

Zorginkoopbeleid

Wijkverpleging 2023



OHRA

 nationale
nederlanden

Inhoudsopgave

1	Visie van CZ groep op de wijkverpleging	3
1.1	Trends en ontwikkelingen	4
2	Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	5
2.1	Kern van het zorginkoopbeleid 2023	5
2.2	Inhoudelijk beleid	6
2.3	Innovatie en samenwerking	12
2.4	Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	12
3	Proces contractering 2023	13
3.1	Bestaande zorgaanbieders	13
3.2	Nieuwe zorgaanbieders	13
3.3	Zorgcoöperaties bestaande uit zzp'ers	14
3.4	Tijdpad	15
3.5	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	15
3.6	Bereikbaarheid	15
3.7	Controle van declaraties	16
Bijlage 1	Minimale en aanvullende eisen	17
1.1	Minimumeisen voor het leveren van basiszorg	17
1.2	Inzet van onderaannemers	18
1.3	Aanvullende eisen voor zorgcoöperaties die bestaan uit uitsluitend zzp'ers	19
1.4	Specialistische zorg met aanvullende eisen op de basisovereenkomst	19
1.5	Regionale functies	23
Bijlage 2	Uitsluitingsgronden	27

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving door OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep). 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.

Visie van CZ groep op de wijkverpleging

Goede wijkverpleegkundige zorg versterkt de zelfredzaamheid van mensen en kan de kwaliteit van leven in de thuissituatie vergroten. Ook kan deze zorg een beroep op zwaardere zorg en escalatie naar de tweede lijn voorkomen of uitstellen. Wijkverpleegkundigen kunnen hierbij zorgen voor een warme overdracht van patiënten uit het ziekenhuis naar de thuissituatie. Zij kunnen daarnaast de zorg coördineren, indicaties stellen en patiënten laten kennismaken en oefenen met het gebruik van hulpmiddelen en digitale zorg, wat ten goede komt aan de zelfredzaamheid na het ontslag uit het ziekenhuis.

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 zorg en ondersteuning voor ouderen is nu verdeeld over meerdere sectoren en domeinen heen. Dat belemmert een efficiënte inzet van het schaarse zorgpersoneel. Het wordt steeds belangrijker om zorgvraag en zorgaanbod in een duurzaam evenwicht te brengen met een goede balans tussen toegankelijkheid, kwaliteit en kosten.

De knelpunten op de arbeidsmarkt dreigen verder toe te nemen. Als zorgverzekeraar voelen we ons medeverantwoordelijk voor een toegankelijke zorg, vooral in het licht van de vergrijzing. Daarbij leggen we de focus op een efficiënte organisatie van de zorg, waar nodig op regionaal niveau (zie ook 'herkenbare en aanspreekbare teams in de wijk'¹). Daarnaast richten we ons op onplanbare nachtzorg en/of specialistische wijkverpleging, ondersteund door digitale zorg en hulpmiddelen.

Werkgevers zijn primair verantwoordelijk voor het scheppen van goede werkomstandigheden en het opleiden van voldoende zorgverleners. Dat doen zij onder meer door voldoende flexibiliteit en ruimte aan te bieden in het werk, door (bestuurlijke) medezeggenschap te organiseren, door aandacht te hebben voor de administratieve lastendruk en door aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden te creëren. Denk aan: goede opleiding-mogelijkheden, passende contracten en een goede beloning. Vooral voor dat laatste is het belangrijk dat werkgevers samen optrekken.

CZ groep vindt dat de zorg voor ouderen nog beter georganiseerd kan worden. We willen ons de komende jaren richten op drie belangrijke onderwerpen uit onze visie: een regionaal coördinatiepunt, vroegsignalering en Advance Care Planning (ACP). We hebben voor deze onderwerpen gekozen, omdat ze kunnen bijdragen aan het oplossen van de in-, door- en uitstroomproblemen die in veel regio's spelen. Meer informatie over onze visie vindt u op onze webpagina over **integrale ouderenzorg**.

Om de zorg efficiënt te organiseren, kan het op regionaal niveau van toegevoegde waarde zijn om de strategische personeelsplanning af te stemmen en hierbij te investeren in meer opleidings- en stageplaatsen en het behoud van zorgprofessionals voor de sector. Het vraagt daarnaast om een slimmere manier van werken. Wij helpen daaraan mee, onder andere door samen met zorgverleners te onderzoeken welke slimme innovaties en technologieën bijdragen aan langer veilig thuis wonen. De uitdaging ligt veelal niet in de zorgtechnologie zelf en niet in 'losse' experimenten, maar in hoe je personeel intensief traint om zorginnovaties zinvol en langdurig in te zetten. Belangrijke voorwaarde hierbij is dat de invoering bottom-up en in samenspraak met de medewerkers gebeurt en dat innovaties en technologie niet alleen worden ingezet om de kwaliteit van de zorg te vergroten, maar ook om de efficiency ervan te bevorderen.

