

Wijkverpleging zorginkoopbeleid 2024

Zorginkoopbeleid 2024

Wijkverpleging

Inhoud

1	Wat zijn de wijzigingen per 2024?	3
2	Welke informatie vindt u in dit document?	4
2.1	Inleiding	4
	Wijkverpleging	4
2.2	Leeswijzer	4
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	5
	Gezamenlijke infrastructuur	6
3.3	Passende zorg	6
	Digitale zorg	6
3.4	Positieve Gezondheid	7
3.5	Duurzaamheid	7
4	Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop wijkverpleging?	7
4.1	Speerpunten wijkverpleging	7
	Positieve Gezondheid: aandacht voor de mens	7
	Gezamenlijk innovatiestructuur	7
	Gezamenlijke zorgpaden en heldere aanspreekpunten	8
	Regionale samenwerking in de onplanbare nachtzorg	8
	Overgang wijkverpleging naar (thuiszorg vanuit) de WLZ	9
	Ziekenhuisverplaatste zorg	9
	Hulpmiddelen en digitaliseren	9
4.2	Impactvolle transformaties	10
4.3	Kwaliteit	10
4.4	Bekostiging en betaalbaarheid	11
	Nieuwe bekostigingssystematiek	11
	Betaalbaarheid	11
4.5	Speciale doelgroepen en zorg	12
	Dementiezorg	12
	Casemanagement dementie	12
	Palliatief-terminale zorg	13
	Zorg aan kinderen	13

Regiefunctie complexe wondzorg	13
Regionale samenwerking bij complexe wondzorg	13
Zorgaanbieders met regiefunctie complexe wondzorg	14
5 Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst?	14
5.1 Minimum- en kwaliteitseisen.....	14
5.2 Looptijd van de zorgovereenkomsten.....	14
5.3 Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders.....	14
5.4 Informatie voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders.....	15
Aanvragen zorgovereenkomst 2024	15
Tussentijds aanvragen zorgovereenkomst	15
5.5 Contractvormen	15
Basisovereenkomst	15
Maatwerkovereenkomst	16
5.6 Bijcontracteren.....	16
6 Hoe ziet het contracteerproces eruit?.....	17
6.1 Bepalen van de tarieven.....	17
Aanvullende afspraken.....	18
6.2 Aanbod van de zorgovereenkomsten.....	18
6.3 Planning.....	18
7 Heeft u vragen?	19
Bijlage 1 Kwaliteitscriteria.....	20
1. Algemeen.....	20
2. Voorwaarden voor de levering van palliatief-terminale zorg	21
3. Voorwaarden voor de levering van individueel casemanagement dementie	22
4. Voorwaarden voor de levering van medische kindzorg.....	22
5. Voorwaarden voor de levering van de prestatie regiefunctie complexe wondzorg	23
Algemeen	23
Richtlijnen en protocollen	23
Multidisciplinaire samenwerking.....	24
Regiebehandelaar	24
Registratie	25
Monitoring kwaliteit.....	25
Declaratie	25
6. Voorwaarden voor de levering van de prestatie indicatiestelling PGB.....	25

1 Wat zijn de wijzigingen per 2024?

In het zorginkoopbeleid wijkverpleging 2024 zijn de volgende zaken gewijzigd ten opzichte van 2023:

- Algemeen: we hebben het begrip 'hbo-verpleegkundige' ter verheldering vervangen door 'BIG-geregistreerd bachelor of master opgeleide verpleegkundige'.
- In paragraaf 3.1 is de algemene visie op wijkverpleging in lijn met het Algemeen zorginkoopbeleid op onderdelen geactualiseerd. De strategische focus wordt gelegd op de thema's 'regionale samenwerking', 'passende zorg op de juiste plek', 'Positieve Gezondheid' en 'samen maken we de buurt gezond'.
- Onder het kopje 'gezamenlijke infrastructuur' onder paragraaf 3.2 hebben we ter verduidelijking toegevoegd dat we bereid zijn mee te denken over gezamenlijke financiering met een herverdeling van middelen van individuele tarieven naar gezamenlijke bekostiging.
- In de tweede alinea van paragraaf 3.3 is toegevoegd dat we met maatwerkaanbieders in gesprek gaan over een mogelijke overgang naar maandtarieven.
- In de laatste alinea van paragraaf 3.3 is ter verduidelijking toegevoegd dat het uitgangspunt bij het verschuiven van zorg een efficiëntere inzet van medewerkers in de hele keten moet zijn.
- Onder hoofdstuk 3 is de paragraaf 3.5 'Samen maken we de buurt gezond' toegevoegd waarin we onze visie op duurzaamheid beschrijven.
- Onder het kopje 'Gezamenlijke innovatiestructuur' onder paragraaf 4.1 beschrijven wij een nieuw beleid op onze inzet op de ontwikkeling van een regionale innovatiestructuur en de commitment die we daarbij van alle zorgaanbieders vragen.
- Onder het kopje 'Regionale samenwerking in de onplanbare nachtzorg' onder paragraaf 4.1 beschrijven we de doorontwikkeling van de onplanbare nachtzorg in ReBOZ en de aansluiting op het zorgcoördinatiecentrum.
- Onder het kopje 'Overgang wijkverpleging naar (thuis)zorg vanuit de Wet langdurige zorg (WLZ)' onder paragraaf 4.1 hebben we toegevoegd dat we van zorgaanbieders verwachten dat zij cliënten stimuleren om op het juiste moment over te gaan naar passende (thuis)zorg vanuit de WLZ.
- Innovatief zorgaanbod is gewijzigd naar impactvolle transformaties (hoofdstuk 4.2).
- Onder het kopje 'Nieuwe bekostigingssystematiek' onder paragraaf 4.4 beschrijven we hoe we omgaan met de nieuwe bekostigingssystematiek en in welke gevallen we mogelijk maandtarieven zullen hanteren.
- Onder het kopje 'Palliatief-terminale zorg' onder paragraaf 4.5 hebben we toegelicht dat het uitgangspunt dat 'iedereen het recht heeft om te sterven waar hij wil, met de zorg die daarvoor nodig is' beperkt kan worden door lokale knelpunten in capaciteit van zorg.
- Onder het kopje 'Regionale samenwerking bij complexe wondzorg' onder paragraaf 4.5 hebben de voorwaarde voor de levering van complexe wondzorg verscherpt met de eis dat de zorgaanbieder deelneemt aan regionale multidisciplinaire samenwerking.
- In lid 1.2 van Bijlage 1 'Kwaliteitscriteria' hebben we toegevoegd dat een zorgaanbieder desgevraagd digitale informatie kan leveren.
- In lid 1.13 van Bijlage 1 'Kwaliteitscriteria' hebben we ter verheldering in de vierde bullet het begrip 'niveau 4' vervangen door 'MBO-niveau 4 verpleegkundige'.
- In lid 2.2 van Bijlage 1 'Kwaliteitscriteria' hebben we toegevoegd dat de indicatie van de zorginzet wordt bepaald op basis van het 'Normenkader indiceren'.
- In lid 2.4 en 2.5 van Bijlage 1 'Kwaliteitscriteria' is de afbakening van inzet door informele zorg en wijkverpleging bij continu toezicht bij palliatieve zorg (bijvoorbeeld in de vorm van 'waken') nader uitgewerkt.

