

Wijkverpleging zorginkoopbeleid 2025

Versie 1.0

1 april 2024

Zorginkoopbeleid 2025

Wijkverpleging

Inhoud

1	Wat zijn de wijzigingen per 2025?	3
2	Welke informatie vindt u in dit document?	4
2.1	Inleiding	4
	Wijkverpleging	4
2.2	Leeswijzer	5
3	Wat is de visie van Zorg en Zekerheid?	5
3.1	Algemene visie op wijkverpleging	5
3.2	Regionale samenwerking	5
	Herkenbaar en aanspreekbaar team in de wijk	6
	Gezamenlijke infrastructuur	6
3.3	Passende zorg	6
	Stepped care	7
	Digitale zorg	7
3.4	Arbeidsmarkt	7
3.5	Duurzaamheid	8
4	Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop wijkverpleging?	8
4.1	Speerpunten wijkverpleging	8
	Gezamenlijke werkafspraken en heldere aanspreekpunten	8
	Regionale samenwerking in de onplanbare nachtzorg	9
	Zorgcoördinatie	10
	Snelle implementatie van innovaties, hulpmiddelen en digitale zorg	10
	Overgang wijkverpleging naar (thuiszorg vanuit) de Wlz	10
	Ziekenhuisverplaatste zorg	11
	Het verpleegkundig adviesgesprek	11
4.2	Impactvolle transformaties	11
4.3	Kwaliteit	12
4.4	Bekostiging en betaalbaarheid	12
	Nieuwe bekostigingssystematiek	12
	Maandtarieven	12
	Betaalbaarheid	13
4.5	Speciale doelgroepen en zorg	13
	Dementiezorg	13

Casemanagement dementie	13
Palliatief-terminale zorg	14
Medische kindzorg	14
Regiefunctie complexe wondzorg	14
Regionale samenwerking bij complexe wondzorg	15
Zorgaanbieders met regiefunctie complexe wondzorg	15
5 Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst?	15
5.1 Minimum- en kwaliteitseisen.....	15
5.2 Looptijd van de zorgovereenkomsten.....	16
5.3 Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders.....	16
5.4 Informatie voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders.....	16
Aanvragen zorgovereenkomst 2025	16
Tussentijds aanvragen zorgovereenkomst	16
5.5 Contractvormen	17
Basisovereenkomst	17
Basisovereenkomst nieuwe zorgaanbieder	17
Maatwerkovereenkomst	17
5.6 Bijcontracteren.....	18
6 Hoe ziet het contracteerproces eruit?.....	18
6.1 Bepalen van de tarieven.....	18
Aanvullende afspraken.....	19
6.2 Aanbod van de zorgovereenkomsten.....	20
6.3 Planning.....	20
7 Heeft u vragen?	20
Bijlage 1: Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	22
Bijlage 2: Kwaliteitscriteria.....	24
Algemeen	24
Voorwaarden voor de levering van palliatief-terminale zorg	25
Voorwaarden voor de levering van individueel casemanagement dementie.....	25
Voorwaarden voor de levering van medische kindzorg	26
Voorwaarden voor de levering van de prestatie regiefunctie complexe wondzorg.....	27
Voorwaarden voor de levering van de prestatie indicatiestelling persoonsgebonden budget (pgb)	29

1 Wat zijn de wijzigingen per 2025?

In het zorginkoopbeleid wijkverpleging 2025 zijn de volgende zaken gewijzigd ten opzichte van 2024:

- We leggen in lijn met de duiding van Zorginstituut Nederland (ZIN) meer nadruk op de stepped care-benadering en beschrijven dat dit gevolgen heeft voor het vergoeden van wijkverpleging (hoofdstuk 3.1 en 3.3).
- Ten aanzien van de positie van de wijkverpleging in de eerste lijn volgen wij de 'Visie eerstelijnszorg 2030'. We vragen zorgaanbieders daar ook uitvoering aan te geven (hoofdstuk 3.2).
- In het kader van de visie op de eerste lijn vragen we nog nadrukkelijker aan zorgaanbieders van wijkverpleging om onderlinge vertegenwoordiging naar andere ketenaanbieders te organiseren (hoofdstuk 3.2).
- In het kader van passende zorg vragen we van zorgmedewerkers dat ze op de hoogte zijn van en uitvoering geven aan de Beter doen/Beter laten-lijst (hoofdstuk 3.3).
- De strategie 'Positieve gezondheid' is gewijzigd naar 'Arbeidsmarkt' (hoofdstuk 3.4).
- Er is invulling aan de nieuwe strategie 'Arbeidsmarkt' gegeven (hoofdstuk 3.4).
- We hebben de landelijk afgesproken duurzaamheidsdoelstellingen in ons zorginkoopbeleid opgenomen (hoofdstuk 3.5).
- We verwachten dat zorgaanbieders van wijkverpleging zich waar mogelijk aansluiten bij aanmeldpunten wijkverpleging (hoofdstuk 4.1, Gezamenlijke werkafspraken en heldere aanspreekpunten).
- We verwachten dat zorgaanbieders van wijkverpleging zich waar mogelijk aansluiten bij samenwerkingsverbanden voor onplanbare nachtzorg. We gaan daar in de vaststelling van tarieven ook van uit (hoofdstuk 4.1, Regionale samenwerking in de onplanbare nachtzorg).
- Voor het volgen van de financiering van de organisatie en beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg zijn de voorwaarden aangepast, als nieuwe voorwaarde vragen wij nu een volgformat (hoofdstuk 4.1, Regionale samenwerking in de onplanbare nachtzorg).
- We lichten toe hoe we omgaan met aanpassing van de begroting van bestaande organisaties voor onplanbare nachtzorg (hoofdstuk 4.1, Regionale samenwerking in de onplanbare nachtzorg).
- We verwachten dat samenwerkingsverbanden voor onplanbare nachtzorg goed zijn aangesloten op de regionale zorgcoördinatie. Zie ook Algemeen zorginkoopbeleid over zorgcoördinatie (hoofdstuk 4.1, Zorgcoördinatie).
- Zorg en Zekerheid gaat er, in het kader van de stepped care-benadering, vanuit dat innovaties waarover door landelijke innovatiestructuren positieve resultaten worden gepresenteerd voorliggend zijn aan de inzet van fysieke zorg (hoofdstuk 4.1, Snelle implementatie van innovaties, hulpmiddelen en digitale zorg).
- In ons vorige zorginkoopbeleid beschreven we dat we uitgaan van een toenemend gebruik van beeldschermzorg en medicijndispensers. We koppelen daar nu expliciet de voorwaarde aan dat dit gebruik van thuiszorgtechnologie moet leiden tot een vermindering van fysieke zorg (hoofdstuk 4.1, Snelle implementatie van innovaties, hulpmiddelen en digitale zorg).
- Bij initiatieven voor 'ziekenhuisverplaatste zorg' verwachten we een positieve businesscase waarin ook de kosten elders in de keten worden meegenomen (hoofdstuk 4.1, Ziekenhuisverplaatste zorg).
- We vragen zorgaanbieders om meer in te zetten op het verpleegkundige adviesgesprek. We gaan in gesprek over een passende vergoeding (hoofdstuk 4.1, Het verpleegkundig adviesgesprek).

- Op het moment van publicatie van dit zorginkoopbeleid is het Kwaliteitskompas - als opvolger van het Kwaliteitskader - nog niet bekrachtigd. Indien bekrachtiging door Zorginstituut Nederland heeft plaatsgevonden dan zijn zorgaanbieders gehouden aan het Kwaliteitskompas (hoofdstuk 4.3).
- We verlangen van zorgaanbieders dat zij vanaf 2025 declareren op basis van de nieuwe bekostigingssystematiek (hoofdstuk 4.4).
- Voor de voorwaarden voor het leveren van casemanagement dementie volgen we en verwijzen we naar de landelijke geüniformeerde inkoopvoorwaarden van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (hoofdstuk 4.5, Casemanagement dementie).
- Zorg en Zekerheid stelt voor palliatief-terminale zorg in de thuissituatie een palliatieve kit beschikbaar (hoofdstuk 4.5, Palliatief-terminale zorg).
- We verwachten van zorgaanbieders dat zij cliënten in de terminale fase die niet thuis geholpen kunnen worden doorverwijzen naar andere mogelijkheden zoals hospices of bijna-thuis-huizen (hoofdstuk 4.5, Palliatief-terminale zorg).
- We vragen zorgaanbieders om aandacht te hebben voor advance care planning en stepped care (hoofdstuk 4.5, Palliatief-terminale zorg en bijlage 2).
- We wijzen zorgaanbieders op de mogelijkheden van vrijwilligers en het sociaal domein ter ondersteuning in de terminale fase waar wijkverpleging minder aangewezen is vanwege het ontbreken van een geneeskundige achtergrond (hoofdstuk 4.5, Palliatief-terminale zorg).
- We sluiten geen individuele contracten met ZZP'ers, tenzij we naar ons oordeel anders niet aan onze zorgplicht kunnen voldoen (hoofdstuk 5.1, Minimum- en kwaliteitseisen)
- We beschrijven op welke wijze we het Rekenmodel Wijkverpleging gebruiken bij de vaststelling van tarieven (hoofdstuk 6.1).
- We beschrijven op welke wijze we in het geval van maandtarieven de hoogte van de tarieven bepalen (hoofdstuk 6.1).
- Voor de aanvraag van andere technologieën - dan beeldschermzorg en slimme medicijndispensers – hanteren we vanaf 2025 het landelijk geüniformeerde aanvraagformulier (hoofdstuk 6.1).
- In Bijlage 1 is uniforme landelijke tekst over duurzaamheid vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) toegevoegd.
- Zorg en Zekerheid staat al langer de inzet van helpenden niveau 2 onder voorwaarden toe. Vanaf 2025 volgen we de door ZN landelijk geüniformeerde voorwaarden voor de inzet van helpenden en ander zorgpersoneel (Bijlage 2 Deel 1).

2 Welke informatie vindt u in dit document?

2.1 Inleiding

Voor u ligt het zorginkoopbeleid wijkverpleging voor 2025. In dit document leest u op welke manier, met welke criteria en volgens welke planning Zorg en Zekerheid wijkverpleging voor 2025 inkoopt. Dit zorginkoopbeleid geldt als aanvulling op het [Algemeen zorginkoopbeleid](#). Bij tegenstrijdigheden prevaleert dit zorginkoopbeleid boven het [Algemeen zorginkoopbeleid](#).

Wijkverpleging

Wijkverpleging omvat verzorging en verpleging die gericht is op het zo lang mogelijk verblijven in de eigen woonomgeving, ondanks functionele beperkingen door medische aandoeningen. Hierbij ligt de focus op herstel en/of gecontroleerde achteruitgang met behulp van het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid. Het gaat niet alleen om puur verpleegkundige of verzorgende handelingen. Het gaat

ook om taken die samenhangen met de zorgverlening zoals het indiceren en individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De stand van de wetenschap en de normering door de beroepsgroep zijn van belang bij de bepaling van handelingen en taken die hieronder vallen.

