

Zorginkoopbeleid

Wijkverpleging

2022



OHRA Direct
geregeld

 **nationale
nederlanden**

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Managementsamenvatting	5
1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2022	5
1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2022	5
1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst	6
2 Visie van CZ groep op de wijkverpleging	7
3 Inhoudelijk beleid en focus voor 2022	14
3.1 Focus op toegankelijkheid	15
3.2 Focus op kwaliteit en kosten	16
4 Proces contractering 2022	22
4.1 Bestaande zorgaanbieders	22
4.2 Nieuwe zorgaanbieders	23
4.3 Zorgcoöperaties	24
4.4 Het omzetplafond	24
4.5 Tijdpad	25
4.6 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	25
4.7 Bereikbaarheid	26
4.8 Controle van declaraties	26
5 Betrokkenheid van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	27
5.1 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	27
5.2 Specifiek beleid Wijkverpleging	27
Bijlage 1 Minimale en aanvullende eisen	28
1.1 Minimumeisen voor het leveren van basiszorg	28
1.2 Aanvullende eisen voor zorgcoöperaties die bestaan uit zzp'ers	29
1.3 Specialistische zorg met aanvullende eisen op de basisovereenkomst	29
1.4 Regionale functies	32
Bijlage 2 Uitsluitingsgronden	36
Bijlage 3 Vragenlijst complexe wondzorg	37

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.

OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep) denken 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. In deze experimenteerregio's worden afspraken gemaakt die kunnen afwijken van de afspraken voor de reguliere zorginkoop.

Voorwoord

Verantwoord en dichtbij. Deze twee woorden zijn belangrijk voor CZ groep. Ze vormen samen het thema waarlangs wij met de verschillende beroeps-groepen en contractpartijen de gewenste ontwikkelingen in de zorg inhoud willen geven. Ze helpen ons om structuur aan te brengen in de vele ideeën en initiatieven vanuit het zorgveld waarbij wij als zorgverzekeraar gevraagd worden om een faciliterende rol te vervullen, bijvoorbeeld in de bekostiging. Immers: niet alles wat goed is kan en niet alles wat kan is goed. Ook CZ groep zelf geeft inhoud aan deze twee kernwoorden: we initiëren programma's om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg verder te ontwikkelen.

Tijdens de covid-pandemie ontstonden veel snelle innovaties en creatieve oplossingen voor acute problemen. We zagen en zien veel saamhorigheid in de zorg en snelle implementaties van technologieën die eerder maar moei-zaam van de grond kwamen. Denk aan de inzet van digitale zorg, de keuze voor zorg die ertoe doet en de flexibiliteit om de zorg te organiseren waar die op dat moment écht nodig is. Wij vinden dat een crisis nooit het fundament van een nieuwe ordening moet zijn. Toch hopen we dat nieuwe, wenselijke oplossingen blijvend hun weg vinden naar de dagelijkse praktijk. We hebben immers te maken met een gigantische zorgvraag, die deels wordt veroorzaakt door uitgestelde zorg. Hierdoor ontstaat een ongekennde druk op de rechten van mensen op toegankelijke zorg.

Daarom leggen we in 2022 de nadruk meer dan ooit op het creëren van een goed toegankelijk zorgaanbod, en dat tegen maatschappelijk acceptabele kosten. Daarnaast besteden we meer aandacht aan de transparantie van de kwaliteit van de zorg. De geplande ontwikkelingen op dat gebied hebben vertraging opgelopen door de coronacrisis, wat heel begrijpelijk is. Voor 2022 willen we de draad weer oppakken en transparantie inzetten om onze zorg naar een nog hoger niveau te brengen.

2022 wordt een jaar waarin we samen weer gaan zorgen voor een toegan-kelijke zorg, van het niveau dat we voor onszelf en onze dierbaren vanzelf-sprekend vinden. Zorg die bovendien door zorgverleners én verzekerden wordt ervaren als 'waar voor hun geld' – het 'oude normaal' waar we in Nederland om bekendstaan.

Joël Gijzen
Directeur Zorg

Yvonne Hijnen
Manager zorginkoop V&V – Zvw

Managementsamenvatting

1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2022

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 (over de domeinen heen) 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: ook complexere zorg die voorheen in het ziekenhuis plaatsvond, wordt bij de cliënt thuis geleverd. Een ontwikkeling die we stimuleren, maar waarvan we ons in toenemende mate afvragen of dit wel altijd verantwoord is. Er is niet altijd voldoende zicht op de kwaliteit en doelmatigheid van deze zorg en het is de vraag of de patiëntveiligheid altijd gegarandeerd is. CZ groep is daarom een toetsingskader aan het ontwikkelen waarop wij projectaanvragen van zorgaanbieders beoordelen voor verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

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. We hebben in het afgelopen jaar, vanwege covid-19, gezien dat digitale zorgoplossingen juist een belangrijke bijdrage leveren aan de zorg. Ook heeft de coronacrisis laten zien dat digitale zorg snel in gebruik genomen kan worden. Juist nu is het zaak om deze trend door te zetten, omdat het helpt om de zorg in de toekomst toegankelijk te houden en zorgverleners te ontlasten. CZ groep wil daarom in de contractering met zorgaanbieders bewezen digitale toepassingen (zoals de medicijndispenser) meer standaard gaan inkopen. Voor andere innovatieve digitale zorg zijn we bereid om maatwerkafspraken te maken.

1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2022

- Regiefunctie (complexe) wondzorg: de vigerende beleidsregel geeft invulling aan de regiefunctie en de individuele zorgverlening aan de client. Hierdoor zijn er veel variaties ontstaan in de inkoopafspraken en is het steeds moeilijker om te sturen op de uitkomsten van zorg. Wij zijn landelijk in overleg over deze beschrijving en zoeken meer afstemming met andere verzekeraars. We willen de inkoopafspraken hierop aanpassen.
- Gespecialiseerde verpleging en het verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn: CZ groep ontwikkelt een toetsingskader dat na afronding gepubliceerd wordt op onze website. Aan de hand daarvan beoordelen wij projectaanvragen van zorgaanbieders voor de verplaatsing van zorg.

1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- Zoals in 2020 aangekondigd, moet de zorgaanbieder ten minste 25% (bestaande zorgaanbieders) of 50% (nieuwe zorgaanbieders) van de zorg zelf leveren. Hij zet voor maximaal 75% respectievelijk 50% van de te leveren zorg onderaannemers in.
- We hebben een voorwaarde toegevoegd voor het leveren van de regiefunctie (complexe)wondzorg:
 - We richten ons specifiek op gecontracteerde zorgaanbieders wijkverpleging voor de uitvoering van de regiefunctie complexe wondzorg.
- We hebben de eisen die gesteld worden aan de wondregisseur aangescherpt. De wondregisseur:
 - werkt conform de (landelijke en/of regionaal) geldende richtlijnen en kwaliteitskaders op het gebied van complexe wondzorg.
 - heeft extra kerntaken, zoals het toepassen van evidence based wondzorg.
 - draagt kennis en expertise over.
 - coördineert de wondbehandeling in de keten.

Visie van CZ groep op de wijkverpleging

Dit document vormt de basis voor het gesprek met onze (potentiële) contractpartners voor 2022. We staan hierin stil bij het zorginkoopbeleid 2022 voor wijkverpleging en de bijbehorende procedure.

De jaren 2020 en 2021 staan in het teken van covid-19. Dit heeft gezorgd voor aangepaste financiële afspraken. Het heeft ook zijn impact gehad op de uitvoering van het beleid voor wijkverpleging in 2021. Uitgangspunt voor 2022 is dat we een regulier zorginkoopseizoen hebben, waarin covid-19 geen centrale rol speelt.

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](#).

