



Zorginkoopbeleid 2018
Wijkverpleging



Inhoudsopgave

Voorwoord

1	Inleiding	3	Bijlagen		
1.1	Onze visie op wijkverpleging	3	Bijlage 1	Uitsluitingsgronden	27
1.2	Terugblik op de inkoop 2017	4	Bijlage 2	Geschiktheidseisen	29
			Bijlage 3	Uitvoeringseisen	31
			Bijlage 4	Voorwaarden module sociale infrastructuur	34
2	Speerpunten 2018	6			
2.1	Waardegerichte zorginkoop	7			
2.2	Samen met en voor onze verzekerden	10			
2.3	Samen met zorgaanbieders	12			
3	Financieel beleid	14			
4	Contracteerspecificaties	17			
4.1	Inkoopseisen (uitsluitingsgronden, geschiktheidseisen en uitvoeringseisen)	17			
4.2	Inkoopmethodiek	17			
5	Procedures zorginkoop	22			
5.1	Planning	22			
5.2	Bereikbaarheid	23			
6	Consultaties	24			
6.1	Specifieke patiëntenorganisaties	24			
6.2	Zorgaanbieders	24			

1. Inleiding

Hierbij presenteren we u het Zorginkoopbeleid Verpleging en Verzorging 2018. Het zorginkoopbeleid van Menzis is er al een paar jaar op gericht om samen met u als zorgaanbieder, de zorg betaalbaar en toegankelijk houden. De speerpunten voor ons beleid 2018 komen voort uit onze bredere visie op zorg, waarin het toevoegen van waarde aan de zorg het uitgangspunt is. Op onze [website](#) kunt u meer over onze visie op waardegerichte zorginkoop lezen.

Het inkoopbeleid 2018 betreft de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet en vormt de basis voor de contractering 2018. Dit document spitst zich volledig toe op het zorginkoopbeleid voor Verpleging en Verzorging (Wijkverpleging). 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.

We zijn verheugd dat we de afgelopen jaren goede afspraken met u hebben kunnen maken en zetten graag de samenwerking met u in 2018 voort!

1.1. Onze visie op wijkverpleging

In de afgelopen jaren is de positionering van de verpleegkundige niet zozeer veranderd, maar is de zorg meer en meer van instituut naar thuis verschoven. Daardoor geldt de onderstaande positionering ook steeds meer voor de rol van de wijkverpleegkundige in de zorg thuis.

“De verpleegkundige ontwikkelt zich meer en meer tot spil in de zorgverlening: Hét aanspreekpunt voor de patiënt en voor de verschillende disciplines die in de zorg bij de patiënt betrokken zijn. Deze ontwikkelingen hebben plaats in een omgeving die sterk aan verandering onderhevig is: een sterke vergrijzing van de bevolking, een patiëntenpopulatie die steeds mondiger is, een groeiend aantal medisch en technologische toepassingen, verschuivingen in ethische vraagstellingen, veranderende wetgeving en sterke financiële prikkels om de kosten in de zorg laag te houden” (*Positionering van de verpleging, inleiding discussienota BVV/CFO, mei 1998*)

Menzis ziet als belangrijkste rol voor de wijkverpleging in het zorgstelsel:

“Helpen realiseren dat Menzis verzekerden langer thuis kunnen wonen, hun welbevinden daarmee verhogen en vermijdbare zorg kan worden 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 verzekerden 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 en 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 te coachen ten behoeve van de klant thuis maar ook in de samenwerking met andere zorgverleners in 0e, 1e en 2e lijn en langdurige zorg.

- Onderzoek en consultatie bij verzekerden laat zien dat voor de kwaliteit van de verpleging en verzorging thuis een aantal thema's belangrijk zijn zoals de omgang van en bejegening door medewerkers; de deskundigheid om naast het uitvoeren van de 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 tenslotte een vast team van medewerkers dat beschikbaar is in kwetsbare situaties.
- 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.

1.2. Terugblik op zorginkoop 2017

Menzis heeft het afgelopen jaar sterk geïnvesteerd in de regio en daarmee in de relatie met zorgaanbieders Verpleging en Verzorging, die een leidende rol hebben in hun regio. Met name in die gebieden waar Menzis de preferente zorgverzekeraar is, zijn er trajecten opgestart om zinnig en zuinige zorg beter zichtbaar te maken. Het gaat dan om onze kernwerkgebieden: provincie Groningen, Achterhoek, Twente, de regio Arnhem- Ede- Tiel en Den Haag.

Om meer zicht te krijgen op wat er precies gebeurt in de wijkverpleging en op de inzet van de wijkverpleegkundige in het totale zorgstelsel, is een monitor op doelgroepen ingezet. Deze is volop in ontwikkeling en vergt veel overleg met het veld. In samenwerking met zowel wijkverpleegkundigen, zorgaanbieders, branchepartijen, toezichthouders en VWS wordt geprobeerd de juiste indicatoren te benoemen die iets zeggen over klantervaringen, kwaliteit en kosten.

Daarnaast heeft Menzis zelf een benchmark ontwikkeld op basis van declaratiegegevens. Deze benchmark geeft inzicht in de praktijkvariatie tussen zorgaanbieders. De benchmark wordt in 2017 met zorgaanbieders gedeeld. Ook is er een start gemaakt met de integrale tarieven en doelgroep registratie. Ons inziens is hiermee de focus en daarmee de discussie in de wijkverpleging verschoven van uitvoeren en betalen van activiteiten/taken naar wat de inhoud en meerwaarde van wijkverpleegkundige inzet is.



2. Speerpunten voor 2018

Het zorginkoopbeleid Wijkverpleging voor 2018 kent een paar kleine wijzigingen. Zo zijn de inkoopvoorwaarden op enkele punten aangescherpt naar aanleiding van de ervaringen in de inkoop 2017. De visie van Menzis op de integrale rol van de wijkverpleegkundige komt beter terug in de inkoopvoorwaarden. Dat betekent dat Menzis in 2018 geen zorgaanbieders zal contracteren die alleen onderdelen van de wijkverpleegkundige zorg aanbieden. Verder zijn op basis van de landelijke discussies rondom intensieve kindzorg en palliatieve zorg inkoopvoorwaarden nader beschreven of aangepast. Voor de afspraken van de Wijkverpleging 2018 ligt de nadruk meer op regionaal maatwerk. De speerpunten van Menzis rondom innovatie, meerjarenafspraken en doorontwikkeling van de benchmark zullen in gezamenlijke afspraken in de regio een belangrijke rol spelen.