2.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 3 geeft de visie van Zorg en Zekerheid op wijkverpleging weer. Hoofdstuk 4 behandelt de doelen die Zorg en Zekerheid wil bereiken. In hoofdstuk 5 leest u welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst. Hoofdstuk 6 en 7 geven u praktische informatie over de planning rondom het contracteerproces en de mogelijkheid om vragen te stellen.

In dit zorginkoopbeleid wordt in verschillende paragrafen gesproken over de regio van Zorg en Zekerheid. De definitie van deze regio is toegelicht in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) van Zorg en Zekerheid.

3 Wat is de visie van Zorg en Zekerheid?

Om goede zorg voor onze verzekerden nu én in de toekomst toegankelijk te houden, gaan we voor gezondheid. Het doel van Zorg en Zekerheid is daarom om van zorg naar gezondheid te bewegen. Om het doel van Zorg en Zekerheid te bereiken hebben wij vier strategieën benoemd waarmee wij in de regio het verschil maken, te weten 'regionale samenwerking', 'passende zorg', 'arbeidsmarkt' en 'duurzaamheid'. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft hoe wij invulling geven aan deze strategieën. In de volgende alinea's leest u per strategie hoe wij met de zorginkoop wijkverpleging bijdragen aan het doel van Zorg en Zekerheid.

3.1 Algemene visie op wijkverpleging

Verzekerden moeten zo lang mogelijk in goeden doen in hun eigen omgeving en binnen het eigen netwerk kunnen leven. Daarbij vindt Zorg en Zekerheid dat iedereen de gezondste versie van zichzelf moet kunnen zijn. Hierbij is wijkverpleging van groot belang. Niet alleen om lichamelijke zorg te verlenen, maar juist ook om cliënten en hun mantelzorgers zelf in staat te stellen om te gaan met een ziekte of aandoening. Iets wat steeds belangrijker wordt door de groeiende zorgvraag die op ons afkomt.

Wij vragen zorgaanbieders van wijkverpleging dan ook om volgens de stepped care-benadering in te zetten op zelfredzaamheid. Niet alleen van de verzekerde, maar ook van de mantelzorger, om zo hun vitaliteit te versterken. Indien zorg alsnog nodig is, moet deze beschikbaar en passend zijn. Hierbij vragen wij van zorgaanbieders om samen te werken, passende zorg op de juiste plek te bieden, gebruik te maken van hulpmiddelen en thuiszorgtechnologie, Positieve Gezondheid centraal te stellen en samen met ons de buurt gezond te maken.

3.2 Regionale samenwerking

Zorg en Zekerheid onderschrijft de mede door Actiz, Zorgthuis.nl en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ontwikkelde 'Visie eerstelijnszorg 2030' ten aanzien van de positie van de wijkverpleging in de eerste lijn. Wij zien deze visie als een steun in de rug bij het reeds ingezette beleid. Wij vragen van zorgaanbieders om zich aan deze visie te committeren en samen met ons de visie op de eerste lijn in de regio verder vorm te geven.

Herkenbaar en aanspreekbaar team in de wijk

Zorg en Zekerheid vindt het goed dat verzekerden kunnen kiezen voor een zorgaanbieder die weet in te spelen op specifieke behoeften. Die keuzemogelijkheid houdt zorgaanbieders scherp om steeds het belang van de cliënt voor ogen te houden. Tegelijk vindt Zorg en Zekerheid dat een versnippering van aanbod tot ongewenste uitkomsten kan leiden als er geen goede samenwerking is. Wij vragen van zorgaanbieders dan ook om een aanbod te doen dat aansluit op de behoeften van onze verzekerden. Anderzijds vragen wij ook om, in lijn met de visie op de eerste lijn en in het belang van de cliënt, afspraken in wijkverbanden te maken (met andere zorgaanbieders en het sociaal domein) over de inhoud en regionale organisatie van zorg.

De wijkverpleegkundige, de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en de professional uit het sociaal domein weten elkaar in wijkverbanden te vinden. Ze delen hun kennis en ervaring, maken werkafspraken en hebben inzicht in ieders kwalitatieve en kwantitatieve capaciteit. Deze samenwerking is niet vrijblijvend. Alleen als deze professionals samenwerken, kan er sprake zijn van juiste zorg op de juiste plek. Dat voorkomt onnodige escalatie van de situatie en zorginzet. In het geval van toenemende complexiteit van de ondersteuningsvraag weet de wijkverpleging tijdig de juiste hulp in te schakelen en adviseert de huisarts over andere vormen van zorg of ondersteuning voor de verzekerden. Dit kan gaan om respijtzorg, mantelzorgondersteuning, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatie of zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Om tot goede werkafspraken met andere zorgaanbieders in de keten te komen, zorgen zorgaanbieders van wijkverpleging dat er een duidelijk aanspreekpunt is en dat zorgaanbieders elkaar in onderlinge afstemming vertegenwoordigen naar andere ketenpartijen.

Gezamenlijke infrastructuur

Een gezamenlijke infrastructuur kan helpen om te komen tot betere coördinatie en beschikbaarheid van zorg voor de verzekerde, en tot een doelmatigere bedrijfsvoering voor zorgaanbieders. U kunt hierbij denken aan gezamenlijke onplanbare nachtzorg, een ketennetwerk voor dementie, gespecialiseerde wijkverpleging zoals complexe wondzorg of een centraal coördinatiepunt.

Zorg en Zekerheid begrijpt de wens van zorgaanbieders voor een heldere financiering bij een gezamenlijke uitvoering van een beschikbaarheids- of coördinatiefunctie. Zorgaanbieders kunnen onderling afspraken maken over bekostiging van zo'n gezamenlijke dienst of infrastructuur. Waar dit wel geprobeerd is, maar niet mogelijk is gebleken, is Zorg en Zekerheid bereid mee te denken over een gezamenlijke financiering met een herverdeling van individuele tarieven naar gezamenlijke bekostiging. In dit kader wordt aan landelijke tafels nagedacht over de verdere ontwikkeling van dergelijke zogenaamde 'systeemfuncties' en de bekostiging daarvan. Wij volgen de landelijke ontwikkeling ten aanzien van het definiëren en vormgeven van deze systeemfuncties.

3.3 Passende zorg

Zorg en Zekerheid vindt het belangrijk dat ook in de wijkverpleging zorg op de juiste plek wordt aangeboden. Voor het bepalen van deze passende zorg verwijzen wij naar de richtlijnen van de beroepsgroep. In het bijzonder willen we hier ook wijzen op de Beter doen/Beter laten-lijst voor wijkverpleging, zie hiervoor de [website van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland \(V&VN\)](#). Wij verwachten dat zorgmedewerkers van deze lijst op de hoogte zijn en ernaar handelen.

Ten aanzien van de juiste plek is wijkverpleging er bij uitstek op gericht om de verzekerde zoveel mogelijk in de eigen woonomgeving te helpen en de zelfredzaamheid te bevorderen. Wij verwachten

dat zorgaanbieders oog hebben voor preventie, reablement en mantelzorg (ondersteuning), maar ook voor de inzet van thuiszorgtechnologie, bijvoorbeeld hulpmiddelen en e-health.

Stepped care

Zorg en Zekerheid verwacht - in lijn met Zorginstituut Nederland (ZIN) - dat zorgaanbieders een stepped care-benadering hanteren. Dit houdt in dat de zorgverlener zorg getrapt aanbiedt: zo licht als mogelijk en zo intensief als nodig. De wijkverpleegkundige maakt daarom bij de indicatiestelling altijd een inhoudelijke afweging tussen:

- wat de verzekerde en zijn omgeving zelf kan;
- wat hulpmiddelen of zorgtechnologie kunnen betekenen;
wanneer formele zorg nodig is van een verpleegkundige of een andere zorgverlener.

Indien een verzekerde voldoende geholpen is met een advies of instructie, dan is er geen aanspraak op een fysieke vorm van zorg. Hetzelfde geldt voor de inzet van (digitale) hulpmiddelen. Als de inzet van thuiszorgtechnologie of hulpmiddelen voldoen om de verzekerde te ondersteunen, dan is er geen aanspraak op een fysieke vorm van zorg. Deze benadering bevordert niet alleen de zelfredzaamheid van verzekerden, het ontlast ook de beperkte capaciteit aan zorgmedewerkers.

Daarbij vragen wij zorgaanbieders de gezamenlijke keten van ouderenzorg verder te stroomlijnen. Zo blijven cliënten met de juiste inzet van wijkverpleging, kortdurend verblijf, ondersteuning van de specialist ouderengeneeskunde en de (extramurale) Wlz zo lang mogelijk zelfstandig en zelfredzaam.

Ten slotte vraagt Zorg en Zekerheid zorgaanbieders om zorg van de huisarts of het ziekenhuis over te nemen of ze op onderdelen van het zorgpad te ondersteunen. Uitgangspunt is dat een dergelijke verschuiving van zorg tot een efficiëntere inzet van zorgmedewerkers in de hele keten leidt.

Digitale zorg

Zoals genoemd in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) is 'zorg op de juiste plek' één van de kaders van passende zorg. Digitale zorg is hier een belangrijk onderdeel van. In lijn met het verlenen van zorg op de juiste plek sluit Zorg en Zekerheid zich aan bij de [Ambities Zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2025](#). Zie ook onze speerpunten (4.1).

3.4 Arbeidsmarkt

De tekorten op de arbeidsmarkt worden sterk gevoeld in de zorgsector. Om deze reden moeten we andere oplossingen vinden om zorg toegankelijk te houden voor cliënten en zeker ook om werken in de zorg aantrekkelijk te houden. Zorg en Zekerheid zet met dit zorginkoopbeleid op verschillende manieren in op zowel een betere inzet van de beschikbare capaciteit als op de aantrekkelijkheid van het beroep. U leest in dit zorginkoopbeleid bijvoorbeeld over onze inzet op:

- arbeidsbesparende technologie;
- de mogelijkheid om een andere personeelsmix (helpenden niveau 2) in te zetten;
- innovatieve werkwijzen;
- stepped care en het benutten van het netwerk van de cliënt;
- passende vergoedingen door het volgen van landelijke loonontwikkeling in de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA).

3.5 Duurzaamheid

Zoals genoemd in Bijlage 1 'Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)' en in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) sluiten wij ons aan bij de Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ) 3.0 en de vereisten uit de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). De algemene duurzaamheidscriteria richting zorgaanbieders staan vermeld in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#). Naast deze algemene duurzaamheidscriteria, gelden voor wijkverpleging zorgaanbieders aanvullende duurzaamheidscriteria.

We verwachten van zorgaanbieders wijkverpleging dat ze zich committeren aan de acties uit het uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van Actiz. Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleider-zorgverzekeraar, gaan met de grote wijkverpleging-zorgaanbieders¹ in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij focussen we, na afstemming met Actiz, op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit het uitvoeringsplan van de branche.

- Terugdringen van de CO2-uitstoot van reisbewegingen gericht op de doelstelling 55% reductie in 2030 t.o.v. 2018;
- Inzet op terugdringen verspilling van medicatie, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken;
- Inzet op terugdringen verspilling van incontinentiemateriaal en 5% minder gebruik van incontinentiemateriaal in 2026 t.o.v. 2018, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken;
- Inzet op kennisbevordering over sorteren van afval en 25% minder ongesorteerd restafval in 2026 t.o.v. 2018;
- Aandacht voor preventie en bewustwording zodat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen (bv. door inzet e-health).

