

Zorginkoopbeleid

# Wijkverpleging

## 2021



**OHRA** Direct  
geregeld

 **nationale  
nederlanden**

Versie	Datum publicatie	Toevoeging/wijziging	Pagina	Reden
1.0	1 april 2020	-	-	-
1.1	9 juli 2020	Verwijderen van de 'd' achter Advanced.	7, 10 en 24	Er staat Advanced Care Planning, maar we bedoelen Advance Care Planning wat betekent de zorg vooruit plannen.

# Inhoudsopgave

Voorwoord	4
<b>1 Managementsamenvatting</b>	<b>5</b>
1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2021	5
1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2021	5
1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst	6
<b>2 Visie van CZ groep op de wijkverpleging</b>	<b>7</b>
<b>3 Inhoudelijk beleid en focus voor 2021</b>	<b>12</b>
3.1 Kernwerkgebieden	12
3.2 Waardegedreven inkoop van wijkverpleging	13
3.3 Palliatieve zorg	15
3.4 Dementie	15
3.5 (Regiefunctie) complexe wondzorg	17
3.6 Gespecialiseerde verpleging	17
3.7 Zorgvernieuwing en e-health	17
3.8 Toegankelijkheid	18
3.9 Zorgplicht	18
<b>4 Proces contractering 2021</b>	<b>20</b>
4.1 Bestaande zorgaanbieders	20
4.2 Nieuwe zorgaanbieders	21
4.3 Het omzetplafond	22
4.4 Vecozo	23
4.5 Tijdpad	23
4.6 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	23
4.7 Bereikbaarheid	23
4.8 Controle van declaraties	23
<b>5 Betrokkenheid van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid</b>	<b>24</b>
5.1 Visie van CZ op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	24
5.2 Specifiek beleid wijkverpleging	24
<b>Bijlage 1 Minimum en aanvullende eisen</b>	<b>25</b>
1.1 Minimumeisen voor het leveren van basiszorg	25
1.2 Aanvullende eisen zorgcoöperaties bestaande uit zzp'ers	26
1.3 Specialistische zorg met aanvullende eisen op de basisovereenkomst	26
1.4 Regionale functies	29
<b>Bijlage 2 Uitsluitingsgronden</b>	<b>33</b>
<b>Bijlage 3 Vragenlijst complexe wondzorg</b>	<b>34</b>

### Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving. Wijzigingen in wet- of regelgeving kunnen tot gevolg hebben dat de inhoud van dit document moet worden aangepast. Als er onverhoopt een andere reden voor aanpassing zou zijn, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. Deze aanpassingen zullen zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden.

CZ groep denkt mee over de toekomst van de zorg. Dat doen we door in onze zorginkoop aan te sluiten bij de regionale zorgbehoeften. Met inwoners, zorgverleners en andere betrokken partijen werken we samen aan betere en betaalbare zorg in de regio. In een aantal regio's experimenteren we met nieuwe organisatievormen om dat zo effectief mogelijk te doen. Zie hiervoor [www.cz.nl/regie-regio](http://www.cz.nl/regie-regio). In deze experimenteerregio's worden afspraken gemaakt die kunnen afwijken van de afspraken voor de reguliere zorginkoop.

## Voorwoord

CZ groep wil dat iedere verzekerde toegang heeft tot zorg van goede kwaliteit. Tegelijkertijd willen we de zorgkosten voor de maatschappij beheersbaar houden. Dat is een flinke opgave! Bovendien staat de zorg voor grote uitdagingen, zoals arbeidstekorten, een snelle toename van multimorbiditeit en druk op de financiële middelen.

Daarom stimuleert CZ groep zorgaanbieders om hun zorg continu te verbeteren. Ontwikkelingen als data science, procesinnovatie en zelfmonitoring kunnen waardevol zijn voor onze verzekerden. Daarom zoeken we steeds meer de verbinding met zorgaanbieders. Dat doen we onder meer via onze zorgvisie, waarin we met het concept van Duurzame Coalities andere manieren van samenwerking onderzoeken – naast de traditionele zorginkoop.

Succesvolle innovaties en mooie resultaten vertaalt CZ groep naar landelijke inkoopvoorwaarden voor alle zorgaanbieders waarmee wij een contract afsluiten. Zo krijgen al onze verzekerden steeds betere en klantgerichtere zorg. In ons zorginkoopbeleid voor 2021 vindt u de actuele contractvoorwaarden.

‘Verantwoord en Dichtbij’ blijft ook dit jaar onze denkrichting voor het zorginkoopbeleid. Daarbij leggen we de lat voor alle zorgaanbieders weer nét iets hoger. Zo blijft de zorg voor iedereen toegankelijk én van goede kwaliteit.

In het zorginkoopbeleid Wijkverpleging voor 2021 is ‘Verantwoord en Dichtbij’ opnieuw op diverse plekken zichtbaar. Het uitgangspunt is dat de zorg rondom de cliënt integraal deel uitmaakt van de totale keten van ouderenzorg. We betrekken bij onze zorginkoop dan ook zo veel mogelijk andere sectoren, zoals huisartsenzorg, (acute) ziekenhuiszorg, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg. De focus ligt op het zo lang mogelijk in de eigen omgeving aanbieden van zorg, mits dit doelmatig en verantwoord te organiseren is. In het zorginkoopbeleid 2021 geven we nog meer aandacht aan dit thema. We hopen zo voor elkaar te krijgen dat de zorg echt op de juiste plek geleverd wordt, en niet in het ziekenhuis omdat dat nu eenmaal altijd zo was, of thuis omdat de richtlijn nu eenmaal zo is. Zorg op de juiste plek betekent maatwerk voor iedereen, rekening houdend met ieders eigen vaardigheden, netwerk en de maatschappij als geheel.

Het blijft daarnaast belangrijk dat de wijkverpleging waar mogelijk (digitale) hulpmiddelen gebruikt om de zorgvraag van de cliënt te verlichten. Bijvoorbeeld door een elektronische medicijndispenser, een aantrekhulp voor steunkousen of zorg op afstand. Zulke zaken vinden wij onmisbaar in tijden van een krappe arbeidsmarkt en alsmaar stijgende zorgkosten. Met ons zorginkoopbeleid 2021 geven we invulling aan ‘zorg die verder gaat’. Door te innoveren, samen te werken en te blijven werken aan structurele vooruitgang, verbeteren we de zorg continu. Wij dagen u uit om samen met ons de zorg in Nederland nóg beter te maken.

**Yvonne Hijnen**

Manager zorginkoop V&V-Zvw

# Managementsamenvatting

## 1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2021

Goede wijkverpleegkundige zorg versterkt de zelfredzaamheid en kan de kwaliteit van leven van onze verzekerden in de thuissituatie vergroten. Ook kan het een beroep op zwaardere zorg en escalatie naar de tweede lijn voorkomen of uitstellen. CZ groep streeft naar wijkverpleging die precies past bij wat onze verzekerden nodig hebben en die aansluit op wat ze zelf (in en met hun omgeving) kunnen organiseren.

CZ groep ziet wijkverpleging als een essentiële schakel binnen de zorgketen voor kwetsbare ouderen en stimuleert zorgaanbieders om hierover goede samenwerkingsafspraken te maken. De essentie van de wijkverpleging is het geven van generalistische, continue en persoonsgerichte zorg op maat, waarbij zelfzorg wordt gestimuleerd. Wij contracteren wijkverpleging vanuit een generalistenmodel. Dit betekent dat wij erop sturen dat de wijkverpleegkundige de zorg, samen met de huisarts, zo veel mogelijk zelf kan oppakken en dat er dus niet te veel afstemtaken zijn. Als het ziektebeeld te complex of specialistisch is, verwachten wij dat de wijkverpleegkundige zorgt voor opschaling naar een specialist. Specialistische zorg binnen de wijkverpleging wordt ingekocht bij een beperkt aantal zorgaanbieders.

We zien de laatste jaren een duidelijke trend binnen de wijkverpleging: steeds meer zorg wordt thuis bij de cliënt geleverd, ook complexere zorg die voorheen in het ziekenhuis plaatsvond. Een ontwikkeling die we stimuleren, maar waarvan we ons in toenemende mate afvragen of dit wel altijd verantwoord is. Er is onvoldoende zicht op de kwaliteit en doelmatigheid van deze zorg en het is de vraag of de patiëntveiligheid altijd gegarandeerd is.

Het wordt steeds belangrijker om de zorgvraag en het zorgaanbod in een duurzaam evenwicht te brengen. Dit vanwege de vergrijzing en de bijbehorende toenemende zorgbehoefte, het zo dicht mogelijk bij de cliënt leveren

van zorg en de arbeidsmarktproblematiek in de wijkverpleging. Dit vraagt om een andere en slimmere manier van werken. Ondersteunende hulpmiddelen zoals e-health spelen een belangrijke, ondersteunende rol bij preventie, het langer thuis kunnen blijven wonen van ouderen en het stimuleren van zelfmanagement bij zorg in de thuissituatie.

In sommige regio's hebben wij te maken met een groot aantal zorgaanbieders, wat leidt tot een versnippering van het zorgaanbod. Dit heeft gevolgen voor onder andere de organisatie van de zorg. Wij willen daarom in bepaalde regio's waar we een groot marktaandeel hebben de samenwerking en afstemming van de zorg verbeteren. Dit is ook landelijk besproken en uitgewerkt in de leidraad 'herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging'. Hiermee willen we de versnippering inperken, bijvoorbeeld door Duurzame Coalities aan te gaan. Daarbij leggen we de focus vooral op onze kernwerkgebieden, waar wij een groot marktaandeel hebben. We nemen daar een actieve rol als zorgverzekeraar, waarbij wij met zorgaanbieders samenwerken aan de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg. Buiten onze regio's hebben wij ook een belangrijke, maar andere rol. In deze buitengebieden is onze focus vooral gericht op de toegankelijkheid van zorg in het kader van onze zorgplicht.

## 1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2021

- Voor 2021 hebben we ons waardemodel uitgebreid. Hierdoor wegen we de inzet van de elektronische medicijn dispenser mee ten opzichte van de totale cliëntenpopulatie in zorg.
- Net als in 2020 sturen wij aan op een aansluiting bij ELV-palliatief voor zorg die geleverd wordt in een hospice met minimaal vier bedden en met eigen verpleegkundigen en verzorgenden in dienst.
- In 2020 en 2021 willen we de dementienetwerken nog beter faciliteren door de Netwerk Review Scan in 2021

opnieuw af te nemen (in regio's waar deze in 2019 al heeft plaatsgevonden) en door advies te geven bij het aanscherpen van het meerjarenplan op basis van de uitkomsten. In ons kernwerkgebied bespreken we als preferente zorgverzekeraar de voortgang van het meerjarenplan minimaal één keer per jaar met het dementienetwerk.

- Wij vragen om meer afstemming met de zorgaanbieders over de tijdigheidsnormen waarbinnen cliënten geplaatst of doorbemiddeld worden. In 2021 maken we afspraken met zorgaanbieders over hoe zij registreren en controleren of cliënten binnen deze tijdigheidsnormen geplaatst of doorbemiddeld zijn.
- Ondanks ons voornemen om voor 2020 te gaan werken met het zorginkoopportaal van VECOZO, zien wij hier voor de zorginkoop van 2021 van af.
- Conform de landelijke afspraken zijn de inhoudelijke kaders voor onplanbare nachtzorg toegevoegd.

krijgen zzp'ers die zich verenigd hebben in een zorgcoöperatie de mogelijkheid om voor een overeenkomst 2021 in aanmerking te komen. Voor zorgcoöperaties gelden aanvullende eisen.

### 1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- We hebben de normering van het maximaal aantal zorgverleners in verhouding tot het aantal zorgmomenten losgelaten. Hiervoor is een andere formulering in de plaats gekomen: de zorgaanbieder maakt gebruik van een vast team van zorgverleners bij iedere cliënt en streeft hierbij naar zo min mogelijk inzet van verschillende zorgverleners. Belangrijk hierbij is in ieder geval dat de overdracht tussen de zorgverleners goed geborgd is.
- We gaan voorwaarden stellen aan de verhouding waarin onderaannemers worden ingezet ten opzichte van de totaal geleverde zorg van de gecontracteerde zorgaanbieder, de hoofdaannemer. Wij hanteren hiervoor vanaf 2022 voor bestaande zorgaanbieders een ingroeimodel.
- We hebben de uitgangspunten voor nieuwe aanbieders aangescherpt. Zo is de inschrijvingstermijn beperkt, moeten nieuwe zorgaanbieders zich melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en is als eis toegevoegd dat de nieuwe zorgaanbieder minstens 50% van de geleverde zorg zelf uitvoert.
- CZ groep biedt vanaf 2022 geen individuele overeenkomsten voor zzp'ers meer aan. Alleen zzp'ers die in 2020 al gecontracteerd zijn, komen voor 2021 nog in aanmerking voor een individuele overeenkomst. Wel

## Visie van CZ groep op de wijkverpleging

Dit document vormt de basis voor het gesprek met onze (potentiële) contractpartners voor 2021. We staan hierin stil bij het zorginkoopbeleid 2021 voor wijkverpleging en de procedure rondom deze inkoop.

### Zelfredzaamheid

Mensen met een (intensieve) zorgvraag blijven langer thuis wonen. Dat betekent een beroep op henzelf en hun omgeving, en op de samenwerking tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en gemeenten. Zorg en ondersteuning in de nabijheid moet onze verzekerden in staat stellen zo lang mogelijk in de eigen omgeving te blijven, ondanks ziekte, beperking of ouderdom en zo lang dat verantwoord en doelmatig te organiseren is. De focus ligt hierbij op zelfredzaamheid, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik. Met zelfredzaamheid bedoelen we de mate waarin iemand in staat is om zelfstandig te functioneren en om zelf de regie te voeren over zijn leven. Dat vergroot de patiëntbetrokkenheid en daarmee neemt de kwaliteit van zorg toe, omdat die zorg beter aansluit bij de behoefte van de patiënt (zorg op maat). Zelfredzaamheid wordt versterkt door de mogelijkheden van zelfregie te vergroten met bijvoorbeeld domotica, e-health en door de sociale contacten te bevorderen.

Goede wijkverpleegkundige zorg versterkt de zelfredzaamheid en kan de kwaliteit van leven van onze verzekerden in de thuissituatie vergroten. Ook kan het een beroep op zwaardere zorg en escalatie naar de tweede lijn voorkomen of uitstellen. CZ groep streeft naar wijkverpleging die precies past bij wat onze verzekerden nodig hebben en die aansluit op wat ze zelf (in en met hun omgeving) kunnen organiseren.

### Visie op ouderenzorg

Wijkverpleging vormt een belangrijk onderdeel van de brede regionale keten voor ouderenzorg. In die keten spelen ook eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ), het ziekenhuis, de huisarts, paramedische zorg, apothekers, de GGZ en zorgaanbieders die werken binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz) een belangrijke rol. Meer over deze visie is te vinden op onze [website](#).