¹ Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging | Publicatie | Rijksoverheid.nl

1.1 Trends en ontwikkelingen

Van diverse ontwikkelingen weten we dat ze van invloed zijn op het zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023, maar kennen we de precieze impact nu nog niet. Denk aan:

- de ontwikkeling naar een nieuw bekostigingsmodel voor wijkverpleging om meer ruimte te creëren voor preventie, autonomie voor de wijkverpleegkundige en meer inzicht in de kwaliteit en uitkomsten van zorg;
- de ontwikkeling en de gezamenlijke aanpak van verzekeraars en zorgaanbieders rondom hospicezorg;
- het doorontwikkelen van kwaliteitsindicatoren, aanvullend op de PREM. Wij vinden het belangrijk dat onze verzekerden over informatie beschikken die helpt bij het kiezen van een zorgaanbieder die bij hen past. In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging zijn afspraken gemaakt om etalage-informatie over de wijkverpleging beschikbaar te stellen via een keuzehulp op ZorgkaartNederland. Wij verwachten dat u de benodigde informatie via Vektis aanlevert bij ZorgkaartNederland en deze up-to-date houdt;
- de focus op het langdurig en zinvol inzetten van zorginnovaties rondom e-health en hulpmiddelen door deze te verankeren in de zorgprocessen van zorgaanbieders.

Als deze ontwikkelingen leiden tot een aanpassing van dit document, dan informeren wij u hierover via onze website.

Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

De essentie van de wijkverpleging is het geven van generalistische, continue en persoonsgerichte zorg op maat, waarbij zelfzorg wordt gestimuleerd. Onze ambitie is om via onze zorginkoop een goede balans te bereiken tussen toegankelijkheid, kwaliteit en kosten. Daarbij streven we 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.

2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2023

De essentie van de wijkverpleging is het geven van generalistische, continue en persoonsgerichte zorg op maat, waarbij zelfzorg wordt gestimuleerd. Onze ambitie is om via onze zorginkoop een goede balans te bereiken tussen toegankelijkheid, kwaliteit en kosten. Daarbij streven we 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.

Binnen de brede regionale keten voor ouderenzorg, waar wijkverpleging een belangrijk onderdeel van is, vraagt dit steeds meer om overstijgende samenwerking. Daarbij is een duidelijk herkenbaar aanspreekpunt cruciaal, bijvoorbeeld op het gebied van herkenbaar en aanspreekbaar team in de wijk, onplanbare nachtzorg en specialistische wijkverpleging. Het vraagt ook om een slimmere manier van werken. Dat stimuleren we onder meer door samen met zorgverleners te onderzoeken welke slimme innovaties en technologieën bijdragen aan langer veilig thuis wonen.

CZ groep contracteert wijkverpleging vanuit een generalistenmodel. Wij sturen er dus op dat de wijkverpleegkundige de zorg, samen met de huisarts, zo veel mogelijk zelf oppakt en dat er dus niet te veel afstemtaken zijn. Als het ziektebeeld te complex of te specialistisch is, verwachten we dat de wijkverpleegkundige zorgt voor opschaling naar specialistische (wijk) verpleging. Deze kopen we in bij een beperkt aantal zorgaanbieders.

2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2023

- Regiefunctie (complexe) wondzorg: we werken toe naar een integratie van de regiefunctie (complexe) wondzorg binnen de reguliere aanspraak wijkverpleging op basis van het stepped-care-model. Dit betekent dat we nog wel (kwaliteit)eisen stellen aan de wondregisseur, maar dat het monitoren van wonden de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder is en niet meer met ons wordt gedeeld.
- Gespecialiseerde verpleging en het verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn: afgelopen jaar hebben we het toetsingskader gepubliceerd. Hierin staat hoe wij projectaanvragen voor de verplaatsing van zorg beoordelen en hoe u een aanvraag kunt indienen. Een minimale voorwaarde is dat u schriftelijke afspraken met het ziekenhuis maakt over een reductie van de ziekenhuiszorg.
- Onplanbare nachtzorg: we maken afspraken over onplanbare nachtzorg in onze kernwerkgebieden, conform de Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging².