Waar mogelijk ondersteunen we zorgaanbieders met kennis en tools zoals voorbeelden van [groene initiatieven](#) die bij enkele wijkverpleging aanbieders geïmplementeerd zijn, bewezen impact hebben op duurzaamheid en kostenbesparend of kostenneutraal zijn. Ondersteuning bij de verduurzaming van de organisatie is onder meer te vinden in de 'Toolkit duurzaamheid' en de 'Factsheet duurzaam vervoersbeleid' van Actiz.

4 Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop wijkverpleging?

4.1 Speerpunten wijkverpleging

Gezamenlijke werkafspraken en heldere aanspreekpunten

In lijn met de 'Visie eerstelijnszorg 2030' achten wij het belangrijk dat zorgaanbieders van wijkverpleging elkaar onderling goed weten te vinden en dat zij gezamenlijk ook goed zijn aangesloten op andere zorgaanbieders in de eerste lijn en het sociaal domein. Op bestuurlijk, regionaal, maar vooral ook op professioneel wijkniveau. Multidisciplinaire, regionale organisaties van huisartsen, apothekers, diëtisten en fysiotherapeuten kennen vaak nog geen structurele samenwerking met de wijkverpleging. Deze samenwerking wordt bemoeilijkt doordat in een regio meerdere zorgaanbieders van wijkverpleging zijn.

Zorg en Zekerheid bespreekt in haar regio met zorgaanbieders van wijkverpleging en multidisciplinaire organisaties hoe tot een betere afstemming kan worden gekomen met herkenbare aanspreekpunten en eenduidige zorgpaden. Wij vragen deze partijen gezamenlijk knelpunten en mogelijkheden tot samenwerking te inventariseren, met als doel een samenhangend zorgaanbod dat een effectieve

¹ Alle grote wijkverpleging-zorgaanbieders, precieze selectie is aan de individuele zorgverzekeraar

bijdrage kan leveren aan het langer zelfredzaam houden van mensen in de thuisomgeving. Bijzondere aandacht gaat uit naar netwerkvorming en onderlinge vertegenwoordiging tussen zorgaanbieders van wijkverpleging, aansluiting van het sociaal domein en het inzichtelijker en toegankelijker maken van actueel zorgaanbod. Zorg en Zekerheid zoekt met maatwerkaanbieders in haar regio ook naar mogelijkheden om de regionale organisatie van gezamenlijke aanmeld- en coördinatiepunten voor wijkverpleging verder te ontwikkelen. We verwachten dat zorgaanbieders zich waar mogelijk aansluiten bij deze aanmeldpunten.

Waar versnippering van aanbod van wijkverpleging een belemmering vormt voor een efficiënte inzet van zorg in de wijk kan Zorg en Zekerheid in haar regio experimenteren met het aanwijzen van preferente zorgaanbieders per wijk. Hierbij vragen wij dan van die preferente zorgaanbieder om namens de wijkverpleging afspraken met andere zorgaanbieders in de wijk te maken en om bijvoorbeeld de 'loketfunctie' op zich te nemen voor cliënt, huisarts en ziekenhuis bij het toeleiden van een zorgvraag naar beschikbaar en passend zorgaanbod. Zorg en Zekerheid spreekt daarbij een werkwijze af waarbij keuzemogelijkheden voor cliënten en toegang tot niet-preferente zorgaanbieders zo veel als mogelijk blijft bestaan.

Regionale samenwerking in de onplanbare nachtzorg

Zorg en Zekerheid vindt het van belang om het beschikbare personeel waar mogelijk beter te benutten en de zorg slimmer te organiseren. Samenwerking in onplanbare nachtzorg binnen de wijkverpleging is een belangrijke stap. Het is onwenselijk dat individuele zorgorganisaties zelf de beschikbaarheid van nachtzorg blijven organiseren. In regio's waar de onplanbare nachtzorg in samenwerking wordt vormgegeven verwachten wij van alle zorgaanbieders in die regio dat zij op die samenwerking zijn aangesloten. Zorg en Zekerheid gaat daar in de vaststelling van de tarieven ook vanuit. Waar de onplanbare nachtzorg nog niet gezamenlijk is vormgegeven vragen wij zorgaanbieders daartoe initiatieven te ontplooiën.

Waar Zorg en Zekerheid niet de preferente zorgverzekeraar is, zijn wij bereid afspraken met andere zorgverzekeraars te volgen. Zorg en Zekerheid vergoedt de onplanbare nachtzorg al aan individuele zorgaanbieders via het integrale tarief. Het staat zorgaanbieders uiteraard vrij om tot een gezamenlijke bekostiging van onplanbare nachtzorg te komen en de middelen te herverdelen. Waar onderlinge bekostiging geen reële mogelijkheid is en zorgaanbieders en (preferente) zorgverzekeraar de herverdeling van financiële middelen op basis van de prestatie 'Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht-, en weekendzorg' via de zorgverzekeraar willen laten lopen, volgt Zorg en Zekerheid die afspraken onder de volgende voorwaarden:

- Individuele zorgaanbieders blijven verantwoordelijk voor 24/7 continuïteit van zorg.
- De individuele zorgaanbieder treft een schriftelijke regeling met het samenwerkingsverband/ de zorgaanbieder voor de onplanbare nachtzorg.
- De herverdeling van middelen kan voor Zorg en Zekerheid kostenneutraal plaatsvinden.
- Het samenwerkingsverband verstrekt aan Zorg en Zekerheid een volgformulier inclusief begroting met toelichting en akkoord van de preferente zorgverzekeraar.

Bij een bestaand samenwerkingsverband voor onplanbare nachtzorg waar Zorg en Zekerheid in 2024 al afspraken heeft over een lumpsum bijdrage, gaan we voor de begroting 2025 in beginsel uit van een indexering van de begroting conform de voorlopige materiële- en loonkostenontwikkeling zoals door de NZa afgegeven. Indien vanwege inhoudelijke doorontwikkeling van het samenwerkingsverband een substantiële wijziging in de begroting optreedt, kunnen nieuwe afspraken over de lumpsum bijdrage gemaakt worden. Indien Zorg en Zekerheid niet de preferente zorgverzekeraar is, verlangen we de aangepaste begroting met een volgformulier en een akkoord van de preferente zorgverzekeraar. Een

substantiële aanpassing van de begroting leidt in principe ook tot een correctie van de schoning van de tarieven van de zorgaanbieders in de betreffende regio.

Zorgcoördinatie

Onplanbare nachtzorg heeft veel raakvlakken met zorgcoördinatie (zie ook [Algemeen zorginkoopbeleid](#)) en overlapt deels in de organisatie ervan. Daarom is het belangrijk dat zorgaanbieders die onplanbare nachtzorg organiseren, goed afstemmen met de regionale zorgcoördinatievoorziening. We streven ernaar dat vanaf 2025 iedere regionale zorgcoördinatievoorziening de regionaal georganiseerde onplanbare nachtzorg weet te vinden voor zorgvragen 's nachts, en werkafspraken heeft over hoe op andere tijdstippen wijkverpleging kan worden ingezet.

Snelle implementatie van innovaties, hulpmiddelen en digitale zorg

Zoals eerder beschreven achten wij binnen de stepped care-benadering de inzet van hulpmiddelen en thuiszorgtechnologie voorliggend aan vormen van fysieke zorg. Hierbij verwacht Zorg en Zekerheid ook dat zorgaanbieders elders nuttig gebleken innovaties snel overnemen. Indien landelijke innovatiestructuren van zorgaanbieders, zoals 'Vilans' en 'Anders Werken in de Zorg', positieve resultaten presenteren over een innovatie, dan beschouwt Zorg en Zekerheid deze als voorliggend op fysieke zorg. Uiteraard hanteren we voor de implementatie een redelijke termijn.

Wij vragen zorgaanbieders om waar mogelijk ook regionaal gezamenlijk op te trekken bij de verdere ontwikkeling en implementatie van innovatieve werkwijzen en de inzet van (digitale) hulpmiddelen. Ook verwachten wij dat alle wijkverpleegkundigen op de hoogte zijn van beschikbare (technologische) mogelijkheden en dat alle zorgprofessionals in de wijk vanuit hun organisaties actief worden gestimuleerd en gefaciliteerd om die technologieën toe te passen.

Zorg en Zekerheid ziet graag dat het gebruik van arbeidsbesparende digitale hulpmiddelen zoals medicijndispensers en beeldbellen verder toeneemt waar dat bijdraagt aan een vermindering van fysieke zorg. Het nut van deze toepassingen heeft zich inmiddels bewezen. Zorg en Zekerheid neemt (onder voorwaarden) de vergoeding voor deze technologieën standaard op in het contractaanbod. Als een verzekerde in staat is om gebruik te maken van deze gangbare digitale middelen dan moet een zorgaanbieder daar proactief in kunnen voorzien.

Wij bespreken tijdens de zorginkoopgesprekken verdere mogelijkheden voor digitale hulpmiddelen. In het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) kunt u meer lezen over hoe wij digitale zorg stimuleren en faciliteren. De prestatie thuiszorgtechnologie kunt u gebruiken om digitale hulpmiddelen in te zetten. De voorwaarden staan in hoofdstuk 6 bij aanvullende afspraken.

Overgang wijkverpleging naar (thuiszorg vanuit) de Wlz

Wijkverpleging op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan overgaan in thuiszorg op basis van de Wlz. Zorg en Zekerheid vindt het belangrijk dat verzekerden de juiste zorg in de thuisomgeving kunnen ontvangen. Wijkverpleging vanuit de Zvw als de zorg verband houdt met de behoefte aan (of het risico op) geneeskundige zorg en thuiszorg vanuit de Wlz (mpt/vpt) waar naast verzorging en verpleging ook meer ruimte is voor begeleiding en ondersteuning.

Wij willen voor zorgaanbieders en verzekerden dat de overgang op het juiste moment en soepel verloopt. Daarin verlangen we van zorgaanbieders een actieve aanpak waar bij cliënten periodiek wordt getoetst of de zorg vanuit de Zvw nog passend is en waarin cliënten worden gestimuleerd om op het juiste moment over te gaan naar passende (thuis)zorg vanuit de Wlz. Wij bevelen zorgaanbieders aan om het gesprek over de best passende vorm van zorg tijdig te voeren, zodat de cliënt en zijn netwerk

goed weet wat de verschillende mogelijkheden in de Zvw, Wlz, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), en verpleeghuiszorg zijn en daar op tijd over na kunnen denken.

Ziekenhuisverplaatste zorg

Onder 'ziekenhuisverplaatste zorg' verstaan we zorg die bij de patiënt in de thuisomgeving (of in de wijkpoli) plaatsvindt, onder directe verantwoordelijkheid van een medisch-specialist. Dit is in het belang van de verzekerde en kan helpen bij doelmatige inzet van zorgmedewerkers en middelen. Een voorbeeld is oncologische zorg thuis.