- In lid 3.2 van Bijlage 1 'Kwaliteitscriteria' is toegevoegd dat de levering van casemanagement moet voldoen aan de 'Zorgstandaard Dementie 2020'.
 - In lid 4.2 van Bijlage 1 'Kwaliteitscriteria' is toegevoegd waar de indicatie bij medische kindzorg aan dient te voldoen.
 - Als lid 6 van Bijlage 1 'Kwaliteitscriteria' hebben we de 'Voorwaarde voor de levering van de prestatie indicatiestelling PGB' toegevoegd.
 - Bij tegenstrijdigheden prevaleert dit zorginkoopbeleid boven het Algemeen zorginkoopbeleid (hoofdstuk 2.1).
 - De strategie 'Juiste zorg op de juiste plek' is gewijzigd naar 'passende zorg' (hoofdstuk 3.3).
 - Er is invulling gegeven aan digitale zorg als onderdeel van passende zorg (hoofdstuk 3.3).
 - Er is invulling aan de nieuwe strategie 'duurzaamheid' gegeven (hoofdstuk 3.5).
 - Bij informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders (hoofdstuk 5.2) en niet-gecontracteerde zorgaanbieders (hoofdstuk 5.3) is toegevoegd dat Zorg en Zekerheid in alle gevallen het recht behoudt om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders.
- Naast informatie over het aanvragen van een zorgovereenkomst voor 1 september 2023 is informatie toegevoegd over het tussentijds aanvragen van een zorgovereenkomst. Zorg en Zekerheid is terughoudend in het contracteren van niet-gecontracteerde zorgaanbieders gedurende het lopende contractjaar (hoofdstuk 5.3).

2 Welke informatie vindt u in dit document?

2.1 Inleiding

Voor u ligt het zorginkoopbeleid wijkverpleging voor 2024. In dit document leest u op welke manier, met welke criteria en volgens welke planning Zorg en Zekerheid wijkverpleging voor 2024 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 hier onder moeten 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', 'positieve gezondheid' 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. En 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 dat steeds belangrijker wordt door de groeiende zorgvraag die op ons afkomt. Wij vragen zorgaanbieders van wijkverpleging dan ook om in te zetten op de eigen regie van de verzekerde en de mantelzorger. Mogelijk gaat het dan juist om 'ontzorgen'. Maar als zorg nodig is, moet die 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

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 denkt 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 enerzijds om een onderscheidend aanbod aan verzekerden te doen. Maar anderzijds ook om zich in het belang van de cliënt zo te organiseren dat ze binnen de wettelijke kaders gezamenlijk afspraken maken met andere zorgaanbieders en met het sociaal domein over de inhoud en regionale organisatie van zorg. Zorg en Zekerheid verwacht ook van kleinere (soms) nieuwe zorgaanbieders dat zij zich aansluiten bij regionale samenwerkingsstructuren.

De leidraad 'Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' geeft hierbij richting. De verpleegkundige, het wijkteam, de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en de maatschappelijk werker weten elkaar te vinden. Ze delen hun kennis en ervaring, maken werkafspraken en hebben inzicht in ieders kwalitatieve en kwantitatieve capaciteit. 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 wijkverpleging aan de huisarts over andere, passende vormen van zorg of ondersteuning voor de verzekerden, zoals respijtzorg, mantelzorgondersteuning, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatie of WLZ.

Gezamenlijke infrastructuur

Een verdergaande gezamenlijke infrastructuur of 'systeemfunctie' kan helpen om te komen tot betere 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 zorgaanbod. Zorgaanbieders kunnen onderling afspraken maken over bekostiging van een gezamenlijke dienst of infrastructuur. Waar dit geprobeerd is en niet mogelijk is gebleken, is Zorg en Zekerheid bereid mee te denken over een gezamenlijke financiering met een herverdeling van middelen van individuele tarieven naar gezamenlijke bekostiging.

