



Zorginkoopbeleid 2019

Wijkverpleging

Versie 29 maart 2018

menzis

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Onze visie op wijkverpleging	5
1.2	Terugblik op de inkoop 2018	7
2	Speerpunten 2019	8
2.1	Waardegerichte zorginkoop	9
2.2	Samen met en voor onze klanten	14
2.3	Samen met zorgaanbieders	18
3	Financieel beleid	21
4	Contracteerspecificaties	24
4.1	Inkoop-eisen (uitsluitingsgronden, minimumeisen en uitvoeringseisen)	24
4.2	Inkoopmethodiek	24
4.3	Beleid inzake godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond	26
4.4	Specifieke doelgroepen	26
4.5	Specifieke eisen	28
5	Procedures zorginkoop	30
5.1	Planning	30
5.2	Bereikbaarheid	31
6	Consultaties	32
6.1	Specifieke patiëntenorganisaties	32
6.2	Zorgaanbieders	33
Bijlagen		
Bijlage 1	Uitsluitingsgronden	36
Bijlage 2	Minimumeisen	39
Bijlage 3	Uitvoeringseisen	41
Bijlage 4	Voorwaarden module sociale infrastructuur	45

1. Inleiding

Graag presenteren we u het Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2019. Dit beleid betreft de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet en vormt de basis voor het contract. Bij de inkoop van zorg voor onze ruim 2,2 miljoen klanten spelen we in en anticiperen we op hun wensen en behoeften. Zo wil Menzis meer waarde bieden voor mens en maatschappij. Voor jong en oud, voor gezond en ziek, voor nu en in de toekomst. Samen met u willen we ook in 2019 waarde toevoegen aan de zorg voor patiënten. Menzis richt zich op de zorg met de beste verhouding tussen gezondheidsuitkomsten die voor de klant relevant zijn (kwaliteit) en kosten voor het leveren van die zorg.

De Visie op Zorginkoop van Menzis is gebaseerd op een zestal speerpunten, die ook de basis vormen voor het zorginkoopbeleid voor uw zorgsoort:

1. Verbeteren van de uitkomsten van zorg
2. Beheersen van kosten
3. Aansluiten op de zorgbehoefte
4. Vergroten van leefkracht
5. Werken aan een meerjarenperspectief
6. Implementeren van innovatie

Deze visie is mede het resultaat van contacten die onze medewerkers door het jaar heen hebben met onze klanten, consumenten- en patiëntenorganisaties, organisaties voor zorgaanbieders en individuele zorgaanbieders.

We hebben onze visie vertaald in beleid en afspraken die zijn afgestemd op specifieke zorgsoorten. Zodat de zorg die u dagelijks levert aan patiënten de aandacht krijgt die het verdient. En zodat we ook echt samen met u kunnen werken aan waardegerichte zorg. Dat vinden we belangrijk, omdat in onze ogen waardegerichte zorg inkopen de sleutel is voor een toekomstbestendige en betere gezondheidszorg voor onze klanten en voor uw patiënten. Waar mogelijk geven we zorgaanbieders de vrijheid om te groeien én hun zorgverlening verder te ontwikkelen. Belemmeringen die het leveren van kwaliteit remmen, zoals financieringsschotten of volumeprikkels, pakken we samen met zorgaanbieders aan.

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.

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)*

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

“Helpen realiseren dat Menzis klanten 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 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 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 klanten 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.¹
- 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 Kwaliteit en keuze informatie verpleging en verzorging thuis. *Wat willen mensen zelf*, NPCF 2015

