Wijkverpleging
zorginkoopbeleid
2027 - 2029



Versie 1.0 1 april 2026
Versie 1.1 16 juli 2026

Zorg en Zekerheid
Zorgverzekeraar

Zorginkoopbeleid 2027 - 2029
Wijkverpleging

Inhoud

1 Wat zijn de wijzigingen per 2027? ... 3
1.1 Inhoudelijke wijzigingen ... 3
1.2 Tekstuele wijzigingen en verplaatste tekst ... 4
2 Welke informatie vindt u in dit document? ... 4
2.1 Inleiding ... 4
2.2 Welke informatie vindt u waar? ... 4
3 Wat willen wij bereiken? ... 5
3.1 Algemene ambities wijkverpleging ... 5
3.2 Passende zorg ... 5
3.3 Regionale samenwerking ... 6
4 Wat zijn de focuspunten vanuit de zorginkoop wijkverpleging? ... 6
4.1 Focus: Versteviging aansluiting wijkverpleging in de eerste lijn ... 6
4.2 Focus: Snelle implementatie van innovaties, hulpmiddelen en digitale zorg ... 7
4.3 Focus: Verpleegkundig adviesgesprek ... 7
4.4 Focus: Wijkverpleging in zorgcoördinatie ... 7
5 Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst? ... 7
5.1 Minimum- en kwaliteitseisen ... 7
5.2 Aanbod van zorgovereenkomsten ... 7
5.3 Contractvarianten ... 8
5.4 Aanvragen zorgovereenkomst ... 9
5.5 Voorbehouden sluiten zorgovereenkomst ... 9
6 Hoe ziet het contracteerproces eruit? ... 10
6.1 Bepalen van de tarieven ... 10
6.2 Bijcontracteren ... 11
6.3 Planning ... 11
7 Heeft u vragen? ... 13
Bijlage 1: Minimum- en kwaliteitseisen ... 14

1 Wat zijn de wijzigingen per 2027?

In het zorginkoopbeleid wijkverpleging 2027 - 2029 zijn de volgende zaken gewijzigd ten opzichte van 2026:

1.1 Inhoudelijke wijzigingen

- Zorg en Zekerheid hanteert per 2027 een meerjarig zorginkoopbeleid voor wijkverpleging. Dit zorginkoopbeleid geldt van 2027 tot en met 2029.
- We beschrijven aanvullend dat de geformuleerde ambitie in het belang is van het welbevinden van de verzekerde en uitdagingen in de arbeidsmarkt (hoofdstuk 3.1).
- We verwachten dat zorgaanbieders het gedachtengoed van reablement toepassen (hoofdstuk 3.2).
- We vragen zorgaanbieders om ook samenwerking te zoeken met bewonersinitiatieven (hoofdstuk 3.3).
- De inhoudelijke wijzigingen omtrent digitale en duurzame zorg per 2027 zijn terug te lezen in bijlage 1 van het Algemeen zorginkoopbeleid.
- Zorg en Zekerheid vraagt van zorgaanbieders om gezamenlijk centrale aanmelding voor wijkverpleging te organiseren en waar nodig gezamenlijk zorg te dragen voor een passend aanbod op de zorgvraag van een verzekerde (hoofdstuk 4.1).
- We beschrijven dat we afspraken kunnen maken over wijkverpleging binnen de acute keten als onderdeel van ROAZ transformatieplannen voor zorgcoördinatie (hoofdstuk 4.4).
- We beschrijven dat we gedurende de periode 2027 tot en met 2029 bij basisovereenkomsten uitgaan van stilzwijgende verlenging (hoofdstuk 5.2 en 5.5).
- In hoofdstuk 5.3 staat naast de looptijden welke zorgaanbieder voor welke zorgovereenkomst in aanmerking komt.
- Het aanvragen van een zorgovereenkomst dient plaats te vinden via het aanvraagformulier op de website in plaats van een e-mail aan Contractbeheer (hoofdstuk 5.4).
- Bij het voorbehoud tot het sluiten van een zorgovereenkomst is toegevoegd dat Zorg en Zekerheid het recht heeft om bepaalde onderdelen of prestaties uit te sluiten van de zorgovereenkomst met de zorgaanbieder (hoofdstuk 5.5).
- Informatie is toegevoegd over de manier waarop we bij basisovereenkomsten met stilzwijgende verlenging tarieven jaarlijks indexeren (hoofdstuk 6.1).
- De vergoeding van de begroting onder het kopje onplanbare nachtzorg is nader uitgewerkt (hoofdstuk 6.1).
- In de planning is toegevoegd dat in het geval van basisovereenkomst met stilzwijgende verlenging opzegging of aanpassing voor 1 ~~september~~ oktober voorgaand aan het nieuwe contractjaar dient plaats te vinden (hoofdstuk 6.3).
- Als toevoeging is opgenomen dat we van zorgaanbieders verlangen dat zij hun werkgebied bij ons aanleveren (Bijlage 1).
- Onder het kopje ‘Voorwaarden voor de levering van de prestatie regiefunctie complexe wondzorg’ is de eis voor een certificeringssysteem komen te vervallen (Bijlage 1).