Medisch specialistische verpleging thuis (MSVT)

Op het moment van publicatie van dit inkoopdocument is er sprake van dat de wet- en regelgeving rondom medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) zal wijzigen voor 2018. Het zorginstituut heeft een nadere duiding gemaakt van de MSVT hetgeen inhoudt dat zodra de medisch specialist van mening is dat hij/zij een actieve rol heeft bij de behandeling van een Wlz-cliënt of een Zvw-cliënt, er dan sprake is van medisch specialistische zorg. Die actieve rol komt tot uiting in het zelf aansturen en organiseren van de zorg en de tuchtrechtelijke eindverantwoordelijkheid die daarbij hoort.

Er zijn veel raakvlakken tussen MSVT en gespecialiseerde verpleging thuis. Het belangrijkste verschil is dat bij MSVT de medisch specialist eindverantwoordelijk is en bij gespecialiseerde verpleging thuis, de huisarts. Een ander verschil is dat bij gespecialiseerde verpleging de wijkverpleegkundige (niveau 5) zelf de benodigde zorg indiceert en daar de gehele situatie van de patiënt in betreft, terwijl thuiszorgorganisaties in het geval van MSVT alleen een specifieke opdracht van de medisch specialist uitvoeren.

In de praktijk levert dit onderscheid veel administratieve rompslomp op en heeft de NZa een onderzoek ingesteld hoe de bekostiging van deze vormen van gespecialiseerde verpleging beter kan aansluiten op de praktijk. Er vinden op landelijk niveau nog besprekingen plaats over de inrichting, bekostiging en aansluiting op de wijkverpleging van de MSVT in 2018.

Intensieve Kindzorg

Intensieve kindzorg omvat naast verpleging, ook verzorging in de extramurale situatie, die wordt geleverd aan kinderen tot 18 jaar met complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap. Daarbij is er sprake van behoefte aan permanent toezicht of moet er 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar zijn. Ook moet die zorg gepaard gaan met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen. 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.

Intensieve 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 (waarbij de persoonlijke verzorging onder de jeugdwet valt).

Er zijn landelijke gesprekken gaande (brancheorganisaties, ZN, VWS, ZINL, patiëntenvertegenwoordiging) over de inhoud van de Intensieve Kindzorg (Medische kindzorg) en de grenzen met de jeugdwet. Menzis zal met gecontracteerde kinderthuisorganisaties, kinderzorghuizen en kinderdagverblijven ook in 2018 afspraken maken.

Als bovenstaande ontwikkelingen wijzigingen in het beleid zullen betekenen, dan publiceert Menzis dit in een aanvullend beleid op haar [website](#).

2.1. Waardegerichte zorginkoop

Menzis ziet 'waardegericht' zorg inkopen als de sleutel voor een toekomstbestendige en betere gezondheidszorg voor onze verzekerden. Het richt zich op die zorg die de beste verhouding heeft tussen gezondheidsuitkomsten die voor de verzekerde relevant zijn ('kwaliteit') en kosten voor het leveren van die zorg.

In onze contractafspraken staat het perspectief van onze verzekerden en hun zorgbehoefte centraal. Dan gaat het om het verhelpen van aandoeningen, het versterken van gezondheid en het bevorderen van mentale fitheid. Bij Menzis noemen we dat 'leefkracht'.

Dat willen we bereiken samen met de zorgaanbieders. Met hen gaan we bij voorkeur over een langere periode samenwerkingsrelaties aan. Dat stelt ons in staat om gezamenlijk vergaande afspraken over kwaliteit te maken en biedt ruimte voor groei op kernactiviteiten. Ook biedt het meer mogelijkheden om zorg dichtbij in de regio te organiseren, innovaties te implementeren en tegelijkertijd de kosten te verminderen.

2.1.1. Verbeteren van uitkomsten van zorg

Kwaliteit in de wijkverpleging is momenteel nog onvoldoende gedefinieerd. Wat is de waarde die de wijkverpleegkundige zorg toevoegt aan het leven van patiënten en de beheersing van zorgkosten? We zijn op zoek naar kwaliteitsindicatoren die zo veel mogelijk zeggen over uitkomsten. Zowel op lokaal als landelijk niveau lopen er pilots, die kwaliteit in de wijkverpleging beter proberen te beschrijven. Menzis denkt actief mee en participeert in deze overleggen. Klantervaringen zijn voor Menzis een belangrijke graadmeter voor de ervaren kwaliteit van zorg. Landelijk is het meten en vaststellen van klantervaringen in ontwikkeling. In het veld worden meerdere systemen voor het meten van klantervaringen voor de komende jaren uitgewerkt en getest, in afstemming met de brancheorganisaties.



We hechten er veel waarde aan dat er in ieder geval een klantervaringsonderzoek wordt gedaan bij de klanten die in zorg zijn en dat resultaten van klantervaringen openbaar worden gemaakt en daarmee inzichtelijk zijn voor onze verzekerden. Daarvoor wordt de standaard gebruikt, die door branchepartijen in de Verpleging en Verzorging is afgesproken en bij ontbreken daarvan de CQI, Zorgkaart Nederland of de NPS score. Belangrijk is dat de verzekerde een vergelijking kan maken tussen zorgaanbieders om zijn keuze te bepalen. Uitkomsten van klanttevredenheidsresultaten worden in 2018 via de Zorgvinder aan de Menzis verzekerden getoond.

Deskundig personeel

De wijkverpleegkundige kan bij uitstek bijdragen aan het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënt. Daarom vinden we de beschikbaarheid van goed gekwalificeerde en gemotiveerde wijkverpleegkundigen een belangrijke voorwaarde voor het vergroten en/of het behouden van de zelfredzaamheid van de patiënt. 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 cliënt nog wél of wat kunnen we de cliënt weer leren?' Om dat te beoordelen moeten wijkverpleegkundigen daartoe bevoegd maar vooral bekwaam zijn en blijven. We hebben daar een gezamenlijke verantwoordelijkheid in. Menzis stimuleert

wijkverpleegkundigen hierin door actief met hen in gesprek te gaan maar ook door bij te dragen aan scholingen op HBO- en MBO opleidingen. Verder moedigt Menzis de registratie van bekwaamheden aan door het kwaliteitsregister 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.