Voor het komende jaar wil CZ groep zich verder richten op specifieke aspecten uit deze visie. Deze hebben betrekking op:

- de realisatie van een **regionaal coördinatiepunt**. Dit heeft 24/7 inzicht in de beschikbare bedden in de regio. Zij regelen de triage en organiseren daarmee ondersteuning naar de juiste zorg, zodat de verwijzer zo simpel mogelijk de overdracht kan regelen. De aansluiting van onder meer de capaciteit rondom wijkverpleging, verpleeghuisplaatsen en respijtzorgbedden speelt hierbij een rol.
- het starten met gesprekken over **vroegsignalering**. Zo is in de regio in beeld welke ouderen kwetsbaar zijn en kan vervolgens het beleid worden hierop afgestemd. Hiermee zouden minder ouderen op de SEH terecht moeten komen.
- **Advance Care Planning**, waarbij in de keten wordt afgestemd hoe en door welke zorgaanbieder tijdig heldere afspraken gemaakt worden met de ouderen en hun familie over hun wensen wanneer de zorg steeds zwaarder wordt. Dit is een belangrijke zet om complexe of zelfs crisissituaties te voorkomen. Inzicht en een goede overdracht spelen hierbij een belangrijke rol.
- **substitutie van zorg** vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie, mits dat verantwoord is (qua kwaliteit én kosten, zie voor de eisen bijlage 1, paragraaf 1.3).
- per regio zijn de prioriteiten verschillend, afhankelijk van de gesignaleerde knelpunten en initiatieven die al door de regio zijn ondernomen.

### Regie in de regio

Sommige regio's waarin CZ groep een groot marktaandeel heeft, hebben te maken met een specifieke situatie. Deze vraagt om een gerichte regionale afstemming van het sectorale zorginkoopbeleid. Regio's verschillen van elkaar qua zorgvraag en zorgaanbod. Soms zijn de uitdagingen om de zorg toegankelijk,



betaalbaar en kwalitatief van goed niveau te houden daardoor zó groot, dat we alleen effectief beleid kunnen voeren vanuit een gedeelde regionale visie tussen zorgverzekeraar, (georganiseerde) zorgvragers en zorgaanbieders. Deze integrale aanpak noemen we 'regie in de regio'. Dit sluit aan bij het thema 'Verantwoord en Dichtbij' in ons zorginkoopbeleid 2021. De regie in de regio blijft niet beperkt tot de zorg (Zvw en Wlz). Deze kent verschillende gradaties en strekt zich waar nodig ook uit tot het sociale domein of zelfs daarbuiten. In deze situatie krijgt de rol van zorginkoop het karakter van co-makership. Co-makership in de regio veronderstelt dat de betrokken partners collectief verantwoordelijkheid nemen voor de regionale opgave. Om de gezondheidszorg duurzaam te maken, brengen de partners hun belangen zo veel mogelijk op één lijn, ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid. Het sectorale zorginkoopbeleid faciliteert dit co-makership. Onder meer door het beleid van de meest relevante sectoren onderling af te stemmen in de regio. Maar ook waar nodig door regionaal maatwerk te leveren. In de Mijnstreek in Zuid-Limburg, in Zeeland en in West-Brabant gaan we al een stap verder met regie in de regio.

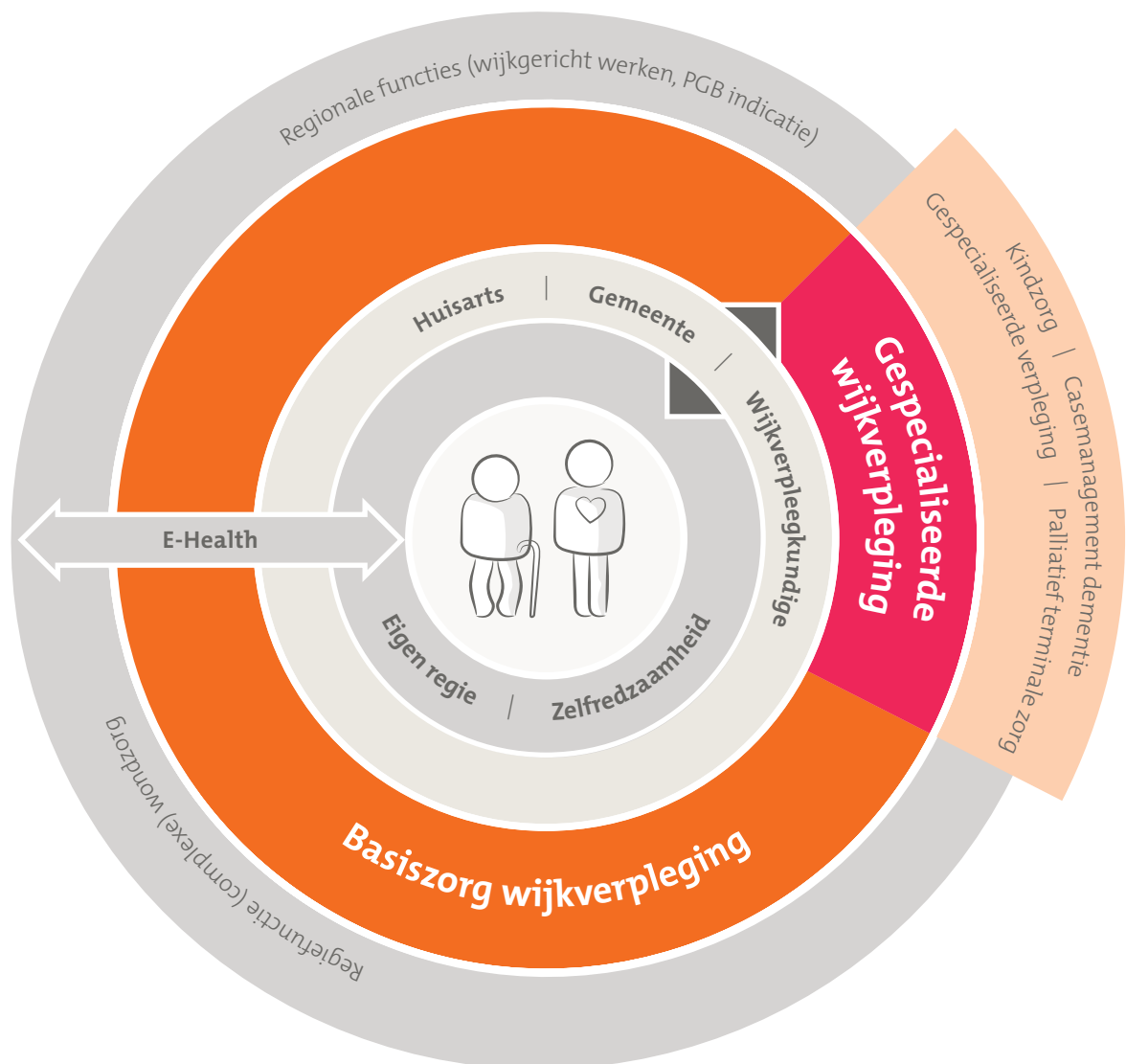
## Generalistische zorg versus specialistische zorg

De essentie van de wijkverpleging is het geven van generalistische, continue en persoonsgerichte zorg op maat, waarbij zelfzorg wordt gestimuleerd die is ingebed in de dagelijkse werkzaamheden. CZ groep contracteert wijkverpleging vanuit een generalistenmodel. Dit betekent dat wij erop sturen dat de wijkverpleegkundige<sup>1</sup> de zorg,

samen met de huisarts, zo veel mogelijk zelf kan oppakken en dat er dus niet te veel afstemtaken zijn. Ruim 90% van de zorg die wordt geleverd binnen de wijkverpleging past binnen deze generalistische aanpak en is onderdeel van de reguliere zorgverlening.

Wijkverpleging begint met een goede zorgvraaganalyse<sup>2</sup> door het voeren van een indicatiegesprek. Het indiceren en

## Generalisten/ specialistenmodel



<sup>1</sup> Naar 'wijkverpleegkundige' verwijzen wij voor de leesbaarheid enkel met 'zij' en 'haar'. Wij bedoelen daarmee natuurlijk ook 'hij' en 'zijn'.

<sup>2</sup> De wijkverpleegkundige niveau 5 (hbo) stelt de indicatie volgens het meest recente normenkader van de V&VN. Voor kinderthuiszorg, medische kindzorg, verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg geldt dat het indiceren en organiseren van zorg wordt geregeld door een kinderverpleegkundige niveau 5 of een verpleegkundig specialist.

organiseren van zorg vindt plaats op basis van professionele autonomie en garandeert cliëntgerichtheid en een onafhankelijk besluit. De wijkverpleegkundige werkt volgens de principes van ontzorgen, eigen kracht, de inzet van formele zorg, regie bij de patiënt, het actief betrekken van het sociale domein en Advance Care Planning (ACP). Zij is gericht op het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het versterken van het cliëntensysteem, waarin (wijk)verpleegkundigen aansluiten op de maatschappelijke noodzaak om de zorg verantwoord uit te voeren. Dit betekent ook dat zij onderscheid maken in complexe en minder complexe zorg, wat medebepalend is voor de uitvoering en organisatie van de zorg.

De wijkverpleegkundige betreft de cliënt en zijn omgeving bij dit indicatieproces en licht hen hierover in. Voor CZ groep is het belangrijk dat bij iedere indicatiestelling het verpleegkundig proces navolgbaar is en terug te vinden is in het dossier van de cliënt, de machtiging en/of het zorgplan. Daarbij zien we dat dit indicatieproces bij zorgaanbieders die goed uit onze benchmark komen, bestaat uit meerdere contactmomenten. Tijdens dit indicatieproces wordt in een korte periode geëvalueerd en wordt de indicatie ook bijgesteld.

In onze visie werkt elke wijkverpleegkundige in een team, waarin brede kennis en expertise beschikbaar zijn. Voor een aantal taken geldt dat deze niet door elk wijkteam kunnen worden uitgevoerd, omdat daarvoor specifieke kennis en/of infrastructuur nodig is. Net als voorgaande jaren leggen we de verantwoordelijkheid voor die infrastructuur bij één zorgaanbieder per (sub)regio. Zo hebben andere zorgverleners (de huisarts en het Wmo-team) en wijzelf een duidelijk aanspreekpunt en organiseren we een doelmatige inzet van zorg. Deze zorgaanbieder kan ook een preventieve (niet-toewijsbare) rol binnen het wijknetwerk vervullen, in samenwerking met de gemeente.

Iemand's levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop hij in contact wil staan met zorgverleners of zorg af wil nemen. Wij vinden het belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.

## Versnippering van het aanbod

In sommige regio's hebben wij te maken met een groot aantal zorgaanbieders, wat leidt tot een versnippering van het zorgaanbod. Dit heeft gevolgen voor onder andere de organisatie van de zorg. Wij willen daarom in bepaalde regio's waar wij een groot marktaandeel hebben de samenwerking en afstemming van de zorg verbeteren door deze versnippering in te perken. Bijvoorbeeld door het aangaan van Duurzame Coalities en/of door de afspraken uit de leidraad 'herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' te stimuleren. Hierop hebben we de afgelopen periode een visie ontwikkeld. Voor de zorginkoop 2021 kan onze visie leiden tot aanvullende afspraken naast dit zorginkoopbeleid. De betreffende regio's worden hierbij betrokken.

## Verantwoord en Dichtbij

CZ groep ziet de laatste jaren een duidelijke trend binnen de wijkverpleging: steeds meer zorg wordt thuis bij de cliënt geleverd, ook complexere zorg die voorheen in het ziekenhuis plaatsvond. Dit is een ontwikkeling die we stimuleren, maar waarvan we ons in toenemende mate afvragen of dit in alle gevallen verantwoord is. Er is onvoldoende zicht op de kwaliteit en doelmatigheid van deze zorg en het is bijvoorbeeld ook de vraag of de patiëntveiligheid altijd gegarandeerd is. Dit zijn onze uitgangspunten bij het maken van afspraken voor de verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn:

- De toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg moeten gewaarborgd blijven.
- Zorg wordt geleverd door de juiste zorgverlener. Dat wil zeggen dat de zorgverlener over de juiste competenties beschikt om de (diagnostische en therapeutische) zorg te kunnen leveren en dat hij de richtlijnen van de beroepsgroepen hanteert.
- Zorg wordt geleverd op de juiste plek. Dat wil zeggen: daar waar de juiste faciliteiten beschikbaar zijn.
- Substitutie kan plaatsvinden van de tweede naar de eerste lijn of omgekeerd. Daarbij moet de kwaliteit minimaal gelijk blijven en de zorg moet tegen hetzelfde of een lager tarief worden uitgevoerd, waarbij het budget meegaat met de cliënt.
- Medisch specialisten en huisartsen werken samen en maken afspraken over de regie op de zorgverlening die in de eerste en tweede lijn plaatsvindt. Om het zorgproces voor een specifieke cliëntengroep te optimaliseren, zijn er concrete zorginhoudelijke samenwerkingsafspraken over kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg gemaakt tussen de zorgverleners in de eerste- en tweedelijnszorg.

Als een zorgaanbieder op basis van deze uitgangspunten afspraken wil maken over de verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn of omgekeerd, dan kan hij contact met ons opnemen.

Zorg dichtbij betekent ook: de patiënt betrekken bij zijn keuze voor de behandeling. Wij zien bij kwetsbare ouderen dat er nog verbeterlagen gemaakt kunnen worden in het Samen Beslissen, bijvoorbeeld over de keuze tussen een nierfunctievervangende behandeling of een conservatieve behandeling. Wij willen dat patiënten een behandeling op maat krijgen en dat ze op basis van goede informatie keuzes kunnen maken die passen bij hun eigen situatie. Met My Best Treatment (MBT) streven we naar een meer persoonsgerichte aanpak van Samen Beslissen, door de inzet van medische beslisondersteuning. Dit draagt onder andere bij aan de zelfredzaamheid van de patiënt in de thuissituatie.

### **Vraag en aanbod in evenwicht door inzet van ondersteunende hulpmiddelen**

Het wordt steeds belangrijker om zorgvraag en zorgaanbod in een duurzaam evenwicht te brengen. Dit vanwege de vergrijzing en de bijbehorende toenemende zorgbehoefte en de arbeidsmarktproblematiek in de wijkverpleging. Dit vraagt om een andere en slimmere manier van werken.

Hulpmiddelen zoals e-health<sup>3</sup> spelen een belangrijke, ondersteunende rol bij preventie, het langer thuis kunnen blijven wonen van ouderen en het stimuleren van zelfmanagement bij zorg in de thuissituatie. E-health verhoogt de kwaliteit van de zorg en helpt om de zorg toegankelijk, betaalbaar en toekomstbestendig te maken. Vooral als het wordt ingezet als blended care (in aanvulling op reguliere zorgmomenten en ter vervanging van bijvoorbeeld controlebezoeken). Wij zien hier een belangrijke rol weggelegd voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, gezien de ontwikkelingen, de wens van de patiënten zelf en de druk van de overheid<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> De algemene definitie van e-health: het gebruik van informatie- en communicatietechnologie ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid en de gezondheidszorg.