Wijziging per 16 juli 2026:
In hoofdstuk 1.1 was eerder benoemd dat opzegging of aanpassing van de stilzwijgende verlenging voor 1 september voorafgaand aan het nieuwe contractjaar dient plaats te vinden. Dit is aangepast naar 1 oktober om aan te sluiten op de planning zoals beschreven in hoofdstuk 6.3.

1.2 Tekstuele wijzigingen en verplaatste tekst

- De aangepaste missie en visie staan vermeld in de tabel in hoofdstuk 2.2. Dat geldt ook voor de nieuwe benamingen van de thema's gegevensuitwisseling en digitale zorg (voorheen: digitale zorg), gezondheid (preventie) (voorheen: eigen regie en preventie) en ouderen (voorheen: wonen en zorg voor ouderen). Daarnaast staat het nieuwe thema zorgzame buurten vermeld in de tabel.
- Informatie over digitale zorg (voorheen hoofdstuk 3.4) en duurzame zorg (voorheen hoofdstuk 3.5) is terug te vinden in het Algemeen zorginkoopbeleid.
- De titel van hoofdstuk 4 is gewijzigd van 'Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop wijkverpleging' naar 'Wat zijn de focuspunten vanuit de zorginkoop wijkverpleging?'
- De titel van hoofdstuk 5.2 is aangepast van 'Informatie voor zorgaanbieders' naar 'Aanbod van zorgovereenkomsten'.
- De bepaling dat Zorg en Zekerheid in alle gevallen het recht heeft om geen zorgovereenkomst aan te gaan is verplaatst naar het hoofdstuk 5.5 'Voorbehoud sluiten zorgovereenkomst'.

2 Welke informatie vindt u in dit document?

2.1 Inleiding

In het zorginkoopbeleid wijkverpleging 2027 - 2029 leest u op welke manier, met welke criteria en volgens welke planning Zorg en Zekerheid wijkverpleging voor de jaren 2027 – 2029 inkoopt. Dit zorginkoopbeleid geldt als aanvulling op het Algemeen zorginkoopbeleid en informatie op de website (missie en visie, strategieën en thema's). Bij tegenstrijdigheden prevaleren de documenten in de volgorde: 1) wijkverpleging zorginkoopbeleid, 2) Algemeen zorginkoopbeleid en 3) de hiervoor genoemde informatie op de website.

2.2 Welke informatie vindt u waar?

Zorginkoopbeleid wijkverpleging
Ambities wijkverpleging (hoofdstuk 3)
Focuspunten wijkverpleging (hoofdstuk 4)
Welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst (hoofdstuk 5)
Praktische informatie over planning rondom het contracteerproces (hoofdstuk 6)
De mogelijkheid tot het stellen van vragen (hoofdstuk 7)

Algemeen zorginkoopbeleid
Informatie over digitale zorg en duurzame zorg
Algemene standaardvoorwaarden voor zorgaanbieders om in aanmerking te komen voor een zorgovereenkomst, met de hierbij horende algemene minimumeisen en uitsluitingsgronden
Onze wijze van focussen op doelmatigheid, rechtmatigheid en integriteit van zorgaanbieders
De algemene planning en het aanbod van de zorgovereenkomsten

Website
Ons doel: van zorg naar gezondheid
Onze missie: wij helpen om gezond te leven en regelen de best passende zorg voor als dat nodig is
Onze visie: iedereen is zo gezond mogelijk
Onze strategieën: passende zorg, regionale samenwerking
Onze thema's: acute zorg, arbeidsmarkt, duurzame zorg, gegevensuitwisseling en digitale zorg, gezondheid (preventie), GGZ en mentaal welbevinden, ouderen, zorgzame buurten
Informatie over Integraal Zorgakkoord (IZA) en impactvolle transformaties

3 Wat willen wij bereiken?

Het doel van Zorg en Zekerheid is om van zorg naar gezondheid te bewegen, zodat goede zorg voor onze verzekerden nu én in de toekomst toegankelijk blijft en onze verzekerden de gezondste versie van zichzelf kunnen zijn. Hieronder leest u hoe wij vanuit zorginkoop wijkverpleging bijdragen aan het doel van Zorg en Zekerheid.

3.1 Algemene ambities wijkverpleging

Verzekerden moeten zo lang mogelijk in goeden doen in hun eigen omgeving en binnen het eigen sociale netwerk kunnen leven. Hierbij is wijkverpleging van groot belang. Niet alleen om lichamelijke zorg te verlenen, maar juist ook om verzekerden en hun mantelzorgers zelf in staat te stellen om te gaan met een ziekte of aandoening.

Wij vragen zorgaanbieders van wijkverpleging dan ook om in te zetten op zelfredzaamheid en het versterken van de vitaliteit. Niet alleen van de verzekerde, maar ook van de mantelzorger. 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. Dit versterkt het welbevinden van verzekerden en hun omgeving en zorgt voor een effectieve inzet van zorgprofessionals. Dit is belangrijk omdat de arbeidsmarkt ook in de komende periode uitdagingen kent.