2.1.2. Beheersen van de kosten

Ook voor 2018 gaat Menzis de eigen ontwikkelde benchmark gebruiken om praktijkvariatie in kaart te brengen en te communiceren in de regio. Menzis zal daarvoor in het voorjaar 2017 (april/mei) bijeenkomsten met zorgaanbieders organiseren in de regio, te beginnen in de kernwerkgebieden.

De benchmark geeft inzicht in hoe de zorgkosten, zorgduur, zorguren per cliënt en per doelgroep zich ontwikkelen binnen een organisatie, tussen organisaties onderling in de regio (postcodeniveau maar ook bredere regio's en zelfs landelijk) voor Menzis verzekerden. Menzis onderzoekt de mogelijkheid om ook landelijke data te betrekken. De benchmark blijft daarnaast de basis voor de onderhandelingen van financiële afspraken.

Er wordt gemonitord op 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 intervenueert tijdig als zorg vanuit de Zorgverzekeringswet nog niet nodig is en zorg vanuit Wmo eerst ingezet kan worden. Of als zorg uit de Zvw niet meer verantwoord en doelmatig geleverd kan worden en zorg in de Wlz noodzakelijk is of wordt.

Wijkverpleegkundigen coachen het team (wijk)verpleegkundigen en (wijk)verzorgenden in de cultuuromslag naar zelfredzaamheid en het activeren van informele zorg. Zij onderhouden de contacten met huisarts en POH, met het ziekenhuis en de apotheek, en communiceren met het gemeentelijk wijkteam. Hoe beter de samenwerking met de huisarts, hoe korter de lijnen met het ziekenhuis en het sociaal domein, hoe meer sprake kan zijn van kwalitatief goede én doelmatige zorg op maat.

Om inzicht te krijgen in de doelmatigheid van zorgaanbieders is Menzis in 2016 begonnen met het ontwikkelen van de benchmark. Deze wordt gevuld met data vanuit de declaraties. Om de geleverde zorg van aanbieders met elkaar te vergelijken, corrigeren we de ontvangen declaraties voor onder andere leeftijd, geslacht, SES, aandoeningen en zorgduur.

Verder hebben we het model in 2017 aangevuld met de ontvangen indeling van verzekerden in doelgroepen. De doelgroepen zijn in het inkoopkader 2017 beschreven:

	Doelgroep	Kenmerken
1	Kortdurende ziekenhuis (na)zorg en Medisch 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 cliënten (Palliatief Terminale Zorg)	In principe 3 maanden, met verlengingsmogelijkheid van nog eens 3 maanden
7	Intensieve Kindzorg (medische kindzorg)	Kinderen tot 18 jaar (profielen BMKT)

2.2. Samen met en voor onze verzekerden

2.2.1. Aansluiten op de zorgbehoefte

De wijkverpleegkundige levert zorg op maat, met de eigen kracht van de cliënt en diens netwerk als uitgangspunt. Bij zorg thuis speelt de mantelzorger een belangrijke rol. De mantelzorger kan samen met de cliënt de regie hebben, regelt en stemt zaken af voor de cliënt en biedt persoonlijke hulp. Mantelzorgers maken het (langer) thuis wonen vaak mogelijk. De wijkverpleegkundige speelt een rol in de inschakeling van de mantelzorger, maar ook in het signaleren en voorkomen van overbelasting. Samenwerking en afstemming met gemeenten voor het ondersteunen van mantelzorgers is essentieel. Voor de cliënt en zijn netwerk is een vast team van hulpverleners met een vast aanspreekpunt zeer belangrijk (Bron: Patiëntenfederatie Nederland).

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.

Menzis ziet casemanagement aan kwetsbare ouderen (waaronder de ouderen met dementie) als een rol van het (wijk)verpleegkundig beroep. Dit betekent dat iedere zorgaanbieder die met Menzis een overeenkomst aangaat voor het verlenen van Verpleging en Verzorging, ook het casemanagement aan kwetsbare ouderen kan

leveren of organiseren. Dit wordt afgestemd met huisarts/POH-O. Generalistisch waar het kan, specialistisch waar het moet.

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

Indien de kennis en kunde van de wijkverpleegkundige op een specifiek onderdeel niet voldoende is, moet zij in staat zijn om tijdig de juiste deskundigheid te consulteren of in te zetten. Dit via bijvoorbeeld een regionaal (geriatrisch) expertise netwerk of via een collega zorgaanbieder, al dan niet via onderlinge dienstverlening. De zorgstandaarden gebruikelijk in de beroepsgroep zijn hierbij de leidraad. Meest belangrijk is dat ook hier de verzekerde een vast en deskundig aanspreekpunt heeft voor zijn vragen en voor de begeleiding in zijn hulpverlening.

Zorg die geleverd wordt vanuit de aanspraak Verpleging en verzorging moet altijd geïnventariseerd worden én vastgelegd in een zorgplan. Dit geldt ook voor casemanagement, zelfs als er geen andere zorg vanuit de Verpleging en Verzorging nodig is.

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.

Daarnaast is het hebben van goede samenwerkingsafspraken in de regio essentieel. Niet alleen tussen huisartsen, POH, SOG, wijkverpleegkundigen, ouderenadviseurs van gemeenten (MSI module) in de 1e lijn. Ook met andere specialismen in de 1e lijn, apotheker (Veilige principes in de medicatieketen), geriaters én 2e lijns zorgaanbieders (overgang ziekenhuis naar huis/transmurale zorgbrug). Menzis verwacht daarom dat wijkverpleegkundigen deelnemen aan multidisciplinaire overleggen. Indien in de praktijk blijkt dat het niet lukt om goede afspraken te maken over casemanagement en MDO met huisartsen(organisaties), verzoeken we de thuiszorgaanbieder om dit kenbaar te maken aan zijn contactpersoon (sr. inkoper) van Menzis. De verzekerde moet immers kunnen vertrouwen op continuïteit in de keten.