Een belangrijke randvoorwaarde voor een initiatief rond ziekenhuisverplaatste zorg is dat ziekenhuis, thuiszorgaanbieder en zorgverzekeraar afspraken maken én dat er voor de keten als geheel sprake is van een effectieve en efficiënte inzet van zorgmedewerkers. Voor iedere verschuiving van zorg naar de thuissituatie of wijkpoli verwachten we dan ook een positieve businesscase waarin ook de verschuiving naar kosten (in arbeid en middelen) elders in de keten, bijvoorbeeld de inzet van wijkverpleging, hulpmiddelen of farmacie, zijn meegenomen.

Zorg en Zekerheid staat open voor lokale initiatieven, maar vraagt initiatiefnemers ook elders ontwikkelde en effectief gebleken zorgpaden over te nemen. Zorg en Zekerheid ziet hier ook een rol voor de landelijke verenigingen van medisch-specialisten, zodat meer uniform wordt omgegaan met medisch-specialistische zorg in de thuissituatie. Indien buiten onze regio's afspraken met de preferente zorgverzekeraar zijn gemaakt over het verplaatsen van zorg gaan we graag in gesprek over het volgen van die afspraken.

Het verpleegkundig adviesgesprek

Om de inzet op zelfredzaamheid en de stepped care-benadering te stimuleren, maakt Zorg en Zekerheid graag afspraken met zorgaanbieders over de inzet van het 'verpleegkundig adviesgesprek'. Dit is een gesprek waarin de wijkverpleegkundige de (zorg)behoefte van een verzekerde in kaart brengt en vervolgens adviseert over welke mogelijke oplossingen er zijn vóórdat de hulpvraag automatisch wordt beantwoord met het leveren van (fysieke) zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld over concrete instructies aan verzekerde of mantelzorger over zelfzorg, de inzet van (digitale) hulpmiddelen of doorverwijzing naar het sociaal domein. Als uit het gesprek blijkt dat wijkverpleging noodzakelijk is, wordt dit gesprek onderdeel van de indicatiestelling. Zorg en Zekerheid gaat graag in gesprek over een passende bekostiging van dit verpleegkundig adviesgesprek.

4.2 Impactvolle transformaties

Zorg en Zekerheid staat open voor impactvolle transformaties voor het voorkomen, vervangen, verplaatsen en verduurzamen van zorg. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft de vereisten die Zorg en Zekerheid stelt aan impactvolle transformaties.

Het is voor Zorg en Zekerheid essentieel dat impactvolle transformaties toegevoegde waarde hebben voor verzekerden. Wij willen dit vormgeven door samen met zorgaanbieders uit de regio afspraken te maken om de zorg te veranderen. Hierbij is ook samenwerking tussen zorgaanbieders bij impactvolle transformaties essentieel. Zorg en Zekerheid vraagt zorgaanbieders om met initiatieven te komen die aansluiten op de strategieën 'regionale samenwerking', 'passende zorg', 'arbeidsmarkt', en 'duurzaamheid', zoals genoemd in haar visie (hoofdstuk 3). Zorgaanbieders buiten de regio kunnen een afspraak met hun preferente zorgverzekeraar aan ons toesturen waarna wij beoordelen of we de afspraak kunnen volgen.

4.3 Kwaliteit

Zorg en Zekerheid vindt het van belang dat er in haar gesprek met zorgaanbieders veel aandacht is voor kwaliteit en de toegevoegde waarde van zorg voor de verzekerde. Hiervoor is meer inzicht in kwaliteit nodig. Zorgaanbieders kunnen zich dan spiegelen, van elkaar leren en waar nodig verder verbeteren. Dit begint met de definitie van relevante indicatoren. Waar mogelijk sluit Zorg en Zekerheid aan bij indicatoren van de beroepsgroep, het Kwaliteitskader². Wij verwachten dat zorgaanbieders toelichten wat zij met de uitkomsten op de vanuit het kwaliteitskader wijkverpleging beschikbare indicatoren doen.

Daarnaast vinden wij het belangrijk dat onze verzekerden over informatie beschikken die helpt bij het kiezen van een zorgaanbieder die bij hen past. Landelijk zijn afspraken gemaakt om *etalage-informatie* over de wijkverpleging beschikbaar te stellen via een keuzehulp op ZorgkaartNederland. Zorg en Zekerheid verwacht dat zorgaanbieders de benodigde informatie via Vektis aanleveren bij ZorgkaartNederland en up-to-date houden.

4.4 Bekostiging en betaalbaarheid

Nieuwe bekostigingssystematiek

Zorg en Zekerheid vereist dat gecontracteerde zorgaanbieders vanaf 2025 verpleging en verzorging declareren op basis van de prestaties zoals omschreven in artikel 4, lid 1 f t/m o in de geldende NZa beleidsregel 'Experiment clientprofielen verpleging en verzorging' en in de bijbehorende NZa prestatiebeschrijvingbeschikking 'Experiment clientprofielen verpleging en verzorging' onder bijlage 1 lid 1 f t/m o. Een gecontracteerde zorgaanbieder kan vanaf 2025 dus geen verpleging of verzorging declareren op basis van de prestaties in artikel 4 a t/m d van de beleidsregel 'verpleging en verzorging'. Zorg en Zekerheid zal in 2025 bij de meeste zorgaanbieders in dezelfde tijdseenheid bekostigen als zij dat bij die zorgaanbieder in 2024 deed. Wanneer een zorgaanbieder in 2024 het integrale uurtarief declareerde op de ZN-doelgroepen, dan vergoeden wij die zorgaanbieder in 2025 ook op basis van een integraal uurtarief, maar dan per cliëntprofiel.

Maandtarieven

De nu meest gebruikelijke vorm van financiering op basis van geleverde uren kan belemmerend werken bij het realiseren van passende zorg. Voor het financieren van zorg willen wij juist ruimte bieden om cliënten en hun netwerk op een andere manier dan door het inzetten van zorgmedewerkers te ondersteunen. Hierdoor bevordert hun zelfredzaamheid en komen we tot een passende inzet van het schaarse zorgpersoneel. Dit kan bijvoorbeeld door de ondersteuning van cliënten te vergoeden aan de hand van een maandtarief in plaats van het vergoeden van een uurtarief voor geleverde zorg. Maandtarieven geven bovendien ruimte om te kunnen innoveren en zo nog beter tegemoet te kunnen komen aan dit doel. Zorg en Zekerheid bespreekt met haar maatwerkaanbieders of een overgang naar maandtarieven in specifieke gevallen uitvoerbaar is en bijdraagt aan passende zorg.

² Op het moment van publicatie van dit zorginkoopbeleid is het Kwaliteitskompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' nog niet door het Zorginstituut Nederland opgenomen in het Kwaliteitsregister. Vooralsnog geldt dus nog het Kwaliteitskader. Op het moment dat het Kwaliteitskompas is opgenomen, vervangt dit het Kwaliteitskader en dienen zorgaanbieders aan het Kwaliteitskompas te voldoen en inzicht te kunnen geven in (nog te ontwikkelen) indicatoren die uit het Kwaliteitskompas volgen.

Betaalbaarheid

Wij spannen ons in voor goede, toegankelijke én betaalbare zorg. Dat doen we door projecten en initiatieven te faciliteren die bijdragen aan doelmatigheid van zorg, maar ook door het maken van financiële doelmatigheidsafspraken. Zorg en Zekerheid kijkt bij betaalbaarheid van de wijkverpleging breder dan alleen de wijkverpleging. Als bijvoorbeeld een investering in wijkverpleging aantoonbaar tot besparingen elders in de keten leidt, dan zijn wij bereid daar in te investeren.

Daarnaast zien wij een grote variatie tussen zorgaanbieders in de wijze van indicatiestelling en de doelmatigheid van hun zorg. Die praktijkvariatie willen we terugdringen. Niet alleen vanuit de gedachte van betaalbaarheid, maar ook om het beschikbare personeel zo doelmatig mogelijk in te zetten. Zorg en Zekerheid maakt daarom waar nodig financiële doelmatigheidsafspraken over de gemiddelde inzet van uren zorg per cliënt om de onwenselijke praktijkvariatie terug te dringen. Ook zijn er zorgaanbieders waarmee wij een omzetplafond of een staffel afspreken. In hoofdstuk 6 staan de verschillende typen zorginkoopafspraken die wij gebruiken.

4.5 Speciale doelgroepen en zorg

Wijkverpleging is in de basis generalistische zorg en biedt thuis bij de cliënt zorg op het brede terrein van preventie en curatie, tot en met palliatie. De wijkverpleegkundige biedt de cliënt een breed spectrum van zorg, hulp en ondersteuning. Uitgangspunt is: generalistisch waar het kan, specialistisch waar het moet. De wijkverpleegkundige heeft de expertise om te beoordelen wanneer welke gespecialiseerde zorgverlener het beste kan worden ingezet. Het beleid en de aanvullende voorwaarden voor bijzondere zorgvormen en specifieke patiëntengroepen komen hierna aan de orde.

Dementiezorg

Wij vinden het belangrijk dat dementiezorg integraal wordt geleverd. Dit betekent dat iedere zorgaanbieder die met Zorg en Zekerheid een zorgovereenkomst aangaat voor het verlenen van wijkverpleging, ook de zorg aan mensen met dementie moet kunnen leveren of organiseren. Hierbij staat de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van de patiënt centraal. Ook de mantelzorgers van de patiënt zijn betrokken als belangrijk onderdeel van het netwerk en krijgen ondersteuning wanneer dit nodig is. De dementiezorg voldoet minimaal aan de geldende professionele standaarden voor dementiezorg.

Daarnaast verlangen wij dat alle gecontracteerde zorgaanbieders van wijkverpleging afspraken hebben inzake Ketenzorg Dementie, met dementienetwerken van de desbetreffende regio. Wij hebben als preferente zorgverzekeraar afspraken met de ketennetwerken in onze regio. Dit zijn 'Transmuralis' in Zuid-Holland Noord en 'Ketenzorg Dementie Amstelland en de Meerlanden' in de gelijknamige regio. Ketenzorg Dementie is een samenhangend geheel van zorginspanningen dat verschillende zorgaanbieders binnen een herkenbare regiefunctie leveren, het zogeheten ketennetwerk. Bij Ketenzorg Dementie staat het patiëntproces centraal, wat blijkt uit geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van de zorg. Ketenzorg Dementie wordt in het hele land georganiseerd in dementienetwerken die als regionaal samenwerkingsverband over de domeinen van Wmo, Zvw en Wlz heen samenwerken. Zij geven hierbij invulling aan de 'Zorgstandaard Dementie 2020' en de 'Leidraad Ketenzorg Dementie' voor de uitvoering.

Casemanagement dementie

Zorgverzekeraars hebben op verzoek van zorgaanbieders hun zorginkoopbeleid met betrekking tot casemanagement dementie geüniformeerd. Zorg en Zekerheid volgt in haar zorginkoopbeleid dit geharmoniseerde beleid van ZN. Zie [Wijkverpleging - Zorgverzekeraars Nederland \(zn.nl\)](https://www.zn.nl/wijkverpleging-zorgverzekeraars-nederland).