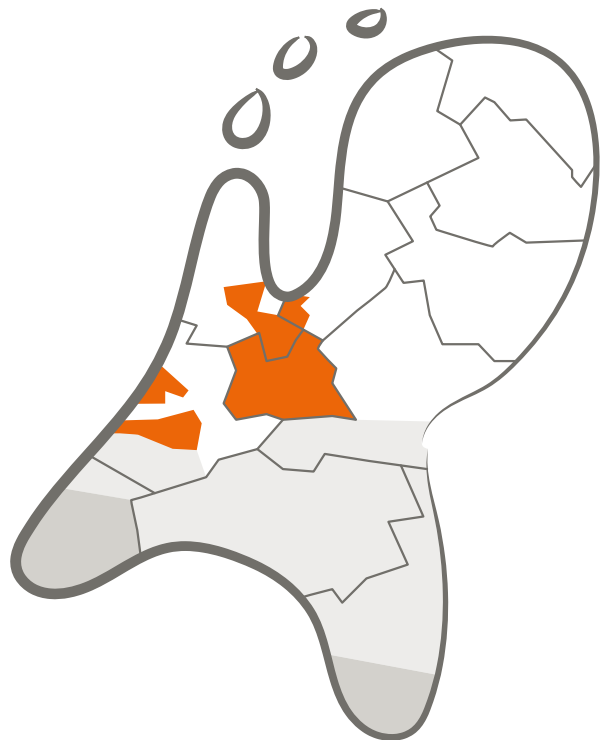
<sup>4</sup> Kamerbrief e-health 2016:

[www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/10/06/kamerbrief-voortgangsrapportage-e-health-en-zorgvernieuwing](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/10/06/kamerbrief-voortgangsrapportage-e-health-en-zorgvernieuwing).

## Inhoudelijk beleid en focus voor 2021

### 3.1 Kernwerkgebieden

Met ons beleid voor wijkverpleging richten wij ons vooral op onze kernwerkgebieden, de gebieden waarin CZ groep een groot marktaandeel heeft. Daarin nemen we een actievere rol als zorgverzekeraar, waarbij wij met zorgaanbieders samenwerken aan de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg. In deze kernwerkgebieden investeren wij in pilots, experimenten en de implementatie van onze visie op ouderenzorg. De zorgaanbieders in deze regio's nemen hierbij het voortouw in de uitwerking. Experimenten en de vormgeving van coalities kunnen leiden tot andere afspraken dan opgenomen in dit zorginkoopbeleid. Buiten onze regio's hebben wij ook een belangrijke, maar andere rol. In deze gebieden is onze focus vooral gericht op toegankelijkheid van de zorg in het kader van onze zorgplicht.



#### **Kernwerkgebieden**

CZ Groep in licht- en donkergrijs aangegeven: Zeeland, Zuid-Hollandse Eilanden, West-Brabant, Zuidoost-Brabant, Midden-Brabant, Noordoost-Brabant, Nijmegen, Limburg en Haaglanden. Regie in de regio vindt plaats in Zeeland en Zuid-Limburg (donkergrijs aangegeven).

#### **Aandachtgebieden**

CZ groep in oranje aangegeven: Rotterdam, 't Gooi, Utrecht en Amsterdam.

#### **Buitengebieden**

In wit aangegeven: Noord-Holland-Noord, Zaanstreek/Waterland, Kennemerland, Amstelland de Meerlanden, Zuid-Holland-Noord, Westland, Nieuwe Waterweg-Noord, Waardenland, Midden-Holland, Flevoland, Midden-IJssel, Twente, Apeldoorn/Zutphen, Arnhem, Zwolle, Friesland, Groningen, Drenthe.

### 3.2 Waardegedreven inkoop van wijkverpleging

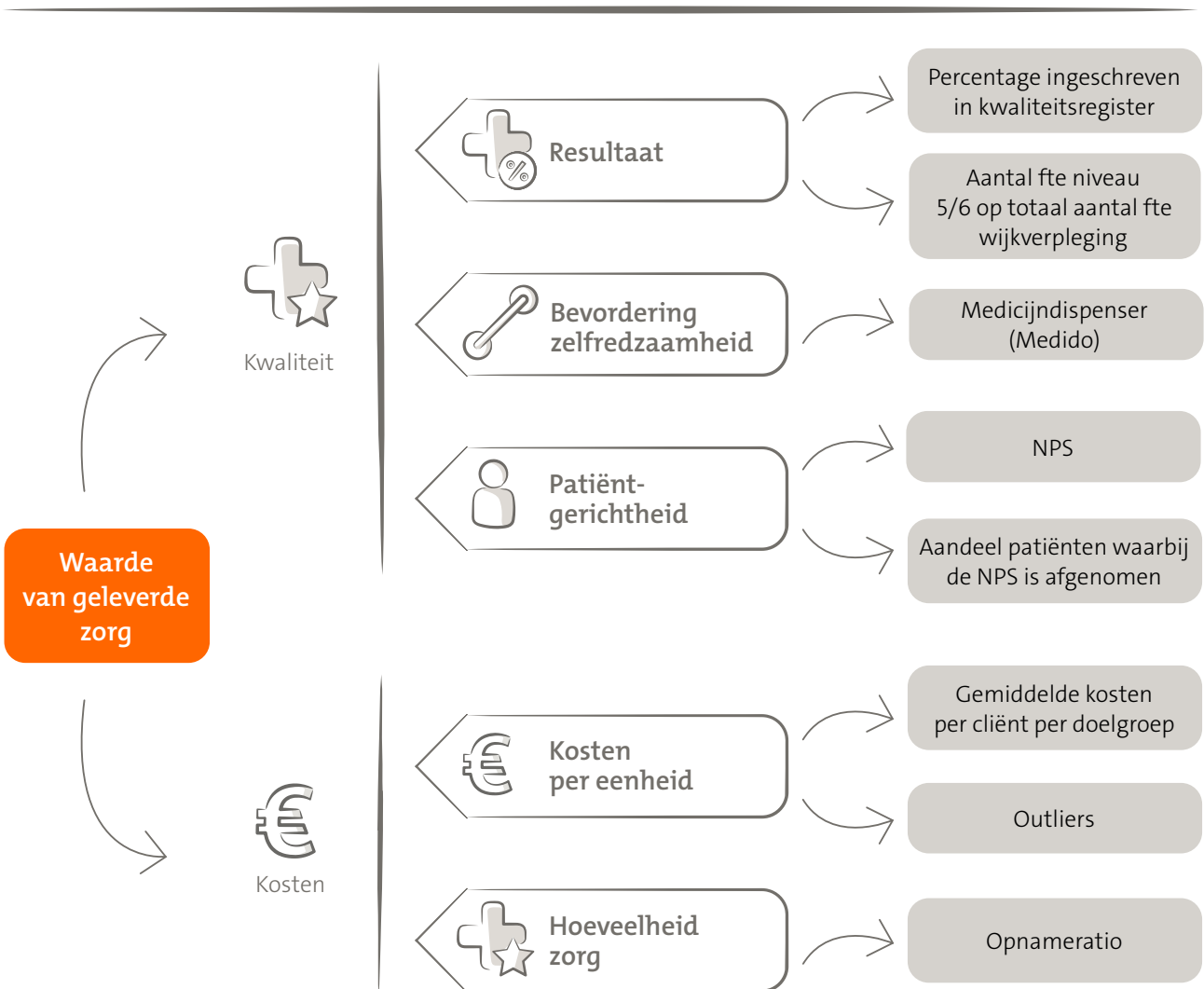
CZ groep definieert goede zorg als zorg die zo veel mogelijk waarde oplevert voor de verzekerde. De doelstellingen in het totale zorgtraject worden gehaald met een hoge kwaliteit van zorg en tegen lage kosten. Daarom is ons beleid voor wijkverpleging erop gericht om zorg in te kopen bij zorgaanbieders die inzetten op hoge kwaliteit én kostenbeheersing.

Jaarlijks voeren we een benchmark uit op regio- en zorgaanbiederniveau. Per regio brengen we de verschillen in kaart, zoals het aantal verzekerden dat zorg ontvangt

en hun zorgverbruik. De benchmark op zorgaanbieder-niveau geeft inzicht in de kwaliteit, de gemiddelde kosten per verzekerde en de gemiddelde zorgduur. Ook brengt deze benchmark onverklaarbare praktijkvariatie en het relatieve aantal cliënten dat in zorg is van invloed op de totale kosten per regio in beeld. Deze benchmark noemen wij het waardemodel. Dit model passen we alleen toe bij zorgaanbieders die een productieafspraken krijgen van meer dan € 100.000. Zorgaanbieders die voor 2020 een lagere productieafspraken hebben gekregen, beoordelen we niet, omdat we met hen alleen een prijsafspraken maken.

Hieronder beschrijven we uit welke onderdelen ons waardemodel bestaat.

#### Raamwerk van de waardemonitor



## Kosten

### Gemiddelde kosten per cliënt per doelgroep

Op het gebied van kosteneffectiviteit scoren wij zorgaanbieders ten opzichte van het landelijk gemiddelde van de zorgaanbieders die wij voor wijkverpleging hebben gecontracteerd. Hierbij baseren we ons voor 2021 op de doelgroepinformatie die sinds 2017 wordt meegeleverd in de declaraties. Verzekerden onder de 18 jaar nemen we niet mee in de weging van het waardemodel.

### Outliers

In de benchmark voor de kosteneffectiviteit nemen we ook het aandeel cliënten mee bij wie de zorgkosten extreem afwijken van de gemiddelde kosten van de doelgroep. De uitkomsten hiervan worden meegewogen in de beoordeling.

### Opnameratio

Naast de kosten per cliënt is ook het relatieve aantal cliënten dat in zorg is van invloed op de totale kosten van de wijkverpleging. Daarom nemen we ook het totale gebruik van de wijkverpleging in de regio mee. Hiervoor berekenen we per zorgkantorregio hoeveel CZ groep-verzekerden wijkverpleging ontvangen ten opzichte van het totale aantal CZ groep-verzekerden van 75+ dat in die zorgkantorregio woont. Dit benchmarken we met het landelijk gemiddelde van CZ groep, waardoor een regio hier positief of negatief op kan scoren. Een zorgaanbieder wordt beoordeeld voor de zorgkantorregio waarbinnen hij de meeste zorg levert aan onze verzekerden. Net als in 2020 nemen wij ook de opnameratio GRZ en ELV als spiegelinformatie mee in de benchmark. Wijkverpleging staat immers niet op zichzelf, maar kan invloed hebben op en kan beïnvloed worden door ELV en GRZ.

## Kwaliteit

### Resultaat

Omdat directe uitkomsten (nog) niet of nauwelijks gemeten worden in de wijkverpleging, vragen we op dit punt naar zaken die de uitkomsten naar onze mening positief beïnvloeden:

- Het percentage verpleegkundigen en verzorgenden (in dienst of ingehuurd als werknemer en/of zzp'er) dat staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen & Verzorgenden. De kwaliteit van zorg is namelijk beter geborgd bij een verpleegkundige of verzorgende die beschikt over actuele deskundigheid en bekwaamheid. Door inschrijving en herregistratie in het Kwaliteitsregister V&VN geeft een verpleegkundige of verzorgende aan

dat zij zich committeert aan de beroepsnorm Deskundigheidsbevordering. Daarnaast biedt het individueel portfolio van het Kwaliteitsregister de mogelijkheid voor verpleegkundigen en verzorgenden om in gesprek te gaan met de werkgever over hun bekwaamheid rondom (voorbehouden of risicovolle) handelingen.

- Het aantal fte verpleegkundigen van niveau 5 (of hoger) op de totale cliëntenpopulatie van de zorgaanbieder van wijkverpleging. Hbo-opgeleide verpleegkundigen van niveau 5 hebben een centrale rol in het leveren van goede wijkverpleegkundige zorg. Een gewogen disciplinemix met voldoende verpleegkundigen van niveau 5 waarborgt een goede zorgvraaganalyse, ondersteuning naar zelfredzaamheid en een samenwerking met andere disciplines en domeinen.

### Cliëntgerichtheid

- Voor de cliëntgerichtheid baseren wij ons op de aantallen uit de Net Promotor Score (NPS). Om de NPS te berekenen, gaan we uit van (een variant op) de vraag: 'Hoe waarschijnlijk is het dat u organisatie X zou aanbevelen aan een vriend of kennis?' De NPS hoeft niet per definitie uit de CQ-I gehaald te worden. Als de zorgaanbieder een ander, meer relevant cliënttevredenheidsonderzoek heeft uitgevoerd, mag dit ook worden gebruikt, mits dit representatief is voor zijn hele (relevante) populatie. Wij vragen om de NPS, maar ook om de aantallen die ten grondslag liggen aan de berekening daarvan. De steekproef moet aselekt uitgevoerd zijn en representatief zijn voor de hele patiëntenpopulatie in zorg. Aan de hand van de NPS kennen we punten toe voor de uiteindelijke score.
- We vinden actief beleid voor het ophalen van cliëntwaarderingen belangrijk, omdat ervaringen van patiënten gebruikt kunnen worden om de zorg te verbeteren. Daarom is het aandeel cliënten bij wie de NPS is afgenomen, een indicator in ons waardemodel.

Voor 2021 wegen we ook de inzet mee van de elektronische medicijndispenser ten opzichte van de totale cliëntenpopulatie in zorg.

### Totale score

Op basis van de score worden zorgaanbieders ingedeeld in categorie A, B of C. Aan deze categorieën zijn ontwikkelscenario's gekoppeld (groeiszenario, gelijkblijvend scenario of krimpszenario). Wij werken dit model momenteel

verder uit en informeren zorgaanbieders hierover in de aanbestedingsbrief bij de productievoorstellen voor 2021. De weging tussen kosten en kwaliteit leidt voor 2021 tot de volgende uitkomsten:

- Zorgaanbieders die vallen in categorie A, komen voor 2021 primair in aanmerking voor volumegroei wanneer de zorgplicht in de regio daarom vraagt, of voor volumevrije afspraken.
- Zorgaanbieders die vallen in categorie B, komen voor 2021 niet in aanmerking voor volumegroei. Zij komen alleen in aanmerking voor volumegroei indien de zorgplicht in de regio daar gedurende het jaar om vraagt, en A-aanbieders deze naar verwachting niet in kunnen vullen. In dat geval worden passende afspraken gemaakt over de vergoeding daarvan.
- Zorgaanbieders die vallen in categorie C, krijgen voor 2021 1% prijsafslag en komen niet in aanmerking voor volumegroei.