Hulpmiddelen thuis

Bij bepaalde typen hulpmiddelen komt de zorgaanbieder of leverancier aan huis voor installatie en instructie. Voor klanten die thuis zorg ontvangen van een wijkverpleegkundige, vinden we het wenselijk dat de wijkverpleegkundige aanwezig is bij dit soort momenten. De wijkverpleegkundige is dan op de hoogte van de uitleg en het gebruik van het hulpmiddel en kan met die kennis onze klanten makkelijk helpen en escalatie voorkomen. Ook kunnen dan afspraken worden gemaakt over toekomstige contactmomenten tussen leverancier en wijkverpleegkundige, bijvoorbeeld als er een

aanpassing is geweest aan het hulpmiddel. Menzis wil deze werkwijze met name bij CPAP, zuurstof en vernevelapparatuur.

2.2.2. Vergroten van de leefkracht

Zo lang mogelijk zelfstandig thuis regie over je eigen leven voeren, is een belangrijke klantbehoefte. Een voorwaarde hiervoor is leefkracht/zelfredzaamheid. De wijkverpleegkundige zorg heeft tot doel de zelfredzaamheid van de verzekerde en zijn netwerk op een zo hoog mogelijk niveau te brengen en te houden. Hierbij gaat het om maatwerk en wordt optimaal gebruik gemaakt maken van formele en informele netwerken. 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 zorg gerelateerde preventie (gericht op het voorkomen van complicaties of het verergeren van de ziekte), maar ook op het leren omgaan met de consequenties van gezondheidsproblemen op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied. Vaak betekent dit ook aanpassing van de leefstijl.



2.3. Samen met zorgaanbieders

2.3.1. Werken aan een meerjarenperspectief

Menzis wil 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.

Menzis wil op basis van de benchmark, onder voorwaarden van gelijkblijvende wet- en regelgeving en beleid, meerjarencontracten sluiten voor 2 jaar. Afspraken over inhoudelijke contractvoorwaarden, tarief en budget inclusief indexering, worden dan voor 2 jaar vastgelegd. De verwachting is dat in 2019/2020 sprake zal zijn van een nieuwe bekostiging Wijkverpleging, waardoor contractafspraken zullen veranderen.



Samenwerking met gemeenten, wijkgericht werken

Menzis werkt 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 van de wijk. In de ene wijk/gemeente kan een wijkverpleegkundige nadrukkelijker aanwezig zijn dan in een andere wijk/gemeente, omdat de samenstelling van de wijk daarom vraagt.

Menzis heeft de afgelopen 3 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 haar kernwerkgebieden.

Evaluatie van de introductie van de module, de contractering van aanbieders en het maken van afspraken tussen gemeenten en aanbieders heeft tot aanbevelingen geleid aan gemeenten, zorgaanbieders én Menzis. De uitkomsten daarvan zijn te vinden in het document *Uitkomsten Evaluatie MSI* (maart 2017). Zowel de module als de evaluatie kunt u raadplegen op onze [website](#).

De voornaamste aanbevelingen zijn:

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

De module zal ook in 2018 beschikbaar worden gesteld en kan onderdeel uitmaken 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. Menzis gaat ervan uit dat de afgelopen jaren door zorgaanbieders en gemeenten is geïnvesteerd in de infrastructuur en 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 welke de zorgaanbieder uiterlijk 1 januari 2019 aanlevert (zie voorwaarden), zal er door Menzis een monitoring plaatsvinden op postcodeniveau van het mogelijke financiële effect. 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 is 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.

2.3.2. Implementeren van innovatie

Regionaal stimuleren we projecten die bijdragen aan de verbetering van kwaliteit, klantervaring en doelmatigheid via afspraken rondom prestatiebeloning, populatie gebonden bekostiging en eventuele shared savings. Verder verkennen we de ontwikkelingen rondom landelijke issues zoals wijkgericht werken, (regionale) beschikbaarheid en (regionale)keten ontwikkeling. De verwachting is dat de NZa dit ook in 2018 met de beleidsregel 'Experiment bekostiging verpleging en verzorging' mogelijk maakt.

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 nieuwe toepassingen van telemonitoring. Daarbij kan E-health ingezet worden om het netwerk van de klant te ondersteunen. Farmaceutische telezorg is ondertussen gemeengoed geworden en zal daarom door Menzis in 2018 niet meer apart worden afgesproken

3. Financieel beleid

In de afgelopen 2 jaar 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 zou 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 Menzis 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 (BR/REG-17610-01)' mogelijk gemaakt.

Het nieuwe bekostigingsmodel moet de wijkverpleegkundige ondersteunen in het uitvoeren van haar 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 2018 van de NZa voor Verpleging en Verzorging behoudens de MSVT, niet noemenswaardig zullen wijzigen ten opzichte van 2017. Op basis daarvan is het financieel beleid uitgewerkt.

Het budget dat voor de inkoop Wijkverpleging voor Menzis verzekeren beschikbaar is, is gebaseerd op de het Budgettair Kader Zorg (BKZ), de zorgkostenprognose 2017 van Menzis en de declaratiegegevens Wijkverpleging van het gehele jaar 2016 en het eerste kwartaal 2017. Dit budget is beschikbaar voor alle zorg die in de Wijkverpleging geleverd gaat worden, waaronder verpleging en verzorging in natura, Zvw-PGB, sociale infrastructuur, restitutenota's (zorg geleverd aan verzekeren door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder), ketenzorg Dementie en experimentafspraken.

Benchmark

Menzis heeft de afgelopen jaren een benchmark ontwikkeld. Deze benchmark geeft inzicht in de doelmatigheid van de zorgaanbieder ten opzichte van het Menzis gemiddelde. Hierbij wordt gekeken naar de gemiddelde zorgkosten per cliënt, de zorgduur in weken, het gemiddeld aantal uren per week en het gemiddelde tarief per uur. Deze data zijn gecorrigeerd voor klant- en populatiekenmerken zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, aandoeningen, SES en zorgduur, maar ook demografische druk, afstand tot huisarts, aantal ziekenhuizen, Nederlanders met een migratieachtergrond en aanwezigheid intramurale zorg. De benchmark wordt gebruikt voor

inzicht in de ontwikkelingen in het land, de regio en de praktijkvariatie tussen zorgaanbieders Wijkverpleging. De huidige benchmark is gebaseerd op de declaratiegegevens vanaf 2015 of de start van de overeenkomst. De benchmark wordt wekelijks ververs met de meest recente declaraties en is dus steeds actueel.