Regionale aanpak keten ouderenzorg



Coördinatiepunt

- Triage/consultatie
- Inzicht in capaciteit
- Kwaliteit & effectmeting
- Monitoring & evaluatie



Advance Care planning

- Afspraken huisarts en wijkverpleegkundige
- Informatieoverdracht
- Gezamenlijke scholing
- Warme overdracht



Vroegsignalering

- Centraal punt/telefoonnummer
- Afgestemd beleid huisarts en wijkverpleegkundige
- Kwetsbare ouderen in beeld
- Informatie-uitwisseling

Monitoren op basis van indicatoren



Minder acute zorg

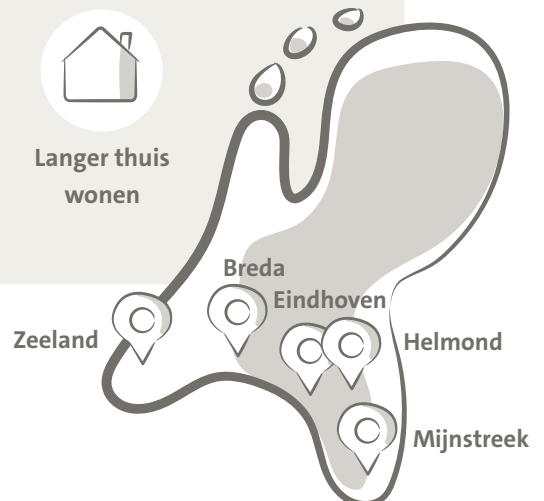


Sneller op de juiste plek



Langer thuis wonen

Verbetering in- door- en uitstroming keten



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

- de realisatie van een regionaal coördinatiepunt (RCP). Dit heeft 24/7 inzicht in de beschikbare bedden in de regio. Ook ondersteunt het RCP bij consultatie en triagevragen rondom (vervolg)zorg voor kwetsbare ouderen. 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 respijtzorg-bedden speelt hierbij een rol en kan worden ingebed zoals omschreven in het zorginkoopbeleid ELV en GRZ, onder paragraaf coördinatiefunctie 3.3.5.
- het voeren van gesprekken over vroegsignalering van kwetsbare ouderen. Zo is in de regio in beeld welke ouderen een groter risico lopen op gezondheidsklachten. Vervolgens wordt het beleid van bijvoorbeeld de huisarts en de wijkverpleging hierop afgestemd. Hierdoor worden complexe of zelfs crisissituaties voorkomen.
- Advance Care Planning (ACP), 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. Ook dit is een belangrijke stap 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.

CZ groep maakt afspraken rondom deze 4 aspecten. Dat doen we in onze kernwerkgebieden met alle stakeholders in de keten ouderenzorg. Per regio zijn de prioriteiten verschillend, afhankelijk van de gesignaleerde knelpunten en de initiatieven die al door de regio zijn ondernomen.

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. Zelfredzaamheid wordt versterkt door de mogelijkheden van zelfregie te vergroten met bijvoorbeeld domotica, digitale zorg en door de sociale contacten te bevorderen.

We hebben in het afgelopen jaar door covid-19 gezien dat digitale zorgoplossingen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de zelfredzaamheid van een verzekerde. Ook heeft de coronacrisis laten zien dat digitale zorg snel in gebruik genomen kan worden. Juist nu is het zaak om deze trend door te zetten, omdat het helpt om de zorg in de toekomst toegankelijk te houden en om zorgverleners te ontlasten.

Voor de visie en ambities van CZ op het gebied van digitale zorg en ook de afspraken die we op ZN-niveau met partijen hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen, kijk hier.

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. Wijkverpleegkundigen hebben hierbij de mogelijkheid om te zorgen voor een 'warme overdracht' van patiënten uit het ziekenhuis naar de thuissituatie, zoals CZ groep deze tot 2022 opnam in het addendum Transmurale Zorgbrug. Naast coördinatie, indicatiestelling en (warme) overdracht kan de patiënt kennismaken met het gebruik van hulpmiddelen / digitale zorg en tijdens de opname oefenen, wat ten goede komt aan de zelfredzaamheid na het ontslag uit het ziekenhuis.

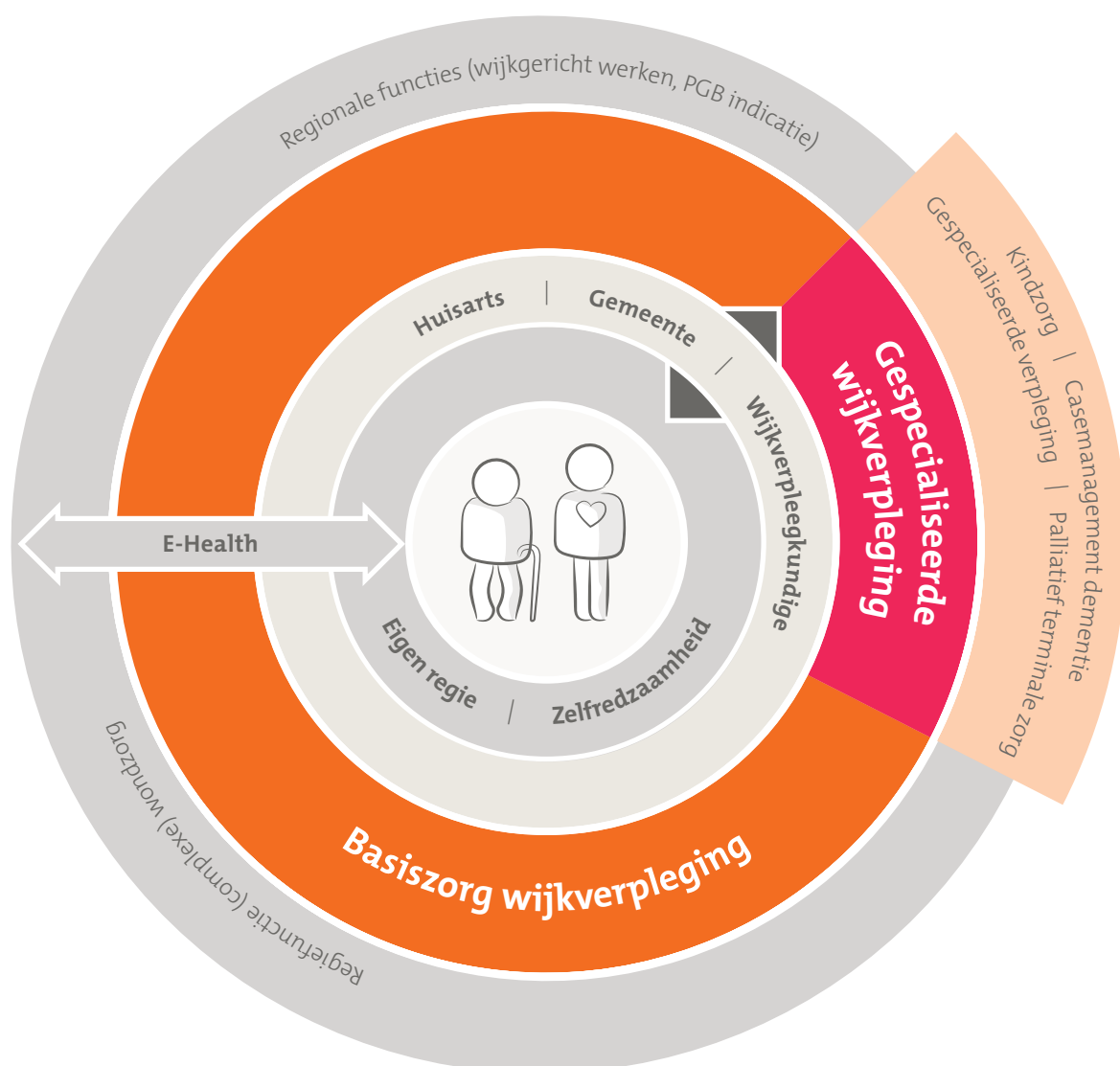
CZ groep streeft naar wijkverpleging die precies past bij wat onze verzekerden nodig hebben en die aansluit op wat ze zelf (in en met hun omgeving) kunnen organiseren.

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 wijkverpleegkundige¹ de zorg, samen met de huisarts, zo veel mogelijk zelf kan

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

Generalisten/ specialistenmodel



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 zorgvraaganalyse² door het voeren van een indicatiegesprek. Het indiceren en 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). 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 verpleegkundige 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

² 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.

indicatieproces uit meerdere contactmomenten bestaat bij zorgaanbieders die goed uit onze benchmark komen. 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. CZ groep vindt het belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.

Verantwoord en Dichtbij

Net als vorig jaar is het thema voor dit zorginkoopbeleid 'Verantwoord en Dichtbij'. Het centrale thema hierin is 'De Juiste Zorg Op de Juiste Plek' (ZOJP), dat geïnspireerd is op het gelijknamige rapport. CZ groep ondersteunt de gehanteerde insteek van onder andere gepast gebruik, substitutie naar voorliggende voorzieningen en stepped care, en ziet vele (beleidsmatige) kansen voor het zorginkoopbeleid 2022. Tegelijkertijd vinden we dat we ook voorzichtig moeten zijn als we zorg naar de thuissituatie verplaatsen.

CZ groep ziet veel kansen voor het verlenen van zorg in een ambulante (thuis)setting, maar dit is geen doel op zich. We zijn een toetsingskader aan het ontwikkelen aan de hand waarvan wij projectaanvragen van zorgaanbieders beoordelen voor de verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Dit kader wordt na afronding gepubliceerd op onze website.