3.3 Passende zorg

Zorg en Zekerheid vindt het belangrijk dat ook voor ouderenzorg passende zorg op de juiste plek wordt aangeboden. Wijkverpleging is er bij uitstek op gericht om de verzekerde zoveel mogelijk in de eigen woonomgeving te helpen en de zelfredzaamheid te bevorderen. Wij stimuleren zorgaanbieders om oog te hebben voor preventie, mantelzorg(ondersteuning) en voor de inzet van thuiszorgtechnologie, bijvoorbeeld hulpmiddelen en eHealth-oplossingen.

De nu meest gebruikelijke vorm van financiering op basis van geleverde uren zorg kan belemmerend werken bij het realiseren van passende zorg. Van het financieren van zorg willen wij juist ook ruimte bieden voor het 'ontzorgen', dat wil zeggen het investeren in alternatieve interventies dan het leveren van zorg. Bijvoorbeeld door de cliënt weer zelf in staat te stellen om te douchen of medicijnen in te nemen. 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. Zorg en Zekerheid bespreekt met haar maatwerkaanbieders of een overgang naar maandtarieven in specifieke gevallen uitvoerbaar is en bijdraagt aan passende zorg.

Daarbij vragen wij zorgaanbieders om de gezamenlijke keten van ouderenzorg verder te stroomlijnen. Zo blijven cliënten op het juiste moment en met de juiste inzet van wijkverpleging, kortdurend verblijf, ondersteuning van de specialist ouderengeneeskunde en de (extramurale) WLZ zo lang mogelijk zelfstandig en zelfredzaam. Zie ook het zorginkoopbeleid op deze verstrekkingen.

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 een onderdeel van het verlenen van zorg op de juiste plek. In lijn met het verlenen van zorg op de juiste plek sluit Zorg en Zekerheid zich aan bij de [Ambities Zorginkoop digitalisering 2024](#).

3.4 Positieve Gezondheid

Zorg en Zekerheid vindt dat Positieve Gezondheid een centraal gedachtegoed binnen de wijkverpleegkundige zorg moet zijn. Daarin volgen wij ook de beroepsnormen binnen de wijkverpleging waarin de principes van Positieve Gezondheid een integraal onderdeel uitmaken van de indicatiestelling en zorgverlening. Zorg en Zekerheid vraagt zorgaanbieders expliciet om aandacht te hebben voor preventie en voor de bevordering van de eigen regie en zelfredzaamheid van hun cliënten. Wij gaan met zorgaanbieders in gesprek om er samen voor te zorgen dat er stevige verbindingen zijn met het sociaal domein en dat de wijkverpleegkundigen en verzorgenden Positieve Gezondheid nog meer kunnen integreren in het dagelijkse werk.

3.5 Duurzaamheid

Zoals genoemd in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) sluiten wij ons aan bij de Green Deal 3.0 om in te zetten op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector.

Leefomgeving kan een grote invloed hebben op je gezondheid. Daarom vraagt Zorg en Zekerheid haar zorgaanbieders in de wijkverpleging bij te dragen aan een gezonde buurt, nu en in de toekomst. Om dit te bereiken is het belangrijk om aandacht te hebben voor duurzame zorg en duurzame bedrijfsvoering. Denk daarbij aan beperken van reisbewegingen, het beperken van het gebruik van (wegwerp) materialen, maar ook duurzame inzet van personeel, (hulp)middelen en eHealth. Wij gaan met onze maatwerkaanbieders in gesprek aan de hand van de verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact uit het uitvoeringsplan van de branche (Actiz). Het gesprek heeft tot doel om de ambitie, verduurzamingsdoelstellingen en concrete acties van de zorgaanbieder te bespreken en te stimuleren met de verduurzamingsdoelstellingen aan de slag te gaan.

4 Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop wijkverpleging?

4.1 Speerpunten wijkverpleging

Positieve Gezondheid: aandacht voor de mens

Zorg en Zekerheid vindt het belangrijk dat professionals voldoende tijd, kennis en aandacht hebben voor Positieve Gezondheid. Wij gaan met maatwerkaanbieders in gesprek over hoe partijen dit concreet kunnen vormgeven. Belangrijke aandachtspunten zijn samenwerking met het sociaal domein, scholing in Positieve Gezondheid en het betrekken van mogelijkheden van informele zorg.

Gezamenlijk innovatiestructuur

Zorg en Zekerheid denkt dat een regionale gezamenlijke innovatiestructuur van zorgaanbieders kan bijdragen aan een meer gezamenlijke prioritering, coördinatie, ontwikkeling en implementatie van innovaties. Hierdoor kan sneller worden ingespeeld op de regionale uitdagingen. Wij verstaan onder innovatie: de regionale vertaling van elders reeds ontwikkelde verbeteringen in de toepassing van eHealth en hulpmiddelen, maar ook van verbeteringen in de organisatie van zorg en zorgpaden (bijvoorbeeld samenwerking in de wijk, coördinatie van zorg, ziekenhuisverplaatste zorg, en dergelijke). Zorg en Zekerheid gaat met haar maatwerkaanbieders in gesprek om de mogelijkheden van een gezamenlijke innovatiestructuur te onderzoeken.

Waar een gezamenlijke innovatiestructuur wordt gerealiseerd, verlangen wij dat alle zorgaanbieders in die regio toegang krijgen tot de ontwikkelde innovaties. Daarbij vragen wij ook van alle zorgaanbieders commitment bij de ontwikkeling van innovaties en bij een snelle implementatie van succesvolle innovaties.