Op basis van de doelmatigheid die uit de benchmark blijkt, worden zorgaanbieders in 3 klassen ingedeeld.

- I. Hoge doelmatigheid: zorgaanbieders die doelmatiger zijn dan het Menzis gemiddelde.
- II. Gemiddelde doelmatigheid: zorgaanbieders die op het Menzis gemiddelde zitten.
- III. Lage doelmatigheid: zorgaanbieders die minder doelmatig zijn dan het Menzis gemiddelde.

Deze indeling wordt gebruikt voor het vaststellen van het tarief, de budgetafpraak en een eventuele meerjarenafpraak. De benchmark geeft Menzis ook de gelegenheid om afwijkingen te bespreken bijvoorbeeld ten opzichte van Menzis gemiddelden of ten opzichte van eerdere maanden, of om budgetafspraken gedurende het contractjaar bij te stellen.

Budget- en tariefafspraken 2018

Menzis zal voor 2018 opnieuw met haar gecontracteerde aanbieders een integraal tarief afspreken voor het verlenen van wijkverpleegkundige zorg. Het gebruik van een integraal tarief geeft Menzis 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 2018 is het met de zorgaanbieder overeengekomen tarief 2017, verhoogd met de indexering voor loonkosten (gevolgen cao VVT, bron CBS).

De hoogte van dit integrale tarief en de mate waarin dit onderhandelbaar is, wordt verder bepaald op basis van de benchmark/doelmatigheidsindeling.

Budgetplafond

Naast het bepalen van het individuele integrale tarief wordt de benchmark/doelmatigheid ook gebruikt om afspraken te maken over het budgetplafond. Hierbij geldt dezelfde indelingsklasse met betrekking tot doelmatigheid

- I. Hoge doelmatigheid: Budgetplafond 2018 groeit t.o.v. de omzetafspraken 2017
- II. Gemiddelde doelmatigheid: Budgetplafond 2018 blijft gelijk t.o.v. de omzetafspraken 2017
- III. Lage doelmatigheid: Budgetplafond 2018 krimpt t.o.v. de omzetafspraken 2017

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

Menzis wil voor een zorgvuldige bepaling van tarieven en budgetten de declaraties van het 1e kwartaal 2017 betrekken en zal daarom later dit jaar aanvullende informatie over de vaststelling van tarieven en budgetten bekend maken.



Beloning op maat

De beleidsregels 2018 geven opnieuw de mogelijkheid om afspraken te maken via een “Beloning op maat” afspraak. Menzis zal 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. Menzis zal daarvoor de partijen benaderen die hierover al in 2017 afspraken hebben, maar ook andere partijen kunnen hiervoor in aanmerking komen. Voorwaarde is dan echter wel dat deze partijen reeds in een samenwerkingsverband met elkaar samenwerken. Indien u hieraan voldoet kunt u de 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.

4. Contractspecificaties

4.1. Inkoopseisen (uitsluitingsgronden, geschiktheidseisen en uitvoeringseisen)

Voor alle zorgaanbieders die gecontracteerd willen worden om Verpleging en Verzorging te verlenen in 2018, gelden dezelfde uitsluitingscriteria, geschiktheidseisen en uitvoeringseisen. Niet tijdig voldoen aan één van de voorwaarden betekent dat Menzis geen contract 2018 aangaat. 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.

Om de administratieve lasten te beperken, kan steekproefsgewijs worden gecontroleerd of de uitsluitingsgronden inderdaad niet van toepassing zijn. Aan de betreffende zorgaanbieder wordt dan gevraagd bewijsstukken aan te leveren zoals een Gedrags Verklaring Aanbesteden (GVA). De zorgaanbieder krijgt voldoende tijd om deze bewijsstukken op te vragen en aan te leveren.

4.2. Inkoopmethodiek

Voor alle zorgaanbieders die gecontracteerd willen worden om Verpleging en Verzorging te verlenen in 2018 gelden dezelfde uitsluitingsgronden en geschiktheidseisen. Indien één of meer uitsluitingsgronden op u van toepassing zijn of als u niet voldoet aan een van de geschiktheidseisen, komt u niet in aanmerking voor een overeenkomst met Menzis.

Voorts worden uitvoeringseisen genoemd. Niet tijdig (meer) voldoen aan één van de genoemde uitvoeringseisen kan consequenties hebben voor de lopende contractuele relatie met u.

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.

Om de administratieve lasten te beperken, wordt steekproefsgewijs gecontroleerd of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Aan de betreffende zorgaanbieder wordt dan gevraagd bewijsstukken aan te leveren. Voor de toetsing of de uitsluitingsgronden niet op u 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 op te vragen en aan te leveren.

4.2.1. Contracteerproces via VECOZO

Dit jaar gaat Menzis voor het digitale contracteerproces gebruik maken van het Zorginkoopportaal van VECOZO. Het Zorginkoopportaal biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitgebreide digitale ondersteuning bij de totstandkoming van contractafspraken, vanaf de aanvraag voor een contract tot en met het digitaal ondertekenen.

Het Zorginkoopportaal van VECOZO wordt al door diverse zorgverzekeraars gebruikt. Nu Menzis ook hierop aansluit, biedt het zorgaanbieders steeds meer de mogelijkheid om het



contracteerproces (het digitaal aanvragen en afsluiten van contracten) 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](#).

Nieuwe aanbieders die in aanmerking willen komen voor een Overeenkomst Verpleging en Verzorging 2018 kunnen dit uiterlijk 15 juni 2017 kenbaar maken via het contactformulier. Alleen aanmeldingen die tijdig via het contactformulier worden ingediend worden in behandeling genomen. Vermeldt bij deze aanmelding alvast naam instelling, uw AGB-code, naam tekenbevoegde of gemachtigde (inclusief via het formulier geüpload bewijs van machtiging, getekend door een tekenbevoegde bestuurder).