² Leidraad-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging (14).pdf

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- Zoals in 2020 aangekondigd, moet elke zorgaanbieder vanaf 2023 ten minste 35% (bestaande zorgaanbieders) of 50% (nieuwe zorgaanbieders) van de zorg zelf leveren. Voor de overige zorg mogen onderaannemers worden ingezet.
- Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich alleen tussen 1 november 2022 en 31 maart 2023 inschrijven voor een overeenkomst wijkverpleging 2023.

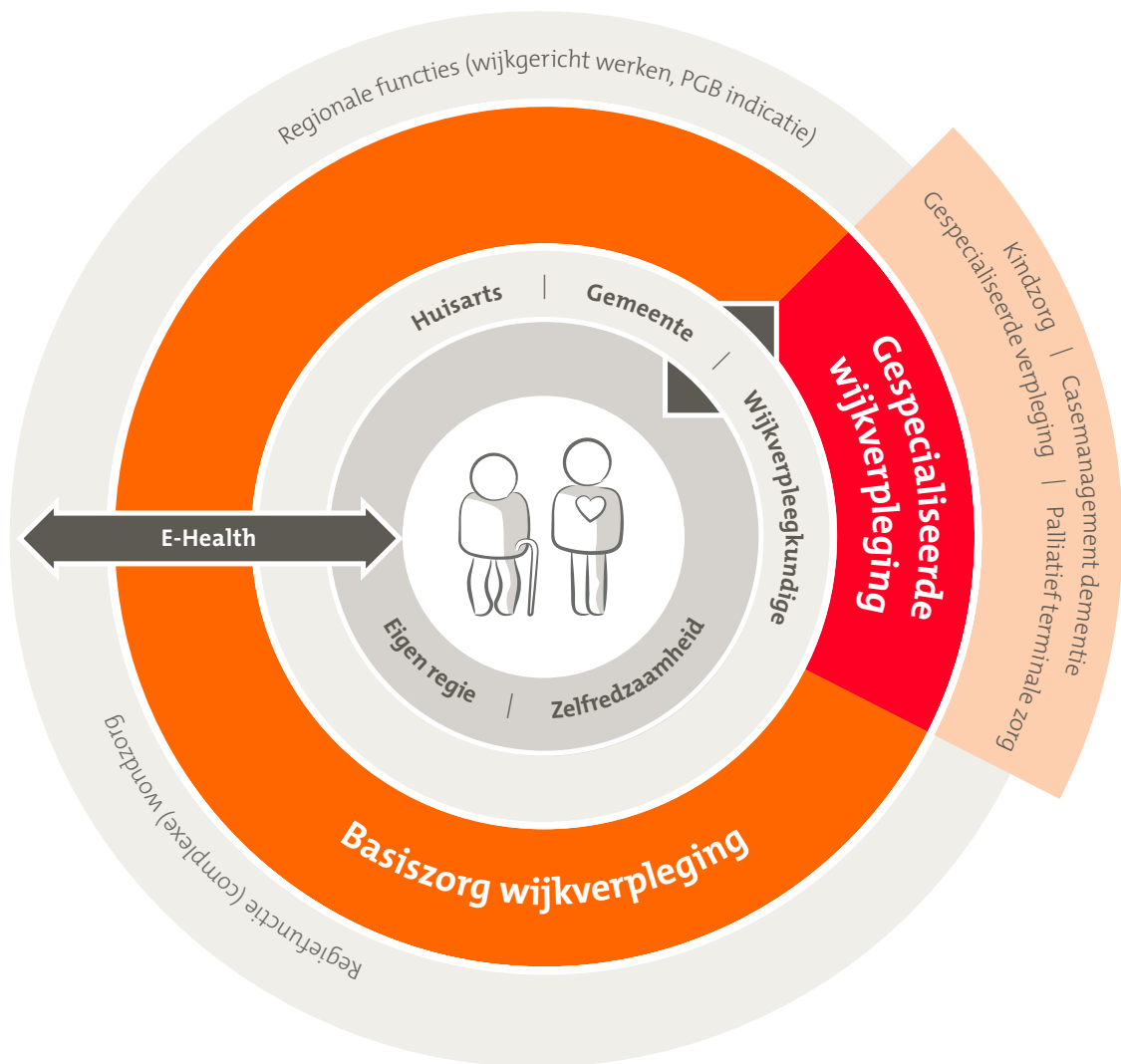
2.2 Inhoudelijk beleid

Dit document vormt de basis om in aanmerking te komen voor een reguliere overeenkomst wijkverpleging 2023. De concrete eisen aan de zorginkoop vindt u in de bijlagen.

