



# Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2020-2021



Publicatiedatum 26 maart 2019

# Inleiding

Graag presenteren we u het Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2020-2021. 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 (zorgverlening en verzorging), maar ook om coördinatie, signalering, coaching en preventie.

## Terugblik 2019

De zorginkoop 2019 heeft in het teken gestaan van het voortzetten van een langdurige relatie met zorgaanbieders. Naast de al afgesloten tweejarige basisovereenkomsten heeft Menzis in 2019 ook andere meerjarige afspraken gemaakt met enkele zorgaanbieders. Deze meerjarige overeenkomsten richten zich met name op de waardegerichte zorg. Onder andere door afspraken te maken over kwaliteitsontwikkeling, transparantie van zorginzet en/of vormen van alternatieve bekostiging.

De benchmark die we hebben ontwikkeld voor de wijkverpleging, is nog steeds een belangrijke basis. Deze benchmark geeft inzicht in de praktijkvariatie tussen zorgaanbieders. Volgend uit de gemaakte meerjarenafspraken, wordt de informatie uit de benchmark verder geanalyseerd en inzichtelijk gemaakt op verzekerde-, zorgaanbieders- en regioniveau. Ook zijn op basis van afspraken pilots opgestart over de inzet van e-health (COPD in beeld en samenwerking over financieringsschotten heen). Verder hebben we in 2018 een meerjarenafpraak gemaakt over het verbeteren van de kwaliteit van wijkverpleging: door meer aandacht voor preventie en het versterken van het sociaal netwerk in de buurt. Door beter samen te werken tussen maatschappelijke- en zorgorganisaties op lokaal niveau en met klanten, mantelzorgers, wijkverpleegkundigen en de zorgverzekeraar, versterken we zelfredzaamheid en wordt een beroep op zwaardere zorg voorkomen.

Wat Menzis betreft is hiermee de focus en de discussie in de wijkverpleging verschoven. Van uitvoeren en betalen van activiteiten naar de inhoud en meerwaarde van wijkverpleegkundige inzet en daarnaast versterking van de samenwerking en draagvlak met zorgaanbieders en wijkverpleegkundigen.

## Vooruitblik op 2020 en verder

Het zorginkoopbeleid wijkverpleging voor 2020-2021 kent geen grote wijzigingen ten opzichte van 2019. We willen doorgaan met het ingezette beleid. De inkoopvoorwaarden zijn daarom grotendeels dezelfde als die van de inkoop 2018 en 2019. Wel staan in dit document enkele aanvullingen en wijzigingen op basis van landelijke ontwikkelingen, consultaties of eerdere onduidelijkheden waar we vragen over kregen. Het gaat hier om de afspraken uit het kwaliteitskader Wijkverpleging (met name de PREM en uitkomstindicatoren) en een nadere toelichting op ons beleid rondom palliatieve zorg en beschikbaarheid van zorg buiten de reguliere uren. Verder zijn er kleine aanpassingen gedaan in de uitsluitingsgronden. Als we in ons zorginkoopbeleid verwijzen naar de wijkverpleegkundige als zij, bedoelen we natuurlijk ook hij.

Vanuit de Menzis-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 2020-2021 geen zorgaanbieders zullen contracteren die alleen onderdelen van wijkverpleegkundige zorg aanbieden.

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 zo veel 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 eerstmogelijke optie.

De voorwaarden voor het verkrijgen van een overeenkomst in 2020 en/of 2021 wijzigen niet en ook zal de nadruk, die bij de inkoop voor 2019 meer is gaan liggen op de kosten voor wijkverpleging voor Menzis klanten, worden voortgezet. Door middel van de benchmark hebben wij de praktijkvariatie van de klant in zorg in kaart gebracht. We zullen daarmee doorgaan, maar ook aandacht gaan besteden aan de (controles van) in- en uitstroom van klanten van en naar de wijkverpleging. Willen we deze in- en uitstroom beïnvloeden - bijvoorbeeld de instroom uit en naar het ziekenhuis – dan moeten we aandacht besteden aan een effectieve ketensamenwerking in de regio. Daarom gaan we blijvend in gesprek met u als zorgaanbieders om te praten over zaken als: samenwerking met gemeenten, advance-careplanning, coördinatie van zorgaanbod in de regio (ook voor specifieke zorg als onplanbare zorg, zorg bij dementie en geriatrische netwerken) en samenhang met de Wet langdurige zorg (Wlz).

# 1. Onze visie op zorg

De kwaliteit van de zorg in Nederland is goed. We constateren echter met elkaar dat deze nog onvoldoende aansluit bij de behoeften en wensen van patiënten. We richten ons op die zorg die waarde voor onze klanten toevoegt: de zorg met de beste verhouding tussen relevante gezondheidsuitkomsten en de kosten van die zorg. We noemen dit waardegerichte zorg, en door dit te doen wordt juiste zorg op de juiste plek realiteit. Vanaf 2018 kopen wij in vanuit deze visie.

Deze [visie](#) vertalen we door naar onze zorginkoop. Waardegerichte zorginkoop zien we als de sleutel voor een toekomstbestendige en betere gezondheidszorg voor onze klanten. Met waardegerichte zorginkoop willen we drie doelstellingen realiseren:



betere kwaliteit zorg  
(ervaring van klant)



gezondere klanten



lagere kosten voor toegankelijke  
en betaalbare zorg

Binnen waardegerichte zorg staan de gezondheid en welzijn van de klant voorop. Dat is immers voor de klant het meest waardevol. Dit kunnen we realiseren door hem of haar bijvoorbeeld te ondersteunen met preventie. De zorgbehoefte van onze klant is het vertrekpunt. Als deze klant in een later stadium zorg nodig heeft dan dient de uitkomst van die zorg zo goed als mogelijk te zijn. Het is daarom belangrijk om ons te richten op uitkomstmaten die voor de klant relevant zijn. Door samen met zorgprofessionals continue verbetercycli te initiëren komen we tot een zo goed als mogelijke uitkomst van zorg. Bijvoorbeeld door zorgprofessionals van elkaar te laten leren of te kijken naar gepaste zorg. Goede samenwerking met het zorgveld is hierbij noodzakelijk om te werken aan een slimme organisatie van de zorg. Zorgprofessionals zijn gespecialiseerd en staan het dichtst bij het zorg verlenen. We stimuleren daarom hun actieve rol bij het gezamenlijk realiseren van verbeteringen in

het zorgproces. Dit alles is bijna alleen te realiseren als we een langetermijnperspectief hebben, of het nou gaat om preventie-afspraken, om het verbeteren van een zorgpad of het bespreken van het profiel van de aanbieder. Beheersing van kosten is en blijft een hoofdtaak van een zorgverzekeraar. De zorg moet voor iedereen toegankelijk blijven.

In onze vijf regio's nemen we een actieve rol, werken we samen met zorgaanbieders aan verbeteringen, en pakken we een stimulerende rol om partijen bij elkaar aan tafel te krijgen. Als partners – zorgaanbieders, gemeenten, kennisinstellingen – maken we met de grote instellingen in onze regio's meerjarige afspraken die in lijn zijn met onze visie op het zorglandschap en de inhoudelijk gedragen veranderingen die we zien, en die de financiële ruimte bieden om een transitie te maken. Buiten onze regio's hebben wij ook een belangrijke, maar andere rol.



Voor al onze verzekerden kopen wij voldoende zorg in, monitoren we actief wachttijden, en voor zorgaanbieders in heel Nederland hebben we een gepaste dienstverlening, en zijn we bereikbaar voor vragen en/of opmerkingen. Meer lezen? [Kijk dan op onze website.](#)

*“Sinds de start van waardegerichte zorg hebben we veel geleerd. Hoe doen we dit, waar letten we op, hoe doen we het samen, wat willen we precies samen bereiken en hoe vertalen we dit naar onze zorginkoop? We hebben soms ons hoofd gestoten, maar ook gezamenlijk met zorgaanbieders successen behaald. Bijvoorbeeld bij het sluiten van meerjarencontracten.. Maar ook bij de introductie van contracten voor specifieke aandoeningen zoals heup, knie en staar. Verdere doorontwikkeling en verbreding is nodig, ik heb er alle vertrouwen in dat we met deze basis samen met zorgaanbieders de volgende stappen kunnen zetten.”*

- Joris van Eijck  
directeur Zorg Menzis



## 2. Onze visie op wijkverpleging

Wijkverpleging is gericht op zorg thuis, uitgaand van de behoefte en mogelijkheden van de klant: kijken naar wat de klant nodig heeft om zijn kwaliteit van leven te behouden of 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.