In bepaalde regio's waar wij een groot marktaandeel hebben, willen wij daarnaast de samenwerking en afstemming van de zorg verbeteren door bijvoorbeeld samenwerkingsafspraken te maken. Cliënten, hun

omgeving en zorgverleners in de wijk (huisartsen, sociaal domein), maar ook tweedelijnsorganisaties (zoals ziekenhuizen) weten vaak niet bij wie ze terecht kunnen en zijn hierdoor veel tijd en energie kwijt aan het vinden van passende zorg voor cliënten. De afspraken zijn daarom gericht op een regionale afstemming vanuit een gedeelde regionale visie tussen CZ groep en zorgaanbieders en/of door de afspraken uit de leidraad 'herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging'³ te stimuleren.

Vraag en aanbod in evenwicht door de 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, 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.

Hulpmiddelen (zoals steunkousenaantrekulpen, heupairbags en SWASH-doekjes) en de inzet van digitale zorg⁴ 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. Het 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. We stimuleren bijvoorbeeld de zelfredzaamheid van cliënten door aantrekulpen in te zetten bij het gebruik van compressiehulpmiddelen. Uit onze materiële controles blijkt dat dit de inzet van wijkverpleging vermindert.

Verduurzaming van het zorgveld

CZ groep is een van de ondertekenaars van de Green Deal Zorg (GDZ) vanuit de overtuiging dat toekomstbestendige zorg duurzaam is. Als zorginkoper stimuleren wij verbeteringen op de GDZ-pijlers. We faciliteren initiatieven waar dat mogelijk is en past bij onze rol. Onze focus ligt hierbij op het bevorderen van doelmatige zorg, het voorkomen van verspilling van medicijnen en

³ Leidraad-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging(2).pdf.

⁴ De algemene definitie van digitale zorg (e-health): het gebruik van informatie- en communicatietechnologie ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid en de gezondheidszorg.

hulpmiddelen, en het dicht bij huis organiseren van zorg (soms zelfs thuis met digitale zorg). Ons zorginkoopbeleid sluit hierop aan. Zo werken we aan het gepast gebruik van zorg, en stimuleren we digitalisering en digitale zorg binnen de wijkverpleging. Hierdoor hoeven wijkverpleegkundigen minder te reizen van en naar cliënten, waardoor ook de CO2-uitstoot afneemt. Het komend jaar werken wij onze ondersteuning aan de GDZ verder uit. We gaan met verschillende zorgaanbieders het gesprek aan over de voortgang van de verduurzaming van het zorgveld.

Trends en ontwikkelingen

Wij volgen de landelijke ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op het zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2022, maar waarvan de precieze impact nog onbekend is. Denk aan:

- de ontwikkeling naar een nieuw bekostigingsmodel voor wijkverpleging;
- de Wet toetreding zorgaanbieders en het wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorgaanbieders;

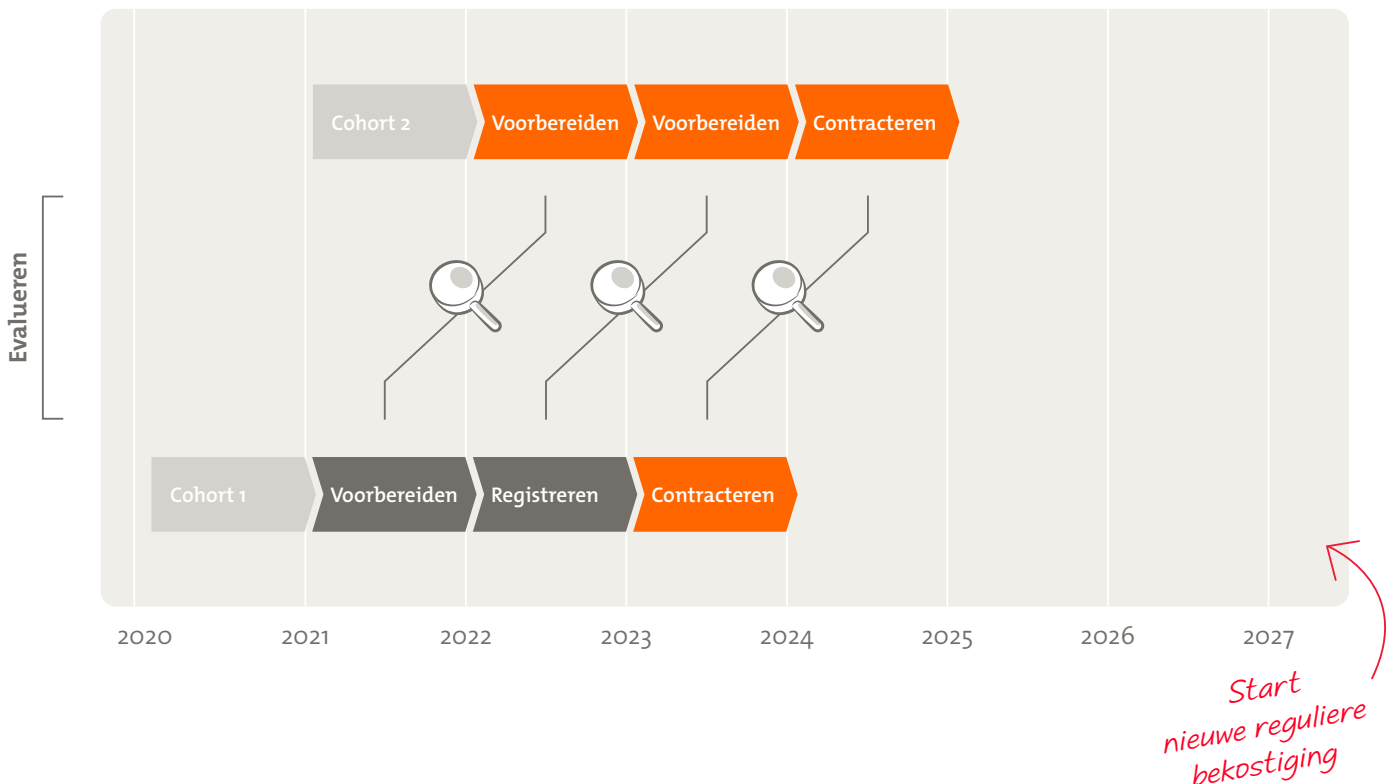
- de ontwikkelingen en de gezamenlijke aanpak rondom hospicezorg;
- het doorontwikkelen van kwaliteitsindicatoren, aanvullend op de PREM.

Als deze ontwikkelingen leiden tot een aanpassing van dit document, dan hoort u dat zo snel mogelijk.

Nieuwe bekostiging wijkverpleging

De NZa heeft geadviseerd om per 2022 een nieuw breed experiment te starten waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars (meer) ervaring op kunnen doen met het contracteren op basis van cliëntprofielen. Als de Tweede Kamer instemt met het voornemen van de minister, zoals verwoord in de kamerbrief van 13 oktober 2020, zijn er nog een aantal stappen nodig om de nieuwe bekostiging goed te implementeren. De verdere ontwikkeling en toepassing van cliëntprofielen wordt op landelijk niveau met elkaar besproken (NZa, ZN, Actiz, Zorgthuis.NL en V&VN). In die gesprekken spreken we met de sector over de vervolgstappen. De bekostiging

Planning voor een nieuwe reguliere bekostiging



wordt stapsgewijs aangepast door vanaf 2022 een ontwikkeltraject te starten om zo de bekostiging op basis van cliëntprofielen verder te ontwikkelen. Dit geeft zorgaanbieders, zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen de ruimte om cliëntprofielen zorgvuldig te gaan gebruiken. Onderstaande tabel geeft grofweg weer wat de planning is om over te gaan naar een nieuwe reguliere bekostiging.

In de praktijk vult de wijkverpleegkundige een korte vragenlijst van een paar minuten in, waarna een cliënt automatisch bij een cliëntprofiel wordt ingedeeld. De vragenlijst moet worden ingebouwd in het ICT-systeem van de zorgaanbieder (zoals Nedap), zodat het onderdeel wordt van het standaard proces rondom indicatie en herindicatie. Het cliëntprofiel is geen vervanger van de verpleegkundige indicatie. Het gebruik van de cliëntprofielen helpt de NZa en andere partijen om de voorspelkracht van de bestaande cliëntprofielen te verbeteren en eventueel nieuwe cliëntprofielen te ontwikkelen.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen vervolgens de informatie over cliëntprofielen gebruiken in de contractering of om per cliëntprofiel een prestatie per uur, week of maand af te spreken met bijpassend tarief. Dit gebeurt op zijn vroegst vanaf 2024 voor de eerste cohort.