Wij vinden dat de direct cliëntgebonden activiteiten van het casemanagement onderdeel uitmaken van het wijkverpleegkundig handelen. Daarmee zijn ze onderdeel van de integrale prestatie en bijbehorend tarief. Alleen die partijen die zijn aangesloten bij een regionaal georganiseerde dementieketen, kunnen casemanagement onder deze integrale prestatie declareren.

Palliatief-terminale zorg

Zorg en Zekerheid hanteert het uitgangspunt dat iedereen recht heeft om te sterven waar hij wil, met de zorg die daarvoor nodig is. Om de palliatief-terminale zorg in de thuissituatie te ondersteunen, stelt Zorg en Zekerheid de palliatieve kit beschikbaar. Lokale knelpunten in capaciteit van zorg kunnen de mogelijkheden om thuis te overlijden wel beperken. Zorg en Zekerheid verwacht van zorgaanbieders dat cliënten worden begeleid en doorverwezen naar bijvoorbeeld een hospice, Bijna-thuis-huis of palliatieve unit, wanneer thuis sterven toch niet mogelijk blijkt. Voor de bekostiging van deze zorgvormen (via eerstelijnsverblijf of wijkverpleging) geldt dat Zorg en Zekerheid haar huidige beleid voortzet, mits dit beleid niet strijdig is met landelijke afspraken.

Juist in deze fase van het leven dient aandacht te zijn voor advance care planning (ACP), om de wensen en behoeften van cliënten in beeld te krijgen. Geholpen door de arts en wijkverpleegkundige kan de client beslissen over passende zorg in de laatste levensfase. Hierdoor worden bijvoorbeeld onnodige ziekenhuisopnames of onwenselijk belastende behandelingen voorkomen. Daarnaast draagt het bespreekbaar maken bij aan het aanvaarden van het levenseinde. Niet de ziekte, maar de mens en kwaliteit van leven staat hierbij centraal.

Vrijwilligers kunnen een belangrijke rol spelen bij de zorg en ondersteuning in de laatste levensfase. Wij vragen zorgaanbieders hier in een vroeg stadium voldoende aandacht voor te hebben. Bijvoorbeeld in het geval waarbij een cliënt niet alleen kan zijn, maar er ook geen geneeskundige noodzaak is voor professionele zorg. De inzet van vrijwilligers en andere diensten vanuit de Wmo kan dan een belangrijke rol binnen de totale hulpvraag spelen. Specifieke voorwaarden voor het leveren van palliatief-terminale zorg, zoals het voldoen aan het kwaliteitskader palliatieve zorg, staan in bijlage 2.

Medische kindzorg

Wijkverpleegkundige zorg aan kinderen kan onder verschillende zorgwetten vallen. Verpleegkundige zorg voor zieke kinderen binnen de Zvw, medische kindzorg, vereist specifieke deskundigheid. Deze zorg contracteren wij daarom uitsluitend bij gespecialiseerde (kinder)thuiszorgorganisaties. Voor medische kindzorg geldt dat een BIG-geregistreerd en een bachelor of master opgeleide kinderverpleegkundige de zorg indiceert. De indicatie dient conform het normenkader van V&VN en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van het kind en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).

Medische kindzorg kent één contractvorm waarin drie mogelijke vormen van kindzorg zijn beschreven: medische kindzorg voor de zorg aan kinderen thuis, het verpleegkundig kinderdagverblijf en verpleegkundige kinderdagopvang. Specifieke voorwaarden voor het leveren van zorg aan kinderen kunt u vinden in bijlage 2.

Regiefunctie complexe wondzorg

De prestatie regiefunctie complexe wondzorg is een traject waarin de gecontracteerde zorgaanbieder de cliënt voor een of meerdere complexe wonden begeleidt, adviseert en/of behandelt. Het traject omvat de volgende onderdelen: de opstelling en zo nodig tussentijdse bijstelling van een behandelplan, de bespreking ervan met de patiënt, kennisdeling en -verspreiding, advies rondom leefstijlverbetering aan

de patiënt, casemanagement en triage, en afstemming met de medisch-specialist en/of huisarts. De prestatie brengt u op cliëntniveau in rekening.

Regionale samenwerking bij complexe wondzorg

Vernieuwende vormen van zorgverlening en organisatie van complexe wondzorg leiden gemiddeld tot snellere genezing van complexe wonden en tot een besparing op verbandmiddelen. Waar generalistische zorg niet voldoet, is tijdige inschakeling van de juiste expertise nodig. Integrale samenwerking in de hele wondzorgketen is nodig om de juiste zorg op de juiste plek te leveren. Een wondzorgregisseur/regiebehandelaar speelt daarbij een belangrijke rol. Zorg en Zekerheid vereist dat zorgaanbieders met een 'regiefunctie complexe wondzorg' deelnemen aan een multidisciplinaire samenwerking met betrekking tot deze zorg in de regio. De regiebehandelaar maakt regionale werkafspraken met (afvaardigingen van) huisarts, medisch-specialist, apothekers en/of hulpmiddelleveranciers. Wij bespreken jaarlijks de regionale ontwikkelingen en behaalde resultaten met betrokken zorgaanbieders in de regio.

Zorgaanbieders met regiefunctie complexe wondzorg

In hoofdstuk 6 leest u hoe u als zorgaanbieder in aanmerking komt voor de levering van de regiefunctie complexe wondzorg. Zorg en Zekerheid gebruikt de 'Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland' als leidraad voor de kwaliteitseisen van wondzorg en de samenwerking hierin. In bijlage 2 leest u de voorwaarden voor de levering van de prestatie.

5 Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst?

5.1 Minimum- en kwaliteitseisen

Zorgaanbieders komen mogelijk in aanmerking voor een zorgovereenkomst als zij voldoen aan de eisen die Zorg en Zekerheid stelt. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft de algemene minimum- en kwaliteitseisen.

Voor zorgaanbieders van wijkverpleging gelden de volgende aanvullende kwaliteits- en minimumeisen:

- Zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst indien de te leveren zorg voldoet aan de definitie van wijkverpleging zoals beschreven in het *Besluit Zorgverzekeringswet* en uitgewerkt in onze polisvoorwaarden. Ook moet deze zorg voldoen aan de relevante NZa-beleidsregels voor verpleging en verzorging en aan andere relevante wet- en regelgeving en beroepsnormen vanuit de V&VN.
- Naast de wettelijke eisen aan wijkverpleging stelt Zorg en Zekerheid specifieke eisen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen. In bijlage 2 zijn de voor wijkverpleging specifieke kwaliteitscriteria beschreven. Daarnaast zijn de Algemene inkoopvoorwaarden wijkverpleging en de zorgovereenkomst inclusief bijlagen van toepassing. Uiterlijk 1 juli 2024 publiceert Zorg en Zekerheid deze documenten op haar [website](#).

Zorg en Zekerheid biedt ZZP'ers geen individuele zorgovereenkomst aan. Zorg en Zekerheid kan hier een uitzondering op maken indien naar haar oordeel de zorg van ZZP'ers nodig is om aan de zorgplicht te voldoen.

5.2 Looptijd van de zorgovereenkomsten

Zorgovereenkomst wijkverpleging	Looptijd
Basis	Eén jaar
Basis plus	Eén jaar
Maatwerk	Eén, twee of drie jaar

5.3 Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders

Alle zorgaanbieders die in 2024 een zorgovereenkomst hadden met Zorg en Zekerheid, die voldoen aan de eisen in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) en aan de minimum- en kwaliteitseisen zoals beschreven in hoofdstuk 5.1, bieden wij voor 2025 in beginsel weer een zorgovereenkomst aan, tenzij anders benoemd in dit zorginkoopbeleid.

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen niet opnieuw een zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders.

5.4 Informatie voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders

Niet-gecontracteerde zorgaanbieders komen mogelijk in aanmerking voor een zorgovereenkomst, indien zij voldoen aan de eisen in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) en aan de minimum- en kwaliteitseisen zoals beschreven in hoofdstuk 5.1. Hierbij houdt Zorg en Zekerheid onder andere rekening met het huidige gecontracteerde aanbod, de focus op de regio, de toegevoegde waarde van het nieuwe aanbod, de aanwezigheid van Zorg en Zekerheid-verzekerden en het voldoen aan de zorgplicht.

Aanvragen zorgovereenkomst 2025

Wanneer u als niet-gecontracteerde zorgaanbieder in aanmerking wilt komen voor een zorgovereenkomst 2025, dan kunt u uw aanvraag uiterlijk 31 augustus 2024 indienen onder vermelding van 'Verzoek zorgovereenkomst wijkverpleging' bij contractbeheer@zorgenzekerheid.nl.

Verdere informatie over de procedure voor het verkrijgen van een zorgovereenkomst kunt u vinden in de 'procedure contractering van nieuwe zorgaanbieders wijkverpleging/instapcriteria' op de [website](#) van Zorg en Zekerheid.

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders.

Tussentijds aanvragen zorgovereenkomst

Zorg en Zekerheid is terughoudend in het contracteren van niet-gecontracteerde zorgaanbieders gedurende het lopende contractjaar. Heeft u toch een verzoek voor een zorgovereenkomst, dan kunt u uw aanvraag indienen onder vermelding van 'Verzoek zorgovereenkomst wijkverpleging' bij contractbeheer@zorgenzekerheid.nl. Indien de aanvraag compleet is en wordt goedgekeurd, dan krijgt u per de eerste kalenderdag van de maand van aanvragen een zorgovereenkomst aangeboden. De zorgovereenkomst moet binnen zes weken na de dag van ontvangst door de zorgaanbieder worden ondertekend.

5.5 Contractvormen

Als u in aanmerking komt voor een zorgovereenkomst, dan kent Zorg en Zekerheid voor wijkverpleging meerdere contractvarianten. Wij maken onderscheid tussen de basisovereenkomst, de 'basisovereenkomst nieuwe zorgaanbieder' en de maatwerkovereenkomst.

Basisovereenkomst

De meeste zorgaanbieders ontvangen van Zorg en Zekerheid een aanbod voor een basisovereenkomst. Het gaat dan om zorgaanbieders die een relatief beperkte hoeveelheid cliënten hebben die bij Zorg en Zekerheid verzekerd zijn. Binnen de basisovereenkomsten bestaan twee verschillende categorieën, zie onderstaande tabel. Bij een basisovereenkomst kunnen wij ook afspraken maken over wondzorg en thuiszorgtechnologie, dit wordt opgenomen in een aanvullende afspraak.

Categorie	Omzet	Gemiddeld aantal uren zorg per verzekerde per jaar	Afspraak
Basis	≤ €500.000,-	Gelijk of minimale afwijking van het landelijk gemiddelde	Prijsafsprak
Basis met een aanvullende afspraak	≤ €500.000,-	Afwijking boven het landelijk gemiddelde	Omzetplafond of omzetplafond met staffelafpraak

Basisovereenkomst nieuwe zorgaanbieder

Een belangrijk aandachtspunt voor Zorg en Zekerheid bij het aangaan van een zorgovereenkomst met een nieuwe zorgaanbieder voor wijkverpleging, is de kwaliteit van indicatiestelling en doelmatige zorgverlening. Daarom behouden wij ons het recht voor om zorgaanbieders die voor het eerst een zorgovereenkomst aanvragen, een overeenkomst voor één jaar aan te bieden met daarbij een extra voorwaarde. Deze voorwaarde bestaat uit een voorafgaande machtigingsprocedure voor iedere verzekerde die in zorg komt en waarvoor de nieuwe zorgaanbieder kosten in rekening brengt. Na één jaar, en bij gebleken kwaliteit van indicatiestelling en doelmatige zorgverlening, vervalt het machtigingsbeleid en geldt hetzelfde beleid als voor alle bestaande zorgaanbieders.