Het kennen van de sociale kaart van de wijk/regio is onontbeerlijk om de juiste zorg op de juiste plaats voor de juiste klant te kunnen regelen. 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.

We zien als belangrijkste rol voor de wijkverpleging in het zorgstelsel:

---

*“Helpen realiseren dat onze klanten langer thuis kunnen wonen, hun welbevinden daarmee verhogen en zo vermijdbare zorg kunnen voorkomen.*

*Dit is mogelijk als de wijkverpleging zich richt op preventie en zelfredzaamheid en werkt in een netwerk met de geïntegreerde eerste lijn, het ziekenhuis, de gemeente en mantelzorg. Door deze werkwijze hoeven onze klanten minder gebruik te maken van de tweede lijn.”*

---

Om dit mogelijk te maken hechten we belang aan de volgende elementen:

- Een wijkverpleegkundige is in de basis een generalist en weet vanuit die rol de zorgbehoefte van en met de klant in kaart te brengen, rekening houdend met de mogelijkheden van de klant en zijn netwerk. Daarbij betreft ze ook andere mogelijkheden van ondersteuning, uit bijvoorbeeld het gemeentelijk domein of ondersteuning door vrijwilligers. De wijkverpleegkundige weet de grenzen van zorg thuis met de klant te bespreken. Het gaat dan om vragen zoals ‘Wanneer is zorg thuis niet meer verantwoord en/of doelmatig?’ en ‘Past zorg vanuit een ander domein beter?’.
- Zorg thuis wordt geleverd door een deskundig, bevoegd en bekwaam wijkverpleegkundig team. Dit team bestaat uit (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden die generalistische zorg leveren waar het kan en specialistische zorg leveren of organiseren waar het moet. De wijkverpleegkundige kan (en krijgt de ruimte om) dit team vanuit vakinhoudelijk leiderschap coachen ten behoeve van de klant thuis, maar ook in de samenwerking met andere zorgverleners in de nulde, eerste en tweede lijn en langdurige zorg.
- Onderzoek onder klanten laat zien dat voor de kwaliteit van de verpleging en verzorging thuis een aantal thema’s belangrijk is, zoals de omgang met en bejegening door medewerkers; de deskundigheid om naast het uitvoeren van handelingen ook verder te kijken naar wat er nodig is; het tijdig herkennen van veranderingen en daarop inspelen; zorg leveren die aansluit op iemands leven; het maken én nakomen van afspraken over inhoud en tijd van zorg en ten slotte een vast team van medewerkers dat beschikbaar is in kwetsbare situaties. (uit: Kwaliteit en keuze informatie verpleging en verzorging thuis. Wat willen mensen zelf, NPCF 2015)
- Vanuit een regionale aanpak stimuleert Menzis de juiste zorg op de juiste plaats. Daarvoor is het nodig om in een continu proces afspraken te maken met (sub)regionale samenwerkingsverbanden.

Wijkverpleegkundige zorg in de eerste lijn staat echter niet op zichzelf. De wijkverpleging is altijd onderdeel van een keten van ondersteuning en zorg aan klanten. Soms omdat ze net uit het ziekenhuis komen en dus (specialistische) verpleging nodig hebben. Maar vaker omdat mensen ouder worden, langer thuis blijven wonen en daardoor vaker aangewezen zijn op ondersteuning en zorg van anderen (al dan niet professionele zorg).

In dit licht ziet Menzis daarom wijkverpleging bij uitstek als onderdeel van een meer integrale benadering van welzijn, gezondheid en ziekte bij de thuiswonende mens. De wijkverpleging kan daarbij een coördinerende rol vervullen, maar nog belangrijker is dat zij deel uitmaakt van een multidisciplinair samenwerkingsverband in de zorg thuis. Menzis heeft aanvullend een [visie op integrale ouderenzorg](#) ontwikkelt.

### 3. Speerpunten voor 2020 en verder

De wijkverpleging is sterk in ontwikkeling. In 2018 is een hoofdlijnenakkoord afgesproken voor de jaren 2019-2022, waarin meerdere thema's een plek hebben gekregen: de juiste zorg op de juiste plek; verbinding tussen zorg en sociaal domein; verbetering contractering; kwaliteit en transparantie; arbeidsmarkt; terugdringen regeldruk; e-health en technologie; en het PGB-Zvw. Op sommige thema's is al actie ondernomen en vooruitgang geboekt.

Zo zijn voor het thema [terugdringen regeldruk](#) al meerdere afspraken gemaakt. Ook is in 2018 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.

#### **Krappe arbeidsmarkt**

Grote zorg is de krappe arbeidsmarkt in de zorg die ook de wijkverpleging raakt, terwijl de behoefte aan zorg thuis groeit. 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 hulpvragen. 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.

#### **3.1 Aansluiten op zorgbehoefte**

De wijkverpleegkundige levert zorg op maat, met de eigen kracht van de klant en diens netwerk als uitgangspunt. Bij zorg thuis speelt de mantelzorger een belangrijke rol. De mantelzorger kan samen met de klant de regie hebben, regelt en stemt zaken af voor de klant en biedt persoonlijke hulp. Mantelzorgers maken het (langer) thuis wonen vaak mogelijk. De wijkverpleegkundige speelt een rol in de inschakeling van de mantelzorger, het aanleren van vaardigheden aan familie en mantelzorgers, maar ook in het signaleren en voorkomen van overbelasting. 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 (Bron: Patiëntenfederatie Nederland).

## 3.2 Casemanagement

De ontwikkelingen binnen de zorg voor ouderen volgen elkaar snel op. Feit is dat zorg voor kwetsbare ouderen domeinen overstijgt. Immers, kwetsbare ouderen hebben vaak te maken met multi-problematiek, zowel op lichamelijk, geestelijk als sociaal vlak. We zien casemanagement aan kwetsbare ouderen (waaronder ouderen met dementie) als een belangrijke rol van het (wijk)verpleegkundig beroep. In de rol van casemanager kan de wijkverpleegkundige de oudere en zijn omgeving ondersteunen in het behouden van eigen regie. Samen beslissen en advance care planning is nodig om de meest passende ondersteuning en zorg voor de klant te vinden. Dit betekent dat iedere zorgaanbieder die met Menzis een overeenkomst aangaat voor het verlenen van wijkverpleging, ook het casemanagement aan kwetsbare ouderen kan leveren of organiseren. Dit wordt afgestemd met huisarts/POH-O en het sociaal domein. Generalistisch waar het kan, specialistisch waar het moet.

Casemanagement maakt onderdeel uit van de reguliere wijkverpleging en wordt 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 deskundigheid te consulteren of in te zetten. Bijvoorbeeld via een regionaal (geriatisch) expertisenetwerk of via een collega-zorgaanbieder, al dan niet via onderlinge dienstverlening. De zorgstandaarden (landelijk en regionaal, zoals 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 deskundig aanspreekpunt heeft voor zijn vragen en voor de begeleiding in zijn hulpverlening.

Menzis streeft ernaar om met haar strategische partners in elke (sub)regio een regionaal expertisenetwerk/-centrum te ontwikkelen. Deze ontwikkeling is lokaal gebonden en gericht op de lokale problematiek. De keten Dementie zal van deze ontwikkeling onderdeel uitmaken, waardoor er op lokaal niveau continuïteit in de ketenzorg Dementie kan ontstaan. Met betrekking tot ketenzorg Dementie hebben zorgverzekeraars met elkaar afspraken gemaakt hoe ze daar als preferentiezorgverzekeraar in de regio mee omgaan. Deze afspraken vind u in dit document [Afspraken inkoopbeleid 2020 ZN Dementie](#)

Daarnaast is het hebben van goede samenwerkingsafspraken in de regio essentieel. Allereerst tussen huisartsen, POH, SOG, wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs van gemeenten (MSI-module) in de eerste lijn. Maar ook met andere specialismen in de eerste lijn, met apothekers (veilige principes in de medicatieketen), gerieters én tweedelijns zorgaanbieders (overgang ziekenhuis naar huis/transmurale zorgbrug). 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 thuiszorgaanbieder om dit kenbaar te maken aan zijn contactpersoon bij Menzis (de senior inkoper). De klant moet immers kunnen vertrouwen op continuïteit in de keten. In haar visie op Ouderenzorg zal Menzis beschrijven hoe zij de toekomst van een integrale zorg aan kwetsbare ouderen ziet.

### 3.3 Verbeteren van zorguitkomsten

Kwaliteit in de wijkverpleging is momenteel nog onvoldoende gedefinieerd. Wat is de waarde die de wijkverpleegkundige zorg toevoegt aan het leven van klanten en de beheersing van zorgkosten? We zijn gezamenlijk met zorgaanbieders op zoek naar kwaliteitsindicatoren die zo veel mogelijk zeggen over de uitkomsten van de wijkverpleging.