3.2 Passende zorg

Zorg en Zekerheid onderschrijft het gedachtengoed van reablement. Wij verwachten dat zorgaanbieders de principes van reablement toepassen in hun denken en werken zodat mensen zo lang mogelijk regie over hun eigen leven en omgeving houden. Dat wil zeggen[1]:

- Neem niet over wat mensen zelf kunnen;
- Help mensen te herwinnen wat ze niet meer kunnen;
- Bedenk samen een oplossing voor dat wat overblijft.

In het verlengde hiervan verwacht Zorg en Zekerheid – in lijn met het Zorginstituut Nederland (ZiNL) – dat zorgaanbieders een *stepped care*-benadering hanteren en dat zorg op de juiste plek wordt aangeboden. Voor de concrete invulling van deze passende zorg verwijzen wij naar de landelijke en regionale normen en richtlijnen van de beroepsgroep.

Wijkverpleging ondersteunt verzekerden zoveel mogelijk in de eigen woonomgeving. Het is belangrijk dat zorgaanbieders daarbij oog hebben voor preventie en mantelzorg (ondersteuning) en de inzet van thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen.

Wijkverpleging levert een belangrijke bijdrage aan het verbeteren van de doelmatigheid van zorg in de hele zorgketen, bijvoorbeeld bij ziekenhuisverplaatste zorg. Zorg en Zekerheid ondersteunt ziekenhuisverplaatste zorg onder de voorwaarden zoals beschreven op de website.

[1] Zie ReableNederland.nl

3.3 Regionale samenwerking

Zorg en Zekerheid onderschrijft de mede door Actiz, Zorgthuis.nl en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ontwikkelde 'Visie eerstelijnszorg 2030'[2] ten aanzien van de positie van de wijkverpleging in de eerste lijn. Wij zien deze visie als een steun in de rug bij het door ons reeds ingezette beleid. Wij verwachten dat zorgaanbieders zich aan deze visie committeren en samen met ons de visie op de eerste lijn in de regio verder ontwikkelen. Zie ook het zorginkoopbeleid Multidisciplinaire zorg en het zorginkoopbeleid Regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden. Voor de wijkverpleging vragen we in het bijzonder om stappen te zetten in de onderlinge vertegenwoordiging en aanspreekbaarheid naar andere partijen binnen de regionale eerstelijnsorganisaties en de wijkverbanden.

Naast de samenwerking met andere professionele partners in de keten vragen we zorgaanbieders ook om aandacht te hebben voor bewonersinitiatieven. In veel wijken organiseren bewoners zelf initiatieven om elkaar te ondersteunen. Zorgaanbieders kunnen die initiatieven faciliteren door bijvoorbeeld burgers aan professionals te verbinden of door praktische ondersteuning zoals het beschikbaar stellen van een ruimte. Door dergelijke initiatieven hebben zorgaanbieders – ook in het kader van het arbeidsmarktvraagstuk – meer ruimte om zich te richten op hun kerntaken.

4 Wat zijn de focuspunten vanuit de zorginkoop wijkverpleging?

4.1 Focus: Versteviging aansluiting wijkverpleging in de eerste lijn

In de periode 2027 – 2029 is conform de landelijke 'Visie eerstelijnszorg 2030' op ieder wijksamenwerkingsverband in onze regio een zorgaanbieder van wijkverpleging namens de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT-)sector gemandateerd aangesloten. Zie ook het zorginkoopbeleid Multidisciplinaire zorg en het zorginkoopbeleid Regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden.

Waar versnippering van aanbod van wijkverpleging de implementatie van de 'Visie eerstelijnszorg 2030' belemmert, specifiek 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 de preferente zorgaanbieder om namens de wijkverpleging afspraken met andere zorgaanbieders in de wijk te maken.

Wij vragen ook van zorgaanbieders om - in lijn met de 'Leidraad Herkenbare en Aanspreekbare Wijkverpleging' – samen te zorgen dat op iedere zorgvraag van een verzekerde een passend aanbod wordt geboden zodat geen verzekerde tussen wal en schip valt. Zorg en Zekerheid ondersteunt in dit kader de ontwikkeling van lokale of regionale centrale aanmelding van wijkverpleging. Dit verbetert de vindbaarheid van wijkverpleging en dit ontlast verwijzers als huisartsen en ziekenhuizen.

Zorg en Zekerheid spreekt daarbij een werkwijze af waarbij keuzemogelijkheden voor verzekerden zo veel als mogelijk blijven bestaan. Dit neemt niet weg dat onze keuze voor een preferente zorgaanbieder gevolgen kan hebben voor (1) de instroom van verzekerden bij niet-preferente zorgaanbieders in die wijk en voor (2) het wel of niet contracteren van een zorgaanbieder voor een specifiek postcodegebied.

[2] Visie eerstelijnszorg 2030 | Rapport | Rijksoverheid.nl

4.2 Focus: Snelle implementatie van innovaties, hulpmiddelen en digitale zorg

Zorg en Zekerheid acht binnen de *stepped care*-benadering de inzet van hulpmiddelen en thuiszorgtechnologie voorliggend aan vormen van fysieke zorg. Hierbij verwachten wij 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.