Gezamenlijke zorgpaden en heldere aanspreekpunten

Het is 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, maar vooral ook op professioneel niveau. Multidisciplinaire regionale organisaties van huisartsen, apothekers, diëtisten en fysiotherapeuten kennen vaak nog geen structurele samenwerking met de wijkverpleging. Deze samenwerking kan moeilijk zijn, doordat in een regio meerdere zorgaanbieders van wijkverpleging zijn.

Zorg en Zekerheid gaat daarom met zorgaanbieders van wijkverpleging en multidisciplinaire regionale organisaties in gesprek, zodat er een betere lokale afstemming komt 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 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 in dit kader ook naar mogelijkheden om tot een betere benutting en coördinatie te komen van de beschikbare capaciteit op wijkniveau in aansluiting op individuele zorgvragen van cliënten. Zorg en Zekerheid kan daartoe in haar regio lokaal experimenteren met het aanwijzen van preferente zorgaanbieders per wijk. Hierbij vragen wij dan van die preferente zorgaanbieder om 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 is een belangrijke stap. Het is onwenselijk dat individuele zorgorganisaties zelf de beschikbaarheid van nachtzorg blijven organiseren.

Wij vragen zorgaanbieders gezamenlijke initiatieven te ontplooien om de onplanbare nachtzorg efficiënter te organiseren. 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 via de zorgverzekeraar willen laten lopen, zijn wij bereid mee te werken onder de volgende voorwaarden:

- Zorg en Zekerheid heeft een relevant marktaandeel in de regio van het samenwerkingsverband om onnodige administratieve last te voorkomen.
- Individuele zorgaanbieders blijven verantwoordelijk voor 24/7 continuïteit van zorg.
- De individuele zorgaanbieder treft een schriftelijke regeling met het samenwerkingsverband/aanbieder voor de onplanbare nachtzorg.
- De herverdeling van middelen kan voor Zorg en Zekerheid kostenneutraal plaatsvinden.
- Het samenwerkingsverband verstrekt een overzicht aan Zorg en Zekerheid van de deelnemende zorgaanbieders. Zo kan de bijdrage aan het samenwerkingsverband verrekend worden met de tarieven van de deelnemende zorgaanbieders.

In de regio Zuid-Holland Noord hebben een aantal zorgaanbieders in 2021 gezamenlijk een regionale organisatie in het leven geroepen voor onplanbare nachtzorg (ReBOZ). Wij onderzoeken met de zorgaanbieders in onze regio hoe de doorontwikkeling van ReBOZ verder kan bijdrage aan een efficiëntere inzet van zorgmedewerkers. Een belangrijk aandachtspunt in 2024 is ook de aansluiting van de (onplanbare) wijkverpleging op een regionaal zorgcoördinatiecentrum waar onplanbare zorgvragen over de hele keten worden samengebracht.

Overgang wijkverpleging naar (thuiszorg vanuit) de WLZ

Wijkverpleging op basis van de Zorgverzekeringswet kan overgaan in thuiszorg op basis van de Wet langdurige zorg. 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 waarin 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.

Ziekenhuisverplaatste zorg

Onder 'ziekenhuisverplaatste zorg' verstaan we die zorg die bij de patiënt in de thuisomgeving plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist van het ziekenhuis. 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.

Als wij als zorgverzekeraar in onze regio niet betrokken zijn bij de afspraak, kunnen wij de financiering niet garanderen. Voor zorgaanbieders buiten de regio geldt dat alleen aanvullende financiering plaatsvindt als ze dit aantoonbaar met de preferente verzekeraars hebben afgesproken en Zorg en Zekerheid die afspraken ook in het belang van haar verzekerden acht.

Hulpmiddelen en digitaliseren

Zorg en Zekerheid verwacht mede gericht op arbeidsbesparing van iedere zorgaanbieder een visie op het benutten van hulpmiddelen en eHealth-toepassingen en een plan van aanpak voor continue procesverbetering met een nadrukkelijke rol voor technologie. Wij vragen zorgaanbieders om waar

mogelijk regionaal gezamenlijk op te trekken bij de verdere ontwikkeling en implementatie van thuiszorgtechnologie. Ook verwachten wij dat alle wijkverpleegkundigen op de hoogte zijn van beschikbare technologische mogelijkheden. En dat alle zorgprofessionals in de wijk actief worden gestimuleerd en gefaciliteerd om die technologieën toe te passen.

Samen met maatwerkaanbieders onderzoekt Zorg en Zekerheid hoe hulpmiddelen - zoals druppelbrillen, klittenbandzwachtels en aantrek hulpen voor steunkousen – en nieuwe technieken nog meer kunnen bijdragen aan de zelfredzaamheid van cliënten. Dit verlicht de werkdruk voor zorgprofessionals in de wijkverpleging en het draagt bij aan een oplossing voor personeelstekorten.

We hebben specifiek aandacht voor de inzet van digitale hulpmiddelen. Voorbeelden zijn beeldbellen en medicijndispensers. Zorg en Zekerheid ziet graag dat het gebruik van arbeidsbesparende digitale hulpmiddelen verder toeneemt. 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. Wij verwachten dat zorgaanbieders dergelijke technologieën pro-actief – en voorliggend op de fysieke aanwezigheid van een zorgmedewerker – aanbieden ('digitaal tenzij'). Als een verzekerde in staat is om gebruik te maken van deze gangbare digitale middelen dan moet een zorgaanbieder daar in kunnen voorzien.