In het kwaliteitskader Wijkverpleging wordt gewerkt aan kwaliteitsinformatie die daadwerkelijk het resultaat van de wijkverpleegkundige inzet laat zien. De kwaliteitsinformatie wijkverpleging wordt daarin gemeten met drie doelen:

- Teams wijkverpleging informatie geven om te kunnen leren en verbeteren. Dit is het primaire doel van de kwaliteitsinformatie.
- Keuze-informatie geven aan (potentiële) klanten.
- Zorgverzekeraars informatie geven voor zorginkoop.

In 2019 zal de nadruk liggen op het meten van informatie op de thema's klanttevredenheid (PREM), kwetsbaarheid en ongeplande ziekenhuisbezoeken. Deze gemeten kwaliteitsinformatie wordt nog niet direct gebruikt voor alle drie de doelen. Eerst analyseren we de resultaten om te beoordelen in hoeverre deze bruikbaar zijn voor de toekomstige zorginkoop.

Menzis hecht er veel waarde aan dat de afspraken in het kwaliteitskader worden uitgevoerd. Dat betekent concreet dat bij wijkverpleging in ieder geval een klantervaringsonderzoek wordt gedaan bij de klanten en dat de resultaten van deze klantervaringen openbaar zijn en daarmee inzichtelijk voor klanten. Iedere zorgaanbieder zal dus in 2019 de PREM moeten uitzetten in zijn organisatie, zodat uitkomsten voor 2020 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 uitkomsten van klanttevredenheidsresultaten tonen we ook via de Zorgvinder aan onze klanten.

### 3.4 Deskundig personeel

De wijkverpleegkundige kan bij uitstek bijdragen aan het vergroten van de zelfredzaamheid van de klant. Daarom vinden we de beschikbaarheid van goed gekwalificeerde en gemotiveerde wijkverpleegkundigen een belangrijke voorwaarde voor het vergroten en/of het behouden van die zelfredzaamheid. Een wijkverpleegkundige kan op systematisch methodisch wijze gegevens verzamelen en deze gebruiken voor het klinische redeneren in een cyclisch proces. Gegevens worden transparant en duidelijk in het zorgdossier vastgelegd, zodat het verpleegkundige proces herkenbaar terug te vinden is. Ieder proces begint met een anamnese.

Een goed gekwalificeerde wijkverpleegkundige draagt ook bij aan een duurzame zorginfrastructuur in de wijk, waarbij zorgaanbieders zoals wijkverpleegkundige, huisartsen en ziekenhuis elkaar goed weten te vinden.

Bij het vergroten van de zelfredzaamheid staan de volgende vragen centraal: 'Wat kan de klant nog wél of wat kunnen we de klant weer leren?' Om dat te beoordelen, moeten wijkverpleegkundigen daartoe bevoegd zijn, maar vooral bekwaam zijn en blijven. We hebben daar een gezamenlijke verantwoordelijkheid in. We stimuleren wijkverpleegkundigen hierin door actief met hen in gesprek te gaan, maar ook door bij te dragen aan scholing op hbo- en mbo-opleidingen. Verder moedigen we de registratie van bekwaamheden aan door het kwaliteitsregister Verpleging en verzorging (V&V) onder de aandacht te brengen. Het beschikbaar stellen van stageplaatsen door zorgaanbieders is

onontbeerlijk om de geleerde kennis in de praktijk te kunnen brengen en daarmee voldoende verpleegkundigen voor de toekomst op te leiden.

### 3.5 Specialistische verpleging

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**).

Tot 1 januari 2018 werd daarbij onderscheid gemaakt in verwijzing door de medisch specialist of de huisarts. Maar nu de beleidsregel voor medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) is vervallen, is de zorg die geleverd wordt in opdracht van de medisch specialist opgenomen in de beleidsregels V&V, ongeacht de verwijzer. De voormalige laag-complexe MSVT is onderdeel van de verpleging en de voormalige hoog-complexe MSVT scharen we onder specialistische verpleging. Beide vormen van verpleegkundige zorg kopen we in bij aanbieders van wijkverpleging.

De wijziging om minder-complexe MSVT te zien als reguliere verpleging, past goed bij onze visie van integrale wijkverpleegkundige zorg. Dus: alle verpleging in verband met geneeskundige zorg wordt geleverd door een bevoegd en bekwaam verzorgende IG of verpleegkundige - of deze nu in opdracht van de huisarts of in opdracht van de medisch specialist moet worden uitgevoerd,. Dat betekent concreet dat ook wanneer de zorg in opdracht van de medisch specialist wordt uitgevoerd, de wijkverpleegkundige een zorgbehoeftebepaling doet en de afspraken worden vastgelegd in een zorgplan van de klant.

De voormalige hoog-complexe MSVT vroeg en vraagt meer specialistische kennis en kunde. Voor deze zorg is aanvullende deskundigheid nodig, die aansluit bij het kenmerk van specialistische verpleging. 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 zelf te leveren of via afspraken over onderlinge dienstverlening. Dit sluit aan op ons beleid waarbij we de organisatie van regionale (geriatische) expertisenetwerken in de (sub)regio stimuleren. In deze netwerken kan gespecialiseerde kennis en kunde worden gedeeld.

In bijlage 3 vindt u de aanvullende eisen voor specialistische verpleging. Tijdens het inschrijfproces via VECOZO kunt u als zorgaanbieder aangeven of u kunt voldoen aan deze eisen en dus specialistische

verpleging kunt leveren. Er 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.

### 3.6 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.

### 3.7 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](#)). 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.

Intensieve zorg in de palliatieve fase is verzekerde zorg als deze zorg nodig is. De indicierend (wijk)verpleegkundige bepaalt hoeveel zorg een verzekerde nodig heeft. Deze houdt hierbij rekening met de zorgbehoefte, maar ook met de situatie in huis en de (on)mogelijkheden van mantelzorg en/of vrijwilligers. 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 en mantelzorgondersteuning.

[Wijkverpleging](#) omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Op het moment dat een klant een blijvende behoefte 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 Wlz-indicatie 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 cliënt 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 verwezen worden naar eerstelijns verblijf (ELV) of hospice. Het enkel aanwezig zijn van een verpleegkundige, zonder medische noodzaak, wordt niet vergoed.

### 3.8 Integrale complexe wondzorg Menzis

Wondzorg is een essentieel onderdeel van het huidige zorglandschap. Uitgangspunt is een sneller, doelmatiger en meetbaar wondgenezingsproces, waardoor onze klanten een betere kwaliteit van leven ervaren. We hebben in een apart document [beleid voor integrale wondzorg](#) beschreven.

### 3.9 Werken aan een meerjarenperspectief

We willen de relatie met zorgaanbieders versterken en de kansen benutten die zich in de regio voordoen rondom integraal zorgaanbod met meerwaarde. Met regionale coalities van zorgaanbieders die met elkaar bereid zijn om waardegerichte afspraken te maken, gaan we graag meerjarenafspraken aan. Voorbeelden zijn InBeeld, maar ook initiatieven rondom geriatrische expertisenetwerken.

Het ontwikkelen van regionale (geriatrische) expertisenetwerken waar kennis en kunde rondom de kwetsbare ouderen bijeen wordt gebracht en waar afspraken zijn gemaakt tussen meerdere partijen over effectieve samenwerking “over de eigen grenzen heen”, zal worden gecontinueerd.

Verder willen wij nadrukkelijk ruimte maken en het gesprek aangaan voor regionale initiatieven gericht op de onplanbare ANW zorg (avond, nacht en weekendzorg). Het is belangrijk dat dit door

zorgaanbieders goed wordt ingericht in de regio. Wij verwachten dat aanbieders in de regio hier de samenwerking opzoeken om deze zorg doelmatig te organiseren.

### 3.10 Samenwerking met gemeenten, wijkgericht werken

We werken nauw samen met de gemeenten om wijkgericht werken van de wijkverpleegkundigen in relatie tot de huisarts/POH en de sociale wijkteams te faciliteren. 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 weet deze domeinen ook uitstekend met elkaar te verbinden. Zij heeft daarvoor contacten met de huisarts, maar ook met gemeente, welzijnsinstellingen en informele zorg. De rol van de wijkverpleegkundige wordt mede bepaald door de samenstelling in de wijk. In de ene wijk/gemeente kan een wijkverpleegkundige nadrukkelijker aanwezig zijn dan in een andere wijk/gemeente, omdat de samenstelling in de wijk daarom vraagt.

Menzis heeft de afgelopen drie jaar bijgedragen 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. Menzis heeft in 2016 een aparte module ontwikkeld, samen met gemeenten in de Menzis-regio's.