#### **Aanlevering**

Alle zorgaanbieders krijgen tussen 1 en 31 mei de gelegenheid om deze kwaliteitsinformatie digitaal aan te leveren via de uitvraagmodule in het VECOZO Zorginkoopportaal. Voor het gebruik hiervan is een juist en geldig certificaat vereist (zie [www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/](http://www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/)). Alle informatie die na 31 mei binnenkomt, kunnen wij niet meer meenemen in onze beoordeling. Het is na 31 mei 2020 ook niet mogelijk om eerder aangeleverde data te wijzigen. Zorgaanbieders die binnen deze termijn geen kwaliteitsaanvraag uploaden, worden automatisch ingedeeld in categorie C. Dit geldt ook voor zorgaanbieders met een meerjarenovereenkomst.

### **3.3 Palliatieve zorg**

We zien veel praktijkvariatie bij de inzet van palliatief terminale zorg (PTZ). Vooral als het gaat om aanwezigheid en begeleiding, in de vorm van 24-uurs toezicht. De inzet van vrijwilligers en een goede afstemming met de omgeving kan veelal een oplossing bieden voor de doelmatige inzet van verpleegkundige zorg. Ook is het goed om te kijken welke zorg kan worden georganiseerd vanuit het Wmo-domein, bijvoorbeeld voor de begeleiding van mensen en de verzorging van de woning. Voor hospices en bijna-thuishuizen die gefinancierd worden onder de aanspraak 'wijkverpleging' geldt dat er bij iedere cliënt een indicatie en een zorgplan ten grondslag liggen aan de geleverde zorg. Daarmee is de declaratie herleidbaar.

Sinds 2020 sturen wij op een aansluiting bij ELV-palliatief voor zorg die wordt geleverd in een hospicevorm met minimaal vier bedden en met verpleegkundigen en verzorgenden in eigen dienst. Hiermee bedoelen wij hospices met een gemiddelde ureninzet van zorg per cliënt en/of eigen zorgarrangementen. Wij zien deze zorg als het bieden van een integraal pakket, zoals ook de aanspraak 'ELV' die kent. Deze beleidslijn zetten wij voort voor 2021, tenzij regelgeving van de NZa ons dwingt om een andere koers te varen.

### **3.4 Dementie**

CZ groep wil goede en toegankelijke dementiezorg die zo veel mogelijk waarde oplevert voor de cliënt, tegen acceptabele kosten.

De professional die het casemanagement uitvoert, is in veel gevallen een generalist. Bijvoorbeeld een praktijk-ondersteuner huisartsen (POH), een ouderenconsulent of een wijkverpleegkundige. Wanneer het ziektebeeld te complex of te specifiek is, of als de bijkomende problemen de competenties van de generalist overstijgen, zorgt zij tijdig voor opschaling naar een specialist van het regionale netwerk. De complexiteit is niet afhankelijk van de fase waarin iemand zich bevindt, maar van de organisatie rondom de aandoening, de kennis van de generalist en de mate van zelfmanagement. Daarbij kan de intensiteit van het casemanagement variëren per stadium, tussen personen en hun omstandigheden.

#### **Netwerk Review Scan**

CZ groep wil dat de keten van dementiezorg en begeleiding beter op elkaar is afgestemd. Daarvoor hebben we een Netwerk Review Scan ontwikkeld. Deze hebben wij vanaf 2019 beschikbaar gesteld om netwerken te helpen om inzicht te krijgen in hun huidige samenwerking en om de verbeterpunten scherp te krijgen. CZ groep bespreekt met de netwerken in zijn kernwerkgebied de resultaten van de Netwerk Review Scan en de vijf sleutelfactoren: Structuur, Spelregels, Inhoud, Ontwikkelingsperspectief en Financiering. Deze sleutelfactoren komen voort uit het Deltaplan Dementie.

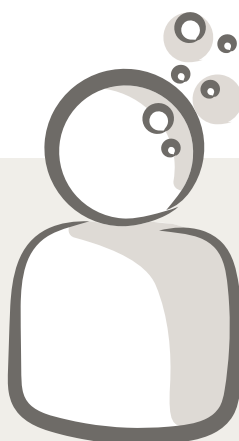


# Inkopen op Waarde

## dementie

### Visie

CZ groep wil goede en toegankelijke dementiezorg die zo veel mogelijk waarde oplevert voor de cliënt, tegen acceptabele kosten.



#### Patiëntgericht

- Aanbod creëren dat past bij behoefte van patiënten
- Ervaringen van patiënten en mantelzorgers centraal zetten om de zorgverlening te verbeteren
- Kennisdeling over dementie bevorderen
- Dialooggesprekken met verpleeghuizen voeren om patiëntgerichte zorg te bieden

#### Ketenzorg

- Inzicht in succesfactoren van ketensamenwerking genereren
- Kennisdeling over dementiezorg bevorderen
- Multidisciplinaire samenwerking op wijk-, lokaal en regionaal niveau stimuleren
- Stepped care diagnostiek

#### Uitkomsten

- Zorgstandaard Dementie als solide basis
- Meten van uitkomsten stimuleren via ICHOM, Vilans en Deltaplan Dementie

#### Kosten

- Goede en tijdige zorg stimuleren waardoor doelmatigheid wordt bereikt en escalatiezorg voorkomen

In 2020 en 2021 willen we de dementienetwerken nog beter faciliteren door de scan in 2021 opnieuw af te nemen (waar deze in 2019 al heeft plaatsgevonden). Verder bieden we hulp bij het aanscherpen van het meerjarenplan op basis van de uitkomsten. In ons kernwerkgebied bespreken we als preferente zorgverzekeraar de voortgang van het meerjarenplan minimaal één keer per jaar met het dementienetwerk.

#### Zorgpadoptimalisatie

In drie experimentregio's hebben we samen met lokale organisaties actief gewerkt aan de totstandkoming van state of the art dementiezorg (Maastricht, Zeeland en Moerdijk). Via een regionale patiëntreis zijn knelpunten in kaart gebracht. De betrokken partijen zijn aan de slag gegaan met de verbeterpunten op het gebied van samenwerking en het zorgaanbod. Het gaat hierbij over een beter afgestemd netwerk van dementiezorg en begeleiding,

betere diagnostiek en verwijzing, mantelzorgondersteuning en het vergroten van de kennis over dementie. Dit noemen we zorgpadoptimalisatie Dementie.

Om ook andere regio's hierin te ondersteunen, hebben we onze leerervaringen gebundeld in een toolbox. Samen met de netwerkcoördinatoren, hun bestuur en de gemeenten (Wmo) in ons kernwerkgebied willen we onze leerervaringen en toolbox delen en hen ondersteunen met advies. Netwerken die interesse hebben of vragen hebben, kunnen dit aangeven bij hun zorginkoper wijkverpleging.

### 3.5 (Regiefunctie) complexe wondzorg

Wij vinden een goede samenwerking met ketenpartners in de eerste lijn van groot belang bij de organisatie van complexe wondzorg. Alleen dan kan deze zorg volgens het stepped-care-model georganiseerd worden.

Bijvoorbeeld met afspraken over het tijdig door- en terugverwijzen (zie visiedocument **Complexe wondzorg**), afstemming van de protocollen en afspraken over de te gebruiken materialen. Dat deze aanpak werkt, blijkt uit de data van de gecontracteerde zorgaanbieders<sup>5</sup> over de uitkomsten van de complexe wondzorg.

De grootste winst zit in de tijd tussen het ontstaan van een complexe wond en de start van de behandeling. Voor een open been (ulcus cruris) is die tijd sinds 2016 met minimaal 40 dagen afgenomen in onze pilotregio's. Deze aanpak heeft ook een positieve invloed op het genezingsproces. We zien dat de sluitingstijd van complexe wonden (verder) afneemt.

De regiefunctie complexe wondzorg betreft ook de afstemming, coördinatie en continuïteit van de zorg, zoals beschreven in de vigerende NZa-beleidsregel 'Regiefunctie complexe wondzorg BR/REG-18103'. Op individueel niveau betekent dit: zorgen dat een patiënt de benodigde zorg krijgt en dat die zorg op elkaar is afgestemd op een overzichtelijke, effectieve en efficiënte manier, zodat de patiënt zo onafhankelijk mogelijk kan blijven functioneren. Voor de patiënt is een duidelijk aanspreekpunt wenselijk. In eerste instantie is dit de wijkverpleegkundige of de huisarts. Na maximaal vier weken is dit de wondregisseur die de regiefunctie complexe wondzorg uitvoert. Wij verwachten dat er regionaal afspraken gemaakt worden met de eerste lijn om te borgen dat deze expertise tijdig wordt betrokken.

### 3.6 Gespecialiseerde verpleging

Gespecialiseerde verpleging vindt plaats op verzoek van een arts en wordt onder zijn regie uitgevoerd. Daarnaast worden in het zorgplan de specifieke activiteiten inhoudelijk benoemd en onderbouwd, en is zichtbaar welk niveau de betreffende zorgverlener heeft. Als de zorg én de verpleging vanuit het ziekenhuis worden georganiseerd en geleverd (oud-MSVT), dan rekenen we de verpleging tot de medisch specialistische zorg en is de medisch specialist zorginhoudelijk en financieel verantwoordelijk.

Om de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen, moeten we steeds vaker expliciete keuzes maken over de locatie waar specifieke zorg wordt aangeboden. 'De Juiste Zorg Op de Juiste Plek' is daarbij een actueel thema.

Wij stimuleren initiatieven op dit gebied, onder meer door het verplaatsen van medisch specialistische zorg naar huisartsenzorg en de effectieve inzet van wijkverpleging. Wij willen daarbij zorgen voor een gezonde balans tussen kosten, kwaliteit en toegankelijkheid. Substitutie vindt al in verschillende vormen plaats: van samenwerking in een 'anderhalvelijnscentrum' en virtuele samenwerking met ondersteuning van e-health tot volledige overdracht van zorgactiviteiten van de tweede naar de eerste lijn. CZ groep hanteert een aantal uitgangspunten voor de verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn (zie bijlage 1, paragraaf 1.3).

### 3.7 Zorgvernieuwing en e-health

De urgentie om te investeren in e-health neemt toe. Professionals binnen de ouderenzorg vinden digitale toepassingen wenselijk en noodzakelijk. Toch blijft het gebruik hiervan achter. Voorop staat dat e-health een meerwaarde voor de cliënt (en mantelzorger) oplevert, als het gaat om langer thuis kunnen blijven wonen, de mogelijkheid tot zelfmanagement en het behoud van kwaliteit van leven. Daarnaast kan e-health een antwoord zijn op de arbeidsmarktkrapte en een bijdrage leveren aan het beschikbaar houden van zorg. Bovendien kunnen e-health-toepassingen het beroep van wijkverpleegkundige

<sup>5</sup> Zorgaanbieders wijkverpleging waar CZ groep de regiefunctie complexe wondzorg inkoop, registreren alle complexe wonden in beeld en geschrift.

aantrekkelijker maken, de werkdruk verlagen en ruimte bieden voor betekenisvolle zorg.

Er zijn al diverse e-health-toepassingen beschikbaar en in ontwikkeling. Denk aan de medicijndispenser (bijvoorbeeld van Medido), digitale dubbele medicatiecontrole, beeldbellen en de implementatie van sensortechnologie bij Leefstijlmonitoring. Toch werken nog niet veel zorgaanbieders hiermee, omdat het hen te weinig oplevert of omdat de implementatie lastig is. Wij willen ervoor zorgen dat e-health-toepassingen worden geïntegreerd en structureel deel gaan uitmaken van het zorgproces. Uit afgeronde projecten, zoals Leefstijlmonitoring, blijkt dat het effect niet altijd in de Zvw zichtbaar is, maar juist in een ander domein. Daarom zijn samenwerking en afspraken over domeinen heen nodig.

Om de inzet van e-health te stimuleren, wil CZ groep graag samen met zorgaanbieders komen tot een addendum, waarin de randvoorwaarden voor kansrijke toepassingen geborgd worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om een meerjarenafspraak met daarin een shared savings-constructie. Of om deelname aan innovatieclusters in het kader van de SET-regeling<sup>6</sup>.

Een toepassing is kansrijk als aangetoond kan worden dat hij effect heeft op de onderdelen declarabele zorgkosten, organisatiekosten, klinische kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en/of technische en fysieke toegankelijkheid. Kortom, de toepassing moet van invloed zijn op het totale zorgproces. Met 'kansrijk' bedoelen wij ook dat een toepassing relevant is voor een bepaald volume van de totale cliëntpopulatie.

Om dit doel te bereiken, dagen wij zorgaanbieders binnen alle sectoren uit om goede ideeën en concrete plannen met de zorginkoper te delen. In het plan moet duidelijk staan welke toepassingen gebruikt gaan worden en hoe de inzet van e-health leidt tot een daling van de zorguren bij de verzekerden. Het plan moet een businesscase bevatten waarin de doelmatigheid wordt aangetoond (opbrengsten en besparing op zorguren). De verwachting is dat de inzet van e-health effect heeft op de cliënt (welke waarde wordt er toegevoegd?) en de hulpverlener (welke bijdrage levert de oplossing voor de arbeidsmarktproblematiek?) en dat het leidt tot een daling van de zorgkosten. Uiteraard moet de businesscase ook SMART (Specifiek, Meetbaar, Realistisch, Acceptabel en Tijdsgebonden) zijn.

CZ groep heeft samen met een zorgaanbieder in West-Brabant geïnvesteerd in een pilot om de inzet en het gebruik van e-health-toepassingen te integreren in het verpleegkundig proces, waarbij de uitkomsten worden onderzocht. Door deze samenwerking vergroten we de kans van slagen en krijgen we inzicht in de effecten die een brede inzet van e-health kan hebben op de zorgpraktijk. Dit soort afspraken schalen we op wanneer de resultaten en de beoogde impact behaald zijn.

### 3.8 Toegankelijkheid

CZ groep wil zijn verzekerden voldoende toegang tot wijkverpleging bieden. Het is aan de zorgaanbieder om binnen drie werkdagen contact op te nemen met de verzekerde die zich bij hem heeft gemeld. De zorgvraaganalyse moet vervolgens binnen één week plaatsvinden en de zorgverlening moet binnen één week daarna starten, of eerder als de wijkverpleegkundige dat nodig vindt. Door het versterken van zelfmanagement, het realiseren van ketenzorg en substitutie tussen de eerste en tweede lijn, wordt de zorg niet alleen goedkoper, maar kunnen de zorgverleners zich beter richten op hun kerntaken.

### 3.9 Zorgplicht

Een cliënt die al zorg ontvangt van een zorgaanbieder, heeft recht op continuïteit van die zorg, ook als de zorgaanbieder het omzetplafond heeft bereikt of als de zorgvraag verandert. Dit betekent onder andere dat de zorgaanbieder borgt dat de cliënt, bijvoorbeeld na een tijdelijke ziekenhuisopname, de zorg weer thuis kan ontvangen, ook als de zorgvraag (al dan niet tijdelijk) is verzwaaard. Als de zorgvraag zodanig verandert dat de betreffende zorgaanbieder de zorg inhoudelijk niet meer verantwoord kan leveren, is die zorgaanbieder verantwoordelijk voor het vinden van een andere geschikte en gecontracteerde zorgaanbieder. Tot die tijd mag de zorg niet worden stopgezet.