Wij bespreken tijdens de inkoopgesprekken 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.

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. Zie ook paragraaf 4.1 'Gezamenlijke innovatiestructuur'.

Zorg en Zekerheid vraagt zorgaanbieders om met initiatieven te komen die aansluiten op de thema's 'positieve gezondheid', 'passende zorg', 'regionale samenwerking' en 'duurzaamheid', zoals genoemd in haar visie, zie 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

De kwaliteit van wijkverpleging is hoog. Al zijn er verschillen tussen zorgaanbieders. 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. Zorgaanbieders kunnen zich dan spiegelen, van elkaar leren en waar nodig verder verbeteren. Hiervoor is meer inzicht in kwaliteit

nodig. Dit begint met de definitie van relevante indicatoren. Waar mogelijk sluit Zorg en Zekerheid aan bij indicatoren van de beroepsgroep, het Kwaliteitskader. 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. In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 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. De zorgaanbieder ontvangt hierover later nadere informatie vanuit Vektis.

4.4 Bekostiging en betaalbaarheid

Nieuwe bekostigingssystematiek

Er is bij het schrijven van dit zorginkoopbeleid nog veel onduidelijk over de inhoud en het tijdsplan van de nieuwe bekostiging wijkverpleging op basis van cliëntprofielen. Wij volgen de landelijke ontwikkelingen en vragen zorgaanbieders om zich al voor te bereiden op implementatie van de nieuwe bekostigingssystematiek in 2024 conform de vigerende beleidsregels.

Zorg en Zekerheid zal onafhankelijk van de in 2024 geldende classificering in de declaratiesystematiek (ZN doelgroepen of cliëntprofielen), in 2024 bij de meeste zorgaanbieders in dezelfde eenheid bekostigen als zij dat bij die zorgaanbieder in 2023 deed. Dus als een zorgaanbieder in 2023 het integrale uurtarief declareerde op de ZN doelgroepen, dan vergoeden wij die zorgaanbieder in 2024 ook op basis van een integraal uurtarief, maar dan per cliëntprofiel.

Wij bespreken in 2023 met onze maatwerkaanbieders wat binnen de nieuwe beleidsregels en in individuele gevallen een passende bekostigingssystematiek is.

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.

Wij zien een grote variatie tussen zorgaanbieders in de wijze van indicatiestelling en de doelmatigheid van hun zorg. Die praktijkvariatie willen we verder terugdringen. Niet alleen vanuit de gedachte van betaalbaarheid, maar ook om het beschikbare personeel zo doelmatig mogelijk in te zetten.

Daarom maakt Zorg en Zekerheid 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 inkoopafspraken 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, curatie tot en met palliatie. De wijkverpleegkundige biedt de cliënt een breed spectrum van zorg, hulp en ondersteuning aan. 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 de 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. De dementiezorg voldoet minimaal aan de geldende professionele standaarden voor dementiezorg. Positieve Gezondheid heeft ook in dementiezorg haar aandacht.

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 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (WLZ) heen samenwerken. Zij geven hierbij invulling aan de 'Zorgstandaard Dementie 2020' en de 'Leidraad Ketenzorg Dementie' voor de uitvoering.

Alle gecontracteerde zorgaanbieders van wijkverpleging hebben afspraken met het ketennetwerk 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 Amstelland en Meerlanden in de gelijknamige regio.

Casemanagement dementie

Zorg en Zekerheid volgt het Zorginstituut Nederland in de notitie Verduidelijking casemanagement ¹ om te definiëren wat casemanagement inhoudt, wie het mag leveren en wanneer.

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 tarief. Alleen die partijen die zijn aangesloten bij een regionaal georganiseerde dementieketen kunnen casemanagement onder de integrale prestatie declareren.

Specifieke voorwaarden voor het leveren van casemanagement kunt u vinden in bijlage 1.

¹ Zorginstituut Nederland, Verduidelijking standpunt casemanagement, dec 2017,
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2018/03/22/verduidelijking-standpunt-casemanagement>

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. Lokale knelpunten in capaciteit van zorg kunnen de mogelijkheden wel beperken. Zorg en Zekerheid gaat dan met betrokken zorgaanbieders in gesprek over hoe we toch het best recht kunnen doen aan dit uitgangspunt. Palliatief-terminale zorg voldoet minimaal aan het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg².

Specifieke voorwaarden voor het leveren van palliatief-terminale zorg staat in bijlage 1.

Zorg aan kinderen

Wijkverpleegkundige zorg aan kinderen kan onder verschillende zorgwetten vallen. Verpleegkundige zorg voor zieke kinderen binnen de Zorgverzekeringswet (medische kindzorg) vereist specifieke deskundigheid. Deze zorg contracteren wij daarom uitsluitend bij gespecialiseerde (kinder)thuiszorgorganisaties. Voor medische kindzorg geldt dat een BIG-geregistreerd bachelor of master opgeleide kinderverpleegkundige de zorg indiceert.

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 1.

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 deze 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 wondzorg 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. De individuele uitvraag over wondregistratie vervalt daarmee.

² Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliatief, 2017

Zorgaanbieders met regiefunctie complexe wondzorg

In bijlage 1 kunt u de voorwaarden lezen voor de levering van de regiefunctie complexe wondzorg. In hoofdstuk 6 bij aanvullende afspraken kunt u lezen hoe een zorgaanbieder wijkverpleging 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 samenwerking in de wondzorg.