Landelijk is dit traject nog in ontwikkeling. Wij informeren de zorgaanbieders zodra hierover meer bekend is.

Inhoudelijk beleid en focus voor 2022

In dit hoofdstuk geven wij een beeld van ons inhoudelijke beleid en de focus die wij hierin aanbrengen. Voor de concrete eisen aan de zorginkoop, die hieruit volgen, verwijzen wij u naar de bijlagen.

Impact van het beleid wijkverpleging

Wij verwachten van de zorgaanbieders in deze regio's dat zij het voortouw nemen in de uitwerking. Experimenten en coalities kunnen leiden tot andere afspraken dan opgenomen in dit zorginkoopbeleid. Buiten onze regio's hebben wij ook een belangrijke, maar andere rol. Daar zijn wij voor de kwaliteit en een doelmatige organisatie vaak volgend aan de preferente verzekeraar. Onze focus is dan vooral gericht op de toegankelijkheid van de zorg in het kader van onze zorgplicht.

Bij de zorginkoop voor wijkverpleging ligt onze focus vooral op onze kernwerkgebieden, de gebieden waarin CZ groep een groot marktaandeel en daarmee meer impact heeft. Daarin pakken we als zorgverzekeraar een actievere rol, waarbij we met zorgaanbieders samenwerken aan de toegankelijkheid, de kwaliteit en de doelmatige inzet van zorg. In deze gebieden hebben wij een rol bij de afspraken rondom onplanbare nachtzorg en ketenzorg dementie. Daarnaast investeren we in pilots, experimenten en de implementatie van onze visie op ouderenzorg.

Regie in de regio

Sommige regio's waarin CZ groep een groot marktaandeel heeft, hebben te maken met een specifieke situatie. Een situatie die om een gerichte regionale afstemming vraagt 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 aanzienlijk en vraagt dat om een gedeelde regionale visie tussen zorgverzekeraar en (georganiseerde) zorgvragers.



Kernwerkgebieden

In oranje aangegeven: Zeeland, Zuid-Hollandse Eilanden, West-Brabant, Midden-Brabant, Noordoost-Brabant, Nijmegen, Zuidoost-Brabant, Limburg en Haaglanden.

3.1 Focus op toegankelijkheid

Tot 2040 groeit het aantal ouderen dat zorg en ondersteuning nodig heeft harder dan het aantal werkenden in de bevolking. Dit zorgt voor extra druk op de financiële en arbeidscapaciteit in de zorg. De positionering van de zorg en ondersteuning voor ouderen over meerdere sectoren en domeinen heen belemmert dat schaars zorgpersoneel zo efficiënt mogelijk wordt ingezet. Dat komt doordat er veel afstemming tussen de sectoren en domeinen nodig is om de zorg en ondersteuning rondom de cliënt te organiseren. Binnen de brede regionale keten voor ouderenzorg, waar wijkverpleging een belangrijk onderdeel van is, vraagt dit steeds meer om overstijgende samenwerking met een duidelijk aanspreekpunt.

Onze ambitie is om een goede balans te hebben tussen toegankelijkheid, kwaliteit en kosten. Wij merken dat er een groter spanningsveld ontstaat om deze balans te behouden en dat het een steeds grotere uitdaging wordt om de zorg aan ouderen nu en in de toekomst toegankelijk te houden. Dit heeft ook gevolgen voor CZ groep in het kader van onze zorgplicht. Daarom ligt onze focus op het borgen van de toegankelijkheid van zorg, bijvoorbeeld door de zorg binnen de aanspraak wijkverpleging zo efficiënt mogelijk (regionaal) te organiseren en het werk waar mogelijk te ondersteunen met digitale zorg of hulpmiddelen.

3.1.1 Thuiszorgtechnologie en digitale zorg

De urgentie om te investeren in digitale zorg neemt toe. Tijdens de coronacrisis in 2020 hebben we dat meer dan ooit ervaren. We zagen dat digitale technologieën snel geïmplementeerd en opgeschaald konden worden.

Digitale zorg moet eraan bijdragen dat de zorg ook in de toekomst beschikbaar blijft, met behoud van kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Dit is ook afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019-2022. Daarin willen we zorgen voor een verdere opschaling en versnelling van de implementatie van zinvolle en doelmatige (proces)innovaties. Digitale zorg moet een meerwaarde voor de cliënt (en mantelzorger) opleveren, als het gaat om langer thuis kunnen blijven wonen en de mogelijkheid voor zelfmanagement. Bovendien kunnen toepassingen voor digitale zorg het beroep van wijkverpleegkundige aantrekkelijker maken, de werkdruk verlagen (reistijd verminderen) en ruimte bieden voor

betekenisvolle zorg. De urgentie om te investeren in digitale zorg neemt toe. In 2021 benaderen we daarom een aantal zorgaanbieders met een propositie van Mobile Care en/of Focuscura. In deze trajecten gaan we een samenwerking aan om versneld te implementeren en om van deze trajecten te leren hoe de implementatie werkt en wat de effecten zijn. Daarnaast lopen er enkele experimenten van CZ groep met zorgaanbieders over leefstijlmonitoring en Virtuele Thuiszorg (co-creatie).

Verschillende leveranciers hebben al toepassingen voor digitale zorg beschikbaar en in ontwikkeling. Wij willen ervoor zorgen dat deze worden geïntegreerd en structureel deel gaan uitmaken van het zorgproces. Dit kan alleen met een goede strategie en digitaal leiderschap. De focus moet liggen op procesinnovatie en niet op de implementatie van een technologie. Daarnaast moet er aandacht zijn voor een goede infrastructuur en distributie, voor het scholen van medewerkers en voor de digitale vaardigheden van cliënten en mantelzorgers. Blended care (redesign van zorgprocessen) staat voorop en moet uiteindelijk leiden tot onder meer het ontzorgen van wijkverpleegkundige teams.

CZ groep wil in de contractering met zorgaanbieders bewezen digitale toepassingen (zoals de medicijndispenser) meer standaard gaan inkopen. Voor andere innovatieve digitale zorg zijn we bereid om maatwerkafspraken te maken als deze zorg doelmatig is. Bijvoorbeeld omdat die een arbeidsbesparing oplevert, een meerwaarde biedt voor cliënten en/of hun mantelzorgers en/of de kwaliteit van de professionele zorg verhoogt.

De financiering van thuiszorgtechnologie loopt via de NZa-beleidsregel Wijkverpleging op de prestatie Thuiszorgtechnologie. Naast de bekostiging van digitale zorgcontacttijd via de regulier overeengekomen prestatie(s) en tarieven, kunnen zorgaanbieders een aanvullende vergoeding overeenkomen met zorgverzekeraars voor thuiszorgtechnologie (het materiële deel). Het betreft hier zorg op afstand aan een cliënt, die digitaal wordt ondersteund, en waarbij sprake is van het automatiseren van verpleegkundige handelingen, dan wel contact via een signaal, uitwisseling van meetgegevens en/of conversatie. De zorg op afstand moet liggen op het vlak van de zorgvormen verpleging en/of persoonlijke verzorging. De digitale technologieën die

door zorgaanbieders het meest⁵ worden ingezet via de prestatie Thuiszorgtechnologie zijn de medicijndispenser en beeldschermzorg. De beleidsregel is niet in het leven geroepen om omzetzijnering (door de inzet van digitale zorg) te financieren. Elk uur dat vervangen kan worden door digitale zorg, kan weer besteed worden aan een andere cliënt, en dat is de winst.

Op onze website hebben wij een **aanvraagformulier** geplaatst, dat gebruikt kan worden om een aanvraag in te dienen voor de financiering van thuiszorgtechnologie. Hierin kunnen zorgaanbieders aangeven welke thuiszorgtechnologie zij willen inzetten.

3.1.2 Zorgplicht

Als zorgverzekeraar hebben wij een zorgplicht voor het tijdig leveren van passende zorg aan de individuele verzekerde. Dit doen wij door voldoende zorg in te kopen en door te sturen op een gepast gebruik van zorg. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat het met CZ groep overeengekomen volume zo gelijkmatig mogelijk gespreid over het jaar wordt geleverd. Daarbij houdt hij rekening met seizoensinvloeden en het borgen van de continuïteit van zorg.

Een verzekerde 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 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. In bijzondere en onvoorziene omstandigheden is CZ groep bereid om te bespreken of de afspraken onredelijk uitpakken voor een van de partijen. Daarbij moet een causaal verband worden aangetoond tussen een hogere omzet en een toename van de werkelijke kosten (zie verder paragraaf 4.4.2).