Als de zorgaanbieder voor een nieuwe cliënt geen zorg kan leveren binnen de Treeknorm, moet hij een passende oplossing voor de verzekerde zoeken. Als dat niet lukt, moet hij contact opnemen met het CZ Zorgteam.

<sup>6</sup> [www.rvo.nl/subsidies-regelingen/stimuleringsregeling-ehealth-thuis-set](http://www.rvo.nl/subsidies-regelingen/stimuleringsregeling-ehealth-thuis-set)

De huidige arbeidsmarktproblematiek vraagt om meer afstemming met de zorgaanbieders over de tijdigheidsnormen waarbinnen cliënten geplaatst of doorbemiddeld worden. Wij gaan in 2021 afspraken maken met zorgaanbieders over hoe zij registreren en controleren of cliënten binnen deze tijdigheidsnormen geplaatst of doorbemiddeld zijn. We denken hierbij bijvoorbeeld aan een aansluiting bij de ontwikkeling van regionale coördinatiepunten. Via deze punten kan inzichtelijk gemaakt worden of de cliënt terecht kan bij de zorgaanbieder van zijn eerste keuze.

## Proces contractering 2021

CZ groep maakt bij de contractering van wijkverpleging onderscheid tussen bestaande zorgaanbieders, nieuwe zorgaanbieders en zzp'ers/zorgcoöperaties.

### 4.1 Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2020 een overeenkomst hebben met CZ groep voor wijkverpleging en op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. Wij bieden hun een eenjarige overeenkomst aan voor 2021 vanwege de landelijke planning voor een nieuw bekostigingsmodel voor wijkverpleging. Dit wordt ingevoerd per 2022. Mocht landelijk besloten worden dat deze invoering wordt uitgesteld, dan kunnen wij ervoor kiezen om de overeenkomsten van 2021 te verlengen.

#### Inzet van onderaannemers

CZ groep vindt het belangrijk dat zorgaanbieders kunnen investeren in hun medewerkers. Zo kunnen zij de kwaliteit van de zorg bevorderen en verhogende kosten door de inzet van personeel dat niet in loondienst is voorkomen. Dit personeel kan tijdelijke extra expertise en kwaliteit brengen, en een oplossing zijn bij een tijdelijke vervangingsbehoefte. Maar personeel dat niet in loondienst is, is inclusief btw veelal duurder dan personeel in loondienst. Daarnaast is een structurele invulling van vacatures met personeel dat niet in loondienst is ongewenst vanwege de kwaliteit; er zijn dan wisselende medewerkers bij de cliënt en zij zijn minder betrokken bij de organisatie. Daarom is het van belang dat zorgaanbieders investeren om een goede en aantrekkelijke werkgever te zijn, zodat zij mensen aan zich kunnen binden. Dit vertaalt zich onder andere in de mate waarin medewerkers zeggenschap hebben over de arbeidsomstandigheden, de mate waarin verzuim voorkomen wordt en de mate waarin specifiek beleid is ontwikkeld voor instroom, doorstroom en uitstroom. Dit heeft allemaal invloed op de mate waarin personeel niet in loondienst (PNIL) ingezet wordt.

Daarom vinden wij het belangrijk dat de zorg zo veel mogelijk geleverd wordt door de zorgaanbieder zelf en zo min mogelijk doorgecontracteerd naar een andere

juridische entiteit, de onderaannemers. Zzp'ers gelden daarbij uitdrukkelijk óók als onderaannemers als zij als zodanig worden ingehuurd.<sup>7</sup> CZ groep gaat daarom voor bestaande zorgaanbieders voorwaarden stellen aan het percentage onderaannemers ten opzichte van de totaal geleverde zorg van de gecontracteerde zorgaanbieder, de hoofdaannemer. Omdat wij begrijpen dat zorgaanbieders tijd nodig hebben om hun bedrijfsmodel aan te passen, geven we nu al aan op welke manier we hier vanaf 2022 via een ingroeimodel naar toe gaan werken. Dat model ziet er als volgt uit:

---

2022	Minimaal 25% van de geleverde zorg wordt door de zorgaanbieder zelf uitgevoerd per 01-01-2022	Maximaal 75% van de geleverde zorg wordt in onderaanneming uitgevoerd
2023	Minimaal 35% van de geleverde zorg wordt door de zorgaanbieder zelf uitgevoerd per 01-01-2023	Maximaal 65% van de geleverde zorg wordt in onderaanneming uitgevoerd
2024	Minimaal 50% van de geleverde zorg wordt door de zorgaanbieder zelf uitgevoerd per 01-01-2024	Maximaal 50% van de geleverde zorg wordt in onderaanneming uitgevoerd

---

<sup>7</sup> CZ groep merkt de inschakeling van zzp'ers – die beschikken over een overeenkomst waaruit blijkt dat de opdrachtgever geen loonheffing moet inhouden en betalen – aan als onderaanneming. Wij gaan ervan uit dat als een zorgaanbieder zzp'ers inschakelt bij de uitvoering van de overeenkomst, er sprake is van onderaanneming.

Dit betekent dat zorgaanbieders vóór het versturen van een overeenkomst wijkverpleging 2022, het percentage onderaannemers moeten opgeven dat zij inzetten en voor welk deel van de te leveren zorg. Wijzigingen in deze opgave zijn gedurende het jaar mogelijk, met inachtneming van het minimumpercentage dat zelf geleverd moet worden. Zogenaemde ‘volle dochters’ worden niet als onderaannemer beschouwd.<sup>8</sup>

Als de zorgaanbieder dat jaar niet het vereiste minimumpercentage van de geleverde zorg zelf uitvoert, bieden wij geen overeenkomst aan, tenzij CZ groep gegronde redenen heeft om hiervan af te wijken, bijvoorbeeld wanneer wij onze zorgplicht niet kunnen vervullen.

## 4.2 Nieuwe zorgaanbieders

CZ groep is terughoudend in het contracteren van nieuwe zorgaanbieders. Op die manier willen we voorkomen dat de zorg verder versnipperd raakt. Wij maken een uitzondering voor innovatieve nieuwe zorgaanbieders die naar onze mening een duidelijke toegevoegde waarde hebben voor onze verzekerden en die op een vernieuwende manier invulling geven aan witte vlekken in een regio. Vernieuwend vinden wij bijvoorbeeld e-health-toepassingen om de kwaliteit en doelmatigheid van de wijkverpleging te verbeteren.

Nieuwe zorgaanbieders zijn doorgaans niet bij ons bekend. Daarom sluiten we met hen in beginsel een eenjarige overeenkomst. Daarin maken we afspraken over wederzijdse verwachtingen op het gebied van kwaliteit, kosten en toegankelijkheid. In de tweede helft van het eerste contractjaar evalueren we de resultaatsafspraken gezamenlijk. Op basis daarvan beslissen we of de zorgaanbieder voor het volgende jaar in aanmerking komt voor een nieuwe overeenkomst. Is dat niet het geval, dan kan hij zich niet opnieuw inschrijven voor dat jaar.

Nieuwe zorgaanbieders moeten in 2021 ten minste 50% van de zorg zelf leveren. Zij mogen dus maximaal 50% van de zorg in onderaanneming uitvoeren. Bij inschrijving moet aangegeven worden welke onderaannemers voor welk deel van de zorg ingezet worden. Het inschakelen van zzp'ers zien wij daarbij ook als onderaanneming<sup>9</sup>. Zorg die wordt geleverd door onderaannemers die niet vooraf gemeld zijn, komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Uitgangspunten voor het contracteren van nieuwe zorgaanbieders:

- Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich van november 2020 t/m juli 2021 inschrijven voor een overeenkomst wijkverpleging 2021. Inschrijvingen die later binnenkomen, worden niet in behandeling genomen. Een overeenkomst geldt nooit met terugwerkende kracht.
- Een nieuwe zorgaanbieder mag zich maximaal één keer per contractjaar inschrijven. Dit doet hij door een digitale vragenlijst in VECOZO in te vullen. Om deze diensten te kunnen gebruiken, is een juist en geldig certificaat vereist (zie [www.vecozo.nl/zorginkoopportal/voorbereiden/](http://www.vecozo.nl/zorginkoopportal/voorbereiden/)). De nieuwe zorgaanbieder heeft een verwachte zorgomzet van minimaal € 50.000 op jaarbasis bij CZ groep.
- De nieuwe zorgaanbieder heeft een toegevoegde waarde, bijvoorbeeld in de vorm van innovatieve zorgconcepten.
- Een integriteitsonderzoek is onderdeel van de beoordelingsprocedure.
- De nieuwe zorgaanbieder heeft een melding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gedaan of heeft een vergunning aangevraagd als nieuwe zorgaanbieder. Hij levert de ingevulde vragenlijst van de IGJ bij zijn inschrijving aan en/of geeft aan wat de status is van de melding.
- De nieuwe zorgaanbieder verleent een integraal zorgaanbod van verpleging en verzorging dat onder de aanspraak ‘wijkverpleging’ valt. Hij richt zich niet op één of enkele onderdelen van verpleging en verzorging, zoals casemanagement dementie of indicatiestelling.

<sup>8</sup>Onder ‘volle dochter’ wordt verstaan: zorgproductie die feitelijk verleend wordt door een juridische entiteit waarvan de meerderheid van alle aandelen wordt gehouden door de inschrijvend zorgaanbieder of door een juridische entiteit waarvan het bestuur bestaat uit dezelfde personen als het bestuur van de inschrijvende zorgaanbieder en die bovendien een deelneming is van de inschrijvende zorgaanbieder. Van een deelneming is sprake indien de inschrijvend zorgaanbieder aan de juridische entiteit die feitelijk de zorg verleent, kapitaal verschafft of doet verschaffen teneinde met die juridische entiteit duurzaam verbonden te zijn ten dienste van de eigen werkzaamheid. Die juridische entiteit moet zich naast de inschrijvend zorgaanbieder jegens CZ groep hoofdelijk verbinden voor de nakoming van de verplichtingen van de inschrijvend zorgaanbieder voor zover zij met de uitvoering daarvan is belast.

<sup>9</sup>CZ groep merkt de inschakeling van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) – die beschikken over een overeenkomst waaruit blijkt dat de opdrachtgever geen loonheffing moet inhouden en betalen – aan als onderaanneming. CZ groep gaat ervan uit dat als een zorgaanbieder zzp'ers inschakelt bij de uitvoering van de overeenkomst, er sprake is van onderaanneming.

- De nieuwe zorgaanbieder voert minstens 50% van de geleverde zorg zelf uit. Hiermee bedoelen wij dat de zorg geleverd wordt zonder de inzet van onderaannemers, waaronder zzp'ers.

Wij streven ernaar om de zorgaanbieder binnen twee maanden na inschrijving te laten weten of we hem een overeenkomst aanbieden.

### Zzp'ers

Sinds 2015 bieden wij zzp'ers de mogelijkheid om een overeenkomst met ons aan te gaan. Toch zien wij dat er steeds meer samenwerkingsverbanden tussen zzp'ers ontstaan, zoals zorgcoöperaties. Dit terwijl het aantal individuele zzp'ers dat direct een overeenkomst met CZ groep heeft afgesloten, gelijk is gebleven of zelfs is afgenomen. Daarom hebben we besloten om vanaf 2021 geen nieuwe zzp'ers meer individueel te contracteren. Voor bestaande zzp'ers (die in 2020 zorg bij ons hebben gedeclareerd) geldt dat zij nog wel een individuele overeenkomst voor 2021 kunnen krijgen. Vanaf 2022 sluiten wij geen individuele overeenkomsten meer af met zzp'ers. Zzp'ers die voor 2021 een overeenkomst met ons sluiten, adviseren wij om vóór 2022 aansluiting te zoeken bij een samenwerkingsverband.

Voor 2021 willen wij het mogelijk maken om zzp'ers te contracteren die zich verenigd hebben in een zorgcoöperatie. Daaronder verstaan we: een samenwerkingsverband van uitsluitend zzp'ers die uit naam van de zorgcoöperatie zorg verlenen. Het kenmerk van onderaanneming is immers dat de cliënt in zorg is bij de hoofdaannemer, de door ons gecontracteerde zorgaanbieder, die de zorg verleent via de onderaannemers. Zzp'ers die zich in een zorgcoöperatie verenigen, doen dat uitdrukkelijk als zzp'er en niet als bijvoorbeeld eenmanszaak met personeel.

Voor zorgcoöperaties gelden dezelfde eisen van bekwaamheid als voor andere zorgaanbieders binnen de aanspraak 'wijkverpleging'. Daarnaast gelden er aanvullende eisen voor zorgcoöperaties (zie bijlage 1). Het omzetplafond van de coöperatie wordt gebaseerd op een maximumbudget van € 60.000 per zzp'er en wordt gemaximeerd op basis van de werkelijk gerealiseerde en goedgekeurde zorg.

## 4.3 Het omzetplafond

CZ groep vergoedt de door de zorgaanbieder geleverde zorg tot het vastgelegde omzetplafond. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om dit overeengekomen volume te bewaken. Uitgangspunt bij de zorgcontractering is dat de zorg gespreid over het jaar wordt aangeboden. Zonder een vorm van spreiding is het risico op overschrijding van de budgetafspraken immers groot. Temporisering en/of een andere organisatie van bepaalde vormen van zorg is daarom soms onvermijdelijk. Vanzelfsprekend moeten de consequenties hiervan minimaal en algemeen aanvaardbaar zijn, en niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. De zorgaanbieder kan deze afwegingen, hoe lastig ook, het beste maken. Hij heeft zicht op de aard en urgentie van de zorgvraag.

CZ groep hanteert de volgende werkwijze bij het maken van productieafspraken:

- 1 Wij verwachten dat een zorgaanbieder stuurt op de budgetafpraak die we aan het begin van het jaar samen maken. Deze is gebaseerd op de realisatie in het voorafgaande jaar en de verwachtingen van beide partijen voor het komende jaar.
- 2 Daarnaast geldt dat CZ groep meer zorg contracteert wanneer onze zorgplicht in de regio daar aanleiding voor geeft. De hoogte van de vergoeding die de aanbieder daarvoor krijgt, is afhankelijk van zijn score in het waardemodel.
- 3 Tenslotte geldt dat zorgaanbieders die geen (aanvullende) productieruimte meer hebben (bijvoorbeeld omdat zij slecht scoren in het waardemodel) cliënten die zij niet in zorg kunnen nemen, kunnen doorverwijzen naar het CZ Zorgteam. Zo is er voor verzekerden altijd een passend aanbod beschikbaar.

Als de zorgaanbieder zich genooddaakt voelt om een zorgstop voor nieuwe cliënten in te voeren, dan kan hij de cliënten doorverwijzen naar het **CZ Zorgteam** om hen door te bemiddelen naar een andere zorgaanbieder. Wanneer het CZ Zorgteam dit doet, dan gaan wij via een servicecall met de verzekerde na of hij ook daadwerkelijk geholpen is.