4.2.2. Inschrijving en ondertekening

Alleen inschrijvingen die via de digitale tool worden ingediend, worden in behandeling genomen. Inschrijving en ondertekening van het basiscontract kan tot 1 november 2017. Deze datum is belangrijk voor de vermelding als gecontracteerde zorgaanbieder in de Menzis Zorgvinder. Menzis hanteert een eenmalige inkoopronde.

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 2018 tot stand gekomen.

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

4.2.3. Specifieke doelgroepen

Nieuwe zorgaanbieders en fusies

Nieuwe zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een contract, als zij aan alle geschiktheidseisen en uitvoeringseisen voldoen en de uitsluitingscriteria niet op hen van toepassing zijn.

Menzis koopt niet in op specifieke doelgroepen of specifieke onderdelen van verpleging of verzorging maar op een integraal aanbod van wijkverpleegkundige zorg.

Indien zorgaanbieders in de Verpleging en Verzorging willen fuseren, vindt Menzis het belangrijk dat de cliënt duidelijk wordt begeleid in de keuze voor een nieuwe zorgaanbieder die past bij zijn zorgbehoefte, ook als dit niet de gefuseerde instelling is.

Intensieve kindzorg



Zorgaanbieders voor Intensieve Kindzorg die in aanmerking willen komen voor een Overeenkomst Verpleging en verzorging 2018 voor Menzis verzekeren en die hiervoor een addendum IKZ 2017 hadden, 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 Intensieve Kindzorg kunnen zich uiterlijk 15 juni 2017 melden (zie boven).

MSVT

MSVT zal naar verwachting vanaf 1 januari 2018 onderdeel gaan uitmaken van de totale Wijkverpleging. Hierover vinden op zowel beleid, bekostiging als inhoud nog landelijke overleggen plaats. Menzis zal uiterlijk 11 juli 2017 aanvullend beleid en inschrijving op dit onderdeel van de Wijkverpleging bekend maken.

Module sociale infrastructuur

Samen met gemeenten in haar kernwerkgebieden heeft Menzis voor 2017 een aparte module Sociale infrastructuur ontwikkeld, met gezamenlijke voorwaarden. Deze module is ook voor 2018 van toepassing. De voorwaarden vindt u in bijlage 4.

Alleen zorgaanbieders in de kernwerkgebieden van Menzis (Arnhem, Achterhoek, Food Valley/Gelderse Vallei, Groningen en Twente), die ook een contract Verpleging en Verzorging 2018 met Menzis afsluiten, 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” welke te vinden is op onze website.

Uw inschrijving wordt afgestemd met gemeenten waarvoor u inschrijft en beoordeeld door Menzis. Na goedkeuring van beide partijen ontvangt u een addendum bij uw contract Verpleging en Verzorging. Voor een tijdige afstemming met gemeenten is het noodzakelijk om het format uiterlijk 11 september 2017 in bezit te hebben.

De afspraak van de module Sociale infrastructuur is mogelijk via een beloning op maat afspraak (Beleidsregel Verpleging en Verzorging, BR/REG-17113). 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 Kernwerkgebieden van Menzis, zal Menzis inhoudelijk aansluiten op de afspraken die met gemeenten door de preferente zorgverzekeraar rondom de sociale infrastructuur gemaakt zijn. In de regio Haaglanden worden

regionale maatafspraken gemaakt in afstemming met de regionale gemeenten en de andere preferente zorgverzekeraars in deze regio.

4.2.4. 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 (inclusief MSVT) aan verzekerden 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 Menzis opgesteld. Desondanks kunnen er toch onduidelijkheden, tegenstrijdigheden en/ of onvolkomenheden in het inkoopdocument voorkomen. Menzis verwacht 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 21 juli 2017 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 zorgaanbieders zouden kunnen lijden als gevolg van niet door hun gemelde onvolkomenheden en/of tegenstrijdigheden of misinterpretaties.



Zowel ondertekening van het basiscontract, de bijlage Budget en Tarief als eventuele addenda dienen eveneens voor 1 november 2017 afgerond te zijn.

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.

5. Procedures zorginkoop

5.1. Planning

Op 12 november 2017 moet bekend zijn welke zorgaanbieders Menzis voor 2018 heeft gecontracteerd. Dit om verzekeren 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 2018.

We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2017 af te ronden. Vanaf 12 november 2017 kunnen onze verzekeren via onze [website](#) zien met welke zorgaanbieders we contractafspraken hebben gemaakt.

Deze planning is indicatief. Inschrijvers kunnen daarom geen rechten aan deze planning ontleen. Menzis behoudt zich het recht voor de planning aan te passen. In dat geval zal Menzis een aangepaste planning publiceren.

Indien Menzis een wijziging aanbrengt 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 2018 ziet er als volgt uit:

Datum	
1 april 2017	Publicatie inkoopbeleid 2018
Tot 15 juni 2017	Aanmelden nieuwe zorgaanbieders
Uiterlijk 11 juli 2017	Eventueel publicatie aanvulling inkoopbeleid 2018
Tot 21 juli 2017	Mogelijkheid tot stellen van vragen
Vanaf 11 juli 2017	Mogelijkheid tot inschrijving
Uiterlijk 11 september 2017	Uiterste datum aanmelding sociale infrastructuur via format
Vanaf 21 juli tot eind oktober 2017	Beoordeling inschrijvingen. Tevens periode voor gesprekken over integraal tarief en maatwerkafspraken.
1 november 2017	Afronding inkoop, ondertekening contract via digitale tool
12 november 2017	Publicatie gecontracteerde zorgaanbod op Zorgvinder



5.2. Bereikbaarheid

Menzis streeft ernaar om alle relevante informatie voor zorgaanbieders te ontsluiten via onze website 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 reactie termijn is maximaal 5 werkdagen.
- Uw contactpersoon van Menzis (zorginkoper Wijkverpleging) via zorgaanbiederservice@menzis.nl
- Het telefoonnummer 088 222 40 00. We zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur. Wilt u de AGB-code van de praktijk of van u als zorgverlener bij de hand houden?