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 wijkverpleging gelden de 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, 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 1 zijn de voor wijkverpleging specifieke kwaliteitscriteria beschreven. Daarnaast zijn de algemene inkoopvoorwaarden en de zorgovereenkomst inclusief bijlagen van toepassing. Uiterlijk 1 juli 2023 publiceert Zorg en Zekerheid deze documenten op haar [website](#).

Zorg en Zekerheid biedt zzp'ers in beginsel geen individuele zorgovereenkomst aan. Wij verwijzen zzp'ers naar platforms die het zorgaanbod van zzp'ers als hoofdaannemer bundelen en zorgdragen voor een gezamenlijke borging van de kwaliteit van het aanbod.

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 2023 een zorgovereenkomst hadden met Zorg en Zekerheid, die voldoen aan de eisen in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) en aan de minimumeisen en kwaliteitscriteria zoals beschreven in hoofdstuk 5.1, bieden wij voor 2024 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 geen 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 minimeisen en kwaliteitscriteria 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 2024

Wanneer u als niet-gecontracteerde zorgaanbieder in aanmerking wilt komen voor een zorgovereenkomst 2024, dan kunt u uw aanvraag voor 1 september 2023 indienen onder vermelding van 'Verzoek zorgovereenkomst wijkverpleging' bij contractbeheer@zorgenzekerheid.nl.

Een belangrijk aandachtspunt voor Zorg en Zekerheid bij aangaan van een contract aan een nieuwe zorgaanbieder voor wijkverpleging is de kwaliteit van indicatiestelling en doelmatige zorgverlening. Daarom behouden wij ons het recht voor om voor zorgaanbieders die voor het eerst een contract aanvragen, een contract van één jaar aan te bieden met een extra voorwaarde. In die periode gaat Zorg en Zekerheid een zorgovereenkomst aan, maar geldt een voorafgaande machtigingsprocedure voor iedere verzekerde die in zorg komt 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.

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

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.

5.5 Contractvormen

Als u in aanmerking komt voor een zorgovereenkomst, dan kent Zorg en Zekerheid voor wijkverpleging meerdere contractvarianten. Wij maken onderscheid tussen basis- en maatwerkovereenkomsten. Binnen de basisovereenkomsten bestaan er twee verschillende categorieën.

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. In onderstaande tabel staan de twee verschillende categorieën basisovereenkomsten.

Bij een basisovereenkomst kunnen wij ook afspraken maken over wondzorg en thuiszorgtechnologie. Zie hiervoor aanvullende afspraken.

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

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 regie-)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 op basis van een afspraak over doelmatigheid, via een omzetplafond (per cliënt) of 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 client 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 om 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 client. In uitzonderlijke gevallen kan ook een onvoorziene stijging van het gemiddeld aantal uren per client reden zijn om 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 van de zorgaanbieder 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 Zorg en Zekerheid 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 doelmatigheidsafspraken 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

Uitgangspunt voor het tarief 2024 is het tarief dat Zorg en Zekerheid voor 2023 met u heeft afgesproken. Zorg en Zekerheid volgt voor de totstandkoming van de tarieven in 2024 de voorlopige personele en materiële indexeringen zoals die door de NZa zijn gepubliceerd (peilmoment 1 september 2023). Hierbij wordt die indexering zo nodig gecorrigeerd met de door de NZa doorgevoerde correctie op de eerder afgegeven voorlopige indexering over 2023. Specifieke of lokale omstandigheden kunnen een reden zijn om afwijkende tariefafspraken te maken. Ook kunnen afwijkingen in de doelmatigheid van de zorg of marktconformiteit van een tarief een reden zijn voor een specifieke tariefaanpassing.

Voor zorgaanbieders met cliënten in Zuid-Holland Noord geldt dat zij gebruik kunnen maken van de gezamenlijke organisatie voor onplanbare nachtzorg ReBOZ. 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 ReBOZ 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 contract.

Voor de inzet van andere (aanvullende) thuiszorgtechnologieën kunnen zorgaanbieders binnen de regio van Zorg en Zekerheid een aanvraag doen met het '[Aanvraagformulier thuiszorgtechnologie](#)' op onze website. Zorgaanbieders buiten de regio van Zorg en Zekerheid kunnen met hetzelfde formulier een aanvraag doen op basis van een onderliggende afspraak met 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 de regiefunctie complexe wondzorg en dat wel willen, kunnen een verzoek doen voor overleg. In bijlage 1 kunt u de voorwaarden lezen voor de levering van wondzorg.

Aanbieders 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 1 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 2024 ziet er als volgt uit:

Uiterste datum	Inkoopactiviteit wijkverpleging
1 april 2023	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .
1 september 2023	Uiterste datum voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders om een zorgovereenkomst 2024 aan te vragen.

Oktober 2023	Aanbieden zorgovereenkomsten aan zorgaanbieders.
9 november 2023	Uiterste datum van ondertekening in VECOZO Zorginkoopportaal.
12 november 2023	Informeren van verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod via de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid.
Gedurende heel 2023	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 2024 van Zorg en Zekerheid. Heeft u vragen over de status van 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, waaronder bij toekomstige effecten op de zorg door de coronacrisis.