Als de zorgaanbieder voor een nieuwe cliënt geen zorg kan leveren binnen de Treeknorm, moet hij een passende oplossing voor deze verzekerde zoeken. Als dat niet lukt, moet hij contact opnemen met het CZ Zorgteam. De huidige arbeidsmarktproblematiek vraagt om meer afstemming met de zorgaanbieders over de tijdig-

heidsnormen waarbinnen cliënten geplaatst of doorbemiddeld worden. Bij afwijkingen of oplopende wachttijden boven de tijdigheidsnorm verwachten wij dat zorgaanbieders dit bij CZ groep melden.

3.2 Focus op kwaliteit en kosten

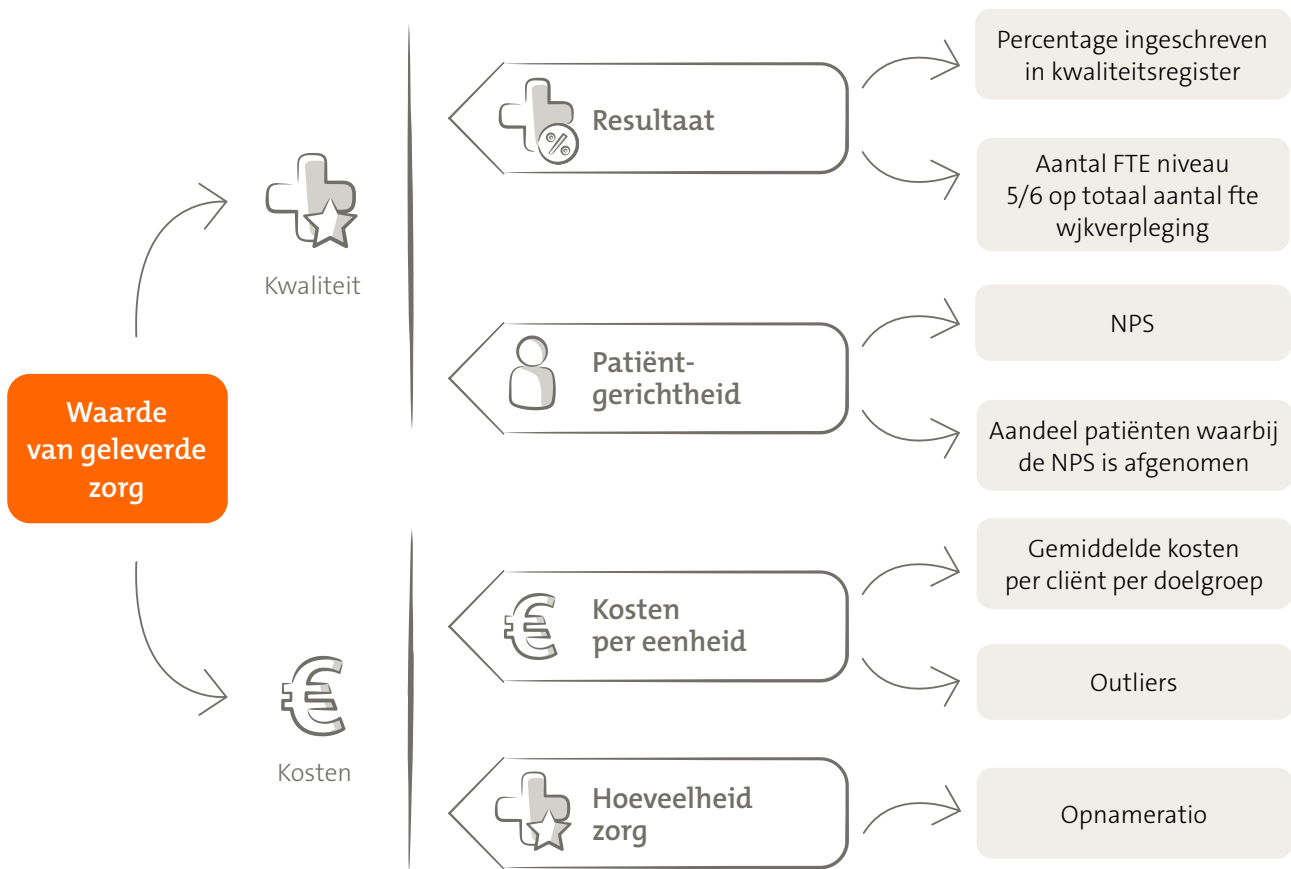
3.2.1 Waardegedreven inkoop van wijkverpleging

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 zorgaanbiederniveau geeft inzicht in de kwaliteit en de gemiddelde kosten per cliënt. Ook brengt deze benchmark onverklaarbare praktijkvariatie en de verschillen in het aandeel verzekerden per regio in beeld. Deze benchmark noemen wij het waardemodel. Dit model passen we alleen toe bij zorgaanbieders die een productieafpraak krijgen van meer dan € 100.000. Zorgaanbieders die voor 2021 een lagere productieafpraak hebben gekregen, beoordelen we niet, omdat we met hen alleen een prijsafpraak maken.

⁵ Uitkomst naar aanleiding van de vragenlijst van CZ in november 2020 via Parantion.

Raamwerk van de waardemonitor



Hieronder beschrijven we uit welke onderdelen ons waardemodel bestaat.

Onderdeel Kosten

Gemiddelde kosten per cliënt per doelgroep

Op het gebied van kosteneffectiviteit scoren wij zorgaanbieders ten opzichte van het landelijk CZ-gemiddelde van de zorgaanbieders die wij voor wijkverpleging hebben gecontracteerd. Hierbij baseren we ons voor 2022 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

Wij kijken naar het relatieve aantal cliënten dat in zorg is – ten opzichte van de niet-zorggebruikers in die regio – omdat dit van invloed is op de totale kosten van de wijkverpleging. De casemix van de populatie heeft invloed op het aantal cliënten dat in zorg kan worden genomen. Het onderdeel ‘het verwachte aantal cliënten per zorgkantoorregio’ is gecorrigeerd voor de factoren: leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status (SES). Vervolgens is vastgesteld of het verwachte aantal cliënten in zorg hoger of lager ligt dan het daadwerkelijke aantal cliënten in zorg.

Onderdeel 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 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 dient uit een relevant cliënttevredenheidsonderzoek te komen, zoals de NPS die is opgenomen als indicator in de PREM, mits deze representatief is voor de hele (relevante) populatie. Wij vragen om de NPS, maar ook om de aantallen die ten grondslag liggen aan de berekening daarvan. Dit vergelijken we (conform de Amerikaanse NPS) met het gemiddelde van alle zorgaanbieders. Aan de hand van de NPS kennen we punten toe voor de uiteindelijke score.
- CZ groep vindt actief beleid voor het ophalen van cliëntwaarderingen belangrijk, ondanks de minimale steekproefgrootte die genoemd wordt in de PREM. Ervaringen van patiënten kunnen immers gebruikt worden om de zorg te verbeteren. Daarom is het aandeel cliënten bij wie de NPS is afgenomen, een indicator in ons waardemodel.

Totale score

Zoals in voorgaande jaren worden zorgaanbieders op basis van hun score ingedeeld in categorie A, B of C. Daarbij is A de categorie die het beste scoort in ons waardemodel en C de categorie die het minst goed presteert. Wij onderzoeken momenteel wat de invloed van covid-19 is op de uitkomsten van het waardemodel, en bezinnen ons op de vraag of deze voldoende basis geven voor het toepassen van inkoopconsequenties. Wij werken dit model verder uit en informeren zorgaanbieders hierover in de aanbiedingsbrief bij de productievoorstellen voor 2022.

Aanlevering

Alle zorgaanbieders krijgen tussen 3 en 31 mei 2021 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 <https://www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/>). Alle informatie die na 31 mei 2021 binnenkomt, kunnen wij niet meer meenemen in onze beoordeling. Het is na 31 mei ook niet mogelijk om eerder aangeleverde data te wijzigen.

3.2.2 Palliatieve zorg

Sinds 2020 sturen wij op een aansluiting bij ELV-palliatief voor zorg die wordt geleverd in een hospicevorm met minimaal 4 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. Er vindt landelijk discussie plaats over de (verschillende varianten van) hospicezorg. Wij passen ons beleid aan als de uitkomsten van de landelijke discussie daar aanleiding toe geven.

3.2.3 Dementie

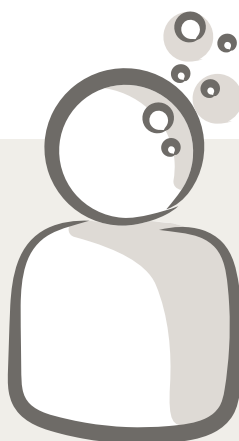
CZ groep wil goede en toegankelijke dementiezorg die zo veel mogelijk waarde oplevert voor de cliënt, tegen acceptabele kosten .