1.2. Terugblik op zorginkoop 2018

De zorginkoop 2018 heeft in het teken gestaan van de langdurige relatie met zorgaanbieders. Voor 2018 zijn met zorgaanbieders die gemiddeld of meer dan gemiddeld doelmatige zorg inzetten bij de klanten van Menzis in ieder geval tweejarige overeenkomsten gesloten. Daarnaast hebben we met enkele zorgaanbieders ook andere meerjarige afspraken gemaakt. Deze meerjarige overeenkomsten richten zich met name op de waardegerichte zorg, het verbeteren van de kwaliteit van zorg tegen gelijkblijvende of lagere kosten per verzekerde. 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 daarin een belangrijke basis geweest. Deze benchmark geeft inzicht in de praktijkvariatie tussen zorgaanbieders. Met de afspraken die in de meerjarenovereenkomsten zijn gemaakt, worden de inzichten uit de benchmark verder geanalyseerd en op verzekerde-, zorgaanbieders- en regioniveau inzichtelijk gemaakt. Ook zijn in de meerjarenafspraken pilots opgestart over inzet van e-health (COPD in beeld en samenwerking over financieringsschotten heen). 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 2019 en verder

Het zorginkoopbeleid Wijkverpleging voor 2019 kent geen wijzigingen ten opzichte van 2018, behoudens in terminologie. We hebben namelijk in 2018 gekozen voor het maken van tweejarige afspraken. De inkoopvoorwaarden zijn daarom dezelfde als die van de inkoop 2018. Wel zijn in dit document de aanvullingen en wijzigingen opgenomen die gedurende 2018 zijn gemaakt (MSVT en kwaliteitsregister V&V). Verder zijn er kleine aanpassingen gedaan naar aanleiding van gewijzigde wet- en regelgeving (uitsluitingsgronden en privacy wetgeving). Dit alles betekent dat we ook in 2019 geen zorgaanbieders zullen contracteren die alleen onderdelen van de wijkverpleegkundige zorg aanbieden.

Alhoewel de voorwaarden voor het verkrijgen van een contract in 2019 niet wijzigen, zal de nadruk in 2019 meer gaan liggen op de kosten voor wijkverpleging voor Menzis klanten. Door middel van de benchmark hebben wij de praktijkvariatie van de klant in zorg in kaart gebracht. In 2019 zullen wij daarmee doorgaan maar ook aandacht gaan besteden aan de (controles van) in- en uitstroom van klanten. Beïnvloeden van in- en uitstroom van klanten kan niet zonder aandacht te besteden aan een effectieve ketensamenwerking in de regio. Met zorgaanbieders zal daarom nadrukkelijker het gesprek plaatsvinden over samenwerking met gemeenten, coördinatie van zorgaanbod in de regio ook in de onplanbare momenten en bij specifieke doelgroepen (denk aan dementie en geriatrische netwerken) en de samenhang met de Wlz (wet langdurige zorg).

De wijkverpleging is sterk in ontwikkeling. Er liggen veel onderwerpen op de landelijke tafels, die er voor moeten zorgen dat in de komende jaren meer inzicht wordt gegeven in de meerwaarde van de wijkverpleegkundige zorg in Nederland. In 2018 zal er in ieder geval gesproken worden over een hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging voor 2019. Daarnaast moet voor 1 april 2018 een kwaliteitskader Wijkverpleging ontwikkeld zijn en gaan we in 2018 met elkaar aan de slag om de administratieve lasten te verminderen.

Grote zorg is de krappe arbeidsmarkt in de zorg die ook de wijkverpleging raakt. Samen zullen we op zoek moeten naar waardegerichte oplossingen die zekerheid geven aan onze klanten over beschikbare, bereikbare en betrouwbare zorg thuis.

Natuurlijk zijn we nauw betrokken bij bovenstaande ontwikkelingen. Mochten deze aanleiding zijn voor aanvullingen op dit document, dan zullen we dit zo spoedig mogelijk op onze website publiceren en als aanvulling op de bestaande contracten meenemen.

2.1. Waardegerichte zorginkoop

We zien waardegericht zorg inkopen als de sleutel voor een toekomstbestendige en betere gezondheidszorg voor onze klanten. 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 klanten 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.