Bijlage 1 Kwaliteitscriteria

1. Algemeen

1. De kwaliteit van de zorgverlening voldoet minimaal aan het Kwaliteitskader Wijkverpleging³.
2. De zorgaanbieder levert desgevraagd digitale informatie aan waarmee de zorgverzekeraars kwaliteit kunnen toetsen en benchmarken.
3. De zorgaanbieder borgt kwaliteit doordat deze beschikt over een (inter)nationaal erkend kwaliteitssysteem dat gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit).
4. 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.
5. De zorgaanbieder werkt met een elektronisch cliënten dossier (ECD).
6. De zorgaanbieder werkt met een verpleegkundig classificatiesysteem zoals OMAHA of NANDA, NIC, NOC, ICIDH, RAI of een vergelijkbaar systeem met als doel inzet, inhoud en resultaat van zorg te ordenen en te standaardiseren.
7. De zorgaanbieder draagt zorg voor navolgbare verslaglegging van het verpleegkundig proces dat voldoet aan het normenkader indiceren en richtlijn verpleegkundige verslaglegging.
8. 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.
9. De zorgaanbieder heeft in de periode 2020-2023 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 2024 valt onder verpleging en verzorging.
10. 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.
11. De zorgaanbieder zet voor de levering van de zorg minimaal de vereiste deskundigheidsniveaus in, conform de richtlijnen en protocollen die de beroepsgroep hanteert.
12. 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

³ 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.

13. Totdat de beroepsgroep haar standpunt in deze heeft aangescherpt, geldt dat de inzet van helpende zorg en welzijn niveau 2 (hierna: helpenden) in wijkverpleging bij gecontracteerde zorgaanbieders onder voorwaarden mogelijk is. De zorgaanbieder beschikt dan over een voor medewerkers helder en gedragen beleid waarin tenminste beschreven is voor welke taken en op welke wijze helpenden door de organisatie worden ingezet en hoe aan de aan de hieronder beschreven voorwaarden en kwaliteitseisen wordt voldaan.
 - Helpenden zijn bevoegd en bekwaam conform opleidingscurriculum helpende zorg en welzijn niveau 2.
 - De zorgaanbieder heeft minimaal 1 FTE BIG-geregistreerd bachelor of master opgeleide verpleegkundige als eindverantwoordelijke in dienst.
 - Het is helpenden alleen toegestaan zorg te verlenen indien dit onder eindverantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerd bachelor of master opgeleide verpleegkundige in loondienst geschiedt. Deze supervisie moet navolgbaar en herleidbaar blijken uit het zorgdossier en achteraf moet inzichtelijk zijn hoeveel gebruik is gemaakt van helpenden.
 - Er dient altijd een achterwacht/begeleider vanaf MBO-niveau 4 verpleegkundige fysiek bereikbaar en aanspreekbaar te zijn voor de helpenden.
 - Helpenden ondersteunen het zorgproces. Er wordt bij de betreffende cliënt ook altijd zorg geleverd door een wijkverpleegkundige en/of wijkverzorgende IG. Het team wijkverpleging van de zorgaanbieder bestaat voor maximaal 30% uit helpenden.
 - Helpenden kunnen in wijkverpleging alleen worden ingezet in laagcomplexere zorgsituaties waar de inzet van hulpmiddelen en thuiszorgtechnologie niet toereikend is en waar het eigen netwerk van de verzekerde niet in staat is de vereiste zorg te verlenen.
 - De zorg die de helpende verleent dient binnen het domein van de Zvw te vallen. Er mag geen ondersteuning vanuit de WLZ aangewezen zijn. Wanneer WMO zorg is aangewezen, mogen helpenden alleen ingezet worden als de WMO zorg niet voorliggend is.
14. De zorgaanbieder heeft de richtlijn *Veilige principes in de medicatieketen* in de eigen organisatie geïmplementeerd.
15. 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.
16. 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.
17. 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.

2. Voorwaarden voor de levering van palliatief-terminale zorg

1. Palliatief-terminale zorg voldoet minimaal aan het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg⁴.

⁴ Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliatief, 2017

2. De zorginzet wordt bepaald aan de hand van het indicatieproces zoals vastgelegd in het normenkader indiceren.
3. De zorgaanbieder is 24 uur per dag en zeven dagen in de week bereikbaar en heeft adequate achterwachtregeling georganiseerd.
4. De zorgaanbieder maakt actief gebruik van de inzet van informele zorg en Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland als er een behoefte is aan continuïteit van toezicht en ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van 'waken'.
5. 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.
6. De zorgaanbieder maakt optimaal gebruik van consultatievoorzieningen.
7. De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg.
8. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers zich scholen op het gebied van palliatieve zorg.

3. Voorwaarden voor de levering van individueel casemanagement dementie

1. Casemanagement dementie is zorg aan verzekerden met psychogeriatrische problematiek. De zorg richt zich op de verzekerden en zijn/haar naasten en is onderdeel van het totaal aan wijkverpleegkundige zorg.
2. De levering van casemanagement voldoet aan de Zorgstandaard Dementie 2020, expertisegebied dementieverpleegkundige en Expertiseprofiel Casemanagement Dementie Sociaal Werk Zorg
3. De zorgaanbieder neemt deel aan een regionale dementieketen die over de domeinen van Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning en Wet langdurige zorg heen is georganiseerd.
4. De deelname van de diverse actoren in de regionale dementieketen is vastgelegd in een convenant, dat op verzoek van de zorgverzekeraars kan worden overlegd.
5. De zorgaanbieder voert een adequate wachtlijstregistratie voor casemanagement dementie. Als de wachtlijst de treeknorm overschrijdt, meldt de zorgaanbieder aan de regionale dementieketen en zorgverzekeraar het aantal wachtenden en de wachttijd.