6. Consultaties

Menzis betreft koepelorganisaties, zorgaanbieders, categorale patiëntenorganisaties en de ledenraad bij het opstellen van het inkoopbeleid voor 2018.

6.1. Specifieke patiëntenorganisaties

Specifiek over het voorgenomen zorginkoopbeleid Wijkverpleging zijn er consultaties geweest met Unie KBO en de Patiëntenfederatie. Uit de gesprekken nemen we mee dat integrale zorg voor de (kwetsbare)oudere cliënt onontbeerlijk is. Een vast aanspreekpunt voor de individuele cliënt die de multidisciplinaire samenwerking rondom de cliënt (in ieder geval de huisarts, apotheek en wijkverpleging) coördineert en afstemt. Samenwerking is daarbij geen vrijblijvende keuze meer maar een kwestie van duidelijke afspraken maken over resultaten.

Verder is de nadruk gelegd op de kwaliteit van de gespreksvoering tussen cliënt en wijkverpleegkundige. Als er tijd en deskundigheid in het gesprek aanwezig is kan de zorgbehoefte goed in kaart worden gebracht. Daarmee krijgt de cliënt de zorg die nodig is, niet teveel maar ook niet te weinig en is er aandacht voor zijn specifieke situatie inclusief zijn netwerk.

Een goed gesprek en gezamenlijke besluitvorming zijn de basis van kwalitatief goede zorgverlening. Ook is het belangrijk de klanttevredenheid continu te monitoren. Een goed, bestaand instrument daarvoor is de Zorgkaart Nederland.

Menzis heeft tenslotte de focusbrief van Alzheimer Nederland ontvangen als input voor haar inkoopbeleid 2018 met betrekking tot Dementie.

6.2. Zorgaanbieders

Wijkverpleegkundigen en beroepsorganisatie Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland en het Nederlands wijkverpleegkundig Genootschap

Ook in 2016 zijn bijeenkomsten voor wijkverpleegkundigen georganiseerd in elk kernwerkgebied van Menzis. Deze worden zeer goed bezocht door wijkverpleegkundigen (gemiddeld 100-150 aanwezig). Op deze manier is een directe communicatie ontstaan tussen Menzis en de wijkverpleegkundigen.

Het thema in 2016 waren de grensvlakken tussen Wlz, Zvw en Wmo. Gezien hun rol in het anders organiseren van de zorg van onze verzekerden is het van belang dit ‘gesprek’ met wijkverpleegkundigen continu te blijven voeren. Het levert ons inzicht op in het veld en de uitwerking van het beleid in de praktijk. Zorgverzekeraars zijn daarnaast op zoek naar beroepstandaarden en richtlijnen die in de inkoop gevolgd kunnen worden. Deze gesprekken zijn daarin een stimulans. De wijkverpleegkundigen geven aan dit te waarderen en ook voor 2017 staan weer bijeenkomsten gepland.

Zowel de beroepsvereniging Verplegenden en Verzorgenden (V&VN) als het Nederlands Wijkverpleegkundig genootschap (NWX) zijn een directe gesprekspartner van Menzis. In die gesprekken ligt de nadruk op de ontwikkeling van het vakinhoudelijk leiderschap van de

wijkverpleegkundige en hoe ieder dat vanuit zijn eigen rol kan stimuleren. Het kwaliteitsregister V&V en dan met name het deskundigheidsgebied Wijkverpleging is daarbij onder meer behulpzaam.

Brancheorganisaties en zorgaanbieders

Met zowel Actiz als BTN is contact geweest over de ontwikkelingen in de wijkverpleging nu en in de toekomst. Belangrijkste aandachtspunt uit die gesprekken is dat we vanuit onze eigen rol in het zorgstelsel de wijkverpleegkundige zorg willen ontwikkelen maar dat we hierin niet tegengesteld moeten zijn. Dat onze belangen niet altijd parallel lopen is duidelijk, maar we moeten gezamenlijk onze krachten gebruiken om de zorg thuis te garanderen. Daarbij zijn ook de kleinere zorgaanbieders, die op lokaal niveau werken, van belang.

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. Voor 2017 is uit die samenwerking een gezamenlijke module Sociale infrastructuur ontwikkeld waarin gemeenten en Menzis gezamenlijke inkoopcriteria hebben geformuleerd. Deze samenwerking is begin 2017 geëvalueerd waarop het beleid voor 2018 enigszins is aangepast. Er zal meer nadruk worden gelegd op het maken en nakomen van samenwerkingsafspraken.



Bijlagen

Bijlage 1

Uitsluitingsgronden

(deze gronden moeten per datum van inschrijving en gedurende de looptijd van de overeenkomst niet van toepassing zijn)

De zorgaanbieder komt niet in aanmerking voor een overeenkomst als:

1. Er jegens deze aanbieder of één van zijn bestuurders bij een onherroepelijk geworden rechterlijke uitspraak een veroordeling als in sub 2 bedoeld is uitgesproken waarvan de zorgverzekeraar kennis heeft.
2. Voor uitsluiting komen in aanmerking veroordelingen ter zake van :
 - a. deelneming aan een criminele organisatie in de zin van artikel 2, eerste lid, van Gemeenschappelijk Optreden 98/733/JBZ van de Raad, (PbEG 1998, L 351);
 - b. omkoping in de zin van artikel 3 van het besluit van de Raad van 26 mei 1997 (PbEG 1997, L 195) respectievelijk artikel 3, eerste lid, van Gemeenschappelijk Optreden 98/742/JBZ van de Raad (PbEG 1998, L 358);
 - 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).
3. Als veroordelingen als bedoeld in sub 2 worden in ieder geval aangemerkt veroordelingen op grond van artikel 140, 177, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht.
4. Menzis betreft bij de toepassing van het eerste lid uitsluitend rechterlijke uitspraken die in de vier jaar voorafgaand aan het tijdstip van het indienen van het verzoek tot deelneming of de inschrijving onherroepelijk zijn geworden
5. De zorgaanbieder komt tevens niet in aanmerking voor een overeenkomst als:
 - a. de zorgaanbieder of één van zijn bestuurders in staat van faillissement of liquidatie verkeert, diens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens hem een surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord geldt, of de zorgaanbieder verkeert in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving;