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

Uitkomsten

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

Ketenzorg

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

Kosten

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

De professional die het casemanagement uitvoert, is in veel gevallen een generalist. Bijvoorbeeld een praktijkondersteuner 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.

Conform de landelijke afspraken bespreken we in onze zorgkantorregio's als preferente zorgverzekeraar de voortgang van het meerjarenplan minimaal één keer per jaar met het dementienetwerk.

3.2.4 (Regiefunctie) complexe wondzorg

CZ groep streeft de volgende doelstellingen na, door de inkoop van de regiefunctie complexe wondzorg:

- 1 Het wegnemen van knelpunten in de keten door:
 - a) een regierol te creëren die tijdens het zorgtraject de voortgang bewaakt, en
 - b) de expertise in de wondzorgketen te verhogen (vroegtijdige signalering, triage, behandeling en verpleging/verzorging van de wond).
- 2 Verpleging en verzorging van de complexe wond vindt bij voorkeur plaats in de thuissituatie.
- 3 Digitale monitoring van de complexe wond(zorg). De uitkomsten worden gebruikt om de kwaliteit van zorg, binnen de keten, te verbeteren.

CZ groep blijft bij complexe wondzorg streven naar kwalitatief goede wondzorg voor zijn verzekerden voor een betaalbare prijs, waarbij de integrale ketenaanpak en het verkorten van de sluitingstijd van de wond centraal staan. Binnen deze complexe wondzorg zijn meerdere sectoren betrokken. De uitgangspunten voor de verschillende sectoren zijn opgenomen in ons **visiedocument complexe wondzorg**.

Een goede samenwerking met ketenpartners in de eerste lijn blijft van groot belang bij de organisatie van complexe wondzorg. Alleen dan kan deze zorg volgens het stepped care-model worden georganiseerd. De afgelopen jaren hebben wij samen met de betrokken zorgverleners afspraken gemaakt om deze integrale wondzorgketen vorm te geven. Voorbeelden hiervan zijn: de invoering van het stepped care-model, afspraken over de samenwerking, terug- en doorverwijzing tussen de verschillende zorgaanbieders in de keten en het opleveren van spiegelinformatie. Ondanks deze ontwikkelingen hebben wij geconstateerd dat er ook nog veel winst te behalen is bij het doelmatig inzetten van bijvoorbeeld materialen en hulpmiddelen.

Waar in voorgaande jaren de focus vooral lag op de inhoudelijke inzichten rondom wondzorg en het opzetten van wondzorgketens, gaan we ons vanaf 2022 specifiek richten op enkele zorgaanbieders met een duidelijke regio-rol ten aanzien van wondzorg. We zien namelijk dat het probleem van de niet-genezende wond veelal niet ligt op het niveau van de wond zelf. Belangrijke factoren die een rol spelen, zijn bijvoorbeeld systeemziekten (zoals diabetes mellitus), leeftijd, voedingstoestand, infectie en psychosociale condities. Dit vraagt in veel situaties om een multidisciplinaire

benadering van de wondgenezing als die niet vordert zoals verwacht. Onze specifiekere focus past in onze visie op de juiste zorg op de juiste plek. Per regio kan de keten verschillen op basis van de lokale infrastructuur. Uitgangspunt is dat de zorg door generalisten wordt uitgevoerd waar mogelijk en specialistisch waar nodig.

De beleidsregel Regiefunctie complexe wondzorg geeft invulling aan de regiefunctie en de individuele zorgverlening aan de cliënt. Hierdoor zijn er ook verschillende afspraken met zorgaanbieders gemaakt over de uitvoering en vergoeding van de regiefunctie (complexe) wondzorg. Wij willen dit uniformeren. We kennen onder de regiefunctie een vergoeding toe die is bedoeld voor de infrastructuur, samenwerking, kennisdeling en verspreiding onder zorgprofessionals en de ontwikkeling van regionale afspraken, zoals protocollen, triage en de afstemming met de medisch specialist en/of de huisarts. De cliëntgebonden individuele zorgverlening wordt via de reguliere integrale prestaties verpleging / verzorging vergoed. Wij zijn hierover in gesprek met andere zorgverzekeraars en geven in onze voorstellen een verdere toelichting op deze ontwikkeling.

Voor zorgaanbieders met een experimenttarief kunnen afwijkende afspraken gelden.

3.2.5 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.

Onze doelstelling is: zorg verantwoord dichtbij. Om de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen, moeten we steeds vaker expliciete keuzes maken over de locatie waar specifieke zorg wordt aangeboden. Dit is niet altijd automatisch de thuissetting. 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek' is daarbij een actueel thema. Wij stimuleren initiatieven op dit gebied, die bijdragen aan onder meer het verplaatsen van medisch specialistische zorg naar de huisarts en de wijkverpleging. Wij willen daarbij zorgen voor een gezonde balans tussen kosten, kwaliteit en toegankelijkheid.

CZ groep ziet veel kansen voor het verlenen van zorg in een ambulante (thuis)setting, maar dit is geen doel op zich. Daarom ontwikkelen we een toetsingskader. Aan de hand daarvan beoordelen wij binnen ons (kernwerk) gebied de projectaanvragen van zorgaanbieders voor de verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Bij een positieve beoordeling maken we vervolgspraken met de zorgaanbieder.

Proces contractering 2022

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

4.1 Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2021 een overeenkomst hebben met CZ groep voor wijkverpleging en op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. Wij bieden hen een eenjarige overeenkomst aan voor 2022, omdat wij op korte termijn een nieuw bekostigingsmodel voor wijkverpleging verwachten, dat verregaande consequenties kan hebben voor de contractafspraken.

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 voor 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 wordt doorgecontracteerd naar een andere

juridische entiteit, de onderaannemers. Zzp'ers gelden daarbij uitdrukkelijk óók als onderaannemers als zij als zzp'er worden ingehuurd⁶. Zoals in het zorginkoopbeleid 2021 al is aangekondigd, gaat CZ groep daarom voor bestaande zorgaanbieders voorwaarden stellen aan het percentage onderaannemers ten opzichte van de totaal geleverde zorg door de hoofdaannemer. Omdat wij begrijpen dat zorgaanbieders tijd nodig hebben om hun bedrijfsmodel aan te passen, werken we via een ingroeimodel. 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

Dit betekent dat zorgaanbieders vóór het versturen van een overeenkomst wijkverpleging 2022, het percentage

⁶ CZ groep merkt de inschakeling van zzp'ers aan als onderaanneming. Zzp'ers beschikken over een overeenkomst waaruit blijkt dat de opdrachtgever geen loonheffing moet inhouden en betalen. Wij gaan ervan uit dat als een zorgaanbieder zzp'ers inschakelt bij de uitvoering van de overeenkomst, er sprake is van onderaanneming.

onderaannemers moeten opgeven dat zij van plan zijn in te zetten en voor welk deel van de te leveren zorg. Wijzigingen in deze opgave worden per kwartaal doorgegeven, met inachtneming van het minimumpercentage zorg dat zelf geleverd moet worden. Zogenoemde 'volle dochters' worden niet als onderaannemer beschouwd⁷.

Voor zorgcoöperaties die uit zzp'ers bestaan, geldt dat zorg die wordt geleverd door bij de coöperatie aangesloten zzp'ers niet meetelt voor het percentage onderaanneming.

Een zorgaanbieder die niet aan deze voorwaarde voldoet, kan niet (langer) in aanmerking komen voor een overeenkomst, tenzij CZ groep gegronde redenen heeft om hiervan af te wijken. Bijvoorbeeld wanneer wij onze zorgplicht anders niet kunnen vervullen. Wij kunnen in dat geval een aangepaste overeenkomst verstrekken. Wanneer blijkt dat de zorgaanbieder in de loop van het jaar niet (meer) aan de voorwaarde voldoet en kan voldoen, kan CZ groep de overeenkomst beëindigen en wordt deze zorgaanbieder voor 2023 als een nieuwe aanbieder beschouwd.

Zorg die wordt geleverd door onderaannemers die niet vooraf gemeld zijn, komt niet voor vergoeding in aanmerking.