In onze kernwerkgebieden pakken we als zorgverzekeraar een actievere rol bij het realiseren van onze beleidspeerpunten. Daar nemen we de regie, waarbij we met zorgaanbieders samenwerken om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de (acute) zorg te optimaliseren. In deze gebieden maken wij afspraken over onplanbare nachtzorg en wijkgericht werken. Ook investeren we in deze regio's in pilots, experimenten en de implementatie van onze visie op ouderenzorg.



Generalisten/ specialistenmodel



Wijkverpleging is in essentie generalistische zorg. We richten ons bij de zorginkoop dus op de integraliteit van de wijkverpleging door te contracteren vanuit een generalistenmodel. Daarbij willen we ervoor zorgen dat de wijkverpleegkundige³ de zorg, samen met de huisarts, zo veel mogelijk zelf kan oppakken. Ruim 90% van de zorg die wordt geleverd binnen de wijkverpleging, past binnen deze generalistische aanpak en is onderdeel van de reguliere zorgverlening. De minimale eisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst voor wijkverpleging vindt u in bijlage 1.

Wijkverpleging bestaat daarnaast ook uit specialistische zorg. Daarbij maken we onderscheid tussen zorg voor specifieke functies en doelgroepen, en zorg die om infrastructurele redenen geconcentreerd wordt aangeboden in een regio of wijk. Hiervoor is niet zozeer specifieke kennis als wel een zekere schaal nodig. We 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. De aanvullende eisen die hiervoor gelden, vindt u ook in bijlage 1.

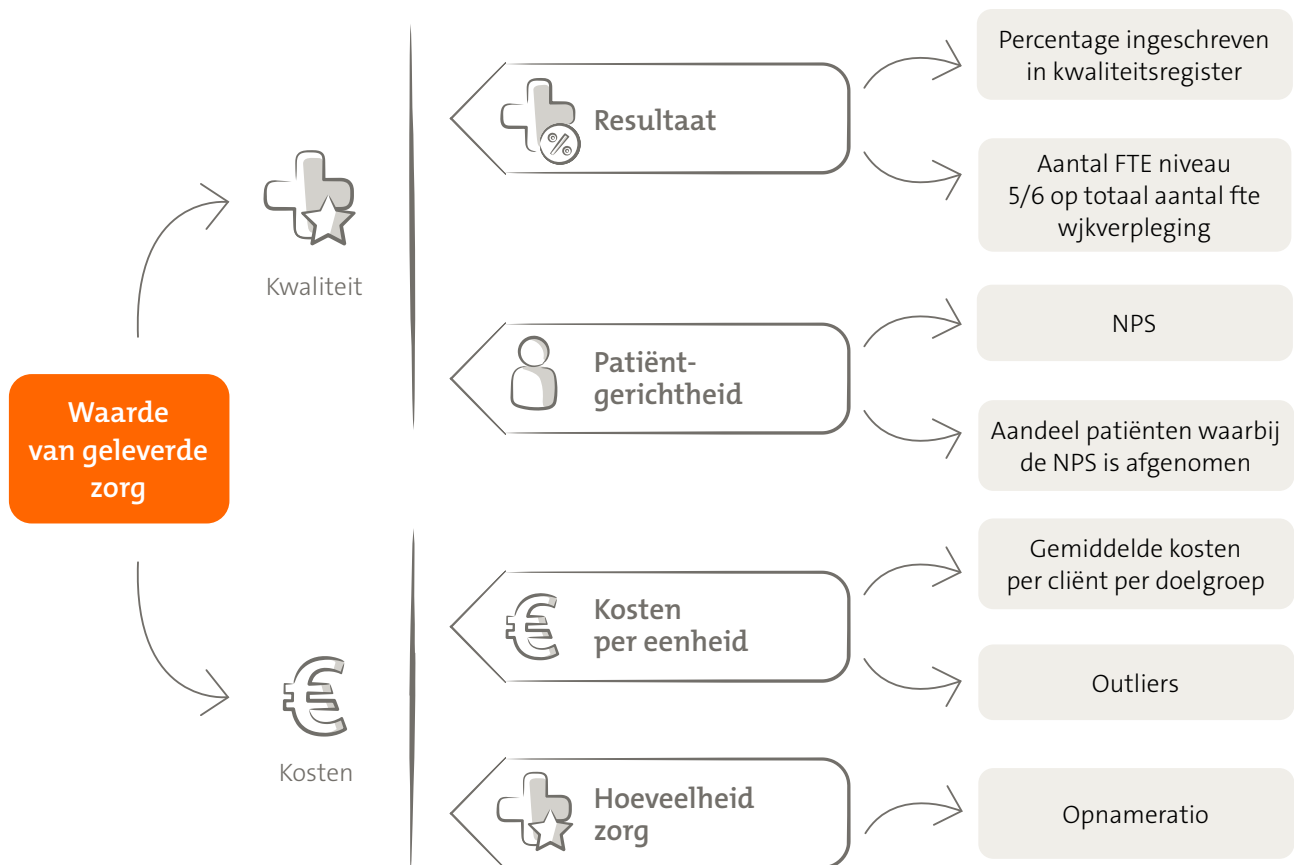
³ Naar 'wijkverpleegkundige' verwijzen wij voor de leesbaarheid enkel met 'zij' en 'haar'. Wij bedoelen daarmee natuurlijk ook 'hij' en 'zijn'.