- b. jegens de zorgaanbieder of één van zijn bestuurders een onherroepelijk geworden rechterlijke uitspraak is gedaan op grond van de op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving wegens overtreding van een voor hem relevante beroepsgedragsregel;
- c. de zorgaanbieder heeft in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout begaan die door Menzis aannemelijk kan worden gemaakt;
- d. de zorgaanbieder of één van zijn bestuurders heeft niet voldaan aan verplichtingen op grond van op hem van toepassing zijnde wettelijke bepalingen met betrekking tot betaling van sociale zekerheidspremies of belastingen;
- e. de zorgaanbieder of één van zijn bestuurders heeft zich in ernstige mate schuldig gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van inlichtingen die door Menzis van hem waren verlangd of hij heeft die inlichtingen niet verstrekt.
- f. De overeenkomst wijkverpleging in een voorgaand jaar op initiatief van Menzis tussentijds is beëindigd

Menzis betreft bij de toepassing van onderdeel b, uitsluitend onherroepelijke uitspraken die in de vier jaar voorafgaand aan het tijdstip van het indienen van de inschrijving onherroepelijk zijn geworden en bij de toepassing van onderdeel c, uitsluitend ernstige fouten die zich in de vier jaar voorafgaand aan het genoemde tijdstip hebben voorgedaan.

Bijlage 2

Geschiktheidseisen

(aan deze eisen moet de zorgaanbieder op het moment van het indienen van de vragenlijst én gedurende de duur van de overeenkomst aan (blijven) voldoen, tenzij anders aangegeven)

1. De zorgaanbieder verleent een integraal zorgaanbod verpleging en verzorging , en richt zich derhalve niet op een (enkele) onderde(e)l (en) van Verpleging en verzorging zoals bijvoorbeeld casemanagement of wijkgericht werken.
2. De zorgaanbieder garandeert zorgverlening gedurende 7x 24 uur.
3. De zorgaanbieder 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 verpleegkundigen niveau 5 op gemiddeld 55 klanten in vaste dienst welke geregistreerd is in het AGB register met een eigen AGB code. Deze AGB code is 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 danwel een vergelijkbaar register in het buitenland (niet ouder dan 1 januari 2017).
7. De zorgaanbieder beschikt over een formeel vereiste toelating op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen voor de levering van zorg, en voldoet aantoonbaar aan alle eisen van de WTZi (alleen voor instellingen) of heeft een KIWA keurmerk thuiszorg (ZZP-er).
8. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de meest actuele Zorgbrede Governancecode ingevoerd (bij rechtspersonen)
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 voor de betreffende zorgsoort geïntegreerd. 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 2018 afgesloten.
12. De zorgaanbieder beschikt over een samenstellings-, beoordelings- of controleverklaring met een goedkeurende strekking 2016 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 bij inschrijving geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGZ 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)

De 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 standaard die door branchepartijen in de Verpleging en Verzorging is afgesproken en bij ontbreken daarvan de CQi, Zorgkaart Nederland of de NPS score.
3. Er wordt voor vaststelling van de inhoud en de omvang van de zorg aan verzekerden gebruik gemaakt van het normenkader voor indicatiestelling 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) zorgplan volgens het normenkader van de V&VN.
6. De zorgaanbieder heeft zijn zorgverlenend personeel (verpleegkundige (HBO/MBO) en/of verzorgenden minimaal niveau 3) vast in dienst ingeschreven in het kwaliteitsregister V&V. Voor de inschrijving in het kwaliteitsregister hanteert Menzis 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 2017 al gebruikt maakt van het kwaliteitsregister moet 1 november 2018 minimaal 50% van zijn zorgverlenend personeel vast in dienst ingeschreven staan. Indien een zorgaanbieder nog moet starten met registreren moet 1 november 2018 minimaal 30% van zijn zorgverlenend personeel vast in dienst ingeschreven staan. De zorgaanbieder levert

uiterlijk 1 december 2018 de meest recente jaarrapportage van het kwaliteitsregister V&V aan Menzis, waaruit blijkt dat deze norm gerealiseerd is.

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. 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.
 - 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.
 - Daarbij participeert de zorgaanbieder actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en werkt conform de afspraken die binnen het Netwerk zijn gemaakt.
 - 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.
 - 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 intensieve kindzorg aanvullende uitvoeringseisen.

- Kinderverpleegkundige zorg wordt altijd uitgevoerd door een kinderverpleegkundige. Onder kinderverpleegkundige wordt verstaan: een verpleegkundige niveau 4 of 5 met kinderaantekening of een verpleegkundige die ingeschreven staat voor de opleiding tot kinderverpleegkundige, in 2017 en reeds ruime ervaring heeft met het verplegen van zieke kinderen.
- Het indiceren en organiseren van zorg buiten het ziekenhuis wordt altijd gedaan door een kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist.
- 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.
- 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.

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 2018 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 zorgaanbieders 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 in 2015, 2016 en 2017 een 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 2019 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 verzekerden en betrokken actoren over de effectiviteit van het netwerk en de invulling van de functies die hiervoor nodig zijn.

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-005 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.

Zorginkoopbeleid Menzis 2018

Datum	31 maart 2017
Auteur	Menzis
Status	Definitief
Versie	1.0

Postbus 640
7500 AP Enschede
www.menzis.nl/zorgaanbieders



© 2006, Menzis. Alle rechten voorbehouden.

Eigendomsrecht en geheimhouding

Dit document is eigendom van Stichting Menzis Beheer (hierna te noemen: Menzis), bevat bedrijfsinformatie van Menzis en is vertrouwelijk. Het is niet toegestaan dit document of de daarin vervatte informatie te (laten) vermenigvuldigen en/of openbaar te (laten) maken, in welke vorm dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis. Ook voor onderdelen waarvan auteursrechten bij derden berusten geldt dat verdere vermenigvuldiging en/of openbaarmaking niet is toegestaan. Menzis behoudt zich alle (intellectuele eigendoms)rechten voor.

De informatie mag alleen gebruikt worden voor het doel waarvoor de informatie ter beschikking is gesteld, waarbij in het bijzonder geldt dat het gebruik in relatie met branchegenoten uitdrukkelijk is uitgesloten.