Het nut van arbeidsbesparende medicijndispensers en beeldbellen 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.

Ook regionaal afgestemde zorgpaden en werkafspraken tussen zorgaanbieders zijn – mits voor iedere zorgaanbieder kenbaar en door Zorg en Zekerheid onderschreven – voor alle door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgaanbieders in die regio leidend voor levering van rechtmatige zorg en voor ons leidend in de materiële controle.

4.3 Focus: Verpleegkundig adviesgesprek

Om het gedachtengoed van reablement, 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 in gesprek gaat over welke mogelijke oplossingen er zijn vóórdat de hulpvraag automatisch wordt beantwoord met het leveren van (fysieke) zorg. Zorgaanbieders die een verpleegkundig adviesgesprek willen aanbieden, kunnen hiervoor een addendum aanvragen. In dit addendum zijn voorwaarden opgenomen.

4.4 Focus: Wijkverpleging in zorgcoördinatie

In uitwerking van ROAZ transformatieplannen voor zorgcoördinatie kan Zorg en Zekerheid afspraken maken met zorgaanbieders van wijkverpleging over hun rol in de acute keten. Waar de wijkverpleging op verzoek van een regionale zorgcoördinatievoorziening de opvolging na triage op zich neemt, zullen wij die in beginsel middels de integrale tarieven op verzekerdenniveau vergoeden.

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. Bovenop de in het Algemeen zorginkoopbeleid genoemde eisen gelden vanuit wijkverpleging de in Bijlage 1 genoemde minimum- en kwaliteitseisen.

5.2 Aanbod van zorgovereenkomsten

Reeds gecontracteerde zorgaanbieders die voldoen aan de gestelde eisen ontvangen per 2027 jaarlijks een nieuw voorstel voor een zorgovereenkomst, tenzij anders benoemd in het (algemeen)

zorginkoopbeleid. In het geval van een basisovereenkomst geldt jaarlijks een stilzwijgende verlenging (zie verder paragraaf 5.3.) .

Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders die een verzoek tot een zorgovereenkomst hebben, beoordeelt Zorg en Zekerheid dit verzoek aan de gestelde eisen. Ook beoordelen wij het verzoek onder andere op basis van het huidige gecontracteerde aanbod, de focus op de regio, het marktaandeel van Zorg en Zekerheid en het voldoen aan de zorgplicht.

5.3 Contractvarianten

Zorg en Zekerheid maakt onderscheid tussen verschillende zorgovereenkomsten. Hieronder leest u voor welke zorgovereenkomst u mogelijk in aanmerking komt.

Basisovereenkomst

De meeste zorgaanbieders ontvangen van Zorg en Zekerheid een aanbod voor een basisovereenkomst. Het gaat dan om zorgaanbieders die een relatief beperkte hoeveelheid Zorg en Zekerheid verzekerden hebben (omzet onder € 500.000,-). Wij maken in dit geval geen volumeafspraken. Bij een basisovereenkomst kunnen wij ook afspraken maken over wondzorg en thuiszorgtechnologie (zie voorwaarden in Bijlage 1 Minimum- en Kwaliteitseisen).

Tot en met 2026 sloot Zorg en Zekerheid basisovereenkomsten steeds af voor een periode van één jaar. Om administratieve lasten te beperken, hanteren wij in de periode 2027 tot en met 2029 een stilzwijgende jaarlijkse verlenging. Dat wil zeggen dat de zorgaanbieder een basisovereenkomst ontvangt voor 2027 met een stilzwijgende verlenging tot en met uiterlijk 2029. In paragraaf 6.1 beschrijven we hoe tarieven jaarlijks worden geïndexeerd.

Stilzwijgende verlenging

Voor de zorgaanbieder en voor Zorg en Zekerheid geldt dat de basisovereenkomst steeds voor 1 oktober voor het volgende contractjaar zonder opgaaf van reden kan worden opgezegd en eventueel verzocht kan worden om een aangepaste invulling van tarieven en/of af te spreken prestaties.

Basisplusovereenkomst

Binnen de basisovereenkomsten bestaat ook de ‘basisplusovereenkomst’. Die variant hanteren we als we aanvullende afspraken willen maken over doelmatigheid (gemaximeerd gemiddeld aantal uren per verzekerden) in verband met een bovengemiddelde zorginzet. Een basisplusovereenkomst geldt voor één jaar.

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. Om deze reden behouden wij het recht om zorgaanbieders die voor het eerst een zorgovereenkomst aanvragen, een zorgovereenkomst 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. Bij gebleken kwaliteit van indicatiestelling en doelmatige zorgverlening vervalt het machtigingsbeleid na één jaar. 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. Een ‘basisovereenkomst nieuwe zorgaanbieder’ geldt voor één jaar.