Recente evaluatie van de introductie van de module, de contractering van aanbieders en het maken van afspraken tussen gemeenten en aanbieders laat zien dat de module nog steeds in een behoefte voorziet en bijdraagt aan het inrichten en in stand houden van de samenwerking tussen medisch en sociaal domein. Zowel de module als de evaluatie met aanbevelingen uit 2017 kunt u raadplegen op onze [website](#)

De voornaamste aanbevelingen zijn:

- *de regiotafel een grotere rol laten spelen in de communicatie en bij de afstemming tussen gemeenten en Menzis; en*
- *duidelijke afstemming in afspraken en plannen tussen gemeenten en zorgaanbieders.*

De module maakt onderdeel uit van een meerjarenafpraak met die zorgaanbieders, die in staat zijn op (sub)regionaal niveau de sociale infrastructuur die al is ingezet in de afgelopen jaren, samen met gemeenten en huisartsen vorm te geven. We gaan ervan uit dat de afgelopen jaren door

zorgaanbieders en gemeenten is geïnvesteerd in de infrastructuur. De komende jaren zal daarom de nadruk liggen op duidelijke samenwerkingsafspraken, inhoud van die afspraken en het ontwikkelen van resultaatindicatoren.

Naast de verantwoording van de effectiviteit van de inzet in het sociale domein - die de zorgaanbieder uiterlijk 1 januari 2020 aanlevert (zie voorwaarden in bijlage 4) - gaat Menzis op postcodeniveau de mogelijke financiële effecten monitoren. Hiervoor wordt gekeken of de gemiddelde zorgconsumptie per verzekerde in de (sub)regio/postcodegebieden bij de gecontracteerde partijen is afgenomen. We beseffen dat dit effect zijn tijd nodig heeft en van vele invloeden afhankelijk is. Toch is de verwachting dat als de wijkverpleegkundige in staat is geweest om samen met het wijkteam/-netwerk een effectieve afweging te maken tussen medisch en sociale zorg/ondersteuning, dit zichtbaar zal zijn in de totale zorgkosten. De resultaten worden besproken in tripartite-overleg en kunnen leidend zijn voor nadere plaatselijke afspraken.

### 3.11 Implementeren van innovatie

Regionaal stimuleren we projecten die bijdragen aan de verbetering van kwaliteit, klantervaring en doelmatigheid via afspraken rondom prestatiebeloning, populatiegebonden bekostiging en eventuele shared savings. We zijn proactief betrokken bij de ontwikkelingen rondom landelijke issues zoals wijkgericht werken, (regionale) beschikbaarheid en (regionale) ketenontwikkeling.

In 2018 is er gewerkt aan een landelijke handreiking en implementatieplan rondom 'Zorgplan = planning = realisatie tenzij'. Zorgplan = zorgrealisatie is wat ons betreft geen vervanging van de huidige declaratiestroom, maar een professioneel inhoudelijke discussie over het vastleggen van afspraken met de individuele klant in een zorgplan. Deze afspraken kunnen als basis dienen voor declaratie. De registratiewijze staat open voor iedere zorgaanbieder conform de beleidsregels van de Nza. Als u hiervan gebruik gaat maken, moet u dit melden bij uw inkoper of via het online contactformulier van Menzis.

De inzet van e-health kan in de zorg thuis helpen bij het stimuleren van de eigen regie en zelfredzaamheid van klanten, en het kwalitatief en doelmatig inzetten van professionals. We denken daarbij aan de inzet van de medicatie, hulpmiddelen, beeldschermzorg, maar ook van nieuwe toepassingen van telemonitoring. Daarbij kan e-health ingezet worden om het netwerk van de klant te ondersteunen. Meer informatie over zorginnovatie kunt u lezen op onze [website](#).



### 3.12 Beheersen van de kosten

Om de zorg ook voor de toekomst betaalbaar te houden, is het belangrijk het perspectief voor inzet van zorg te veranderen. Klanten hebben baat bij het veranderen van vragen van zorgverleners van 'Hoeveel uur heb ik aan deze klant besteed' naar '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. Andere vormen van bekostigen van zorg kunnen daarbij behulpzaam zijn. Menzis heeft daarover op beperkte schaal (meerjaren)afspraken gemaakt.

De mate van ondersteuning die een klant nodig heeft, is verschillend. We constateren dat er grote praktijkvariatie bestaat, ook daar waar je die niet verwacht. Om deze praktijkvariatie in beeld te krijgen, hebben we een benchmark ontwikkeld. Hiervoor zijn alleen de declaratiegegevens van Menzis-klanten beschikbaar. 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, sociaal economische klasse, al dan niet overleden zijn, Farmaceutische Kosten Groep (FKG), Diagnose Kosten Groep (DKG), Hulpmiddelen Kosten Groep (HKG).

Menzis monitort de inzet van doelmatige zorg. De wijkverpleegkundige zorg is erop gericht de zelfredzaamheid van klanten te vergroten en hun netwerk op een zo hoog mogelijk niveau te brengen of te houden. We verwachten dat de wijkverpleegkundige de zorgbehoefte inventariseert en kijkt naar alle aspecten van het functioneren van de klant. Daarbij wordt kritisch gekeken welke preventie, welke ondersteuning (evt. professioneel) en welke (mantel)zorg nodig is. Ook met het oog op een doelmatige inzet van mensen en (financiële) middelen. De wijkverpleegkundige interenieert tijdig als zorg vanuit de Zorgverzekeringswet nog niet nodig is en zorg vanuit Wmo eerst ingezet kan worden. Als de klant 24-uurs toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid nodig heeft en dit niet opgevangen kan worden in het eigen netwerk, is zorg uit de Zvw niet meer verantwoord en doelmatig. We verwachten van de wijkverpleegkundige dat ze de klant dan kan toeleiden naar een Wlz-indicatie die meer passend is.

Doelgroep	Kenmerken
1. Kortdurende ziekenhuis (na)zorg en specialistische verpleging thuis op verzoek van huisarts/specialist	Kortdurende relatie waarin doelen van zorgplan gehaald moeten worden: < 3 maanden of over naar doelgroep 3)
2. Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die naar verwachting korter dan 3 maanden duurt	Kortdurende relatie waarin doelen van zorgplan gehaald moeten worden: < 3 maanden of over naar doelgroep 3 of 4)
3. Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op somatische problematiek (waaronder palliatieve zorg).	> 3 maanden; Langdurige zorg: doelen gericht op welbevinden, welzijn, doelmatige afgestemde en kwalitatieve zorg op maat, rekening houdend met draagkracht/last klant en systeem (Zvw, Wmo: overleg en overstap naar Wlz waar noodzakelijk)
4. Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden, waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op psychogeriatrische/gerontopsychiatrie problematiek	> 3 maanden; Langdurige zorg: doelen gericht op welbevinden, welzijn, doelmatige afgestemde en kwalitatieve zorg op maat, rekening houdend met draagkracht/last klant en systeem (Zvw, Wmo: overleg en overstap naar Wlz waar noodzakelijk)
5. Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben of een lichte zorgvraag hebben	Max. 4 bezoeken per jaar
6. Zorg aan Terminale klanten (Palliatief Terminale Zorg)	In principe 3 maanden, met verlengingsmogelijkheid van nog 3 maanden
7. Medische Kindzorg	Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar

## 4. Financieel beleid

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 gewenste model zal innovatie en samenwerking in de eerste lijn moeten belonen en bekostigen op basis van het resultaat dat met de klant behaald wordt. Aspecten als ongewenste volumeprikkels, het verhogen van administratieve lasten en afwenteling van zwaardere klanten, moeten voorkomen worden.

Om een eerste 'betekenisvolle stap' te zetten is 1 januari 2017 begonnen met het werken met een integraal tarief en doelgroepenregistratie. Deze stap sluit goed aan bij de door ons gemaakte afspraken rondom prestatiebeloning, populatie gebonden bekostiging via experimentafspraken en eventuele shared savings. De NZa heeft dit met de beleidsregel 'Experiment bekostiging verpleging en verzorging' mogelijk gemaakt.

---

*Het toekomstige bekostigingsmodel moet de wijkverpleegkundige ondersteunen in het uitoefenen van de professionele verantwoordelijkheid voor het bepalen en uitvoeren van de aanspraak Wijkverpleging. De bekostiging moet bijdragen aan de ondersteuning van de klant in zijn zelfredzaamheid, betere uitkomsten van zorg en betaalbaarheid van de wijkverpleegkundige zorg binnen de afgesproken (macro)kaders.*

---

De verwachting is dat de beleidsregels 2020 van de NZa voor Verpleging en Verzorging niet noemenswaardig zullen wijzigen ten opzichte van 2019. Op basis daarvan is het financieel beleid uitgewerkt.