4. Voorwaarden voor de levering van medische kindzorg

1. De zorgaanbieder werkt volgens de uitgangspunten van het Handvest Kind & Zorg⁵ om de rechten van het kind en het gezin waar het kind toe behoort te bewaken.
2. De indicatie wordt gesteld door een BIG-geregistreerd bachelor of master opgeleide kinderverpleegkundige. Hierbij worden het normenkader indiceren en de handreiking indicatieproces kindzorg gevolgd.
3. De zorgaanbieder werkt volgens de vier fasen van het Medische Kindzorgsysteem en deze fasen zijn verwerkt in haar werkwijze.
4. 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.

⁵ Handvest Kind & Zorg, Stichting Kind & Ziekenhuis

5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. De zorgaanbieder levert desgevraagd informatie aan waarmee de zorgverzekeraars kwaliteit kunnen toetsen en benchmarken.
10. 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 ingeschreven staat voor de opleiding tot extramurale kinderverpleegkundige in 2019 en al (werk)ervaring heeft in de omgang met zieke kinderen.
11. 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.
12. 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.
13. De zorgaanbieder biedt de zorg op de gewenste locatie.

5. Voorwaarden voor de levering van de prestatie regiefunctie complexe wondzorg

Algemeen

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

Richtlijnen en protocollen

1. Er wordt gewerkt volgens richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder de:
 - a. Richtlijnen V&VN;

- b. Kwaliteitsstandaard organisatie van wondzorg in Nederland⁶.
2. De zorgaanbieder vertaalt bestaande richtlijnen op wondzorggebied naar regionale (werk-) procedures waarop een jaarlijkse update plaatsvindt.

Multidisciplinaire samenwerking

1. 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.
2. Samenwerking tussen verpleging en verzorging, ziekenhuis en paramedici is geborgd in een regionaal expertteam.

Regiebehandelaar

1. De regiebehandelaar heeft inhoudelijke relevante kennis en kunde en⁷:
 - a. heeft een in Nederland geaccrediteerde masteropleiding (HBO of universitair) met bijbehorende (her)registratie en accreditatie, en is verpleegkundig specialist en/of wondconsulent⁸. De competenties staan beschreven in het beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist en het competentieschema Wondconsulent van de V&VN;
 - b. heeft een geldige BIG-registratie;
 - c. heeft relevante werkervaring en scholing in wondzorg;
 - d. doet aan intervisie en intercollegiale toetsing;
 - e. heeft algehele basiskennis op het gebied van specialistische wondzorg en waar dit wordt gegeven, zodat de patiënt juist verwezen kan worden.
2. De zorgaanbieder heeft een actueel overzicht beschikbaar met daarin wanneer en welke (bij)scholing de regiebehandelaar gevolgd heeft.
3. De zorgaanbieder is actief in het vergaren en toepassen van nieuwe kennis door o.a. nationale en internationale literatuur op wondzorggebied.
4. De regiebehandelaar draagt zorg voor de volgende taken (Kwaliteitsstandaard organisatie van wondzorg in Nederland):
 - a. stellen van de diagnose;
 - b. opstellen van een behandelplan en -doel (en zo nodig tussentijds bijstellen) samen met de patiënt;
 - c. adviseren over leefstijlverbetering aan de patiënt;
 - d. delen en verspreiden van kennis aan zorgprofessionals en de patiënt en naasten;
 - e. casemanagement en triage en afstemming met (andere) medisch specialisten en/of zorgverleners;
 - f. coördinatie van wondzorg in de keten;
 - g. toezien op bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners in het expertteam;
 - h. toezien op adequate dossiervoering in het elektronisch patiëntendossier;
 - i. toetsen of activiteiten van andere zorgverleners bijdragen aan de behandeling;
 - j. organiseren van multidisciplinair overleg;
 - k. toezien op analyse van uitkomsten van wondzorg;
 - l. toezien op invulling van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

⁶ Kwaliteitsstandaard organisatie van wondzorg in Nederland; 2018

⁷ Kwaliteitskader organisatie van wondzorg in Nederland

⁸ Opleiding tot wondconsulent aan het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam.

5. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het doelmatig en kostenefficiënt inzetten van wondverbandmiddelen.

Registratie

1. 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.:
 - a. Gegevens verzekerde.
 - b. Verwijzing (datum, indicatie en verwijzer).
 - c. Intake door Verpleegkundig Specialist en/of Wondconsulent.
 - d. Diagnose: type wond en complexiteit van de wond.
 - e. Datum diagnose.
 - f. Datum opstellen zorgplan.
 - g. Sprake van een recidive.
 - h. Uren verpleging voor de wondbehandeling.
 - i. Einddatum wondbehandeling (genezing).

Monitoring kwaliteit

1. De zorgaanbieder is in staat om een rapportage te verstrekken voor de kwaliteit van de volgende onderwerpen⁹:
 - a. Beschikbaarheid van een multidisciplinair team waarin samenwerkingsafspraken tussen medici, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden zijn vastgelegd.
 - b. 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.
 - c. 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.
 - d. Expertteam werkt volgens de geldende richtlijnen.
 - e. Expertteam participeert in onderzoek, onderwijs en kennismanagement.

Declaratie

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

6. Voorwaarden voor de levering van de prestatie indicatiestelling PGB

1. Deze prestatie wordt alleen gedeclareerd wanneer een indicatie gesteld wordt voor een PGB. De indicatiestelling voor eigen cliënten wordt gedeclareerd op de integrale prestaties.
2. 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

⁹ Indicatorenset WondExpertiseCentra Nederland, 2012

bachelor of master opgeleide verpleegkundige en vindt de indicatiestelling in de eigen omgeving van de cliënt plaats.

3. 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.
4. Als een zorgaanbieder een indicatie PGB heeft gesteld, spant deze zich in om ook de herindicaties uit te voeren.