2.2.1 Kwaliteit van zorg – waardemodel

CZ groep wil zorg inkopen bij zorgaanbieders die inzetten op hoge kwaliteit én kostenbeheersing. Daarom voeren we jaarlijks een benchmark uit op regio- en zorgaanbiederniveau, die we vertalen naar een waardemodel. Per regio brengen we de verschillen in kaart, zoals het aantal CZ-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 productieafspraken krijgen van meer dan € 100.000. Zorgaanbieders met een lagere productieafspraken voor 2023 beoordelen we niet, omdat we met hen alleen een prijsafspraken maken.

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 2023 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

Wij kijken per doelgroep (exclusief preventie) naar extreme afwijkingen ten opzichte van het landelijk CZ-gemiddelde kosten (outliers) per cliënt. Ook kijken we naar het percentage *outliers* ten opzichte het totaal aantal cliënten. De uitkomsten hiervan worden meegewogen in de beoordeling.

Opnameratio

Wij kijken naar het relatieve aantal cliënten dat in 2021 in zorg is ten opzichte van de niet-zorggebruikers in die regio. Dat doen we omdat dit van invloed is op de totale kosten van de wijkverpleging. Wij voegen deze factor toe, omdat die laat zien hoe de totale samenwerking in de keten op elkaar aansluit. De casemix van de populatie heeft invloed op het aantal cliënten dat in zorg kan worden genomen. Het onderdeel 'het verwachte aantal cliënten per zorgkantoortje' is gecorrigeerd voor de factoren: leeftijd, geslacht en sociaal-economische 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 in de wijkverpleging (nog) niet of nauwelijks gemeten worden, vragen we op dit punt naar zaken die de uitkomsten naar onze mening positief beïnvloeden:

- Het percentage verpleegkundigen en verzorgenden (werknemer of ingehuurd) 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 haar inschrijving en herregistratie in het Kwaliteitsregister V&VN geeft een verpleegkundige of verzorgende aan dat zij zich committeert aan de beroepsnorm Deskundigheidsbevordering. Daarnaast biedt het individueel portfolio van het Kwaliteitsregister de mogelijkheid voor verpleegkundigen en verzorgenden om in gesprek te gaan met de werkgever over hun bekwaamheid rondom (voorbehouden of risicovolle) handelingen.

- Het aantal fte verpleegkundigen van niveau 5 (of hoger) op de totale cliëntenpopulatie van de aanbieder 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 een onderdeel van de PREM: 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 dat 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. Die cijfers 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 het belangrijk dat de meting plaatsvindt over een significant aantal cliënten ten opzichte van de totale cliënten in zorg. Daarom is het aandeel cliënten bij wie de NPS is afgenomen, een indicator in ons waardemodel.

Aanlevering

Alle zorgaanbieders krijgen tussen 2 en 31 mei 2022 de gelegenheid om hun kwaliteitsinformatie digitaal aan te leveren via de uitvraagmodule van VECOZO. Voor het gebruik hiervan is een certificaat vereist (zie www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/). Alle informatie die na 31 mei binnenkomt, kunnen we niet meer meenemen in onze beoordeling. Het is na

31 mei ook niet meer mogelijk om eerder aangeleverde data te wijzigen. Het is dus van belang dat u de informatie tijdig en juist aanlevert.

Totale score

Net als 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. De uitkomst van het waardemodel kan van invloed zijn op de manier waarop het omzetplafond tot stand komt. We werken dit model verder uit en informeren zorgaanbieders hierover bij de definitieve productievoorstellen voor 2023.