Het budget dat voor de inkoop Wijkverpleging voor Menzis klanten beschikbaar is, zal worden gebaseerd op de het Budgettair Kader Zorg (BKZ), de afspraken in een eventueel hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging, de zorgkostenprognose 2019 van Menzis en de declaratiegegevens Wijkverpleging over het gehele jaar 2018 en het eerste kwartaal 2019. Dit budget is beschikbaar voor alle zorg die in de Wijkverpleging geleverd gaat worden, waaronder verpleging en verzorging in natura, PGB-Zvw,

sociale infrastructuur, restitutenota's (zorg geleverd aan klanten door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder), ketenzorg Dementie en experimentafspraken.

## Benchmark

We hebben de afgelopen jaren een benchmark ontwikkeld. Deze benchmark geeft inzicht in de doelmatigheid van de zorgaanbieder ten opzichte van het Menzis-gemiddelde (zie ook paragraaf 3.12). De huidige benchmark is gebaseerd op de declaratiegegevens vanaf 2015 of de start van de overeenkomst.

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 budgetafpraak 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 2020-2021

We zullen voor 2020 én 2021 elk jaar opnieuw een integraal tarief afspreken voor het verlenen van wijkverpleegkundige zorg. Dit geldt voor zowel de zorgaanbieders die in 2019 een eenjarige overeenkomst hebben gehad en die voor 2020 een nieuwe overeenkomst willen sluiten, als voor de zorgaanbieders die een meerjarenovereenkomst voor 2018 en 2019 hebben gehad. Het gebruik van een integraal tarief 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 verminderd.

### **Integraal tarief**

De basis voor het integrale tarief 2020 en 2021 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. Hierbij geldt dezelfde indelingsklasse voor doelmatigheid:

- Hoge doelmatigheid: Budgetplafond jaar (T+1) groeit t.o.v. de omzetafpraak (T)
- Gemiddelde doelmatigheid: Budgetplafond jaar (T+1) blijft gelijk t.o.v. de omzetafpraak (T)
- Lage doelmatigheid: Budgetplafond jaar (T+1) krimpt t.o.v. de omzetafpraak (T)

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. Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders inclusief ZZP'ers, die in 2019 nog geen overeenkomst Verpleging en Verzorging met Menzis hadden of die in 2018 en 2019 wel een overeenkomst hebben gehad maar niet voor Menzis klanten hebben gedeclareerd.

Voor zorgaanbieders die gedurende het jaar instromen en voor een deel van het jaar in aanmerking komen voor een overeenkomst, wordt de budgetafpraak naar rato afgesproken.

### **Beloning op maat**

De beleidsregels 2020 geven naar verwachting opnieuw de mogelijkheid om afspraken te maken via een 'Beloning op maat'-afpraak. We zullen deze mogelijkheid gebruiken om op regionaal niveau in gesprek te gaan. Maatafspraken kunnen worden gemaakt over regionale ontwikkelingen, de module sociale infrastructuur of specifieke lokale afspraken zoals de keten Dementie. We zullen daarvoor de partijen benaderen die hierover al afspraken hebben, maar ook andere partijen kunnen hiervoor in aanmerking komen. Voorwaarde is dat deze partijen reeds in een samenwerkingsverband met elkaar samenwerken. Indien u hieraan voldoet dan kunt u uw zorginkoper benaderen. De aanvullende afspraken worden vervolgens vastgelegd in een addendum bij de overeenkomst Verpleging en Verzorging. Daarnaast zullen met alle zorgaanbieders afspraken gemaakt worden over de indicatiesstelling voor PGB in de (sub)regio. Naar wij hopen geven de beleidsregels voor 2021 ook deze mogelijkheden. Mochten echter de beleidsregels zodanig wijzigen dat beloning op maat niet meer mogelijk is, berichten wij u zo spoedig mogelijk.

## 6. Contractspecificaties

### 6.1 Inkoop Eisen

Voor alle zorgaanbieders (nieuw en bestaand) die gecontracteerd willen worden om Verpleging en Verzorging te verlenen in 2020-2021, gelden dezelfde uitsluitingscriteria, minimumeisen en uitvoeringseisen. In bijlagen 1 t/m 3 staan de criteria uitgebreid 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 2020(-2021) aangaan.

We gaan uit van de integriteit van zorgaanbieders, maar behouden ons het recht voor om hierop te toetsen; steekproefsgewijs of indien daar aanleiding voor is. We kunnen bewijsstukken bij de zorgaanbieder opvragen. Indien we de benodigde informatie uit openbare bronnen kunnen verkrijgen, zullen we dit doen. We maken o.a. gebruik van het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ). Voor de toetsing of de uitsluitingsgronden die niet op de zorgaanbieder van toepassing zijn, kan een Gedrags Verklaring Aanbesteden (GVA) of Verklaring omtrent Gedrag rechtspersonen (VOG RP) worden opgevraagd. De zorgaanbieder krijgt voldoende tijd om deze bewijsstukken aan te vragen en aan te leveren.

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.

### 6.2 Inkoopmethodiek

Voor alle bestaande aanbieders geldt dat zij zich opnieuw moeten inschrijven om in aanmerking te kunnen komen voor de overeenkomst 2020-2021. 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 2019 nog geen overeenkomst Verpleging en Verzorging met Menzis hadden of die in 2018 en/of 2019 wel een overeenkomst hebben

gehad maar niet voor Menzis klanten hebben gedeclareerd. Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich gedurende het gehele lopende jaar inschrijven. Per jaar kan een zorgaanbieder zich eenmaal per contractjaar inschrijven; voldoet de zorgaanbieder niet aan de voorwaarden voor het verkrijgen van een overeenkomst is inschrijving voor een volgend contractjaar 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 blijkt dat geen van de uitsluitingsgronden van toepassing is en de aanbieder voldoet aan de minimumeisen, ter beoordeling van Menzis, wordt er een basisovereenkomst aangeboden.

Om de overeenkomst per 1 januari 2020 in te laten gaan én tijdig (12 november) vermeld te staan op onze Zorgvinder moet de aanbieder zich uiterlijk 15 juni 2019 aanmelden via het contactformulier en ondertekening van de overeenkomst voor 1 november 2019.

Aanmeldingen die later dan 15 juni binnenkomen worden beoordeeld op volgorde van binnenkomst. Vermelding op de zorgvinder voor 12 november 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](#).

## *Inschrijving en ondertekening*

Alleen inschrijvingen die via VECOZO worden ingediend, worden in behandeling genomen. Inschrijving en ondertekening van het basisovereenkomst kan tot 1 november 2019. 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.

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

Het budget en de tarieven worden opgenomen in de bijlage 'Budget en Tarief'. Deze bijlage wordt u op een later moment separaat toegezonden. 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 2020 tot stand gekomen. Voor 2021 zal opnieuw een bijlage budget en tarief worden toegezonden. 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.

## **6.3 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.

## **6.4 Specifieke doelgroepen**

### **Medische kindzorg**

Zorgaanbieders voor Medische Kindzorg die in aanmerking willen komen voor een Overeenkomst Verpleging en verzorging 2020-2021 inclusief het addendum medische kindzorg, krijgen ook een inlogcode voor de inschrijving, maar 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 inschrijfmethode in paragraaf 6.2.

### **Module sociale infrastructuur**

Samen met gemeenten in de Menzis regio's heeft Menzis voor 2017 een aparte module Sociale infrastructuur ontwikkeld, met gezamenlijke voorwaarden. Deze module is naast de basisovereenkomst van toepassing. De voorwaarden vindt u in bijlage 4. Alleen zorgaanbieders in de Menzis regio's (Noord, Twente, Achterhoek, Midden, West), die ook een overeenkomst Wijkverpleging met Menzis sluiten, komen in aanmerking voor het aanvragen van de module sociale infrastructuur.