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. We verwachten dat het te ontwikkelen kwaliteitskader daarin behulpzaam zal zijn. Daarnaast lopen er op zowel lokaal als landelijk niveau 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 voor klanten zijn. Daarvoor wordt de standaard gebruikt, die door branchepartijen in de Verpleging en Verzorging wordt afgesproken en bij ontbreken daarvan de CQindex, Zorgkaart Nederland of de NPS score. Belangrijk is dat de klant een vergelijking kan maken tussen zorgaanbieders om zijn keuze te bepalen. Uitkomsten van klanttevredenheidsresultaten worden via de Zorgvinder aan de Menzis klanten 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 klant nog wél of wat kunnen we de klant weer leren?' Om dat te beoordelen moeten wijkverpleegkundigen daartoe bevoegd 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 scholingen op HBO- en MBO opleidingen. Verder moedigen we 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.

Integrale wondzorg Menzis

Wondzorg is een essentieel onderdeel van het huidige zorglandschap. Menzis streeft ernaar om in 2019 integrale wondzorg te contracteren. Uitgangspunt is een sneller, doelmatiger en meetbaar wondgenezingsproces, waardoor onze klanten een betere kwaliteit van leven ervaren. De wijze van contractering (contractvorm en inkoopvorm) zijn we op dit moment aan het onderzoeken. Menzis heeft in enkele kernwerkgebieden op dit moment pilots uitgezet in het kader van wondzorg, welke uitvoerig gemonitord worden op kwaliteit en uitkomsten van zorg en klantervaringen. In de loop van 2018 zullen we een eerste resultaat delen met enkele veldpartijen die kennis en ervaring hebben op het gebied van (complexe) wondzorg om vervolgens hierover inkoopbeleid te maken en te presenteren. Voor de periode tot 31-12-2019 zullen we, indien de resultaten van lopende pilots positief zijn, deze uitbreiden en verlengen tot eind 2019.

Integrale wondzorg betreft alle zorg rondom de verzekerde met een wond, zowel kleine als complexe (bv oncologische) wonden.

We gaan de komende tijd gebruiken om meer inzicht te krijgen in de integrale wondzorg door veldpartijen en kenniscentra actief te benaderen. Uiteraard heeft de regiefunctie complexe wondzorg ook onze aandacht. Op deze wijze willen we pro actief op zoek gaan naar de juiste zorg door de juiste professional met het juiste materiaal. Op onze website zullen we de stand van zaken van het project integrale wondzorg Menzis toelichten vanaf 1 november 2018.

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. Menzis constateert dat er grote praktijkvariatie bestaat, ook daar waar je het niet verwacht. Om deze praktijkvariatie in beeld te krijgen, is Menzis begonnen met het ontwikkelen van een benchmark. Hiervoor zijn voor Menzis alleen de declaratiegegevens van Menzis-klanten beschikbaar. De benchmark van Menzis 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. De declaraties tot en met 2017 worden hierin meegenomen.

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).

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 intervineert tijdig als zorg vanuit de Zorgverzekeringswet nog niet nodig is en zorg vanuit Wmo eerst ingezet kan worden. Als de klant 24 uren toezicht nodig heeft en dit toezicht 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 kan toe geleiden naar een Wlz indicatie die dan meer passend is.

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.

Het model is in 2017 aangevuld met de ontvangen indeling van klanten in doelgroepen. De doelgroepen zijn in het inkoopkader 2017 beschreven. Een uitgebreide toelichting kunt u ook raadplegen op onze [website](#).

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	Kinderen tot 18 jaar (profielen BMKT)

2.2. Samen met en voor onze klanten

Aansluiten op de 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).

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 de ouderen met dementie) als een belangrijke 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. Casemanagement maakt onderdeel uit van de reguliere wijkverpleging en wordt niet apart ingekocht.