Maatwerkovereenkomst

Een aantal zorgaanbieders ontvangt op initiatief van Zorg en Zekerheid een voorstel voor een maatwerkovereenkomst:

- Partijen die in de regio van Zorg en Zekerheid werkzaam zijn en daarbij een aanmerkelijk zorgvolume (omzet > €500.000,-) hebben komen in aanmerking voor een maatwerkovereenkomst.
- Landelijk opererende partijen die een aanmerkelijk marktaandeel bedienen, een significant volume hebben én lokaal een voorname keten- of regierol vervullen bij de totstandkoming van de zorginzet komen in aanmerking voor een maatwerkovereenkomst.

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.

Bij maatwerkovereenkomsten is vrijwel altijd sprake van een vorm van opbrengstverrekening. Dit kan op basis zijn van een afspraak over doelmatigheid, een omzetplafond (per verzekerde) of van een staffelafspraak. Eventuele meerjarige en/of experimentele afspraken op basis van *shared savings* behoren bij een maatwerkovereenkomst tot de mogelijkheden.

Zorgovereenkomst medische kindzorg

Wijkverpleging aan kinderen onder de 18 jaar vereist specifieke deskundigheid. Deze zorg contracteren wij daarom uitsluitend bij gespecialiseerde (kinder)thuiszorgorganisaties. Voor deze zorg aan kinderen wordt een zorgovereenkomst medische kindzorg aangegaan. Deze zorgovereenkomst geldt ook voor verpleegkundig dagverblijven en verblijf. Specifieke voorwaarden voor het leveren van zorg aan kinderen kunt u vinden in Bijlage 1. Een zorgovereenkomst medische kindzorg geldt voor één jaar.

5.4 Aanvragen zorgovereenkomst

Indien u als zorgaanbieder nog geen zorgovereenkomst met Zorg en Zekerheid heeft en u wilt daar wel voor in aanmerking komen, dan kunt u uw aanvraag indienen via het aanvraagformulier op onze website. Indien de aanvraag compleet is en wordt goedgekeurd, dan krijgt u:

- bij een aanvraag in het jaar voorafgaand aan het contractjaar (bijvoorbeeld aanvraag in 2026 voor 2027) per 1 januari van het betreffende contractjaar een zorgovereenkomst aangeboden;
- bij een aanvraag in een lopend contractjaar en voor datzelfde contractjaar (bijvoorbeeld aanvraag in 2027 voor 2027) per de eerste kalenderdag van de maand van aanvraag een zorgovereenkomst aangeboden.

De zorgovereenkomst moet binnen zes weken na de dag van ontvangst door de zorgaanbieder worden ondertekend.

5.5 Voorbehouden sluiten zorgovereenkomst

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst aan te gaan met een zorgaanbieder, dan wel bepaalde onderdelen of prestaties van een zorgovereenkomst niet af te sluiten met een zorgaanbieder.

6 Hoe ziet het contracteerproces eruit?

6.1 Bepalen van de tarieven

Integrale tarieven doelgroepenprestaties 1032 tot en met 1037
In het geval van integrale uurtarieven is het tarief dat Zorg en Zekerheid in het voorgaande jaar met u heeft afgesproken het uitgangspunt voor het tarief in het volgende jaar. Voor de reguliere prestaties 1032 tot en met 1037 volgt Zorg en Zekerheid voor de totstandkoming van de tarieven de voorlopige personele en materiële indexeringen zoals die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn gepubliceerd (peilmoment 1 september van het voorgaande jaar). Hierbij wordt die indexering zo nodig gecorrigeerd met de door de NZa doorgevoerde correctie op de eerder afgegeven voorlopige indexering over het voorgaande jaar. Specifieke of lokale omstandigheden kunnen een reden zijn om afwijkende tariefafspraken te maken. Voor de overige prestaties bekijken we per prestatie of de bovenstaande indexeringssystematiek passend is.

Ontwikkeling tarieven bij stilzwijgende verlenging
In het geval van de basisovereenkomst met stilzwijgende verlenging zullen alle voor 2027 afgesproken tarieven steeds naar het volgende jaar worden geïndexeerd met de door de NZa afgegeven voorlopige gewogen gemiddelde index (90% personele kosten en 10% materiële kosten) voor het betreffende jaar en gecorrigeerd met het verschil van de definitieve met de voorlopige gewogen gemiddelde index over het voorgaande jaar. Zie voor een toelichting op de indexeringssystematiek onze ‘veelgestelde vragen wijkverpleging’ op de website.

Integrale maandtarieven
Zorg en Zekerheid maakt ook in 2027 – 2029 met de meeste zorgaanbieders afspraken op basis van uurtarieven. Wij bespreken met onze maatwerkaanbieders of bekostiging op basis van maandtarieven in specifieke gevallen uitvoerbaar is en bijdraagt aan passende zorg.

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 van de zorgaanbieder ook bij de vaststelling en monitoring van maandtarieven betrouwbare informatie over ingezette uren zorgverlening.

Onplanbare nachtzorg
Voor de bekostiging van de onplanbare nachtzorg gaan wij uit van de jaarlijks goedgekeurde begroting inclusief indexatie. Voor deze indexering gebruiken zorgverzekeraars de indexen zoals de NZa deze op haar website heeft gepubliceerd.