---

*Indien u in aanmerking wilt komen voor afspraken via de module sociale infrastructuur dan kunt u dit aangeven bij de digitale inschrijving door het invullen en meesturen van het format 'Sociale infrastructuur'. Uw inschrijving wordt afgestemd met gemeenten waarvoor u inschrijft en beoordeeld door Menzis. Na goedkeuring van beide partijen ontvangt u een addendum bij uw overeenkomst Wijkverpleging. Voor een tijdige afstemming met gemeenten voor het komende contractjaar is het noodzakelijk om het format uiterlijk 11 september 2019 in bezit te hebben.*

---

De afspraak van de module Sociale infrastructuur is mogelijk via een beloning-op-maat-afpraak (Beleidsregel Verpleging en Verzorging). Menzis reserveert een apart budget voor de MSI-module. Het beschikbare bedrag per gemeente is gebaseerd op het aantal inwoners en marktaandeel van Menzis in deze gemeente en zal eventueel worden verdeeld over het aantal zorgaanbieders waarmee de module voor de betreffende gemeente wordt afgesproken. Andere zorgverzekeraars kunnen hierop aansluiten, afhankelijk van hun beleid. De zorgaanbieder moet dit zelf aanvragen bij de andere zorgverzekeraar. In de rest van Nederland, buiten de Menzis-regio's, zal Menzis inhoudelijk aansluiten op de afspraken die met gemeenten door de preferente zorgverzekeraar rondom de sociale infrastructuur gemaakt zijn.

## 6.5 Specifieke eisen

### Voorwaarden aan inschrijving

- Voor de inschrijving kan de zorgaanbieder uitsluitend gebruik maken van de hierboven beschreven inschrijfprocedure. De zorgaanbieder mag slechts bij één inschrijving betrokken zijn en schrijft met één AGB-code in voor de gehele zorgverlening (aan klanten van Menzis). De stukken dienen ondertekend te worden door de persoon/personen die daartoe gerechtigd zijn volgens de KvK, dan wel een gemachtigde (de machtiging moet worden meegestuurd).
- Het is inschrijvers niet toegestaan om voorwaarden aan de inschrijving te verbinden. Voorwaardelijke inschrijvingen worden door Menzis als ongeldig terzijde gelegd.
- Door middel van inschrijving geeft de zorgaanbieder aan op de hoogte te zijn van de inhoud van dit zorginkoopdocument en de aan deze documenten verbonden bijlagen, inclusief eventuele wijzigingen naar aanleiding van de veelgestelde vragen. Tevens geeft de zorgaanbieder aan dat hij akkoord gaat met de inkoopprocedure, het bijbehorende contracteerproces en de hieraan verbonden voorwaarden, alsmede de overeenkomst.
- Dit inkoopdocument is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid door ons opgesteld. Desondanks kunnen er toch onduidelijkheden, tegenstrijdigheden en/of onvolkomenheden in het inkoopdocument voorkomen. Wij verwachten een proactieve houding van de (potentiele) inschrijvers.
- Als een zorgaanbieder onduidelijkheden, tegenstrijdigheden en/of onvolkomenheden constateert, dan wel anderszins bezwaar heeft tegen de inhoud van dit inkoopdocument, dient hij de opmerkingen en/of vragen in ieder geval uiterlijk 20 juli 2019 schriftelijk kenbaar te maken aan Menzis, via het online contactformulier.
- Na deze datum kan de zorgaanbieder geen beroep meer doen op tegenstrijdigheden, onjuistheden of onduidelijkheden in de gepubliceerde documenten en heeft de zorgaanbieder al zijn rechten, van welke aard dan ook en hoe dan ook genaamd, verwerkt om daarop enige aanspraak te baseren. Menzis aanvaardt geen aansprakelijkheid voor de schade die zorgaanbieder zouden kunnen lijden als gevolg van niet door hun gemelde onvolkomenheden en/of tegenstrijdigheden of misinterpretaties.
- Zowel ondertekening van het basisovereenkomst, de bijlage Budget en Tarief als eventuele addenda dienen eveneens voor 1 november 2019 afgerond te zijn. Alleen voor nieuwe zorgaanbieder bestaat de mogelijkheid om gedurende het jaar in aanmerking te komen voor een overeenkomst en is deze datum alleen van toepassing bij aanmelding voor 15 juni 2019.

### **Verifiëren van informatie**

Menzis behoudt zich het recht voor om alle verstrekte informatie te verifiëren en om aanvullende informatie op te vragen.

### **Wijzigingen in situatie zorgaanbieder**

De zorgaanbieder garandeert door het doen van de inschrijving dat zijn organisatie bij indiening, als ook bij contractering en gedurende de duur van de overeenkomst, over de vereiste capaciteiten, vaardigheden en middelen beschikt om te kunnen voldoen aan alle voorwaarden en condities zoals vastgesteld in dit document en bijlagen. Van elke substantiële wijziging in de situatie van de zorgaanbieder (zowel in de periode vóór als gedurende en na het sluiten van de overeenkomst) die het kunnen voldoen aan deze essentiële punten in gevaar kan brengen, dient Menzis onmiddellijk schriftelijk op de hoogte gesteld te worden.

### **Geldigheidsduur**

De zorgaanbieder moet zijn inschrijving gestand doen gedurende 120 dagen na de uiterste dag van indiening van de inschrijving.

## 7. Planning en bereikbaarheid

### Planning

Op 12 november 2019 moet bekend zijn welke zorgaanbieders Menzis voor 2020-2021 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 2020-2021. We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2019 af te ronden.

Deze planning is indicatief. Inschrijvers kunnen daarom geen rechten aan deze planning ontleen. Wij behouden ons het recht voor de planning aan te passen. In dat geval zullen wij een aangepaste planning publiceren. Indien we een wijziging aanbrengen in de informatie van dit document dan maken wij dit tijdig bekend op onze website met onderliggende motivatie. Het tijdsplan van de beleidsontwikkeling en contractering 2020-2021 ziet er als volgt uit:

- **26 maart 2019** Publicatie inkoopbeleid 2020-2021
- **tot 15 juni 2019** Aanmelden nieuwe zorgaanbieders indien ingang overeenkomst 1-1-2020
- **aanmelding na 15 juni 2019** Nieuwe aanbieders. Beoordeling en eventuele overeenkomst op later tijdstip, zie paragraaf 6.2
- **uiterlijk 11 juli 2019** Eventueel publicatie aanvulling inkoopbeleid 2020-2021
- **tot 20 juli 2019** Mogelijkheid tot stellen van vragen
- **vanaf 12 juli 2019** Mogelijkheid tot inschrijving
- **uiterlijk 11 september 2019** Uiterste datum aanmelding sociale infrastructuur via format
- **vanaf 21 juli tot eind oktober 2019** Beoordeling inschrijvingen. Tevens periode voor gesprekken over integraal tarief en maatwerkafspraken
- **1 november 2019** Afronding inkoop, ondertekening overeenkomst via digitale tool behoudens nieuwe aanmeldingen na 15 juni 2019 zie paragraaf 6.2
- **12 november 2019** Publicatie gecontracteerde zorgaanbod op Zorgvinder

## Bereikbaarheid

Door de grote aantallen zorgaanbieders is het voor ons niet mogelijk om gesprekken met alle individuele aanbieders te houden. Menzis streeft ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders te ontsluiten via onze website [www.menzis.nl/zorgaanbieders](http://www.menzis.nl/zorgaanbieders). Actuele informatie en veelgestelde vragen over het inkopen van zorg, declareren en machtigingen kunt u raadplegen op deze [website](#).

Heeft u de informatie online niet gevonden? Neem dan contact met ons op via:

- Het [online contactformulier](#) op de website. Onze reactietermijn is maximaal 5 werkdagen.
- Uw contactpersoon van Menzis (zorginkoper Wijkverpleging) via [zorgaanbiederservice@menzis.nl](mailto:zorgaanbiederservice@menzis.nl)

## 8. Consultaties

We betrekken koepelorganisaties, zorgaanbieders, categorale patiëntenorganisaties en de ledenraad bij het opstellen van het inkoopbeleid.

### Specifieke patiëntenorganisaties

Er zijn in het najaar 2018 klantbijeenkomsten georganiseerd in meerdere kernwerkgebieden van Menzis. In 6 bijeenkomsten hebben we samen met onze klanten gesproken over thema's als ouderenzorg, het voorkomen van zorg en de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg.

De betaalbaarheid van de zorg blijft een belangrijk onderwerp. Klanten herkennen en erkennen de verantwoordelijkheid die Menzis daarin heeft en neemt. Klanten zien in het stimuleren van een gezonde samenleving en de juiste zorg op de juiste plek mogelijkheden om de kosten te beperken. Hier is ook een nadrukkelijk rol voor de gemeente weggelegd .

Preventie is een middel om zorgkosten te beïnvloeden. Echter in hoeverre mag een zorgverzekeraar zich 'bemoeien' met de leefstijl van de klant? Informeren over gezond gedrag, dit gedrag belonen en samenwerken met huisartsen en lokale overheid zijn mogelijke oplossingen.

Bij ouderenzorg, mantelzorg en chronisch zieken is er een duidelijke behoefte aan een vast aanspreekpunt waar de klant terecht kan met vragen. Het langer thuis wonen geeft vragen over alternatieve woonvormen waarbij ook klanten eerlijk de vraag stellen wanneer zorg nog van meerwaarde is.

