zijn daarin bij u?

Bij de beoordeling van de aanvraag wordt onder meer gekeken naar de doelmatigheid in relatie tot zorgaanbod in de regio en de zorgkosten per klant. Indien het verzoek voldoende informatie bevat, streven wij ernaar om binnen een maand een besluit te nemen over eventuele aanpassing van het budgetplafond. Verzoeken tot aanpassing, terwijl 70% van het budget nog niet is bereikt, worden afgewezen.