2.2.2 Toegankelijkheid van zorg

CZ groep ziet kansen voor het verlenen van zorg in een ambulante (thuis)setting. Daarvoor moeten wel een aantal zaken geborgd zijn, zoals de toegankelijkheid van de reguliere wijkverpleging en een verantwoorde organisatie (kwaliteit en kosten). Dan kan ambulante zorg ook leiden tot een meer patiëntgerichte organisatie van de zorg. We hebben in 2021 een **toetsingskader** ontwikkeld waarmee we projectaanvragen beoordelen van zorgaanbieders die zorg van de tweede naar de eerste lijn willen verplaatsen. Dit kader is gepubliceerd op onze website.

Zorgplicht

Als zorgverzekeraar hebben wij een zorgplicht: we moeten zorgen voor tijdige, passende zorg voor individuele verzekerden. Daarom kopen we voldoende zorg in en sturen we op een gepast gebruik van zorg. De zorgaanbieder spreidt het overeengekomen omzetvolume zo gelijkmatig mogelijk over het jaar. Daarbij houdt hij rekening met seizoensinvloeden en 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 verzekerde, bijvoorbeeld na een tijdelijke ziekenhuisopname, de zorg weer thuis kan ontvangen, ook als de zorgvraag (al dan niet tijdelijk) is verzaamd. Als de zorgvraag zodanig verandert dat de zorgaanbieder de zorg inhoudelijk niet meer verantwoord kan leveren, moet die zorgaanbieder een andere geschikte en gecontracteerde zorgaanbieder vinden.

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 zorgaanbieder aantonen dat er een causaal verband is tussen een hogere omzet en een toename van de kosten voor bepaalde cliënten en of er sprake is van een verplaatsing van cliënten in de regio.

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

2.2.3 Aanvullende zorginkoop

Als de zorgaanbieder gedurende het jaar vindt dat zijn omzetplafond door bijzondere en onvoorziene omstandigheden ontoereikend is, dan kan hij in september 2023 een verzoek indienen voor bijcontractering. In die aanvraag toont de zorgaanbieder aan dat hij voldoet aan alle voorwaarden:

- De zorgaanbieder heeft gedurende de looptijd van de overeenkomst aangetoond dat hij zijn zorgplicht is nagekomen voor bestaande cliënten die bij hem in zorg zijn. (Dat wil zeggen dat de zorg niet stopgezet is omdat het omzetbudget op is, omdat de zorgvraag tussentijds veranderd is of omdat de verzekerde tijdelijk in het ziekenhuis verbleef.)
- Er is sprake van een evenredige spreiding van nieuwe cliënten over het hele jaar. De zorgaanbieder dient het verzoek in wanneer vóór 1 oktober 2023 ten minste 80% van het omzetbudget voor 2023 is bereikt en de verwachting is dat het omzetbudget ontoereikend is.
- De zorgaanbieder moet een verband aantonen tussen een hogere omzet en een toename van de kosten voor bepaalde cliënten en of er sprake is van verplaatsing van cliënten in de regio.
- De zorgaanbieder scoort bij voorkeur een A-status in het waardemodel.

Minimumeisen

CZ groep toetst aan de hand van de aanvraag of een zorgaanbieder in aanmerking kan komen voor een aanvullende afspraak en zo ja, onder welke voorwaarden. Bij aanvullende zorginkoop gelden de volgende minimumeisen:

- De zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden voor een aanvullende afspraak.
- Er is in de regio sprake van een zorgplichtprobleem. Dit blijkt uit signalen die CZ groep ontvangt van verwijzers en verzekerden (via het CZ Zorgteam). De aanvraag is gericht op een oplossing voor dit probleem. We kunnen overigens ook zelf zorgaanbieders benaderen als we een zorgplichtprobleem constateren.
- De verzekerden kunnen voor die aandoeningen niet (meer) bemiddeld worden naar ander geschikt zorgaanbod.
- De doelmatigheid binnen het omzetmaximum in 2023 neemt niet af ten opzichte van voorgaande jaren.

Een aanvraag indienen

Op onze website vindt u een [aanvraagformulier](#) voor bijcontractering.

Termijn

Als de aanvraag compleet is, krijgt de zorgaanbieder binnen 6 weken uitsluitel. Wordt het verzoek gehonoreerd, dan maken we een aanvullende productieafspraken. Zorg die wordt geleverd in de periode tussen de aanvraag en het uitsluitel komt alléén voor vergoeding in aanmerking als het productieplafond op dat moment nog niet overschreden is. Vragen om plafondaanpassingen die het gevolg zijn van fusies, overnames en faillissementen vormen een uitzondering op de regels, en kunnen afzonderlijk met CZ groep worden besproken.