4.2 Nieuwe zorgaanbieders

CZ groep verwelkomt graag nieuwe zorgaanbieders, maar we willen voorkomen dat de zorg versnipperd raakt. We staan open voor inschrijvingen van 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 binnen onze zorgplicht in een regio. Vernieuwend vinden wij bijvoorbeeld bepaalde toepassingen van digitale zorg die de kwaliteit en doelmatigheid van de wijkverpleging 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 deze afspraken 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 2022 ten minste 50% van de zorg zelf leveren. Zij mogen dus maximaal 50% van de zorg in onderaanneming laten uitvoeren. Bij de inschrijving moet aangegeven worden welke onderaannemers voor welk deel van de zorg ingezet worden. Het inschakelen van zzp'ers zien wij daarbij ook als onderaanneming⁸. 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 2021 t/m juli 2022 inschrijven voor een overeenkomst wijkverpleging 2022. 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/zorginkoopportaal/voorbereiden/). De nieuwe zorgaanbieder heeft een onderbouwde 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 (geheel) nieuwe zorgaanbieder heeft een melding

⁷ 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 verschaft 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.

⁸ Zie de voetnoot op pagina 21.

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.

Wij streven ernaar om de zorgaanbieder binnen 2 maanden na inschrijving te laten weten of we hem een overeenkomst aanbieden.

4.3 Zorgcoöperaties

Voor zorgcoöperaties maken we een uitzondering op de eis dat een zorgaanbieder het grootste deel van de zorg uit laat voeren door eigen personeel. Onder een zorgcoöperatie verstaan wij zzp'ers die zich verenigd hebben in een zorgcoöperatie en die uit naam van de zorgcoöperatie zorg verlenen. In deze zin betreft het een samenwerkingsverband van uitsluitend zzp'ers (geen eenmanszaken). Het kenmerk van onderaanneming is dat de cliënt in zorg is bij de hoofdaannemer, de door ons gecontracteerde zorgaanbieder, die de zorg verleent via de onderaannemers, de bij de coöperatie aangesloten zzp'ers. Zzp'ers die zich in een zorgcoöperatie verenigen, doen dat uitdrukkelijk als zzp'er.

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 op basis van het aantal aangesloten zzp'ers waarbij wij de Arbeidstijdenwet als richtsnoer nemen.

4.4 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 omzetplafond / 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 het omzetplafond immers groot. Temporisering en/of een andere manier waarop bepaalde vormen van zorg geleverd worden (bijvoorbeeld een hulpmiddel inzetten) 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.

4.4.1 Productieafspraken

Bij de start van het jaar maken wij een realistische productieafpraak die leidt tot het omzetplafond. Deze is gebaseerd op de productie-realisatie in het voorgaande jaar, de score van de zorgaanbieder in ons waardemodel en de regionale zorgbehoefte. Bestaande aanbieders ontvangen van ons in principe een productievoorstel, of – in uitzonderlijke gevallen – een (onderbouwd) bericht over het niet doorzetten van de overeenkomst. Aanvullend op deze werkwijze zijn wij van plan om voor 2022 meer variatie aan te brengen in de manier waarop het productieafspraken-voorstel tot stand komt. Dit doen we op basis van wat de zorgaanbieder aan zorg levert, zijn rol binnen de regionale keten en waar mogelijk op basis van de uitkomsten van het waardemodel. Wij informeren de zorgaanbieders over de precieze uitwerking in de toelichting bij het voorstel voor het omzetplafond.

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

- Wij verwachten dat een zorgaanbieder stuurt op het omzetplafond dat we aan het begin van het jaar samen maken. Dit is gebaseerd op de realisatie in het voorafgaande jaar en de verwachtingen van beide partijen voor het komende jaar.
- CZ groep contracteert meer zorg wanneer onze zorgplicht in de regio daar aanleiding voor geeft.
- Zorgaanbieders die geen (aanvullende) financiële ruimte meer hebben (bijvoorbeeld omdat zij slecht scoren in het waardemodel), kunnen verzekeren die zij daardoor niet in zorg kunnen nemen, doorverwijzen naar het CZ Zorgteam. Zo is er voor verzekeren altijd een passend aanbod beschikbaar.

4.4.2 Aanvraag tot bijcontractering door de zorgaanbieder

Wanneer de zorgaanbieder gedurende het jaar door bijzondere en onvoorziene omstandigheden vindt dat zijn omzetplafond ontoereikend is, kan een verzoek indienen voor bijcontractering. In die aanvraag toont de zorgaanbieder aan dat hij voldoet aan alle voorwaarden hieronder:

- De zorgaanbieder is betrouwbaar door zijn zorgplicht na te komen voor (bestaande) cliënten die bij hem in zorg zijn. (De zorg niet stopzetten omdat het budget op is, omdat de zorgvraag tussentijds veranderd is of omdat iemand naar het ziekenhuis is geweest.)
- Er is sprake van een evenredige spreiding van nieuwe cliënten over het hele jaar. De zorgaanbieder dient het verzoek in wanneer vóór 1 oktober 80% van het omzetmaximum voor 2021 is bereikt en de verwachting is dat het omzetmaximum ontoereikend is (niet eerder en niet later).
- De zorgaanbieder moet een causaal verband aantonen tussen een hogere omzet en een toename van de werkelijke kosten en/of het in zorg nemen van extra cliënten.
- De zorgaanbieder scoort een A-status in het waardemodel.

Als de zorgaanbieder zich genoodzaakt voelt om een zorgstop voor nieuwe cliënten in te voeren, dan moet hij de cliënten doorverwijzen naar het **CZ Zorgteam**. Zij kunnen hen doorbemiddelen 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.

4.5 Tijdpad

Planning	Activiteiten
1 april 2021	Publicatie zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2022
27 mei 2021 (u ontvangt hiervoor een uitnodiging)	Livestream toelichting beleid wijkverpleging 2022

Planning	Activiteiten
3-31 mei 2021	Invullen van de uitvraagmodule kwaliteitsinformatie VECOZO voor waardegedreven zorginkoop (zie paragraaf 3.2)
Medio juli 2021	Bekendmaking productievoorstellen
Medio juli t/m 30 oktober 2021	Contracteren
31 oktober 2021	Uiterste datum ondertekening overeenkomst 2022
12 november 2021	Publicatie van gecontracteerde zorgaanbieders op onze website Zorgvinder

4.6 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2021 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2022. Op www.cz.nl/zorgvinder is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

- NAW-gegevens van de zorgaanbieder;
- de etalage-informatie die u zelf invult en beheert in Mijn Zorgaanbod;
- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden;
- de wachttijden (indien beschikbaar);
- kwaliteitsinformatie, waaronder de selectieve inkoopresultaten (indien beschikbaar);
- patiëntervaringen (indien beschikbaar).

4.7 Bereikbaarheid

In onze kernwerkgebieden wordt het relatiebeheer door een vaste zorginkoper uitgevoerd. De overige gebieden hebben geen eigen zorginkoper. In dat geval kunt u onderstaande e-mailadressen gebruiken:

- Voor vragen over contractering, monitoring en inschrijving kunt u mailen naar: **rz.wijkverpleging@cz.nl**.
- Voor vragen over declaraties kunt u mailen naar: **decl.wijkverpleging@cz.nl**.
- Voor overige vragen over het zorginkoopbeleid en relatiebeheer van CZ groep kunt u mailen naar: **wijkverpleging@cz.nl**.
- Voor zorginhoudelijke vragen op verzekerdenniveau kunt u mailen naar: **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 onze verzekerden dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiënten(organisaties) 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 de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, leest u in het [transparantiedocument](#). Wat de sector wijkverpleging heeft bereikt door patiënten(organisaties) en verzekerden te betrekken bij het vormgeven van dit zorginkoopbeleid, leest u hieronder in paragraaf 5.2.

5.2 Specifiek beleid Wijkverpleging

Toetsing van het zorginkoopbeleid bij verzekerden

In 2019 hebben we onderzoek gedaan onder onze verzekerden om ons beleid voor wijkverpleging te toetsen. Meer dan de helft van de cliënten gaf aan dat zij geen gesprek hebben gehad over het moment dat thuis wonen niet meer gaat (Advance Care Planning). 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 tegelijk op met de genoemde coördinatiepunten ouderenzorg.

Raadpleging Advance Care Planning

In 2020 werkten CZ zorgkantoor en Zorgbelang samen in het project 'Volledig Pakket Thuis in de gehandicaptenzorg en VVT'. Uit de gevoerde interviews bleek waarom mensen wel of niet kiezen voor een volledig pakket thuis als leveringsvorm. En in hoeverre het 'zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen' daar een rol bij speelt. Daarbij kwam onder andere naar voren dat het moment van informatieverstrekking en de algemene communicatie rondom het Volledig Pakket Thuis aandacht vragen. Bij het afnemen van de interviews zijn uiteraard ook de gevolgen van corona voor cliënten besproken en zaken die daarbij ook belangrijk zijn, zoals Advance Care Planning (ACP). Samen met Zorgbelang willen wij de resultaten van deze interviews betrekken in een project over ACP en corona in de eerste lijn. We willen vanuit het perspectief van cliënten en naasten onderzoeken welk moment en welke manier het beste zijn om ACP 'op te pakken'.