Net zoals bij iedere specifieke aandoening zal de zorgverlener 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 deze 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 en kwaliteitsstandaarden gebruikelijk in de beroepsgroep zijn hierbij de leidraad. Meest belangrijk is dat ook hier de klant 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 eerste lijn. Ook met andere specialisten in de eerste lijn, apotheker (Veilige principes in de medicatieketen), geriaters én tweedelijns 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 multidisciplinair overleg (MDO) met huisartsen(organisaties), verzoeken we de thuiszorgaanbieder om dit kenbaar te maken aan zijn contactpersoon (sr. inkoper) van Menzis. De klant moet immers kunnen vertrouwen op continuïteit in de keten.

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. Indien de medisch specialist de opdrachtgever was, werd deze verpleging geschaard onder de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk i.v.m. medisch specialistische zorg (MSVT)'. Echter per 1 januari 2018 is deze beleidsregel vervallen en is de zorg die geleverd wordt in opdracht van de medisch specialist opgenomen in de beleidsregels Verpleging en Verzorging ongeacht de verwijzer.

De voormalige laag complexe MSVT is onderdeel van de verpleging en voormalig hoog complexe MSVT is specialistische verpleging.

De wijziging om minder complexe MSVT te zien als reguliere verpleging past goed bij onze visie van integrale wijkverpleegkundige zorg. Voor het leveren en declareren van deze zorg zijn voor het jaar 2019 de bestaande (de in 2018 geldende) selectie- en uitvoeringseisen van toepassing. Dus, alle verpleging in verband met geneeskundige zorg, of deze nu in opdracht van de huisarts of in opdracht van de medisch specialist moet worden uitgevoerd, wordt geleverd door een bevoegd en bekwaam verzorgende IG of verpleegkundige. De zorg kan gedeclareerd worden als verpleging. Dat betekent dat ook wanneer de zorg in opdracht van de medisch specialist wordt uitgevoerd een zorgbehoeftebepaling door de wijkverpleegkundige wordt gedaan 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 het zelf leveren van de zorg of via afspraken met onderlinge dienstverlening.

Dit sluit aan op ons beleid waarin wij de organisatie van regionale (geriatrie) expertisenetwerken, waar gespecialiseerde kennis en kunde kan worden gedeeld in de (sub)regio, stimuleren.

In bijlage 3 vindt u de aanvullende eisen voor specialistische verpleging. Tijdens het inschrijfproces via VECOZO kan de zorgaanbieder aangeven of hij kan voldoen aan deze eisen en dus specialistische verpleging kan leveren. Er zal gevraagd worden om een overzicht van bevoegd en bekwaam personeel. Indien akkoord dan zal een addendum aan het contract worden toegevoegd.

Zowel Verpleging als gespecialiseerde Verpleging wordt meegenomen in de afspraken van het integraal tarief Verpleging en Verzorging.

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 in de extramurale situatie, die wordt geleverd aan kinderen tot 18 jaar, indien deze 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 en vanuit de Zorgverzekeringswet zorg krijgt.

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. We zien deze werkwijze met name bij CPAP, zuurstof en vernevelapparatuur.

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 deklant en zijn netwerk op een zo hoog mogelijk niveau te brengen en te houden. Hierbij gaat het om maatwerk en wordt optimaal gebruik gemaakt 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

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 hebben afhankelijk van de score in de benchmark, onder voorwaarden van gelijkblijvende wet- en regelgeving en beleid, meerjarencontracten afgesloten voor 2 jaar (2018 en 2019). Afspraken over inhoudelijke contractvoorwaarden, tarief en budget inclusief indexering, zijn dan voor 2 jaar vastgelegd. De NZa ontwikkelt de bekostiging van de Wijkverpleging door , waarbij de verwachting is dat in 2019/2020 sprake zal zijn van een nieuwe bekostiging Hierdoor kunnen contractafspraken veranderen.

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 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:

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

De module maakt onderdeel uit van een meerjarenafspraak 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. 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 bijlage 4), 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.