Als de zorgaanbieder op het punt staat om een zorgstop in te voeren voor nieuwe cliënten, dan moet hij de verzekerden doorverwijzen naar het **CZ Zorgteam**. Zij kunnen hen in contact brengen met een andere zorgaanbieder. Als zij dit doen, checken we via een telefoontje met de verzekerde of hij ook echt geholpen is.

2.2.4 Kosten van zorg

Productieafspraken

Bij de start van het jaar maken wij met zorgaanbieders een realistische productieafspraken die leidt tot een omzetplafond. CZ groep vergoedt de geleverde zorg tot aan dit omzetplafond, dat is gebaseerd op de productie-realisatie in het voorgaande jaar, de score van de zorgaanbieder in ons waardemodel (zie paragraaf 2.2.1) en de regionale zorgbehoefte. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om dit omzetplafond te bewaken. Daarbij is het soms onvermijdelijk om te temporiseren of om bepaalde vormen van zorg op een andere manier te leveren (bijvoorbeeld door een hulpmiddel in te zetten). Vanzelfsprekend moeten de consequenties hiervan minimaal en algemeen aanvaardbaar zijn, en niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. De zorgaanbieder kan deze afwegingen, hoe lastig ook, het beste maken. Hij heeft zicht op de aard en urgentie van de zorgvraag.

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

- Wij verwachten dat een zorgaanbieder streeft naar het omzetplafond dat we samen hebben afgesproken. Uitgangspunt bij de zorgcontractering is dat de zorg gespreid over het jaar wordt aangeboden.
- 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 een C-score hebben in het waardemodel), kunnen verzekerden die zij daardoor niet in zorg kunnen nemen, doorverwijzen naar het CZ Zorgteam. Zo is er voor verzekerden altijd een passend aanbod beschikbaar.

Bestaande zorgaanbieders ontvangen van ons in principe een productievoorstel, of – in uitzonderlijke gevallen – een (onderbouwd) bericht over het niet voortzetten van de overeenkomst. Aanvullend op deze werkwijze zijn wij van plan om voor 2023 meer variatie aan te brengen in de manier waarop het voorstel voor productieafspraken 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 hierover in de toelichting bij het voorstel voor het omzetplafond.

2.3 Innovatie en samenwerking

2.3.1 Digitale zorg

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](#).

2.3.2 Duurzaamheid

De zorgsector is medeverantwoordelijk voor klimaatverandering en milieuvervuiling en dat heeft ernstige gevolgen voor de leefomgeving en de gezondheid. Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om – naast onze eigen verduurzaming – een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap. Daarom gaan we ons als zorgverzekeraars gezamenlijk inzetten om de verduurzaming van de zorgsector te versnellen.

Daartoe gaan we, in overleg met de verschillende zorgbranches, de inkoop van duurzame zorg verder uitwerken. Vooruitlopend daarop verwachten we van alle zorgaanbieders dat ze zich committeren aan de landelijke CO₂-doelstellingen en, zoals afgesproken in het klimaatakkoord, hun CO₂-routekaart ontwikkelen en aanleveren. Voor meer informatie, kijk [hier](#).

2.3.3 Regie in de regio

Sommige regio's waarin CZ groep een groot markt-aandeel 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 goed te houden daardoor zo groot, dat we alleen effectief beleid kunnen voeren vanuit een gedeelde regionale visie tussen zorgverzekeraar, (georganiseerde) zorgvragers en zorgaanbieders. Deze integrale aanpak noemen we 'regie in de regio'. Deze sluit aan bij het thema 'Verantwoord en Dichtbij' uit ons zorginkoopbeleid 2023. De regie in de regio blijft niet beperkt tot de zorg (Zvw en Wlz). Zij kent verschillende gradaties en strekt zich waar nodig ook uit tot het sociale domein of zelfs daarbuiten. In deze situatie krijgt de rol van zorginkoop het karakter van *co-makership*.

De wettelijke zorginkooprol van de zorgverzekeraar impliceert dat deze als 'regioregisseur' de verantwoordelijkheid neemt om de niet-vrijblijvende regionale samenwerking op basis van *co-makership* aan te sturen. De betrokken partners maken samen een analyse en

stellen vast om welke knelpunten het nu en in de toekomst gaat (regiobeeld). De partners formuleren een gezamenlijke regionale opgave, waaraan zij zich committeren en die een collectieve én een individuele verantwoordelijkheid impliceert.

Regie in de regio kan een aanleiding zijn om afspraken te maken die afwijken van de generieke doelstellingen uit dit zorginkoopdocument.