De begroting voor jaar T wordt geïndexeerd door de voorlopige gewogen gemiddelde index (90% personele kosten en 10% materiële kosten) voor jaar T te corrigeren met het verschil van de definitieve met de voorlopige gewogen gemiddelde index over jaar T-1.
NB Alleen het deel van de begroting dat aan Zvw verzekerden is toebedeeld, wordt door de zorgverzekeraars vergoed.

Het is mogelijk om een nieuwe of aangepaste businesscase voor onplanbare nachtzorg aan te leveren als daartoe aanleiding is. Landelijk is de afspraak gemaakt dat we de onplanbare nachtzorg budgetneutraal blijven inkopen. Dat betekent onder andere dat we bij nieuwe afspraken en/of wijzigingen aanpassingen in de afgesproken integrale tarieven kunnen doen.

Het tijdspad voor het aanleveren van een nieuwe of aangepaste businesscase is als volgt:

- Voor 1 april bespreken zorgaanbieder en preferente zorgverzekeraar of er een nieuwe of aangepaste businesscase moet worden opgesteld inclusief wat hiervoor de aanleiding is (van beide kanten);
- Voor 1 mei aanleveren businesscase door zorgaanbieder bij preferente zorgverzekeraar;

Voor 1 juli dient de zorgaanbieder het door de preferente zorgverzekeraar getekende volgverzoek in bij de verre zorgverzekeraars. Volgverzoeken die op of na 1 juli worden ingediend, worden niet meer in behandeling genomen. Indien er op 1 juli geen overeenstemming is met de preferente verzekeraar, dan blijven de bestaande afspraken van kracht.

Opvolging zorgcoördinatie

Zorgaanbieders kunnen aanvullende afspraken met Zorg en Zekerheid maken over de levering van zorg op verzoek van een zorgcoördinatievoorziening. Zorg en Zekerheid vergoedt deze zorg op verzekerdenniveau middels een integraal uurtarief.

Thuiszorgtechnologie

Voor de inzet van beeldschermzorg en slimme medicijndispensers neemt Zorg en Zekerheid standaard een vergoeding per verzekerde per maand op in haar zorgovereenkomst. Een voor een specifieke zorgaanbieder aantoonbaar hogere kostprijs kan aanleiding zijn om de standaardvergoeding te verhogen. Voor de inzet van andere (aanvullende) thuiszorgtechnologieën kunnen zorgaanbieders een aanvraag doen met het landelijk uniforme ‘Aanvraagformulier thuiszorgtechnologie’ op onze website. Hierbij voeren we een eigen beleid voor het aantal te vergoeden uren en de hoogte van het tarief.`

Bijna-thuis-huizen (hospicezorg)

Zorg en Zekerheid vergoedt de wijkverpleging in bijna-thuis-huizen middels een dagtarief.

Ziekenhuisverplaatste zorg

Zorgaanbieders kunnen aanvullende afspraken maken over de vergoeding van ziekenhuisverplaatste zorg. Op de website is beschreven onder welke voorwaarden wij deze zorg vergoeden. Wij vergoeden deze zorg middels een vergoeding per uur via de prestatiecode 'ziekenhuisverplaatste zorg’ zodat inzichtelijk is dat het ziekenhuisverplaatste zorg betreft.

6.2 Bijcontracteren

In deze paragraaf leest u onder welke omstandigheden bijcontracteren mogelijk is. De planning van bijcontracteren vindt u in de planning (hoofdstuk 6.3). 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. Voor het tussentijds herzien van het omzetplafond dient minimaal sprake te zijn van:

- aantoonbare groei van verzekerden; en/of
- onvoorziene omstandigheden die optreden na het sluiten van de zorgovereenkomst.

6.3 Planning

De planning voor de inkoopjaren 2027 - 2029 ziet er als volgt uit:

Planning bij basisovereenkomsten met stilzwijgende verlenging

Uiterste datum	Inkoopactiviteit Wijkverpleging
1 april 2026	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl
September 2026	Aanbieden zorgovereenkomsten aan zorgaanbieders
1 oktober 2027 en 2028	Zorgaanbieder en/of Zorg en Zekerheid kunnen zonder opgaaf van reden de 'basisovereenkomst met stilzwijgende verlenging' eenzijdig opzeggen en eventueel het verzoek doen om een aangepaste invulling van tarieven en/of af te spreken prestaties
11 november 2026	Uiterste datum van ondertekening door zorgaanbieder in het Zorginkoopportaal van VECOZO
12 november 2026, 2027 en 2028	Informeren van verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod via de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid
Gedurende de gehele periode 2026-2029	Publicatie van eventuele aanvullingen en/of wijzigingen op het zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl

Planning bij alle overige zorgovereenkomsten

Uiterste datum	Inkoopactiviteit Wijkverpleging
1 april 2026	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl
1 september 2026, 2027 en 2028	Uiterste datum om afspraken te maken over de verwerking van objectieve informatie bij maatwerkovereenkomsten, zoals de techniek en/of methodiek van benchmarking of volumeprognoses
1 september 2026, 2027 en 2028	Start gesprekken met maatwerkaanbieders
September 2026, 2027 en 2028	Aanbieden zorgovereenkomsten aan zorgaanbieders
11 november 2026, 2027 en 2028	Uiterste datum van ondertekening door zorgaanbieder in het Zorginkoopportaal van VECOZO
12 november 2026, 2027 en 2028	Informeren van verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod via de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid
Gedurende de gehele periode 2026-2029	Publicatie van eventuele aanvullingen en/of wijzigingen op het zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl
1 oktober 2027, 2028 en 2029 voor zorgovereenkomst behorend bij hetzelfde jaar (in geval van bijcontracteren)	Zorgaanbieder stuurt een e-mail naar zorginkoop.Wijkverpleging@zorgenzekerheid.nl met de mededeling dat overschrijding van het omzetplafond wordt verwacht
1 november 2027, 2028 en 2029 voor zorgovereenkomsten behorend bij hetzelfde jaar t (in geval van bijcontracteren)	Zorg en Zekerheid beoordeelt of herziening van omzetplafond mogelijk is en koppelt de uitkomst terug aan de zorgaanbieder

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 op onze website.

7 Heeft u vragen?

Wij hopen dat u een helder beeld heeft van het zorginkoopbeleid wijkverpleging 2027-2029 van Zorg en Zekerheid. Heeft u vragen? Bezoek dan onze contactpagina.

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: Minimum- en kwaliteitseisen

Algemeen

- De kwaliteit van de zorgverlening voldoet minimaal aan het ‘Generiek kompas; Samen werken aan kwaliteit van bestaan’.
- De zorgaanbieder levert desgevraagd digitale informatie aan waarmee de zorgverzekeraars kwaliteit kunnen toetsen en benchmarken.
- 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 levert haar werkgebied op 4-cijferig postcodeniveau aan bij Zorg en Zekerheid ten behoeve van de Zorgzoeker voor verzekerden van Zorg en Zekerheid. Hiertoe gebruikt de zorgaanbieder de vragenlijst die voor de contractering via VECOZO wordt aangeboden.
- De zorgaanbieder heeft in de afgelopen 3 jaar voorafgaand aan dit contractjaar 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 2026 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.
- De zorgaanbieder zet voor de indicatiestelling medewerkers in die aantoonbaar vakbekwaam zijn conform het statement “Vakbekwaam indiceren voor de Zorgverzekeringswet” van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Verpleegkundigen die al voor 1-1-2025 indicaties stelden en nog niet de training ‘vakbekwaam indiceren’ hebben gevolgd, worden door de zorgaanbieder gestimuleerd en gefaciliteerd om dit alsnog te doen.
- 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 zorgaanbieder aan om al haar verpleegkundigen (HBO/MBO) en verzorgenden (minimaal niveau 3) in het Kwaliteitsregister V&V te laten registreren.

- De zorgaanbieder borgt aantoonbaar de bevoegdheid en bekwaamheid van haar vaste en tijdelijke medewerkers en vergewist zich tenminste van de juistheid en geldigheid van de vereiste diploma's van haar medewerkers.
- De zorgaanbieder levert niet meer dan 20% van de totale geleverde uren wijkverpleging op jaarbasis via de inzet van onderaanneming. Onder onderaannemers vallen organisaties die als onderaannemer gecontracteerd zijn door de hoofdaannemer, maar ook personeel dat niet in loondienst is en coöperaties van individuele zorgaanbieders.
- 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 door ZN geüniformeerde voorwaarden.
- 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 houdt waar mogelijk en voor zover een efficiënte planning dat toelaat rekening met de wens van de verzekerde.
- 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.
- De zorgaanbieder werkt volgens de 'beter laten' en 'beter doen'-lijsten van de V&VN.
- Indien regionale zorgpaden of werkafspraken bestaan die voor de zorgaanbieders in die regio kenbaar zijn en die door Zorg en Zekerheid zijn onderschreven dan dient de zorgaanbieder zich daar aan te houden.

Voorwaarden voor de levering van palliatief-terminale zorg

- Palliatief-terminale zorg voldoet minimaal aan het geldende Kwaliteitskader Palliatieve Zorg[3] en de Handreiking Palliatieve zorg thuis[4].
- 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 betrekt 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 noodzaak is tot 'verpleegkundig toezicht'. Dit staat aantoonbaar in het zorgplan. Voor de verdere invulling wordt verwezen naar de nadere duiding van het Zorginstituut.[5]
- 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 inkoopbeleid' van Zorgverzekeraars Nederland.

---

[3] Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliatief, 2017. Of de geldende geactualiseerde versie die naar verwachting in 2026 zal worden gepubliceerd.