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. We zijn proactief betrokken bij de ontwikkelingen rondom landelijke issues zoals wijkgericht werken, (regionale) beschikbaarheid en (regionale)keten ontwikkeling.

We zijn geïnteresseerd in goede initiatieven rondom Zorgplan = zorgrealisatie. 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. Plannen hiervoor kunnen worden besproken met de inkoper.

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 wordt daarom door Menzis niet meer apart afgesproken. Meer informatie over zorginnovatie kunt u lezen op onze [website](#).

3. 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 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 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 (BR/REG-18102)' mogelijk gemaakt.

Het toekomstige bekostigingsmodel moet de wijkverpleegkundige ondersteunen in het uitoefenen 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 2019 van de NZa voor Verpleging en Verzorging niet noemenswaardig zullen wijzigen ten opzichte van 2018. 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 2018 van Menzis en de declaratiegegevens Wijkverpleging van het gehele jaar 2017 en het eerste kwartaal 2018. 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 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 2.1.2). 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 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, of om budgetafspraken gedurende het contractjaar naar boven of naar beneden bij te stellen.

Budget- en tariefafspraken 2019

We zullen voor 2019 opnieuw een integraal tarief afspreken voor het verlenen van wijkverpleegkundige zorg. Dit geldt voor zowel de zorgaanbieders die in 2018 een eenjarige overeenkomst hebben gehad en die voor 2019 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 2019 is het tarief 2018 wat met de zorgaanbieder is overeengekomen, verhoogd met de indexering voor loonkosten (gevolgen cao VVT, bron CBS).

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

- Hoge doelmatigheid: Budgetplafond 2019 groeit t.o.v. de omzetafpraak 2018
- Gemiddelde doelmatigheid: Budgetplafond 2019 blijft gelijk t.o.v. de omzetafpraak 2018
- Lage doelmatigheid: Budgetplafond 2019 krimpt t.o.v. de omzetafpraak 2018

Nieuwe zorgaanbieders krijgen een vaste tariefafpraak en 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 2018 nog geen overeenkomst Verpleging en Verzorging met Menzis hadden of die in 2016, 2017 en 2018 wel een overeenkomst hebben gehad maar niet voor Menzis klanten hebben gedeclareerd.

Beloning op maat

De beleidsregels 2019 geven naar verwachting opnieuw de mogelijkheid om afspraken te maken via een "Beloning op maat" afspraak. 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 dan echter wel dat deze partijen reeds in een samenwerkingsverband met elkaar samenwerken. Indien u hieraan voldoet dan 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, minimumeisen en uitvoeringseisen)

Voor alle zorgaanbieders die gecontracteerd willen worden om Verpleging en Verzorging te verlenen in 2019, 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 contract 2019 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 oa 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.

4.2. Inkoopmethodiek

Bij de contractering 2018 zijn er éénjarige en tweejarige contracten afgesloten. Voor die aanbieders die in 2018 een tweejarige overeenkomst 2018-2019 hebben afgesloten geldt dat zij zich niet meer hoeven in te schrijven voor 2019. De contractafspraken lopen door. Wel worden de geïndexeerde budget-en tariefafspraken vastgelegd in een budgetbrief. Bestaande aanbieders met een éénjarig contract 2018 zullen zich voor 2019 opnieuw moeten inschrijven.

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders inclusief ZZP'ers die in 2018 nog geen overeenkomst Verpleging en Verzorging met Menzis hadden of die in 2016, 2017 en/of 2018 wel een overeenkomst hebben gehad maar niet voor Menzis klanten hebben gedeclareerd.

Nieuwe aanbieders die in aanmerking willen komen voor een Overeenkomst Verpleging en Verzorging 2019 kunnen dit uiterlijk 15 juni 2018 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).

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 contract 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 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](#).