### Zorgaanbieders

#### Wijkverpleegkundigen

De jaarlijkse bijeenkomsten voor wijkverpleegkundigen die worden georganiseerd in alle Menzis-regio's worden steeds druk bezocht. Op deze manier is een directe communicatie ontstaan tussen Menzis en de wijkverpleegkundigen.

Het thema in 2018 was passende zorg. Hoe kom je als wijkverpleegkundige tot passende zorg, met financiering vanuit het juiste domein? Daarover zijn beleidsadviseurs van Menzis en gemeenten in gesprek gegaan. Van wijkverpleegkundigen horen we regelmatig terug dat het realiseren van passende zorg nog lang niet vanzelfsprekend is. De wijkverpleegkundige kan weliswaar zelfstandig zorg indiceren vanuit de wijkverpleging, maar als er zorginzet nodig is vanuit het sociaal domein is het nog lang niet altijd vanzelfsprekend dat zij deze zorg ook per direct in kan zetten.

Ook voor gemeenten is het niet altijd duidelijk wanneer zorginzet noodzakelijk is vanwege een medisch risico of dat een voorziening vanuit de gemeente meer passend zou zijn. Aan de hand van casuïstiek en stellingen zijn we hierover met elkaar in discussie gegaan.

Voor 2019 staan bijeenkomsten rondom de indicatiestelling op het programma. Hierbij wordt ook het Centrum indicatiestelling Zorg uitgenodigd.

### **Verplegenden en Verzorgenden Nederland / Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap**

Zowel de beroepsvereniging Verplegenden en Verzorgenden Nederland (V&VN) als het Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap (NWG) zijn een directe gesprekspartner van Menzis. In die gesprekken ligt de nadruk op de ontwikkeling van uitkomstindicatoren, het vakinhoudelijk leiderschap van de wijkverpleegkundige en hoe ieder dat vanuit zijn eigen rol kan stimuleren. Het kwaliteitskader Wijkverpleging en dan met name het deskundigheidsgebied Wijkverpleging is daarbij onder meer behulpzaam.

### **Brancheorganisaties en zorgaanbieders**

Met zowel Actiz als ZorgthuisNL is contact geweest over de ontwikkelingen in de wijkverpleging nu en in de toekomst. Belangrijkste aandachtspunt uit die gesprekken is dat we gezamenlijk zorgen hebben over de ontwikkelingen in de wijkverpleging die we ook gezamenlijk het hoofd moeten bieden. De arbeidsmarktproblematiek, ontwikkeling van het kwaliteitskader en de kostenontwikkeling zijn onderwerpen van gesprek.

### **Gemeenten**

Menzis heeft via de Werkagenda Menzis en (convenant) Gemeenten regelmatig overleg over de wijkverpleging en de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar op het grensvlak tussen sociaal en medisch domein. Uit die samenwerking is een gezamenlijke module Sociale infrastructuur ontwikkeld waarin gemeenten en Menzis gezamenlijke inkoopcriteria hebben geformuleerd. Deze samenwerking wordt periodiek op de verschillende regiotafels besproken.

## 9. 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. Uitsluitingsgronden

I Menzis sluit een zorgaanbieder uit jegens wie bij een onherroepelijk geworden rechterlijke uitspraak een veroordeling als hieronder bedoeld is uitgesproken:

a. deelneming aan een criminele organisatie in de zin van artikel 2 van Kaderbesluit 2008/841/JBZ van de Raad van 24 oktober 2008 ter bestrijding van de georganiseerde criminaliteit (PbEU 2008, L 300);

b. omkoping in de zin van artikel 3 van de Overeenkomst ter bestrijding van corruptie waarbij ambtenaren van de Europese Gemeenschappen of van de lidstaten van de Europese Unie betrokken zijn (PbEU 1997, C 195) en van artikel 2, eerste lid, van Kaderbesluit 2003/568/JBZ van de Raad van 22 juli 2003 inzake de bestrijding van corruptie in de privésector (PbEU 2003, L 192);

c. fraude in de zin van artikel 1 van de overeenkomst aangaande de bescherming van de financiële belangen van de Gemeenschap (PbEG 1995, C 316);

d. witwassen van geld in de zin van artikel 1 van richtlijn nr. 91/308/EEG van de Raad van 10 juni 1991 tot voorkoming van het gebruik van het financiële stelsel voor het witwassen van geld (PbEG L 1991, L 166) zoals gewijzigd bij richtlijn nr. 2001/97/EG van het Europees Parlement en de Raad (PbEG L 2001, 344);

e. terroristische misdrijven of strafbare feiten in verband met terroristische activiteiten in de zin van de artikelen 1, 3 en 4 van Kaderbesluit 2002/475/JBZ van de Raad van 13 juni 2003 inzake terrorismebestrijding (PbEU 2002, L 164);

f. kinderarbeid en andere vormen van mensenhandel in de zin van artikel 2 van Richtlijn 2011/36/EU van het Europees Parlement en de Raad van 5 april 2011 inzake de voorkoming en bestrijding van mensenhandel en de bescherming van slachtoffers daarvan, en ter vervanging van Kaderbesluit 2002/629/JBZ (PbEU 2011, L 101).

II Menzis sluit een zorgaanbieder uit indien jegens een persoon die lid is van het bestuurs-, leidinggevend of toezichthoudend orgaan of die daarin vertegenwoordigings-, beslissings- of controlebevoegdheid heeft, een onherroepelijke veroordeling als hiervoor bedoeld is uitgesproken waarvan Menzis kennis heeft .

III Menzis sluit een zorgaanbieder uit indien Menzis ervan op de hoogte is dat 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.

IV Menzis sluit tevens een zorgaanbieder uit indien

a. de zorgaanbieder in staat van faillissement of liquidatie verkeert, diens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens hem geldt een surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord, of de zorgaanbieder in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving;

b. de zorgverzekeraar aannemelijk kan maken dat de zorgaanbieder in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout<sup>1</sup> heeft begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken;

c. de zorgaanbieder niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering mee heeft gewerkt dan wel niet mee heeft willen werken aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;

d. de zorgaanbieder niet heeft voldaan aan zijn verplichtingen op het gebied van het milieu-, sociaal en arbeidsrecht uit hoofde van het recht van de Europese Unie, nationale recht of collectieve arbeidsovereenkomsten of uit hoofde van de in bijlage X van richtlijn 2014/24/EU vermelde bepalingen van internationaal milieu-, sociaal en arbeidsrecht.

e. de zorgverzekeraar beschikt over voldoende plausibele aanwijzingen om te concluderen dat de zorgaanbieder met andere ondernemers overeenkomsten heeft gesloten die gericht zijn op vervalsing van de mededinging;

f. de zorgaanbieder blijkt heeft gegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar en dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties.

g. de zorgaanbieder zich in ernstige mate schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de informatie die nodig is voor de controle op het ontbreken van gronden voor

---

<sup>1</sup>De zorgaanbieder heeft in de uitoefening van zijn beroep de afgelopen drie jaar een ernstige fout begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken. Als het door de zorgaanbieder begaan van een ernstige fout in de uitoefening van zijn beroep wordt in ieder geval aangemerkt:

a) het doen van een gift of belofte of het aanbieden van een dienst indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd iemand iets te laten doen wat in strijd is met zijn plicht;

b) het vervalsen of valselijk opmaken van een geschrift dat bestemd is om tot bewijs van enig feit te dienen;

c) het verstrekken van onjuiste gegevens of het ten onrechte niet verstrekken van juiste gegevens, indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd financieel voordeel te behalen (vermoeden van fraude);

d) het handelen of nalaten waardoor de lichamelijke integriteit van werknemers of andere personen ernstig in gevaar wordt gebracht;

e) het opgelegd hebben gekregen van een boete of last onder dwangsom in de zin van artikel 56 van de Mededingingswet;

f) het in het kader van de uitvoering van een opdracht hebben begaan van een onrechtmatige daad waaruit ernstige schade is voortgevloeid, met dien verstande dat de onder a tot en met f genoemde gedragingen plaatsvinden in het kader van de beroepsuitoefening.

uitsluiting of het voldoen aan de minimumeisen of heeft die informatie achtergehouden, dan wel niet in staat was de ondersteunende documenten over te leggen;

h. de zorgaanbieder voorkomt op de lijst van de Global Compact Principles van de Verenigde Naties.

i. de zorgaanbieder zelf of iemand die lid is van het bestuurs-, leidinggevend of toezichhoudend orgaan van de zorgaanbieder of daarin vertegenwoordigings-, beslissings- of controlebevoegdheid heeft, heeft ertoe bijgedragen dat een eerdere Zvw/Wlz inkoopopdracht, een eerdere opdracht van een inkoopend zorgverzekeraar of zorgkantoor of een eerdere Zvw/Wlz overeenkomst heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van die eerdere opdracht, tot schadevergoeding of tot andere vergelijkbare sancties.