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 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.
- De (geheel) 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 zorgaanbieder beschikt over minimaal één AGB-code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie, waaraan minimaal één gekwalificeerde wijkverpleegkundige van minimaal hbo-niveau 5 is gekoppeld.
- De zorgaanbieder voert periodiek (minimaal elke 2 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 en maakt de resultaten van deze klantervaringen openbaar en daarmee inzichtelijk voor verzekerden.
- 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 over doelgroepregistratie⁹ en maakt dit inzichtelijk voor CZ groep.
- De zorgaanbieder levert ten minste 25% (bestaande zorgaanbieders) of 50% (nieuwe zorgaanbieders) van de zorg zelf en zet voor maximaal 75% respectievelijk 50% van de te leveren zorg onderaannemers in.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governance-code 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-toelating¹⁰ 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.

⁹ <https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/wijkverpleging/declareren>.

¹⁰ Of voldoet aan de vereisten van de Wtza als die wet van kracht wordt.

- 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.

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, met als richtsnoer de Arbeidstijdenwet.

- Bij inschrijving wordt een lijst met leden van de coöperatie aangeleverd. Wijzigingen daarin gedurende het jaar worden doorgegeven via 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 consultant 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 zorg¹¹. 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).
- 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 de 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. Indien het nazorggesprek niet op de dag van overlijden plaatsvindt maar later, dan adviseren wij om dit wel in te plannen in het zorgplan om dit op de dag van overlijden te kunnen declareren.

1.3.2 Casemanagement dementie

CZ groep koopt specialistisch casemanagement dementie geormerkt 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 case-management 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 specifieke opleiding casemanagement dementie + minimaal 2 jaar praktijkervaring als casemanager dementie;
 - een afgeronde SPH-opleiding + een 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

We richten ons specifiek op gecontracteerde zorgaanbieders wijkverpleging voor de uitvoering van de regiefunctie complexe wondzorg. Als zorgaanbieder kunt u aantonen dat de beroepsoefenaar(s) die de regiefunctie uitoefenen minimaal zijn opgeleid als wondverpleegkundige, verpleegkundig specialist met ervaring in de complexe wondzorg of wondconsulent.

¹¹ www.iknl.nl/palliatieve-zorg/goede-voorbeelden.

Onderstaande (kwaliteits)eisen hanteren wij 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 doppleronderzoek uit te voeren en een enkel-arm-index te bepalen.
- De wondregisseur werkt conform de (landelijk en/of regionaal) geldende richtlijnen en kwaliteitskaders op het gebied van complexe wondzorg, zoals de kwaliteitsstandaard organisatie van wondzorg.
- 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 zorgaanbieder / wondregisseur beschikt over een aantoonbaar regionaal netwerk van samenwerkingspartners in de eerste lijn en de tweede lijn.
- De wondregisseur maakt procedureafspraken met de ketenpartners, zoals huisartsen, paramedici, andere zorgaanbieders van wijkverpleging, ziekenhuizen, hulpmiddelenleveranciers, een medisch speciaalzaak en/of een apotheek.
- 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.
- De wondregisseur heeft als extra kerntaken:
 - het overdragen van kennis en expertise;
 - de coördinatie van de wondbehandeling in de keten;
 - het actief vergaren en toepassen van nieuwe kennis (evidence based), die onder andere wordt gepubliceerd in nationale en internationale literatuur op het gebied van wondzorg.

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 2022 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 kinderthuiszorg en de hospices.
- De zorgaanbieder gebruikt de Hulpbehoeftescan.¹² Deze brengt de eigen mogelijkheden (de zelfredzaamheid) van het gezin, de mogelijke knelpunten voor de 4 kinderleefdomeinen en de gewenste professionele ondersteuning in kaart. De zorgaanbieder stemt de

¹² <https://integralekindzorgmetmks.nl/groups/view/edbe7f-fb-5fe1-4d64-bcb9-2bd2f5215677/6-resultaten-mks-proeftuinen/files/5b75c9d5-9607-4698-b97e-819e024fac89>.

indicatie af op het verloop van de ziekte en de draagkracht / draaglastverhouding van het gezin.¹³

- 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 kindleefdomeinen 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 palliatieve zorg voor kinderen leveren, dat zij zich committeren aan de richtlijnen voor palliatieve zorg bij kinderen.¹⁴
- 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 2022 geen afspraken met zorgaanbieders die in 2021 geen afspraken hebben voor gespecialiseerde verpleging.

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. Ook hiervoor zijn wij vooral actief binnen onze kernwerkgebieden.

1.4.1 Pgb-indicatiestelling

Bij de pgb-indicatiestelling geldt, net als bij naturazorg, dat sturen op de eigen kracht en betrokkenheid van mantelzorgers belangrijk is. Ook geldt het normenkader van de V&VN. CZ groep koopt de prestatie pgb-

¹³ Rapport 'Ernstig zieke kinderen hebben recht op gezonde zorg', 2013.

¹⁴ www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnen-overzicht/Details/articleType/ArticleView/articleId/894/Palliatieve-zorg-voor-kinderen.

indicatiestelling voor 2022 in bij een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders die zich hierin transparant en toetsbaar opstellen. Dit betekent dat de zorgaanbieder jaarlijks aantoont dat de indicerende wijkverpleegkundigen voldoen aan de landelijke richtlijnen voor indiceren. Dit kan de zorgaanbieder doen door iedere indicerende hbo-opgeleide wijkverpleegkundige aan het AGB-register toe te voegen. Of de zorgaanbieder verklaart via een bestuursverklaring dat de pgb-indicatiestellingen enkel door een wijkverpleegkundige met minimaal niveau 5 en conform het normenkader V&VN worden uitgevoerd. CZ groep gaat hierbij uit van het beginsel high trust, high penalty. Een geldige indicatiestelling is immers de grondslag voor de aanspraak op wijkverpleegkundige zorg. Als (achteraf) blijkt dat een indicatiestelling niet aan de voorwaarden voldoet, kan dit gevolgen hebben voor de rechtmatigheid van de zorg die is verleend en voor het contracteren van deze prestatie in de daaropvolgende overeenkomst.

Bij voorkeur zetten we de samenwerking voort met zorgaanbieders die hier in 2021 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.

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 (zorg-gerelateerde) 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 2022. Het gaat hier om niet (direct) cliëntgebonden activiteiten. Het beschikbare budget voor preventie in de wijk is gebaseerd op het aantal CZ groep-verzekerden van 65 jaar en ouder.

Verschiedende activiteiten vallen onder de 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, de politie, de GGD, GHOR, GGZ en GZ;
- meewerken aan een Alzheimercafé.

3 De wijkverpleegkundige versterkt de relatie tussen de huisarts, de 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 2021 geen afspraken hebben voor wijkgericht werken, maken we voor 2022 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 2022 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 samenwerkingsafpraak 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 ondersteuningsvraag 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.
- 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 de 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/of 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 over de manier waarop 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

Enkele 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 3.2.1 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.

Uitsluitingsgronden

Niet alle zorgaanbieders komen in aanmerking voor een overeenkomst 2022 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 2021 hanteren wij voor 2022 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 2021 op onze website gepubliceerd wordt. Dit format stuurt u naar 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: <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"> • Leg ulcer (ulcus cruris) • Pressure ulcer (doorligwond) • Diabetic foot ulcer (diabetische voetulcer) • Malignant oncologic (oncologische wond) • Post traumatic/Surgical wound (traumatische/chirurgische wond) • Burns (brandwond) • Overig 	
Verwijzer	<p>Huisarts</p> <hr/> <p>Specialist ouderengeneeskunde</p> <hr/> <p>Medisch specialist</p> <hr/> <p>Verpleegkundig specialist/Nurse practitioner</p> <hr/> <p>Wijkverpleegkundige in overleg met een van de bovengenoemde zorgverleners</p>	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"> • Wond genezen • Wond genezen: nazorg • Beëindiging behandeling op verzoek van verwijzer • Beëindiging behandeling op verzoek van patiënt • Ziekenhuisopname • Wondzorg overgedragen aan andere zorgaanbieder in de keten (-) • Wondzorg overgedragen aan andere zorgaanbieder in de keten (+) • Overdracht naar de Wlz • Alle zorg overgenomen door andere zorgaanbieder • Overlijden patiënt 	
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