Verdere informatie over de procedure voor het verkrijgen van een zorgovereenkomst kunt u vinden in de 'procedure contractering van nieuwe zorgaanbieders wijkverpleging/instapcriteria' op de [website](#) van Zorg en Zekerheid.

Maatwerkovereenkomst

Een aantal zorgaanbieders ontvangt op initiatief van Zorg en Zekerheid een voorstel voor een maatwerkovereenkomst. Voor een maatwerkovereenkomst komen partijen in aanmerking die:

- in de regio van Zorg en Zekerheid werkzaam zijn en daarbij een aanmerkelijk zorgvolume (omzet > €500.000,-) hebben, of
- landelijk opereren en daarbij een aanmerkelijk marktaandeel bedienen, met een significant volume én lokaal een voorname (keten- of regio-)rol vervullen bij de totstandkoming van de zorginzet.

Kenmerkend voor de maatwerkovereenkomst is dat Zorg en Zekerheid en de zorgaanbieder in overleg komen tot een afspraak die passend is bij de situatie, in aanvulling op de afspraken in de

basisovereenkomst. Hierbij kunnen onder meer afspraken gemaakt worden over (regionale) projecten, innovatie en de inzet van thuiszorgtechnologie. Er is bij maatwerkovereenkomsten vrijwel altijd sprake van een vorm van opbrengstverrekening. Deze kan op basis zijn van een afspraak over doelmatigheid, op basis van een omzetplafond (per cliënt) of van een staffelafpraak. Eventuele meerjarige en/of experimentele afspraken op basis van *shared savings* behoren bij een maatwerkovereenkomst tot de mogelijkheden. Zorg en Zekerheid neemt zelf het initiatief tot dit soort afspraken.

5.6 Bijcontracteren

In deze paragraaf leest u onder welke omstandigheden bijcontracteren mogelijk is. Bijcontracteren kan van toepassing zijn bij het tussentijds herzien van het omzetplafond. Bijcontractering vindt plaats met inachtneming van het financiële kader dat Zorg en Zekerheid (nog) tot beschikking heeft.

Een afspraak over een omzetplafond wordt gemaakt op basis van een afspraak over een verwacht maximaal aantal cliënten en een afspraak over een maximum aantal uren zorg per cliënt per jaar. Indien de zorgaanbieder gedurende het contractjaar signaleert dat het aantal cliënten de afspraak zal overtreffen, dan kan de zorgaanbieder een verzoek doen om het omzetplafond te verhogen. De zorgaanbieder meldt zich dan voor 1 september van het contractjaar en uiterlijk op het moment dat 70% van de afgesproken omzet reeds door Zorg en Zekerheid is vergoed.

De zorgaanbieder dient dit verzoek te onderbouwen en per e-mail te sturen aan de [afdeling Contractbeheer](#). In haar onderbouwing gaat de zorgaanbieder in ieder geval in op de volgende onderwerpen:

- aantal verzekerden van Zorg en Zekerheid in het lopende jaar in zorg;
- verwachte aantal extra verzekerden van Zorg en Zekerheid in zorg voor het lopende jaar;
- reden voor toename aan verzekerden van Zorg en Zekerheid in zorg;
- gemiddeld aantal uren zorg per maand bij verzekerden van Zorg en Zekerheid.

Hoewel Zorg en Zekerheid zich het recht voorbehoudt om bij voor haar moverende redenen niet bij te contracteren, is zij in beginsel bereid om het omzetplafond op te hogen voor zover de verwachte overschrijding veroorzaakt wordt door een onderbouwde toename aan cliënten, en niet door een overschrijding van het maximum aantal uren zorg per cliënt. Alleen in hele uitzonderlijke gevallen kan dit laatste reden zijn het omzetplafond te verhogen. In dat geval dient de zorgaanbieder aan te tonen wat de reden van de overschrijding is en wat aan maatregelen genomen wordt om de zorginzet waar mogelijk te beperken.

Wij beoordelen of er vervolgens nog aanvullende informatie nodig is om een besluit te nemen over de verhoging van het omzetplafond. Zorg en Zekerheid zal binnen 20 werkdagen na ontvangst van het verzoek aan de zorgaanbieder kenbaar maken of en op welke wijze zij bereid is aan het verzoek te voldoen. Wij behouden ons het recht voor om in geval van bijcontractering het omzetplafond om te zetten in een doelmatigheidsafpraak over de maximale gemiddelde kosten per cliënt. De zorgaanbieder zal de extra afgesproken omzet verspreid over het resterende jaar inzetten.

6 Hoe ziet het contracteerproces eruit?

6.1 Bepalen van de tarieven

In het geval van uurtarieven is het tarief dat Zorg en Zekerheid voor 2024 met u heeft afgesproken het uitgangspunt voor het tarief van 2025. Zorg en Zekerheid volgt voor de totstandkoming van de tarieven

in 2025 de voorlopige personele en materiële indexeringen zoals die door de NZa zijn gepubliceerd (peilmoment 1 september 2024). Hierbij wordt die indexering zo nodig gecorrigeerd met de door de NZa doorgevoerde correctie op de eerder afgegeven voorlopige indexering over 2024. Specifieke of lokale omstandigheden kunnen een reden zijn om afwijkende tariefafspraken te maken.

Bij het maken van tariefafspraken kan ook gebruik gemaakt worden van het 'Rekenmodel Wijkverpleging' zoals die in overleg tussen ZN, Actiz en Zorgthuisnl tot stand is gekomen. Zorg en Zekerheid beschouwt het Rekenmodel als een hulpmiddel om in het belang van haar verzekerden tot passende tarieven te komen. Hierbij geldt dat hoe beter de verschillende kostenposten inhoudelijk zijn toegelicht, hoe beter het gesprek op basis van het Rekenmodel kan plaatsvinden. Zorg en Zekerheid neemt alleen volledig ingevulde Rekenmodellen in Excel-format met zichtbare formules in behandeling. Afwijkingen in de doelmatigheid van de zorg of marktconformiteit van een tarief kunnen ook een reden voor een specifieke tariefaanpassing.

In het geval van maandtarieven vindt jaarlijks een herijking van het tarief plaats op basis van de verwachte zorginzet (kosten) per maand. Zorg en Zekerheid verlangt ook bij de vaststelling en monitoring van maandtarieven betrouwbare informatie over ingezette uren zorgverlening. Wij realiseren ons dat dit wat tegenstrijdig is met de gedachte achter het gebruik van maandtarieven, maar de uren aan fysieke zorgverlening vormen nog een belangrijke kostendrijver binnen de wijkverpleging. Ook gezien de nog grote verschuiving in de inzet van fysieke zorg is jaarlijkse herijking van die kostendrijver van belang. Het gemiddeld aantal uren per maand, vermenigvuldigd met het geïndexeerde uurtarief, vormt een basis voor de berekening van het nieuwe maandtarief.

Indien in een regio een gezamenlijke organisatie voor onplanbare nachtzorg beschikbaar is, zal Zorg en Zekerheid de afspraken hierover met de preferente zorgverzekeraar op basis van het volgformulier en de totale begroting met toelichting volgen. Zie paragraaf '*Regionale samenwerking in de onplanbare nachtzorg*' onder hoofdstuk 4.1. Voor de bekostiging van deze voorziening geldt voor zorgaanbieders van wijkverpleging in die regio een verplichte financiële bijdrage via een beperkte afslag op het tarief. Zorg en Zekerheid gebruikt die middelen om de begroting van het samenwerkingsverband naar rato van het aandeel verzekerden met wijkverpleging te vergoeden. Betreffende zorgaanbieders worden hier individueel over geïnformeerd.

Aanvullende afspraken

Thuiszorgtechnologie

Voor de inzet van beeldschermzorg en slimme medicijndispensers neemt Zorg en Zekerheid een standaardvergoeding per cliënt per maand op in haar zorgovereenkomst. Voor de inzet van andere (aanvullende) thuiszorgtechnologieën kunnen zorgaanbieders binnen de regio van Zorg en Zekerheid een aanvraag doen met het landelijk uniforme '[Aanvraagformulier thuiszorgtechnologie](#)' op onze website. Zorgaanbieders buiten de regio van Zorg en Zekerheid kunnen met hetzelfde formulier een aanvraag doen bij de voor hen preferente zorgverzekeraar. Wij honoreren dat verzoek als de afspraak in het belang is van onze verzekerden. Hierbij voeren we een eigen beleid voor het aantal te vergoeden uren en de hoogte van het tarief.

Wondzorg

Zorg en Zekerheid heeft in haar regio al een aantal zorgaanbieders voor de prestatie regiefunctie complexe wondzorg gecontracteerd. Wij staan in beperkte mate open voor aanvullend aanbod. Zorgaanbieders binnen de regio van Zorg en Zekerheid die nog geen zorgovereenkomst hebben voor

deze prestatie en dat wel willen, kunnen via zorginkoop.wijkverpleging@zorgenzekerheid.nl een verzoek doen voor overleg. In bijlage 2 kunt u de voorwaarden lezen voor de levering van wondzorg.

Zorgaanbieders buiten de regio van Zorg en Zekerheid kunnen een verzoek doen om een afspraak met de voor hen preferente zorgverzekeraar inhoudelijk te volgen. Ook hiervoor gelden de voorwaarden zoals in bijlage 2 staan. Wij honoreren uw verzoek als de afspraak in het belang is van de verzekerden. Voor de hoogte van het tarief voert Zorg en Zekerheid een eigen beleid.

6.2 Aanbod van de zorgovereenkomsten

U krijgt de zorgovereenkomst digitaal aangeboden via het Zorginkoopportaal van VECOZO. U dient tijdig een certificaat aan te vragen bij VECOZO om de zorgovereenkomst te kunnen inzien en ondertekenen. Waar mogelijk krijgt u de zorgovereenkomst aangeboden op ondernemingsniveau. U kunt met alle in Vektis gekoppelde vestigingen declaraties indienen. Wij gebruiken de uitvraagmodule voor het uitvragen van het werkgebied per zorgaanbieder.

De contractering vindt plaats op basis van de gegevens zoals bekend bij Vektis. De gegevens in de [zorgzoeker](#) op de website van Zorg en Zekerheid baseren wij ook op Vektis. Het bij Vektis geregistreerde e-mailadres gebruiken wij om u te informeren. Het is daarom belangrijk dat u de gegevens controleert en waar nodig direct wijzigt bij Vektis.