Menzis betreft bij de toepassing van het voorgaande uitsluitend situaties die zich in de 3 jaar voorafgaand aan tijdstip van het verzoek om een overeenkomst hebben voorgedaan.

## Bijlage 2. 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) onderdeel(e)n van Verpleging en verzorging zoals bijvoorbeeld casemanagement of wijkgericht werken.
2. De zorgaanbieder garandeert zorgverlening gedurende 7x 24 uur.
3. 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 daar specifieke deskundigheid voor vereist is of als deze zorg op onplanbare momenten nodig is (24/7).
4. 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).
5. De zorgaanbieder is ingeschreven in het BIG register als verpleegkundige (alleen voor ZZP-er)
6. 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 2019).
7. De zorgaanbieder is toegelaten op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen voor de levering van wijkverpleegkundige zorg (persoonlijke verzorging en verpleging in de Zvw), en voldoet aantoonbaar aan alle eisen van de WTZi<sup>2</sup> (alleen voor instellingen) of heeft een KIWA keurmerk thuiszorg of HKZ-NEN Keurmerk ZZP-ers in Zorg & Welzijn (ZZP-er).
8. 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)
9. De zorgaanbieder beschikt over een meervoudige toezicht welke is vastgelegd in de statuten en het handelsregister (bij rechtspersonen).
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

---

<sup>2</sup> Deze wordt wellicht (deels) vervangen door de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

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 2020 afgesloten.
12. De zorgaanbieder beschikt over een samenstellings-, beoordelings- of controleverklaring met een goedkeurende strekking 2018 van een accountant.
13. 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.
14. 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) en heeft daarnaast deze principes geïmplementeerd in de eigen organisatie.
15. De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen.
16. 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 3. 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 stelt op verzoek van de zorgverzekeraar gegevens beschikbaar waarmee inzicht gegeven wordt in de inzet van het aantal uren per verzekerde per doelgroep.
2. De zorgaanbieder doet minimaal 2-jaarlijks onderzoek naar klantervaringen van minimaal 25% van het aantal klanten die bij haar in zorg zijn en heeft de meest actuele resultaten afgezet tegen het landelijk gemiddelde, continu openbaar beschikbaar voor de klant en Menzis op zijn website. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de PREM zoals is afgesproken in het kwaliteitskader Wijkverpleging.
3. 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.
4. 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.
5. 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 (screening en opvolging kwetsbaarheid) zijn een duidelijk onderdeel van het dossier.
6. De zorgaanbieder heeft zijn zorgverlenend personeel (verpleegkundigen (HBO/MBO) en verzorgenden minimaal niveau 3) vast in dienst ingeschreven in het kwaliteitsregister V&V. Voor de inschrijving in het kwaliteitsregister hanteert de zorgverzekeraar een norm die verschilt voor zorgaanbieders die al gebruik maken van het kwaliteitsregister en zorgaanbieders die hier nog mee moeten beginnen. Indien de zorgaanbieder in 2019 al gebruikt maakt van het kwaliteitsregister moet 1 november 2020 minimaal 50% van zijn zorgverlenend personeel (verpleegkundige (HBO/MBO) en/of verzorgenden minimaal niveau 3) - vast in dienst-, ingeschreven staat in het kwaliteitsregister V&V. Indien een zorgaanbieder nog moet starten met registreren moet 1 november 2020 minimaal 30% van zijn zorgverlenend personeel (verpleegkundige (HBO/MBO) en/of verzorgenden minimaal niveau 3) -vast in dienst- ingeschreven staat in het kwaliteitsregister V&V. De zorgaanbieder levert uiterlijk 1 december 2020 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 2020 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.

7. De zorgaanbieder hanteert een actief beleid (en kan dit 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.
8. De zorgaanbieder heeft zich gecommitteerd aan de samenwerkingsafspraken met het ziekenhuis in de regio waar hij actief is rondom transfer vanuit het ziekenhuis naar (t)huis. Indien het ziekenhuis gebruikt maakt van de Transmurale zorgbrugsystematiek dan heeft de zorgaanbieder dit volledig in, in zijn organisatie ingevoerd. Het ziekenhuis in de regio is leidend in de te kiezen systematiek.
9. De zorgaanbieder conformeert zich aan de richtlijnen zoals genoemd in de zorgstandaard dementie en levert of organiseert casemanagement Dementie indien dat nodig is. Dit wordt afgestemd met huisarts/POH-O en het sociaal domein Generalistisch waar het kan, specialistisch als het moet. Daarbij wordt aangesloten op de lokale ketennetwerken en standaarden.
10. 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.
11. Menzis wil aansluiten bij de inhoudelijke ontwikkelingen die in het veld ontstaan en hanteert daarom voor de medische kindzorg aanvullende eisen.
  - a. Kinderverpleegkundige zorg wordt altijd uitgevoerd door een kinderverpleegkundige. Onder kinderverpleegkundige wordt verstaan: een verpleegkundige niveau 4 of 5 met kinderaantekening of een verpleegkundige die in 2017 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.

12. Aanvullende eisen specialistische verpleging:

- a. De zorgaanbieder is georganiseerd in, en werkt vanuit, een technologisch thuiszorgteam, van BIG geregistreerde verpleegkundigen met deskundigheid niveau 4/5, dat zeven dagen per week, 24 uur per dag inzetbaar is. De zorgaanbieder heeft een adequate achterwachttregeling 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.

## Bijlage 4. Voorwaarden module sociale infrastructuur

Zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor afspraken in het kader van de module Sociale infrastructuur, voldoen aan de volgende voorwaarden:

1. De zorgaanbieder heeft kennis genomen van en gaat akkoord met de uitgangspunten zoals beschreven in 'Uitwerking module sociale infrastructuur'.
2. De zorgaanbieder heeft een overeenkomst Verpleging en Verzorging 2020(-2021) met Menzis afgesloten.
3. De zorgaanbieder verklaart invulling te geven aan de functies voor een effectieve sociale infrastructuur zoals verwoord in de 'Uitwerking module Sociale infrastructuur'
4. De zorgaanbieder verklaart en maakt waar nodig aantoonbaar dat voldaan wordt aan de condities die nodig zijn om de sociale infrastructuur in te vullen, te weten:
  - a. Alle wijkverpleegkundigen in dienst van de zorgaanbieder hebben een brede blik op het sociaal en medisch domein ten behoeve van de verzekerde
  - b. De zorgaanbieder geeft de wijkverpleegkundige de ruimte om haar rol onafhankelijk van de moederorganisatie in te vullen
  - c. De zorgaanbieder geeft de wijkverpleegkundige de tijd, ruimte en prioriteit om wijkgericht te werken.
  - d. De zorgaanbieder heeft een meerjarige samenwerkingsrelatie opgebouwd met het sociale domein in het postcodegebied waarvoor men inschrijft, en kan dit aantonen d.m.v. vastgelegde afspraken op wijkniveau.
  - e. De zorgaanbieder stemt af met andere gecontracteerde zorgaanbieders in het postcodegebied over inzet, samenwerking en afstemming in het sociale domein
  - f. De zorgaanbieder heeft werkafspraken met de gemeenten in zijn postcodegebieden over de inzet en bevoegdheden van de wijkverpleegkundige in het sociale domein (o.a. toeleiding en gebruik voorliggende voorzieningen, afspraken meesturen).
5. De zorgaanbieder verantwoordt zich in zijn jaarverslag en/of afzonderlijke rapportage uiterlijk 1 januari 2021 (-2022) over de beoogde resultaten aan zowel gemeente(n) als Menzis. In deze verantwoording is beschreven:
  - a. Welke rol de wijkverpleegkundige vervult in het sociale domein en hoe de condities zijn geborgd.
  - b. Wat de inzet is richting POH, huisarts en wijkverpleging van andere organisaties.
  - c. Het verloop van de zorgconsumptie wordt regionaal financieel inzichtelijk gemaakt waardoor duidelijk wordt of hierin verschuivingen hebben plaatsgevonden t.b.v. de inzet maatschappelijke ondersteuning uit het sociale domein.

- d. In hoeverre er voldaan is aan de condities die nodig zijn voor invulling sociale infrastructuur.
- e. Wat de beoordeling is van klanten en betrokken actoren over de effectiviteit van het netwerk en de invulling van de functies die hiervoor nodig zijn.