Inschrijving en ondertekening

Alleen inschrijvingen die via VECOZO worden ingediend, worden in behandeling genomen. Inschrijving en ondertekening van het basiscontract kan tot 1 november 2018. 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 2019 tot stand gekomen. Indien er sprake is van een 2 jarige overeenkomst 2018-2019 is opnieuw ondertekenen van de budgetbrief geen vereiste. De al afgesproken indexering wordt met de budgetbrief bevestigd. 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.

4.3. Beleid inzake godsdienstige gezindheid, 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 patiënten 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 patiënt 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 patiënt.

4.4. Specifieke doelgroepen

Medische kindzorg

Zorgaanbieders voor Medische Kindzorg die in aanmerking willen komen voor een Overeenkomst Verpleging en verzorging 2019 voor Menzis klanten en die hiervoor een éénjarig addendum MKZ 2018 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 2018 melden (zie boven).

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 2019 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, en de regio Haaglanden), die ook een contract Verpleging en Verzorging 2019 met Menzis hebben of 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 2018 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-18104). 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.

4.5. 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 2018 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 zorgaanbidders 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 2018 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 2018 moet bekend zijn welke zorgaanbieders Menzis voor 2019 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 2019. We streven ernaar om het contracteerproces uiterlijk op 1 november 2018 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 tijdspad van de beleidsontwikkeling en contractering 2019 ziet er als volgt uit:

Datum	
29 maart 2018	Publicatie inkoopbeleid 2019
Tot 15 juni 2018	Aanmelden nieuwe zorgaanbieders
Uiterlijk 11 juli 2018	Eventueel publicatie aanvulling inkoopbeleid 2019
Tot 20 juli 2018	Mogelijkheid tot stellen van vragen
Vanaf 12 juli 2018	Mogelijkheid tot inschrijving
Uiterlijk 11 september 2018	Uiterste datum aanmelding sociale infrastructuur via format
Vanaf 21 juli tot eind oktober 2018	Beoordeling inschrijvingen. Tevens periode voor gesprekken over integraal tarief en maatwerkafspraken.
1 november 2018	Afronding inkoop, ondertekening contract via digitale tool
12 november 2018	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

We betrekken koepelorganisaties, zorgaanbieders, categorale patiëntenorganisaties en de ledenraad bij het opstellen van het inkoopbeleid voor 2019.

6.1. Specifieke patiëntenorganisaties

Er zijn in het najaar 2017 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 is een belangrijk onderwerp. Klanten herkennen en erkennen de verantwoordelijkheid die Menzis daarin heeft en neemt. Klanten willen graag meer inzicht in de gemaakte kosten van zorg en controle over de declaraties. Ze kunnen daarmee een signaalfunctie hebben bij verspilling van zorgkosten.
- Kwaliteit van zorg wordt met name gezien in klantvriendelijkheid, communicatie en transparantie. Duidelijke (etalage) informatie wat de klant kan verwachten van de aanbieder van wijkverpleging is belangrijk. Goede uitkomsten van zorg zijn een vanzelfsprekende basisvoorwaarde. Daarnaast moet de zorg toegankelijk zijn en blijven. Wachttijden geven onzekerheid, frustratie en gezondheidsachteruitgang.
- 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 zijn de (financiering) schotten het grootste probleem. Dit leidt tot communicatie en afstemmingsuitdagingen. Bij klanten is een duidelijke behoefte aan een vast aanspreekpunt waar ze terecht kunnen met vragen. Het langer thuis wonen geeft vragen over alternatieve woonvormen waarbij ook klanten eerlijk de vraag stellen wanneer zorg nog van meerwaarde is.

6.2. Zorgaanbieders

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

Ook in 2018 worden bijeenkomsten voor wijkverpleegkundigen georganiseerd in elk kernwerkgebied van Menzis. Deze worden altijd zeer goed bezocht door wijkverpleegkundigen (gemiddeld 100-150 aanwezigen). Op deze manier is een directe communicatie ontstaan tussen Menzis en de wijkverpleegkundigen.