6.3 Planning

De planning voor het inkoopjaar 2025 ziet er als volgt uit:

Uiterste datum	Inkoopactiviteit wijkverpleging
1 april 2024	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .
31 augustus 2024	Uiterste datum voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders om een zorgovereenkomst 2025 aan te vragen.
September 2024	Aanbieden zorgovereenkomsten aan zorgaanbieders.
10 november 2024	Uiterste datum van ondertekening in VECOZO Zorginkoopportaal.
12 november 2024	Informeren van verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod via de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid.
Gedurende heel 2024	Publicatie van eventuele aanvullingen en/of wijzigingen op het zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .

Als naar het oordeel van Zorg en Zekerheid omstandigheden aanleiding geven het zorginkoopbeleid en de zorginkoopprocedure tussentijds aan te passen, zullen wij u hierover informeren via een bericht op onze [website](#).

7 Heeft u vragen?

Wij hopen dat u een helder beeld heeft van het zorginkoopbeleid wijkverpleging 2025 van Zorg en Zekerheid. Heeft u vragen over de contractering, dan kunt u deze vragen per e-mail stellen via contractbeheer@zorgenzekerheid.nl. U kunt Zorg en Zekerheid tussen 8 en 12 uur telefonisch bereiken op 071 582 5441.

Disclaimer

Dit zorginkoopbeleid is opgesteld met inachtneming van de nu bekende wettelijke, beleids- en financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor om het zorginkoopbeleid en de bijbehorende zorginkoopprocedure op enig moment aan te passen wegens interne factoren, externe factoren waaronder gewijzigde of nog te wijzigen wet- en regelgeving (inclusief beleidswijzigingen) en gewijzigde of nog te wijzigen financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich ook het recht voor om het zorginkoopbeleid verder aan te vullen, te wijzigen en/of te verduidelijken.

Bijlage 1: Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Inleiding

Verduurzamen van de zorgsector

De zorgsector is verantwoordelijk voor 7% van de CO₂-uitstoot, 13% van het grondstofverbruik en 4% van het afval in Nederland (RIVM, 2022). Dat heeft ernstige gevolgen voor onze leefomgeving en gezondheid.³ Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om – naast onze eigen verduurzaming – een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap (Zvw- en Wlz-breed). Daarom zetten we samen met zorgaanbieders in op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector en monitoring daarvan.

We doen dit op basis van de afspraken die in Nederland gemaakt zijn in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0). De GDDZ 3.0 is op 4 november 2022 door zorgbranches⁴, kennisinstituten, ministeries, de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland getekend. De kaders van de Green Deal zijn het Rijksbrede beleid en (internationale) wetgeving, waaronder 55% CO₂-reductie in 2030, 50% minder gebruik van primaire abiotische grondstoffen in 2030 en de Ketenaanpak Medicijnresten uit Water. Meer informatie hierover is te vinden in de GDDZ 3.0.⁵

CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)

Een nieuwe ontwikkeling is de Europese CSRD die bedrijven en organisaties verplicht te rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Dit geldt niet alleen voor de impact van de eigen bedrijfsvoering, maar voor impacts in de gehele keten van leveranciers en afnemers van de rapporterende organisatie. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om (in 2026) te rapporteren conform de CSRD-vereisten over het verzekeringsjaar 2025.⁶ Dit betekent dat wij mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties van onze leveranciers en zorgaanbieders nodig hebben. We verwachten dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die zorgverzekeraars van hen nodig hebben in kader van de CSRD-wetgeving. De zorgverzekeraars stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ3.0- partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Hoe dit er voor 2025 precies uit gaat zien, is op dit moment nog niet bekend. Zodra hierover meer duidelijk is, zult u door de zorgverzekeraars worden geïnformeerd. We spannen ons in om hierover zo snel mogelijk, en bij voorkeur voor 30 juni 2024, duidelijkheid te kunnen bieden.

³ [Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. Methode voor milieuvoetafdruk en voorbeelden voor een goede zorgomgeving | RIVM](#)

⁴ Voor de Zvw-bekostigde zorgverlening betreffen de GDDZ3.0-partners de zorgbranches Actiz, de Nederlandse ggz, KNMP, NFU en NVZ.

⁵ [Green Deal Samen werken aan duurzame zorg \(Green Deal 3.0\)](#)

⁶ Sommige (grotere) zorgverzekeraars rapporteren al per 2025 conform de CSRD-vereisten (over verzekeringsjaar 2024).

Zorginkoopbeleid 2025

Om samen met zorgaanbieders in te zetten op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector, verwachten we van zorgaanbieders dat zij:

- zich committeren aan de doelen van de GDDZ 3.0 die op 4 november 2022 tussen zorgpartijen is overeengekomen voor de periode tot en met 2026. Wij bedoelen met commitment dat de zich committerende zorgaanbieder zich in beleid en handelen aantoonbaar en uitlegbaar richt op het realiseren van de doelstellingen van de GDDZ3.0.;
- duurzaamheid verankeren in hun strategie. Van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in geval zij verplicht zijn een jaarverslag te maken maar niet CSRD-plichtig zijn, in het jaarverslag ook rapporteren over de duurzaamheidsprestaties van hun organisatie (voor zo ver beschikbaar) en hoe die zich verhouden tot doelen en ambities van de organisatie (voor zo ver bepaald);
- conform GDDZ3.0 (art. 4.2.e.) een mobiliteitsplan hebben opgesteld gericht op het terugdringen van de CO2-emissie t.g.v. vervoersbewegingen van medewerkers (alleen zorgaanbieders met meer dan 100 fte).⁷

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector. Zie www.zn.nl voor Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars daartoe hebben verzameld.

⁷ [RVO inzake rapportage werkgebonden personenmobiliteit; MPZ inzake wetgeving werkgebonden personenmobiliteit](#)

Bijlage 2: Kwaliteitscriteria

Algemeen

- De kwaliteit van de zorgverlening voldoet minimaal aan het Kwaliteitskader Wijkverpleging⁸. Indien het 'Generiek kompas; Samen werken aan kwaliteit van bestaan' in 2024 door het Zorginstituut wordt bekrachtigd dan dient de zorgverlening per 2025 aan dit Generiek kompas te voldoen.
- De zorgaanbieder levert desgevraagd digitale informatie aan waarmee de zorgverzekeraars kwaliteit kunnen toetsen en benchmarken.
- De zorgaanbieder borgt kwaliteit doordat deze beschikt over een (inter)nationaal erkend kwaliteitssysteem dat gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit).
- Als de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst wegens achterblijvende kwaliteit een maatregel van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd krijgt opgelegd, zullen partijen overleggen over een verbeterplan voor de oplossing van de kwaliteitsproblemen.
- De zorgaanbieder werkt met een elektronisch cliënten dossier (ECD).
- De zorgaanbieder werkt met een verpleegkundig classificatiesysteem zoals OMAHA, NANDA, NIC, NOC, ICIDH, RAI of een vergelijkbaar systeem met als doel inzet, inhoud en resultaat van zorg te ordenen en te standaardiseren.
- De zorgaanbieder draagt zorg voor navolgbare verslaglegging van het verpleegkundig proces dat voldoet aan het normenkader indiceren en richtlijn verpleegkundige verslaglegging.
- De zorgaanbieder draagt zorg voor een duidelijke informatievoorziening via de eigen website. Minimaal staat op de eigen website actuele informatie over:
 - De bereikbaarheid van de zorgaanbieder.
 - De toegang tot de zorg via zorgbehoeftebepaling door de wijkverpleegkundige.
 - Het gegeven dat voor geïndiceerde wijkverpleging geen eigen risico en/of eigen bijdrage verschuldigd is.
 - Het werkgebied van de zorgaanbieder, minimaal op gemeenteniveau en waar nodig op 4-cijferig postcodeniveau.
- De zorgaanbieder heeft in de periode 2021-2024 een klanttevredenheidsonderzoek gehouden en heeft in overleg met de cliëntenraad verbeterpunten uit het onderzoek aantoonbaar en actief ter hand genomen. De voorgaande zin is niet van toepassing als de zorgaanbieder niet gedurende de gehele voornoemde periode zorg verleende die per 2025 valt onder verpleging en verzorging.
- De zorgaanbieder heeft gedurende de hele looptijd van de zorgovereenkomst voldoende BIG-geregistreerde bachelor of master opgeleide verpleegkundigen in loondienst om de indicatiestelling te kunnen uitvoeren en de zorg te kunnen coördineren. Indien vakbekwaam - conform beroepsnormen - indiceren geen onderdeel is geweest van de opleiding van deze verpleegkundigen, dan verwacht Zorg en Zekerheid dat deze kennis op een andere wijze is opgedaan.
- De zorgaanbieder zet voor de levering van de zorg minimaal de vereiste deskundigheidsniveaus in, conform de richtlijnen en protocollen die de beroepsgroep hanteert.
- De zorgaanbieder zorgt voor voldoende leer- en ontwikkelmogelijkheden zodat verpleegkundigen en verzorgenden hun actuele deskundigheid en bekwaamheid kunnen onderhouden en tevens kunnen aantonen dat zij voldoen aan de professionele standaard omtrent deskundigheidsbevordering van hun beroepsgroep. Zorg en Zekerheid moedigt de

⁸ Kwaliteitskader Wijkverpleging, Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging, 19 april 2018

zorgaanbieder aan om al haar verpleegkundigen (HBO/MBO) en verzorgenden (minimaal niveau 3) in het Kwaliteitsregister V&V te laten registreren.

Zorg en Zekerheid staat de inzet van helpenden (niveau 2) en ander zorgpersoneel in de wijkverpleging onder voorwaarden toe. Voor de voorwaarden volgt Zorg en Zekerheid de landelijke geüniformeerde voorwaarden. Zie [Wijkverpleging - Zorgverzekeraars Nederland \(zn.nl\)](https://www.zn.nl).

- De zorgaanbieder heeft de richtlijn *Veilige principes in de medicatieketen* in de eigen organisatie geïmplementeerd.
- De zorgaanbieder werkt zichtbaar en actief met de risicosignalering zorgproblemen, zoals huidletsel, voedingstoestand, incontinentie, valpreventie, depressie en medicatiegebruik. Dit uit zich in ingevulde risicoanalyses en de opvolging daarvan in het dossier van de verzekerde.
- De zorgaanbieder spant zich maximaal in om het aantal in te zetten medewerkers bij een verzekerde zoveel mogelijk te verminderen. De zorgaanbieder hanteert als uitgangspunt dat de planning niet leidend is en dat deze zoveel mogelijk vanuit de wens van de verzekerde werkt.
- De zorgaanbieder werkt samen met andere relevante partijen voor de realisatie van een sluitend zorgaanbod. De zorgaanbieder participeert actief in het sociale netwerk in haar werkgebied.

Voorwaarden voor de levering van palliatief-terminale zorg

- Palliatief-terminale zorg voldoet minimaal aan het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg⁹ en de Handreiking Palliatieve zorg thuis¹⁰.
- De zorginzet wordt bepaald aan de hand van het indicatieproces zoals vastgelegd in het normenkader indiceren.
- De zorgaanbieder is 24 uur per dag en zeven dagen in de week bereikbaar en heeft adequate achterwachtregeling georganiseerd.
- De zorgaanbieder past ook in de palliatief terminale fase de stepped care principes toe. Wijkverpleging kan worden ingezet voor de medisch noodzakelijke zorg. De zorgaanbieder betreft ook het netwerk. Zij kunnen eventueel worden ondersteund door Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg. Daarnaast kan de gemeente ondersteuning bieden.
- De zorgaanbieder zet een continue aanwezigheid en toezicht door de wijkverpleging alleen in als er een noodzaak is tot 'verpleegkundig toezicht'. Dit staat aantoonbaar in het zorgplan. Voor de verdere invulling wordt verwezen naar de nadere duiding van het Zorginstituut.¹¹
- De zorgaanbieder maakt optimaal gebruik van consultatievoorzieningen.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg.
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers zich scholen op het gebied van palliatieve zorg.