## 4.4 VECOZO

Wij waren van plan om vanaf 2020 met het zorginkoopportaal van VECOZO te gaan werken. Desondanks verloopt de zorginkoop 2021 nog via e-mail. In onze aanbiedingsbrief met productievoorstellen geven wij een toelichting op het onderhandel- en contracteerproces. Deze brief versturen wij medio juli 2020.

## 4.5 Tijdpad

Planning	Activiteiten
1 april 2020	Publicatie zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2021
April en mei 2020	Regiobijeenkomsten voor zorgaanbieders (ten gevolge van Corona gaan deze niet door. Let op onze website voor nadere invulling)
Mei 2020	Invullen van de uitvraagmodule kwaliteitsinformatie VECOZO voor waardegedreven zorginkoop (zie paragraaf 3.2)
Medio juli 2020	Bekendmaking productievoorstellen
Medio juli t/m 30 oktober 2020	Contractering
31 oktober 2020	Uiterste datum ondertekening overeenkomst 2021
12 november 2020	Publicatie van gecontracteerde zorgaanbieders op onze website Zorgvinder

## 4.6 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk op 12 november presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2021. Op [www.cz.nl/zorgvinder](http://www.cz.nl/zorgvinder) is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

- de NAW-gegevens van de zorgaanbieder;

- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden.

## 4.7 Bereikbaarheid

In onze kernwerkgebieden wordt het relatiebeheer door een vaste zorginkoper uitgevoerd. In de buitengebieden is in beginsel geen zorginkoper toegewezen en kunt u onderstaande e-mailadressen gebruiken:

- Voor vragen over contractering, monitoring en inschrijving kunt u mailen naar: [rz.wijkverpleging@cz.nl](mailto:rz.wijkverpleging@cz.nl).
- Voor vragen over declaraties kunt u mailen naar: [decl.wijkverpleging@cz.nl](mailto:decl.wijkverpleging@cz.nl).
- Voor overige vragen over het zorginkoopbeleid en relatiebeheer van CZ groep kunt u mailen naar: [wijkverpleging@cz.nl](mailto:wijkverpleging@cz.nl).
- Voor zorginhoudelijke vragen op verzekerdeniveau kunt u mailen naar: [zorgteam@cz.nl](mailto:zorgteam@cz.nl).

Wij streven ernaar om uw vragen binnen 15 werkdagen te beantwoorden.

## 4.8 Controle van declaraties

Declaraties moeten voldoen aan de eisen vanuit de Zvw, andere relevante wet- en regelgeving en aan de contractafspraken tussen CZ groep en de zorgaanbieder. Wij toetsen de declaraties aan de landelijke wet- en regelgeving én aan de regelgeving en standpunten van onder meer de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Deze controles voeren wij uit met inachtneming van de privacyregels. Om dit te waarborgen, voldoen we bij materiële controles aan het Protocol materiële controle.

Tijdens het declaratieproces controleren we zo veel mogelijk direct. Als controle vooraf of tijdens het declaratieproces niet mogelijk is, controleren we achteraf. Het algemeen controleplan publiceren we elk jaar op onze website. Gedurende het jaar kunnen hier nog wijzigingen en/of toevoegingen in worden aangebracht op basis van uitgevoerde risicoanalyses. Wij informeren de zorgaanbieder schriftelijk over onze controles. Bij materiële controles gaan wij eerst in gesprek om onze bevindingen toe te lichten. Samen met de zorgaanbieder zoeken wij naar een verklaring, of bespreken we verbetermogelijkheden voor de toekomst. Bijvoorbeeld op het gebied van het indicatieproces of de inzet van hulpmiddelen. Een detailcontrole behoort tot de mogelijkheden wanneer wij in een gesprek niet tot een verklaring of verbeterrichting komen.



# Betrokkenheid van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid

## 5.1 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid

We krijgen beter inzicht in de wensen en behoeften van patiënten dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiëntenorganisaties en onze Ledenraad. Op basis van die input vormen en toetsen wij het zorginkoopbeleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we steeds of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben.

Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid van zorg en transparantie van zorginkoop, leest u [hier](#). Wat de sector Wijkverpleging heeft bereikt door patiëntenorganisaties en verzekerden te betrekken bij het vormgeven van dit zorginkoopbeleid, leest u hieronder in paragraaf 5.2.

## 5.2 Specifiek beleid Wijkverpleging

### De inzet van vrijwilligers bij palliatieve zorg

In ons zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2021 hebben we opgenomen dat zorgaanbieders moeten samenwerken met vrijwilligers bij de inzet van palliatieve zorg. Dat de inzet van deze vrijwilligers belangrijk is, bleek uit ons contact met VPTZ Nederland, de koepelorganisatie voor organisaties in de vrijwillige palliatieve terminale zorg. Vrijwilligers versterken de mantelzorgers, wat ook een ontlasting van de formele zorgverleners kan betekenen. De meeste VPTZ-vrijwilligers hebben een zorgachtergrond of zijn ervaringsdeskundigen en kunnen kijken vanuit het perspectief van de patiënt.

### Toetsing van het zorginkoopbeleid bij verzekerden

In 2019 hebben we onderzoek gedaan onder onze verzekerden om ons beleid voor wijkverpleging te toetsen. Zo'n 650 verzekerden hebben de vragenlijst volledig ingevuld. Over het algemeen zijn gebruikers van thuiszorg erg tevreden over de zorg die ze ontvangen. Ze zijn het meest tevreden over de mogelijkheid om vragen te stellen aan de zorgverlener. Natuurlijk waren er ook verbeterpunten. Daar gaan we mee aan de slag:

- Meer dan de helft van de patiënten geeft aan dat een gesprek over het moment dat thuis wonen niet meer gaat (Advance Care Planning) bij hen niet gevoerd is. Dit is een opvallende uitkomst, aangezien we verwachten dat dit onderwerp voor de meeste gebruikers van thuiszorg wél van toepassing is. We pakken dit onderwerp op via onze visie op ouderenzorg.
- De overgrote meerderheid geeft aan dat zij zorg ontvangen van de aanbieder van hun keuze. Toch is dat niet bij iedereen zo. We willen achterhalen wat de oorzaak hiervan is, zodat in de toekomst meer cliënten thuiszorg kunnen ontvangen van de aanbieder van hun keuze.
- Er wordt weinig gebruik gemaakt van hulpmiddelen als aanvulling op de traditionele thuiszorg.

Tijdens de zorginkoopgesprekken 2021 besteden we aandacht aan deze uitkomsten en de manier waarop we verbeteringen kunnen borgen.

# Minimale en aanvullende eisen

## 1.1 Minimumeisen voor het leveren van basiszorg

Alle zorgaanbieders moeten aantoonbaar (blijven) voldoen aan onderstaande eisen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen:

- De kernactiviteit van de zorgaanbieder is het aanbieden van zorg die past binnen de aanspraak 'wijkverpleging'.
- De zorgaanbieder beschikt over minimaal één AGB-code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie, waaraan minimaal één gekwalificeerde wijkverpleegkundige van minimaal hbo-niveau 5 is gekoppeld.<sup>10</sup>
- De zorgaanbieder voert periodiek (minimaal elke twee jaar) een cliënttevredenheidsmeting uit (NPS), bespreekt de resultaten met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met hen verbeterplannen op.
- De zorgaanbieder maakt gebruik van de PREM conform het kwaliteitskader wijkverpleging.
- De zorgaanbieder heeft een samenwerkingsrelatie met het sociaal domein binnen de gemeenten waarin hij actief is.
- De zorgaanbieder heeft een samenwerkingsrelatie met de huisartsen en de eerste lijn binnen de regio's en wijken waarin hij actief is.
- De zorgaanbieder heeft voldoende verpleegkundigen van niveau 5 in dienst die de toegang bepalen, indiceren, coördineren en zorgplannen opstellen en toetsen.
- De zorgaanbieder registreert doelgroepen conform de landelijke afspraken inzake doelgroepregistratie<sup>11</sup> en maakt dit inzichtelijk voor CZ groep.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- De zorgaanbieder maakt gebruik van een geautomatiseerd classificatiesysteem voor de inzet, de inhoud en het resultaat van zorg, zoals Omaha, Nanda of Gordon.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder beschikt over een formeel vereiste WTZi-toelating<sup>12</sup> voor de levering van wijkverpleging, de verzekerde aanspraak onder de Zvw, en hij voldoet

aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist.

- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders voor de wijkverpleging geïntegreerd.
- De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie, waardoor hij indien gevraagd tijdig de gegevens kan verstrekken die de zorgverzekeraar nodig heeft.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder maakt gebruik van een vast team van zorgverleners bij iedere cliënt en streeft hierbij naar zo min mogelijk inzet van verschillende zorgverleners. Belangrijk hierbij is in ieder geval dat de overdracht tussen de zorgverleners goed geborgd is.

<sup>10</sup> [www.branchebelang-thuiszorg.nl/wp-content/uploads/2015/10/Nieuwsbericht-Kwalificaties-wijkverpleging\\_12oktober2.pdf](http://www.branchebelang-thuiszorg.nl/wp-content/uploads/2015/10/Nieuwsbericht-Kwalificaties-wijkverpleging_12oktober2.pdf)

<sup>11</sup> [www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/wijkverpleging/declareren](http://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/wijkverpleging/declareren)

<sup>12</sup> Of voldoet aan de vereisten van de Wtza als die wet van kracht wordt.

## 1.2 Aanvullende eisen voor zorgcoöperaties die bestaan uit zzp'ers

- Cliënten zijn in zorg bij de zorgcoöperatie, de hoofdaannemer, die de zorg laat verlenen door de onderaannemers, de leden van de coöperatie.
- De zorgcoöperatie is verantwoordelijk voor de continuïteit en beschikbaarheid van de benodigde zorg (24/7).
- Voor de zorgcoöperatie geldt een minimum van 10 zzp'ers en een maximum van 100 zzp'ers.
- De (zorgverlenende) leden van de coöperatie zijn uitsluitend zzp'ers die ook in de hoedanigheid van zzp'er lid zijn.
- Alle zzp'ers zijn in het bezit van het KiWa- en/of HKZ-keurmerk.
- Binnen de coöperatie geldt de verhouding van minimaal 1 fte hbo-verpleegkundige niveau 5/6 op 55 cliënten, die conform het Normenkader V&VN zorgdraagt voor het uitvoeren van het verpleegkundig proces.
- De coöperatie heeft intercollegiale toetsing tussen de verbonden hbo-verpleegkundigen niveau 5/6 ingebed en geborgd.
- In de overeenkomst worden specifieke afspraken gemaakt over het tarief en de doelmatige inzet van zorg.
- De productieafpraak van de coöperatie is gebaseerd op een maximumomzet per zzp'er, zoals dit nu voor de individuele contractering van zzp'ers al gebruikelijk is.
- Bij inschrijving wordt een lijst met leden van de coöperatie aangeleverd. Wijzigingen daarin gedurende het jaar worden doorgegeven via [wijkverpleging@cz.nl](mailto:wijkverpleging@cz.nl).

## 1.3 Specialistische zorg met aanvullende eisen op de basisovereenkomst

Wijkverpleging bestaat naast generalistische zorg ook uit specialistische zorg. Daarbij maakt CZ groep onderscheid tussen zorg voor specifieke functies en doelgroepen, en zorg die om infrastructurele redenen geconcentreerd wordt aangeboden in een regio of wijk (zie paragraaf 1.4 van deze bijlage). Hiervoor is niet zozeer specifieke kennis als wel een zekere schaal nodig.

Wij kopen de volgende functies in bij een beperkt aantal zorgaanbieders met een regionale functie: palliatief verpleegkundige, casemanager dementie, regiefunctie complexe wondzorg, (medische) kindzorg en gespecialiseerde verpleging.

### 1.3.1 Palliatief verpleegkundige

Alle zorgverleners kunnen generalistische palliatieve zorg leveren en zo nodig specialistische ondersteuning inschakelen. Voor alle zorgverleners geldt dan ook dat zij passende bij- en nascholing volgen om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Om de zorg in de laatste levensfase te verbeteren, vinden wij het belangrijk dat één centrale zorgverlener de generalistische zorg verleent. De situatie bepaalt welke centrale zorgverlener het best bij de patiënt past. Om de kwaliteit van de generalistische palliatieve zorg te borgen, vinden wij het belangrijk dat iedere zorgaanbieder die deze zorg levert zich aansluit bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ).

Om specialistische kennis op het gebied van palliatieve zorg te borgen en beschikbaar te stellen, selecteren we hiervoor regionaal zorgaanbieders die aan de volgende eisen voldoen:

- De zorgaanbieder zorgt 24/7 voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden (zie de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen palliatieve zorg van de V&VN).
- De zorgaanbieder beschikt over een palliatief verpleegkundig consulent die direct betrokken is bij het primaire proces. Deze consulent beschikt over een erkende opleiding palliatieve zorg en de benodigde expertise om advies en ondersteuning te kunnen bieden in bijzondere situaties.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale NPZ.
- Conform de landelijke ontwikkelingen werkt de zorgaanbieder volgens het kwaliteitskader Palliatieve Zorg en de goede voorbeelden van palliatieve zorg<sup>13</sup>. De zorg wordt geleverd op basis van professionele en geregistreerde richtlijnen, protocollen en zorgpaden.
- De zorgaanbieder werkt nauw samen met huisartsen en werkt volgens de LESA-richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak).
- De zorgaanbieder werkt samen met het regionale team of maakt gebruik van subregionale consultatievoorzieningen (TOPZ: Team Ondersteuning Palliatieve Zorg).

<sup>13</sup> [www.iknl.nl/palliatieve-zorg/goede-voorbeelden](http://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/goede-voorbeelden)

- Uit het zorgplan blijkt dat de zorgaanbieder mantelzorgers en vrijwilligers actief betreft bij het zorgproces om 24-uurs toezicht te borgen. De zorgaanbieder heeft een samenwerkingsovereenkomst met een vrijwilligersorganisatie zoals VPTZ (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg). Zij bieden ondersteuning, zodat de laatste levensfase zo goed mogelijk doorleefd kan worden. De vrijwilligers kunnen rust en concrete hulp bieden in de zorg die mantelzorgers geven.
- Nazorg is onderdeel van palliatieve zorg. Het gaat hierbij concreet om één of twee gesprekken of telefoontjes met de nabestaanden over het verloop van de palliatieve fase van de overledene en over hoe de nabestaanden de begeleiding hebben ervaren.