Het thema in 2017 was samenwerking tussen de verschillende domeinen. Er is informatie gegeven door de collega's van Menzis over samenwerking met huisartsen, gemeenten, hulpmiddelen fabrikanten en GGZ. Daarnaast heeft de Patiëntenfederatie een workshop gegeven over samenwerking met klant en mantelzorger. De ambassadeur van de V&VN in de regio en de verpleegkundige van het transferbureau van het regionale ziekenhuis hebben workshops gegeven over samenwerking tussen verpleegkundigen onderling.

in het algemeen kan gesteld worden dat wijkverpleegkundigen nog regelmatig hinder ondervinden van schotten in de financiering van noodzakelijke zorg en dat het nuttig blijft om gezamenlijk naar concrete oplossingen hiervoor te zoeken.

Het thema voor de bijeenkomsten 2018 is de afbakening Zvw en Wmo. Vanuit de casuïstiek en gesprekken gevoerd met wijkverpleegkundigen constateren wij 3 onderwerpen. De onderwerpen hebben een sterke link met het sociaal domein, maar kunnen niet los gezien worden van hoe professionals hun vak zien.

- Toename van cliënten met GGZ problematiek in de wijkverpleging
- Wens tot thuis wonen, ook als er een zeer beperkt (mantelzorg)netwerk beschikbaar is.
- Palliatieve zorg thuis

Zowel de beroepsvereniging Verplegenden en Verzorgenden (V&VN) als het Nederlands Wijkverpleegkundig genootschap (NWG) 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 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. 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 en verder enigszins is aangepast. Dit beleid wordt gecontinueerd.

Bijlagen

Bijlage 1

Uitsluitingsgronden

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

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 toezichhoudend 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 heeft begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken;
- c. 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;
- d. 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.
- e. 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 uitsluiting of het voldoen aan de minimumeisen of heeft die informatie achtergehouden, dan wel niet in staat was de ondersteunende documenten over te leggen;
- f. de zorgaanbieder voorkomt op de lijst van de Global Compact Principles van de Verenigde Naties.

Menzis betreft bij de toepassing van I uitsluitend rechterlijke uitspraken die in de 4 jaar voorafgaand aan tijdstip van het verzoek om een overeenkomst onherroepelijk zijn geworden en bij de toepassing van IV onderdeel b, uitsluitend ernstige fouten die zich in de 4 jaar voorafgaand aan het genoemde tijdstip hebben voorgedaan.

¹ *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.

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 , 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 2018).
7. De zorgaanbieder beschikt over een formeel vereiste toelating op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen voor de levering van wijkverpleegkundige zorg, en voldoet aantoonbaar aan alle eisen van de WTZi² (alleen voor instellingen) of heeft een KIWA keurmerk thuiszorg (ZZP-er).
8. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de meest actuele Governancecode ingevoerd (bij rechtspersonen)

² Deze wordt wellicht (deels) vervangen door de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

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 2019 afgesloten.
12. De zorgaanbieder beschikt over een samenstellings-, beoordelings- of controleverklaring met een goedkeurende strekking 2017 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 i.o. 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 branche partijen 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 klanten 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 (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 2018 al gebruikt maakt van het kwaliteitsregister moet 1 november 2019 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 2019 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 2019 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 2019 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. 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 eisen.

- 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.

12. Aanvullende eisen specialistische verpleging

- 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 achterwachting en een goede bereikbaarheid bij calamiteiten. Hij maakt dit aantoonbaar door aanlevering van overzicht BIG registratienummers en aantal Fte van het TT team.

- De verpleegkundigen die de zorg uitvoeren zijn allen opgenomen in het kwaliteitsregister V&V.
- 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.
- 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 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 klanten 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 kernwerkgebieden 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.

Zorginkoopbeleid Menzis 2019

Datum	29 maart 2018
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.