Voorwaarden voor de levering van individueel casemanagement dementie

De levering van casemanagement voldoet aan de Zorgstandaard Dementie 2020. Voor de nadere invulling verwijzen we naar de Geharmoniseerde tekst casemanagement dementie in inkoopbeleid 2025 van Zorgverzekeraars Nederland. Zie [Wijkverpleging - Zorgverzekeraars Nederland \(zn.nl\)](https://www.zn.nl).

⁹ Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliatief, 2017

¹⁰ Handreiking Palliatieve zorg thuis; Een uitwerking van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland voor wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en verzorgenden; versie december 2019

¹¹ Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding dd. 28 maart 2019

Voorwaarden voor de levering van medische kindzorg

- De zorgaanbieder werkt volgens de uitgangspunten van het Handvest Kind & Zorg¹² om de rechten van het kind en het gezin waar het kind toe behoort te bewaken.
- De indicatie wordt gesteld door een BIG-geregistreerd bachelor of master opgeleide kinderverpleegkundige. Hierbij worden het normenkader indiceren en de handreiking indicatieproces kindzorg gevolgd.
- De zorgaanbieder werkt volgens de vier fasen van het Medische Kindzorgsysteem en deze fasen zijn verwerkt in haar werkwijze.
- De zorg voor het kind is op maat, beweegt flexibel mee met de continu veranderde zorgvraag en wordt regelmatig geëvalueerd. Concreet krijgt dit vorm door de mogelijkheid om het zorgplan op elk moment bij te stellen. De zorgaanbieder doet dit in overleg met het kind en het gezin zodra daar aanleiding toe is. Het kind en het gezin worden actief gestimuleerd hieraan bij te dragen. Veranderingen in het zorgplan gebeuren in afstemming met de kinderarts.
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat deze elk ziek kind en het gezin van het kind tijdens het hele zorgtraject actief wijst op informatie over het organisatie- en indicatieproces van de zorg. Informatievoorziening richt zich op het kind en het gezin, met specifieke aandacht voor de vier kinderleefdomeinen.
- De zorgaanbieder heeft niet alleen aandacht voor het medisch-technische aspect maar ook voor de ontwikkeling, het sociale domein en de veiligheid van het kind. De zorgaanbieder hoeft deze zorg niet zelf te leveren, maar heeft wel een signaalfunctie. De zorgaanbieder moet naar passende ondersteuning verwijzen of deze inschakelen als dat nodig is.
- De zorgaanbieder borgt de veiligheid van het kind door:
 - Te werken met de geldende meldcode kindermishandeling en/of huiselijk geweld.
 - Te werken met gestandaardiseerde protocollen voor de uitvoering van medisch-technische handelingen bij kinderen.
 - Het waarborgen van de privacy van het kind, zowel in gegevensuitwisseling als medisch-technisch handelen.
 - Te werken met erkende meetinstrumenten voor kinderen voor de meting van pijn en angst.
- De zorgaanbieder werkt waar nodig samen met andere disciplines. Dit kan bijvoorbeeld plaatsvinden door een gezamenlijk zorgplan en/of een multidisciplinair overleg. Buiten het medisch domein zoekt de zorgaanbieder ook aansluiting met voor het kind relevante disciplines. Met name met de partners die de zorg aan het kind in de thuissituatie leveren.
- De zorgaanbieder levert desgevraagd informatie aan waarmee de zorgverzekeraars kwaliteit kunnen toetsen en benchmarken.
- Een kinderverpleegkundige voert altijd de zorg uit. Onder kinderverpleegkundige verstaat Zorg en Zekerheid een verpleegkundige niveau 4 of 5 met kinderaantekening of een verpleegkundige die in 2025 ingeschreven staat voor de opleiding tot extramurale kinderverpleegkundige en al (werk)ervaring heeft in de omgang met zieke kinderen.
- De zorg start nadat in gezamenlijkheid de zorgaanbieder, de kinderarts/medisch-specialist en het gezin hebben vastgesteld dat deze in de thuissituatie op verantwoorde wijze kan worden geboden.
- De kinderverpleegkundige stelt een zorgplan op waarover tussen zorgaanbieder en het kind en/of de naasten overeenstemming is en dat beide partijen ondertekenen. De kinderarts/medisch-specialist ondertekent het medische deel van het zorgplan.
- De zorgaanbieder biedt de zorg op de gewenste locatie.

¹² Handvest Kind & Zorg, Stichting Kind & Ziekenhuis

Voorwaarden voor de levering van de prestatie regiefunctie complexe wondzorg

Algemeen

- De zorgaanbieder is ISO 9001, HKZ, NIAZ, JCI of ZKN gecertificeerd.
- Als de zorgaanbieder een andere certificering bezit, moet de zorgaanbieder een door het certificeerbureau afgegeven verklaring overleggen waaruit gelijkwaardigheid blijkt.

Richtlijnen en protocollen

- Er wordt gewerkt volgens richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder de:
 - Richtlijnen V&VN;
 - Kwaliteitsstandaard organisatie van wondzorg in Nederland¹³.
- De zorgaanbieder vertaalt bestaande richtlijnen op wondzorggebied naar regionale (werk-) procedures waarop een jaarlijkse update plaatsvindt.

Multidisciplinaire samenwerking

- De zorgaanbieder vormt een multidisciplinaire samenwerking in de regio die afspraken maakt tussen eerste en tweede lijn, regionale initiatieven op wondzorggebied en hulpmiddelenleverancier(s)/apotheken.
- Samenwerking tussen verpleging en verzorging, ziekenhuis en paramedici is geborgd in een regionaal expertteam.

Regiebehandelaar

- De regiebehandelaar heeft inhoudelijke relevante kennis en kunde en¹⁴:
 - heeft een in Nederland geaccrediteerde masteropleiding (HBO of universitair) met bijbehorende (her)registratie en accreditatie, en is verpleegkundig specialist en/of wondconsulent¹⁵. De competenties staan beschreven in het beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist en het competentieschema Wondconsulent van de V&VN;
 - heeft een geldige BIG-registratie;
 - heeft relevante werkervaring en scholing in wondzorg;
 - doet aan intervisie en intercollegiale toetsing;
 - heeft algehele basiskennis op het gebied van specialistische wondzorg en waar dit wordt gegeven, zodat de patiënt juist verwezen kan worden.
- De zorgaanbieder heeft een actueel overzicht beschikbaar met daarin wanneer en welke (bij)scholing de regiebehandelaar gevolgd heeft.
- De zorgaanbieder is actief in het vergaren en toepassen van nieuwe kennis door o.a. nationale en internationale literatuur op wondzorggebied.
- De regiebehandelaar draagt zorg voor de volgende taken (Kwaliteitsstandaard organisatie van wondzorg in Nederland):
 - stellen van de diagnose;
 - opstellen van een behandelplan en -doel (en zo nodig tussentijds bijstellen) samen met de patiënt;
 - adviseren over leefstijlverbetering aan de patiënt;
 - delen en verspreiden van kennis aan zorgprofessionals en de patiënt en naasten;
 - casemanagement en triage en afstemming met (andere) medisch-specialisten en/of zorgverleners;

¹³ Kwaliteitsstandaard organisatie van wondzorg in Nederland; 2018

¹⁴ Kwaliteitskader organisatie van wondzorg in Nederland

¹⁵ Opleiding tot wondconsulent aan het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam.

- coördinatie van wondzorg in de keten;
- toezien op bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners in het expertteam;
- toezien op adequate dossiervoering in het elektronisch patiëntendossier;
- toetsen of activiteiten van andere zorgverleners bijdragen aan de behandeling;
- organiseren van multidisciplinair overleg;
- toezien op analyse van uitkomsten van wondzorg;
- toezien op invulling van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.
- De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het doelmatig en kostenefficiënt inzetten van wondverbandmiddelen.

Registratie

- De zorgaanbieder heeft een registratiesysteem waarin de ontwikkelingen van de wond van elke verzekerde staan met als doel uitkomstregistratie. In het registratiesysteem staan o.a.:
 - Gegevens verzekerde
 - Verwijzing (datum, indicatie en verwijzer)
 - Intake door Verpleegkundig Specialist en/of Wondconsulent
 - Diagnose: type wond en complexiteit van de wond
 - Datum diagnose
 - Datum opstellen zorgplan
 - Sprake van een recidive
 - Uren verpleging voor de wondbehandeling
 - De werkzaamheden die voor de regiefunctie zijn uitgevoerd
 - Einddatum wondbehandeling (genezing)

Monitoring kwaliteit

- De zorgaanbieder is in staat om een rapportage te verstrekken voor de kwaliteit van de volgende onderwerpen¹⁶:
 - Beschikbaarheid van een multidisciplinair team waarin samenwerkingsafspraken tussen medici, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden zijn vastgelegd.
 - Er is een elektronisch patiëntendossier wat het multidisciplinair team in staat stelt om met elkaar te communiceren. Doel van het elektronisch patiëntendossier is kwaliteit, continuïteit en coördinatie van zorg.
 - Expertteam beschikt over een meerjarenbeleidsplan met een duidelijke visie over de toekomstige noodzakelijke ontwikkelingen om wondzorg in de keten op een kwalitatief hoog niveau te garanderen.
 - Expertteam werkt volgens de geldende richtlijnen.
 - Expertteam participeert in onderzoek, onderwijs en kennismanagement

Declaratie

De zorgaanbieder declareert op de eerste dag van de regiefunctie de prestatie regiefunctie complexe wondzorg eenmalig per verzekerde per 12 maanden.

¹⁶ Indicatorenset WondExpertiseCentra Nederland, 2012

Voorwaarden voor de levering van de prestatie indicatiestelling persoonsgebonden budget (pgb)

- Deze prestatie wordt alleen gedeclareerd wanneer een indicatie gesteld wordt voor een pgb. De indicatiestelling voor eigen cliënten wordt gedeclareerd op de integrale prestaties.
- Voor een indicatiestelling pgb gelden dezelfde voorwaarden als bij een indicatiestelling voor eigen cliënten, zo dient deze altijd gesteld te worden door minimaal een BIG-geregistreerd bachelor of master opgeleide verpleegkundige en vindt de indicatiestelling in de eigen omgeving van de cliënt plaats.
- De indicierend verpleegkundige heeft voldoende kennis van het steunsysteem van de cliënt voor wie hij/zij de indicatie stelt, zoals in het normenkader beschreven staat. Zonder die kennis is het niet mogelijk een goede indicatie te stellen.
- Als een zorgaanbieder een indicatie pgb heeft gesteld, spant deze zich in om ook de herindicaties uit te voeren.