### 1.3.2 Casemanagement dementie

CZ groep koopt specialistisch casemanagement dementie geoormerkt in bij zorgaanbieders:

- waarmee we ook in 2020 een addendum voor casemanagement dementie hebben afgesloten;
- die deelnemen aan een regionaal dementienetwerk dat zorg levert in overeenstemming met de meest recente Zorgstandaard Dementie;
- die in het regionaal dementienetwerk vaste afspraken hebben gemaakt over afstemming, informatie-overdracht, verantwoordelijkheden en het opvangen van crisissituaties (24/7) in de zorg;
- die uitgaan van het generalistenmodel 'generalistisch als het kan, specialistisch als het moet';
- die ervoor zorgen dat de wachttijden voor casemanagement dementie tijdig en volledig worden aangeleverd bij Vektis;
- die werken aan de sleutelindicatoren uit de Netwerk Review Scan. Zij pakken adviezen hieruit op in een traject van zorgpadoptimalisatie Dementie in het regionale netwerk. Daarbij maken zij gebruik van inzichten en lessons learned uit het strategisch programma dementie 2015–2019.

#### Voorwaarden aan de gespecialiseerde casemanager dementie

- De gespecialiseerde casemanager dementie heeft:
  - een afgeronde hbo-V-opleiding + een (toekomstig erkende) specifieke opleiding casemanagement dementie + minimaal 2 jaar praktijkervaring als casemanager dementie;
  - een afgeronde SPH-opleiding + een (toekomstig erkende) specifieke opleiding casemanagement dementie + minimaal 2 jaar praktijkervaring als casemanager dementie. In dit geval bepaalt de

wijkverpleegkundige (hbo-V) de toegang tot wijkverpleging en het casemanagement dementie (indicatiestelling) en kan het casemanagement uitgevoerd worden door een SPH'er.

- De gespecialiseerde casemanager dementie heeft een dienstverband van minimaal 24 uur, ongeacht de omvang van de totale aanstelling;
- De gespecialiseerde casemanager dementie heeft een caseload van gemiddeld 50–65 cliënten per 1 fte;
- De werkwijze van de gespecialiseerde casemanager dementie is gedefinieerd in het regionaal dementienetwerk en bij voorkeur geborgd in een relevant kwaliteitssysteem. Haar hbo-achtergrond stelt haar in staat om wijkverpleging te indiceren via classificatiemodellen.

### 1.3.3 (Regiefunctie) complexe wondzorg

Ook komend jaar hanteren we onderstaande (kwaliteits) eisen voor de wondregisseur die de regiefunctie complexe wondzorg uitvoert. Daarmee sluiten we aan bij de kwaliteitsstandaard van de organisatie van de complexe wondzorg, met één uitzondering: wij vinden dat ook een hbo+-geschoolde professional (wondzorgconsulent) de functie van wondregisseur kan vervullen. De kwaliteitseisen voor de wondregisseur zijn:

- De wondregisseur is een hbo-opgeleide verpleegkundige met minimaal een van de volgende aanvullende opleidingen en/of werkervaring:
  - post-hbo-opleiding tot decubitus- en wondconsulent (Rotterdam), of
  - een vergelijkbare opleiding, ter beoordeling aan CZ groep, of
  - verpleegkundig specialist met minimaal 2 jaar werkervaring in de complexe wondzorg.
- De wondregisseur is bekwaam om een doppler-onderzoek uit te voeren en een enkel-arm-index te bepalen.
- De wondregisseur zorgt ervoor dat de kennis en kunde van de overige betrokken medewerkers up-to-date is volgens de landelijke en/of regionale protocollen, standaarden en afspraken. Zij heeft hierbij ook aandacht voor de mantelzorg, die eventueel een deel van de zorg overneemt.
- De wondregisseur maakt procedureafspraken met de ketenpartners.
- De wondregisseur is verantwoordelijk voor de registratie van de wondbehandeling en ziet toe op de handhaving van de protocollen en de opvolging van andere procedures in de keten. De eisen die CZ groep stelt aan de monitor, volgen uit de vragenlijst

complexe wondzorg (zie bijlage 3).

- De wondregisseur bepaalt door welke organisatie de wond kan worden behandeld: mantelzorg, thuiszorg, expertisenetwerk of de tweede lijn.
- De wondregisseur is verantwoordelijk voor het opvolgen van het protocol en de bewaking van de vorderingen in het genezingsproces. Ook als de behandelaar een andere zorgverlener is.
- De wondregisseur stelt een behandelplan op aan de hand van het protocol dat bij het type wond past. Ook als de wond door de mantelzorgers en/of de thuiszorg verzorgd kan worden.
- De wondregisseur is verantwoordelijk voor het doelmatig en kostenefficiënt inzetten van wondverbandmiddelen.

### 1.3.4 Kindzorg

Bij de kindzorg wordt de indicatie en de organisatie van de zorg geregeld door een kinderverpleegkundige van niveau 5 of door een verpleegkundig specialist. Bij het indiceren van zorg wordt uitgegaan van de gewenste situatie binnen het gezin, waarbij de ouders en het kind zo veel mogelijk in hun zelfredzaamheid worden ondersteund. Hierbij wordt waar nodig zorg geleverd vanuit het juiste domein.

#### **Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg (IKZ)**

CZ groep hanteert ook in 2021 de volgende eisen voor de inkoop van (medische) kindzorg bij complexe lichamelijke problemen of een lichamelijke handicap waarbij behoefte is aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid, in combinatie met specifieke verpleegkundige handelingen, verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg:

- De zorgaanbieder werkt nauw samen met alle betrokken disciplines, zoals het ziekenhuis, de kinderarts, de huisarts, de fysiotherapeut, het consultatiebureau, de centra voor thuisbeademing, de medische kinderdagverblijven, de kinderdthuiszorg en de hospices.
- De zorgaanbieder gebruikt de Hulpbehoeftescan.<sup>14</sup> Deze brengt de eigen mogelijkheden (de zelfredzaamheid) van het gezin, de mogelijke knelpunten voor de vier kinderleefdomeinen en de gewenste professionele ondersteuning in kaart. De zorgaanbieder stemt de indicatie af op het verloop van de ziekte en de draagkracht/draaglastverhouding van het gezin.<sup>15</sup>
- De zorg is met alle betrokken disciplines afgestemd

en verankerd in het zorgplan. De zorg richt zich op het toewerken naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid van de ouders en sluit aan bij de kinderleefdomeinen die in kaart zijn gebracht met de Hulpbehoeftescan.

- De zorgaanbieder heeft een cliëntenraad/ouderraad.
- De zorg wordt geleverd door (kinder) verpleegkundigen die speciaal hiervoor zijn opgeleid.
- De zorgaanbieder heeft een pedagogisch plan en handelt hiernaar.
- De zorgaanbieder heeft zorgprogramma's voor specifieke doelgroepen, zoals palliatief terminale zorg en zorg bij kindermishandeling. Daarbij verwachten wij van zorgaanbieders die kinderpalliatieve zorg leveren, dat zij zich committeren aan de richtlijnen voor palliatieve zorg bij kinderen.<sup>16</sup>
- De zorgaanbieder kan alle persoonlijke en gespecialiseerde verpleegkundige zorg leveren voor thuiswonende kinderen en/of voor de dagopvang of het verblijf in het kader van de intensieve kindzorg. De (wijk)verpleegkundigen zijn hiervoor speciaal opgeleid en zijn 24 uur per dag beschikbaar, op afspraak en op afroep.

### 1.3.5 Gespecialiseerde verpleging

Het doel van gespecialiseerde verpleging is het uitvoeren van gespecialiseerde verpleegkundige handelingen die het herstel bevorderen, verergering van de ziekte of aandoening voorkomen en/of verlichting van lijden en ongemak bieden. Gespecialiseerde verpleging wordt geleverd door een verpleegkundige van niveau 4 of 5 die (actueel) geschoold is in medisch-technische handelingen.

Wij maken voor 2021 geen afspraken met zorgaanbieders die in 2020 geen afspraken hebben voor gespecialiseerde verpleging en met nieuwe zorgaanbieders.

Deze uitgangspunten zijn leidend bij de verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn:

- De toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg moeten gewaarborgd blijven.
- De zorg wordt geleverd door de juiste zorgverlener. Deze beschikt over de juiste competenties om de

<sup>14</sup> [www.hetmedischekindzorgsysteem.nl/mks-programma/in-vier-fasen-naar-goede-zorg-voor-kind-en-gezin/fase-2](http://www.hetmedischekindzorgsysteem.nl/mks-programma/in-vier-fasen-naar-goede-zorg-voor-kind-en-gezin/fase-2)

<sup>15</sup> Rapport 'Ernstig zieke kinderen hebben recht op gezonde zorg', 2013.

<sup>16</sup> [www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnen-overzicht/Details/articleType/ArticleView/articleId/894/Palliatieve-zorg-voor-kinderen](http://www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnen-overzicht/Details/articleType/ArticleView/articleId/894/Palliatieve-zorg-voor-kinderen)

(diagnostische en therapeutische) zorg te kunnen leveren en hij hanteert de richtlijnen van de beroepsgroepen.

- De zorg wordt geleverd op een plek met de juiste faciliteiten.
- Substitutie kan plaatsvinden van de tweede naar de eerste lijn of omgekeerd. Daarbij moet de kwaliteit minimaal gelijk blijven. De zorg moet tegen hetzelfde of een lager tarief worden uitgevoerd, waarbij het budget meegaat met de cliënt.
- Medisch specialisten en huisartsen werken samen en maken afspraken over de regie op de zorgverlening in de eerste en tweede lijn. Om het zorgproces voor een specifieke cliëntengroep te optimaliseren, zijn er concrete zorginhoudelijke samenwerkingsafspraken over kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg gemaakt tussen deze zorgverleners in de eerste- en tweedelijnszorg.

Met een voorbeeld over peritoneale dialyse in de thuis-situatie lichten we bovenstaande uitgangspunten toe. CZ groep monitort en benchmarkt in 2020 de inzet van wijkverpleging – naast de DBC's Automatische Peritoneale Dialyse (buikspoeling) en Continue Ambulante Peritoneale Dialyse (buikspoeling). Als we grote afwijkingen zien of als er geen afbouw in de wijkverpleging zichtbaar is, gaan wij hierover in gesprek met de zorgaanbieder. Peritoneale dialyse in de thuissituatie wordt gestimuleerd als:

- een medisch specialist hiervoor goedkeuring geeft aan de cliënt en dit ook evalueert na enkele weken. Dit kan leiden tot terugname door het ziekenhuis;
- een cliënt en/of diens mantelzorger deze handeling aangeleerd krijgt;
- de cliënt mobiel genoeg is en/of voldoende mantelzorgers heeft om te helpen;
- de handeling in de thuissituatie onder de aanspraak 'wijkverpleging' valt, waarbij het dus gaat om 'zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden', waaronder het aan- en afsluiten van een shunt waarna de cliënt de dialyse zelf kan uitvoeren;
- het aanleren in eerste instantie in het ziekenhuis of dialysecentrum plaatsvindt;
- er tussen de medisch specialist en de huisarts samenwerkingsafspraken zijn over de regievoering;
- er specifieke zorginhoudelijke afspraken met een zorgaanbieder zijn gemaakt over het optimaliseren van het zorgproces voor deze doelgroep;
- er in de regio geen capaciteitsproblemen zijn voor wijkverpleging.

## 1.4 Regionale functies

Voor een doelmatige organisatie van de wijkverpleging is het zinvol om een aantal taken in een regio of wijk te concentreren bij één of enkele zorgaanbieders. Het gaat dan om specifieke functies waarvoor een infrastructuur nodig is, zoals onplanbare zorg, pgb-indicatiestelling en preventie op wijkniveau. Hiervoor is niet zozeer specifieke kennis nodig als wel een zekere schaal. Voor deze zorg zet CZ groep zijn beleid voort. Dit betekent dat we deze zorg bij een beperkt aantal zorgaanbieders inkopen, zodat per regio (wijk/gemeente/gebied) een duidelijk aanspreekpunt ontstaat.

Van deze zorgaanbieders verwachten wij dat ze in staat zijn om een voortrekkersrol op zich te nemen. Zij borgen de zorginfrastructuur voor de specifieke functies, zoals:

- de pgb-indicatiestelling;
- preventie op wijkniveau;
- niet-planbare nachtzorg;
- regionale ketenzorg door het vervullen van een voortrekkersrol in het samen met elkaar (efficiënt) organiseren van de beschikbaarheid van zorg op alle momenten en in alle situaties.

Zorgaanbieders waarmee we de regionale functies afspreken:

- leveren de specialistische functies zoals genoemd in bijlage 1, paragraaf 1.3 (met uitzondering van kindzorg), zodat zij in elke situatie passende zorg kunnen organiseren;
- zijn goed ingebed in de regionale structuur en kunnen de zorg dankzij hun schaalgrootte doelmatig en kwalitatief goed organiseren;
- vervullen een duidelijke netwerkrol binnen de regio;
- hebben goede afspraken met de gemeenten in de regio over preventie en samenwerking met het wijkteam.

CZ groep wil per regio bekijken welke zorgaanbieders een regionale systeemfunctie vervullen. Wij zetten daarbij in op de continuïteit van bestaande structuren, afspraken en ketenvorming. We nemen dit onderwerp mee in de zorginkoopgesprekken om vast te stellen of deze zaken voldoende geborgd zijn en om maatwerkafspraken te maken die een passende invulling geven aan de lokale situatie. Zo willen we toewerken naar regionaal georganiseerde zorgketens, waarbij er sprake is van één aanspreekpunt in de wijk.

### 1.4.1 Pgb-indicatiestelling

Bij de pgb-indicatiestelling geldt, net als bij naturazorg, dat sturen op eigen kracht en de betrokkenheid van mantelzorgers belangrijk is. Ook geldt het normenkader van de V&VN. CZ groep koopt de prestatie pgb-indicatiestelling voor 2021 in bij een klein aantal gecontracteerde zorgaanbieders die zich hierin transparant en toetsbaar opstellen. Bij voorkeur zetten we de samenwerking voort met zorgaanbieders die hier in 2020 ook een overeenkomst voor hebben. Zo willen we voor onze verzekerden een duidelijk aanspreekpunt creëren.

De verzekerde die aangeeft dat zijn voorkeur uitgaat naar een pgb als leveringsvorm, moet hiervoor een aanvraag bij ons indienen. Voor het pgb-beleid en de aanvraag van een pgb-budget verwijzen we naar het meest recente pgb-reglement op onze website:

[www.cz.nl/vergoedingen/pgb-verpleging-en-verzorging](http://www.cz.nl/vergoedingen/pgb-verpleging-en-verzorging).

### 1.4.2 Preventie op wijkniveau

Een goede samenwerking tussen de wijkverpleging en het sociale domein is van belang om (zwaardere) zorg- en hulpvragen te voorkomen of zo lang mogelijk uit te stellen. Samenwerking tussen beide domeinen, bijvoorbeeld door samen te investeren in (zorggerelateerde) preventie en vroegsignalering, kan de inzet van dure vormen van zorg verminderen, vooral bij mensen met een gezondheidsrisico, zoals chronisch zieken en ouderen. Een voorbeeld is het samen tijdig signaleren van problemen bij bepaalde doelgroepen (zoals overbelaste mantelzorgers). Het aantal kwetsbare en chronisch zieke mensen dat langer thuis blijft wonen, neemt toe. Dat maakt de preventieve taken van de wijkverpleegkundige in samenwerking met het sociale domein steeds belangrijker. De wijkverpleegkundige kan de regie op zich nemen voor het realiseren van een gezonde wijk. Zij kent de wijk, weet waar de hulpvragen vandaan komen en kan de verschillende domeinen met elkaar verbinden.