[4] Handreiking Palliatieve zorg thuis; Een uitwerking van jet Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland voor wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en verzorgenden; versie december 2019

[5] Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding dd. 28 maart 2019

Voorwaarden voor de levering van medische kindzorg

- De kwaliteit van de zorgverlening voldoet minimaal aan het Generiek Kompas.
- De kinderverpleegkundige draagt zorg voor navolgbare verslaglegging van het verpleegkundig proces dat voldoet aan het normenkader indiceren en richtlijn verpleegkundige verslaglegging.
- De zorgaanbieder zorgt voor voldoende leer- en ontwikkelmogelijkheden zodat (kinder)verpleegkundigen hun actuele deskundigheid en bekwaamheid kunnen onderhouden en tevens kunnen aantonen dat zij voldoen aan de professionele standaard omtrent deskundigheidsbevordering van hun beroepsgroep.
- De zorgaanbieder gaat samenwerking met andere kindzorgorganisatie aan waarbij de hulpvraag/zorgvraag van kind en gezin voorop staan. Samenwerking vindt plaats op basis van het Medische Kindzorgsysteem (MKS), Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK), Handvest Kind&Zorg en de Kwaliteitsstandaard 'Het zieke kind en gezin die verpleegkundige zorg nodig hebben in de eigen omgeving' (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2020) (Vilans,2020). Daarbij worden Protocollen van Vilans en Landelijke Protocollen Kinderverpleegkundige Zorg (LPKZ) nageleefd.
- De zorgaanbieder borgt de 24/7 oproepbaarheid en beschikbaarheid van planbare en niet planbare zorg.
- Als de zorgaanbieder werkt volgens planning is realisatie tenzij wordt de handreiking registratiestandaard wijkverpleging gebruikt.
- De zorgaanbieder heeft gedurende de hele looptijd van de zorgovereenkomst voldoende BIG-geregistreerde bachelor of master opgeleide verpleegkundigen in loondienst, waarvan minimaal 75% kinderverpleegkundigen.
- De inventarisatie en het indiceren van de zorg- en hulpvraag dient te worden uitgevoerd conform het normenkader van V&VN en HIK in de thuissituatie, in aanwezigheid van het kind en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
- De inventarisatie, het indiceren van de zorg- en hulpvraag van het kind en gezin en het opstellen van het zorgplan moet worden uitgevoerd door een HBO of master opgeleide kinderverpleegkundige.
- De zorgaanbieder werkt volgens de vier fasen van het MKS en deze fasen zijn verwerkt in haar werkwijze en volgens de Handreiking indicatieproces kindzorg en bijbehorende Toolbox met als doel inzet, inhoud en resultaat van zorg te ordenen en te standaardiseren.
- 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 werkt volgens de uitgangspunten van het Handvest Kind & Zorg om de rechten van het kind en het gezin waar het kind toe behoort te bewaken.
- De zorgaanbieder zorgt voor specifieke trainingen om angst, pijn en stress bij kinderen zo veel mogelijk te reduceren en in het zorgplan wordt het doel preventie op angst- en stressreductie toegevoegd.
- 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 interprofessioneel 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 zorgt start nadat in gezamenlijkheid de kinderverpleegkundige, de kinderarts/medisch-specialist en het gezin hebben vastgesteld dat deze in de thuissituatie op verantwoorde wijze kan worden geboden.
- Kinderen worden waar mogelijk betrokken en mogen meebeslissen bij alle ontwikkelingen binnen de zorg die op hen betrekking heeft.
- Kinderen worden gestimuleerd waar mogelijk eigen regie en zelfmanagement te nemen.
- Transitie naar volwassenenzorg (18+) wordt binnen drie maanden beschreven nadat de leeftijd van 18 jaar is bereikt.

Voorwaarden voor de levering van de prestatie regiefunctie complexe wondzorg

De prestatie regiefunctie complexe wondzorg is een traject waarin de gecontracteerde zorgaanbieder de verzekerde 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 verzekerdenniveau in rekening.

Richtlijnen en protocollen

- Volgens richtlijnen van de beroepsgroep wordt gewerkt, waaronder de:
  - richtlijnen V&VN;
  - kwaliteitsstandaard organisatie van wondzorg in Nederland[6].
- 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 en[7]:
  - heeft een in Nederland geaccrediteerde masteropleiding (HBO of universitair) met bijbehorende (her)registratie en accreditatie en is verpleegkundig specialist en/of wondconsulent[8]. 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 verzekerde 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 onder andere nationale en internationale literatuur op wondzorggebied.

---

[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.

- 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, de patiënt en naasten;
  - casemanagement en triage en afstemming met (andere) medisch-specialisten en/of zorgverleners;
  - 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 onder andere:
  - 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 complexe wondzorg zijn uitgevoerd;
  - einddatum wondbehandeling (genezing).

Monitoring kwaliteit

- De zorgaanbieder is in staat om een rapportage te verstrekken voor de kwaliteit van de volgende onderwerpen[9]:
  - beschikbaarheid van een multidisciplinair team waarin samenwerkingsafspraken tussen medici, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden zijn vastgelegd;
  - een elektronisch patiëntendossier is 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.

[9] Indicatorenset WondExpertiseCentra Nederland, 2012

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

Voorwaarden voor 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 verzekerde plaats.
- De indicerend verpleegkundige heeft voldoende kennis van het steunsysteem van de verzekerde 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.