Met zorgaanbieders die een addendum hebben voor preventie op wijkniveau, maken wij afspraken over dit gemaximeerde budget per gemeente en de verwerking daarvan in de productieafspraken voor 2021. Het beschikbare budget voor preventie in de wijk is gebaseerd op het aantal CZ groep-verzekerden van 65 jaar en ouder.

Er zijn verschillende activiteiten die vallen onder preventie op wijkniveau:

#### 1 De wijkverpleegkundige is het gezicht in de wijk

Zij doet aan case finding: naar aanleiding van een 'zorgsignaal' van de gemeente, de huisarts, een buurtbewoner of de kerk gaat zij langs bij mensen die nog geen wijkverpleegkundige zorg ontvangen (zoals zorgmijders). Zij signaleert vervolgens wat er aan de hand is en verwijst indien nodig door. Deze taak is niet alleen voorbehouden aan specifieke wijkverpleegkundigen; elke wijkverpleegkundige kan op signalen afgaan. Het gaat er vooral om dat zij voor andere partijen het gezicht is in de wijk. Om de samenhang tussen zorg en ondersteuning te borgen, kan een specifieke wijkverpleegkundige structureel deelnemen aan het sociaal wijkteam. Zo kunnen relaties worden opgebouwd en blijven de lijntjes met de gemeente, huisartsen en andere (zorg)partners in de wijk kort. Een goede onderlinge vertrouwensrelatie is van belang voor het uitwisselen van signalen, het leren kennen van elkaars domein, het afstemmen bij multiproblematiek in de wijk en het samenwerken in een gedegen ketenaanpak.

#### 2 De wijkverpleegkundige werkt samen met de gemeente aan preventie in de wijk

De wijkverpleegkundige pakt preventieve activiteiten en projecten op, in samenwerking met de gemeente en eventueel andere partijen in de wijk. Voorbeelden hiervan zijn:

- wijkvoorlichting geven over veelvoorkomende ziektebeelden of problematiek (zoals een herseninfarct);
- in kaart brengen van de zelf- en samenredzaamheid in bepaalde wijken;
- wijkvoorlichting geven over hulpmiddelen, valpreventie, woningaanpassingen, veilig thuis wonen of mantelzorgondersteuning;
- netwerkbijeenkomsten organiseren met gemeenten, casemanagers, politie, GGD, GHOR, GGZ en GZ;
- meewerken aan een Alzheimercafé.

#### 3 De wijkverpleegkundige versterkt de relatie tussen de huisarts, wijkverpleging en de gemeente

Om zorg op maat te kunnen leveren, moet er op alle levensdomeinen van inwoners ondersteuning en zorg geboden kunnen worden. De huisarts en de praktijkondersteuner (POH) kunnen deze integrale ondersteuning, in samenspraak met wijkverpleegkundigen, niet alléén bieden. Op het moment dat er (ook) sociale problematiek speelt, zoals vereenzaming, zelfverwaarlozing of gebrek aan zingeving, is samenwerking met en verwijzing naar het sociaal werk, het sociaal wijkteam of vrijwilligerswerk geboden. De wijkverpleegkundige verbindt huisartsen, praktijkondersteuners en het sociaal domein met elkaar.

De wijkverpleegkundige is een bekend en duidelijk aanspreekpunt in de wijk. Zij heeft een actieve rol in het wijkteam, pakt samen met de gemeente de preventie in de wijk op, maakt de verbinding tussen de huisarts en het sociale domein en werkt white label. CZ groep maakt per regio afspraken met een klein aantal zorgaanbieders over welke preventieve activiteiten zij ondernemen. Met nieuwe zorgaanbieders en zorgaanbieders die in 2020 geen afspraken hebben voor wijkgericht werken, maken we voor 2021 geen afspraken, tenzij uit de evaluatie van de huidige afspraken blijkt dat een nieuwe zorgaanbieder wenselijk is. Net als in voorgaande jaren vragen wij in 2021 aan zorgaanbieders die een addendum hebben voor preventie op wijkniveau, om zich uiterlijk op 1 oktober van het desbetreffende jaar te verantwoorden over de activiteiten die de wijkverpleegkundigen hebben ondernomen. De zorgaanbieder moet hiervoor een aantal vragen over bovenstaande drie onderdelen laten beantwoorden door de betreffende wijkverpleegkundigen.

### 1.4.3 Onplanbare nachtzorg

In 2019 hebben ActiZ, V&VN, Zorgthuis.nl en ZN het initiatief genomen om te komen tot een landelijk gedragen leidraad voor de onplanbare nachtzorg. Deze leidraad is vastgelegd in het document 'Samen op weg naar een toekomstbestendige wijkverpleging'. Het uitgangspunt is dat zorgaanbieders in iedere wijk één samenwerkingsafspraken maken over de organisatie en efficiëntie van de onplanbare nachtzorg en dat alle aanbieders die in de wijk actief zijn zich aansluiten bij deze afspraak.

CZ groep maakt in zijn kernwerkgebieden voor iedere HAP-regio (als uitgangspunt) een afspraak met zorgaanbieders over een efficiënte inrichting van deze zorg. Zorgaanbieders maken per (sub)regio organisatorische afspraken over het verbeteren van de organisatie en de efficiëntie van de onplanbare nachtzorg. Hiermee borgen we dat er regionaal 24/7 wijkverpleging beschikbaar is en blijft.

De volgende inhoudelijke kaders zijn van toepassing op de onplanbare nachtzorg:

- Cliënten, mantelzorgers, huisartsen en andere professionals kunnen in de nacht per regio altijd één vaste bereikbaarheidsfunctie bellen voor de onplanbare nachtzorg. Mochten er regio's zijn waar het werken met meerdere bereikbaarheidsfuncties effectief en efficiënt werkt, dan is dit mogelijk.
- De zorgaanbieder is telefonisch bereikbaar voor mensen met een acute wijkverpleegkundige zorg- of onder-

steuningsvraag en hij beantwoordt de telefoon binnen 30 seconden tijdens de nachtelijke uren (23.00 – 7.00 uur). Daarin kan voorzien worden door de eigen nummers van de zorgaanbieders door te schakelen naar bijvoorbeeld een 'zorgcentrale', of te werken met één spoednummer voor de nacht.

- De bereikbaarheidsfunctie voor de nacht voert altijd namens alle professionals en zorgaanbieders in de regio een uniforme triage uit op basis waarvan bepaald wordt of er nachtzorg nodig is of niet.
- De zorgaanbieder beschikt over een telefonisch triageprotocol om de benodigde vervolgactie in te kunnen schatten. Om te beoordelen of het gaat om verpleegkundige zorg, geneeskundige zorg (huisarts of HAP) of acute geneeskundige zorg (SEH), wordt dit triageprotocol afgestemd met andere 24-uursvoorzieningen.
- Na de triage schakelt de bereikbaarheidsfunctie de dienstdoende professional van het team in die de onplanbare nachtzorg bij de cliënt levert.
- De bereikbaarheidsfunctie beoordeelt – op basis van de uniforme triage – hoe urgent en acuut de situatie is. Het reguliere proces van indicatiestelling is aan de wijkverpleegkundige overdag. Dit geldt voor cliënten die al in zorg zijn bij een zorgaanbieder.
- De zorgverlener is, indien nodig, binnen 30 minuten na de oproep ter plaatse, tenzij hierover met de zorgverzekeraar afwijkende afspraken zijn gemaakt (in de regio).
- De zorgaanbieders die de onplanbare nachtzorg organiseren en aanbieden, zorgen voor de fysieke veiligheid van de dienstdoende professionals.
- Het beschikbare nachtteam heeft een wisselende samenstelling van deskundigheidsniveaus, afhankelijk van de afspraken die hierover zijn gemaakt door de betrokken organisaties en professionals. De zorgaanbieder vult de beschikbaarheid in met een verpleegkundige met een opleiding op minimaal mbo-niveau 3. Indien nodig kan er binnen 30 minuten iemand met mbo-niveau 4, hbo-niveau 5 of hoger ter plaatse zijn.
- De professionals en zorgaanbieders zorgen ervoor dat de bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdienst toegang heeft tot het EPD of ECD, zodat bij de uniforme triage de medische gegevens van de cliënt betrokken kunnen worden. Er moet kritisch gekeken worden wat op welke termijn kan worden bereikt. Toegang tot cliëntgegevens en de woning wordt in onderlinge afstemming met zorgaanbieders in de regio georganiseerd.



- Cliënten die in de nacht onplanbare zorg hebben gekregen, gaan niet automatisch over naar deze zorgaanbieder. Zij hebben daarin keuzevrijheid.
- De zorgaanbieders brengen hun fair share (in mensen en middelen) in om deze zorgvorm kwalitatief goed en efficiënt (betaalbaar) te leveren. Zorgaanbieders moeten met elkaar in overleg over een oplossing voor de declaratie en legitimatie van de geleverde zorg 'achter de voordeur' bij cliënten van andere aanbieders of bij nieuwe cliënten.

De gekozen organisatievorm sluit aan bij de ervaring van de professionals. Zij gaan met elkaar in overleg op welke manier deze zorg wordt geleverd en welke organisatorische en juridische vorm daarbij het beste past. Wanneer de zorgaanbieders niet tot overeenstemming komen, pakken wij onze rol en geven we de opdracht om te komen tot een afspraak.

Het uitgangspunt is dat een eventuele aanpassing van de financiering budgetneutraal wordt gerealiseerd voor de regio, waarmee de kosten worden gedekt.

#### **1.4.4 Regionale ketenzorg**

Een (klein) aantal zorgaanbieders fungeren als vangnet of nemen een voortrekkersrol op zich bij het regionaal organiseren van ketens en samenwerkingsvormen. Als zij zorg leveren op basis van lage gemiddelde kosten en met een goede kwaliteit (zie paragraaf 3.2) en in voorgaande jaren hebben laten zien dat zij een betrouwbare partner zijn voor CZ groep, dan spreken we conform het waarde-model ook een passende financiering af.

Aanvullend op de regionale ketenzorg gaan wij in 2021, samen met ziekenhuizen en VVT-zorgaanbieders, in een aantal regio's kijken naar de praktijkvariatie van de in- en uitstroom tussen de GRZ, de ELV en de wijkverpleging.

## Uitsluitingsgronden

Niet alle zorgaanbieders komen in aanmerking voor een overeenkomst 2021 met CZ groep. Dit geldt in ieder geval voor de zorgaanbieder:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt;
- waarbij een integriteitsonderzoek beletselen oplevert.

## Vragenlijst complexe wondzorg

Net als in 2020 hanteren wij voor 2021 de gezamenlijke vragenlijst voor het meten van de uitkomsten van de complexe wondzorg. Hiermee beperken we de administratielast voor zorgaanbieders aanzienlijk. Er zijn nog een aantal indicatoren die niet bij alle zorgverzekeraars aangeleverd hoeven te worden. Dit komt door de afspraken die al gemaakt zijn tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Op termijn wordt de lijst voor alle zorgverzekeraars uniform.

Het is belangrijk dat de patiënt toestemming geeft om zijn gegevens met CZ groep te delen. Wij stellen een format op voor de registratie van bovenstaande gegevens. Dit kan ingevuld naar ons opgestuurd worden. De macro in dit format zorgt ervoor dat er in de uitdraai geen persoonsgevoelige informatie wordt weergegeven van patiënten die geen toestemming geven voor het delen van informatie.

Bovenstaande gegevens ontvangt CZ groep één keer per jaar (op 31 januari 2022 over de periode januari tot en met december 2021). U kunt hiervoor het format gebruiken dat begin april 2020 op onze website gepubliceerd wordt. Dit format stuurt u naar [aanleveringen.zorgcontrol@cz.nl](mailto:aanleveringen.zorgcontrol@cz.nl), onder vermelding van monitor wondzorg.

Omdat het gegevens op patiëntniveau betreft, ontvangen wij deze informatie graag via Cryptshare. Dit is een beveiligde manier van data-aanlevering. Cryptshare is te bereiken via: [seureshare.cz.nl/Start](https://seureshare.cz.nl/Start). Wij verwerken deze gegevens in een benchmark (waarbij we de privacywetgeving in acht nemen) en delen deze (geanonimiseerd) met de zorgaanbieders.

Vraag	Antwoordcategorie	Toelichting
Relatienummer patiënt (9-cijferige code)	Numeriek	Het is aan de zorgverzekeraar om deze indicator verplicht te stellen. CZ groep stelt deze indicator verplicht.
Toestemming patiënt voor delen informatie?	Ja/Nee	Het is aan de zorgverzekeraar om deze indicator verplicht te stellen. CZ groep stelt deze indicator verplicht.
Type wond (het internationale classificatiesysteem wordt gehanteerd)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leg ulcer (ulcus cruris)</li> <li>• Pressure ulcer (doorligwond)</li> <li>• Diabetic foot ulcer (diabetische voetulcer)</li> <li>• Malignant oncologic (oncologische wond)</li> <li>• Post traumatic/Surgical wound (traumatische/chirurgische wond)</li> <li>• Burns (brandwond)</li> <li>• Overig</li> </ul>	
Verwijzer	Huisarts Specialist ouderengeneeskunde Medisch specialist Verpleegkundig specialist/Nurse practitioner Wijkverpleegkundige in overleg met een van de bovengenoemde zorgverleners	Het is aan de zorgverzekeraar om deze indicator verplicht te stellen. CZ groep stelt deze indicator verplicht.
Datum ontstaan wond	dd-mm-jjjj	
Datum start behandeling regiefunctie	dd-mm-jjjj	
Datum beëindiging behandeling regiefunctie	dd-mm-jjjj	
Reden beëindiging behandeling regiefunctie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wond genezen</li> <li>• Wond genezen: nazorg</li> <li>• Beëindiging behandeling op verzoek van verwijzer</li> <li>• Beëindiging behandeling op verzoek van patiënt</li> <li>• Ziekenhuisopname</li> <li>• Wondzorg overgedragen aan andere zorgaanbieder in de keten (-)</li> <li>• Wondzorg overgedragen aan andere zorgaanbieder in de keten (+)</li> <li>• Overdracht naar de Wlz</li> <li>• Alle zorg overgenomen door andere zorgaanbieder</li> <li>• Overlijden patiënt</li> </ul>	
Aantal contactmomenten regiefunctie	Numeriek	
Is er naast de regiefunctie wondzorg die de cliënt ontvangt nog sprake van reguliere wondzorg door een andere zorgaanbieder?	Ja/Nee	Het is aan de zorgverzekeraar om deze indicator verplicht te stellen. CZ groep stelt deze indicator verplicht.



**Zorg die verder gaat**