2.4 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), ervaringsdeskundigen en onze Ledenraad. Ook betrekken we mensen steeds vaker bij regionale vraagstukken. 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. Daarnaast implementeren we veranderingen in de zorg op basis van de vraag van onze verzekerden. Hoe wij onze verzekerden hebben betrokken en wat dit oplevert bij de zorginkoop maken we transparant in het document **Zo betrekken we onze verzekerden**.

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.

Proces contractering 2023

Alle zorgaanbieders moeten voldoen aan de minimumeisen voor het leveren van basiszorg (zie bijlage 1). De voorwaarden voor het inzetten van onderaannemers vindt u in bijlage 1.

3.1 Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2022 een overeenkomst wijkverpleging hebben met CZ groep en op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. Wij willen voor 2023-2024 gaan werken met meerjarenovereenkomsten voor strategische zorgaanbieders die goed scoren op doelmatigheid en minimaal een B scoren in ons waardemodel.

Met deze strategische aanbieders willen we vooral in onze kernwerkgebieden inhoudelijke afspraken maken voor een periode van minimaal 2 jaar. Het voordeel daarvan is dat de focus volledig op de inhoud ligt en dat we elkaar versterken in ons streven naar houdbare en toekomstbestendige zorg. Inhoudelijke meerjarenafspraken maken we op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid, kosten, personeel en duurzaamheid.

De overige zorgaanbieders bieden wij voor 2023 een eenjarige overeenkomst aan. U krijgt hier meer informatie over via de aanbiedingsbrief bij de productievoorstellen voor 2023.

Zoals we in het zorginkoopbeleid 2021 al hebben aangekondigd, stellen we sinds 2022 ook bij bestaande zorgaanbieders voorwaarden aan het percentage zorg dat wordt geleverd door onderaannemers. Voor 2023 geldt dat zij ten minste 35% van de zorg zelf leveren en voor maximaal 65% van de zorg onderaannemers inzetten.⁴

3.2 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 meerwaarde 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 2023 ten minste 50% van de zorg zelf leveren. Zij mogen dus maximaal 50% van de zorg in onderaanneming laten uitvoeren.

⁴ Er bestaat discussie over de toepassing van deze voorwaarde als een de contractant een coöperatie is en de overeenkomst laat uitvoeren door haar leden. CZ groep is in hoger beroep gegaan tegen het vonnis van de voorzieningenrechter van de rechtbank Zeeland- West-Brabant van 31 januari 2022.

Dit zijn onze uitgangspunten voor het contracteren van nieuwe zorgaanbieders:

- Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich tussen 1 november 2022 en 31 maart 2023 inschrijven voor een overeenkomst wijkverpleging 2023. 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 te vullen in VECOZO.
- Om deze diensten te kunnen gebruiken, is een certificaat vereist (zie www.vecozo.nl/zorginkoop-portaal/voorbereiden/). De nieuwe zorgaanbieder heeft bij CZ groep een onderbouwde verwachte zorgomzet van minimaal € 50.000 op jaarbasis.
- De nieuwe zorgaanbieder heeft een toegevoegde waarde, bijvoorbeeld in de vorm van innovatieve zorgconcepten.
- Een integriteitsonderzoek is onderdeel van de beoordelingsprocedure.
- We nemen geen inschrijvingen in behandeling van zorgaanbieders die in het voorgaande jaar een afwijzing hebben gekregen vanwege onvoldoende toegevoegde waarde en die zich opnieuw inschrijven zonder dat ze kunnen aantonen hoe deze toegevoegde waarde inmiddels is ontwikkeld.
- De (geheel) nieuwe zorgaanbieder heeft een melding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gedaan, heeft een vergunning aangevraagd als nieuwe zorgaanbieder of beschikt al over een toelating. 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.

3.3 Zorgcoöperaties bestaande uit zzp'ers

Voor zorgcoöperaties die uitsluitend uit zzp'ers bestaan, maken we een uitzondering op de eis dat een zorgaanbieder het grootste deel van de zorg uit laat voeren door eigen personeel. Dit is omdat we zzp'ers alleen in georganiseerd verband contracteren en niet meer individueel. Onder een zorgcoöperatie verstaan wij zzp'ers die zich verenigd hebben in een zorgcoöperatie en die uit naam daarvan zorg verlenen. Het betreft dus een samenwerkingsverband van uitsluitend zzp'ers (natuurlijke personen). Het kenmerk van de onderaanneming is dat de cliënt in zorg is bij de zorgcoöperatie (de hoofdaannemer), 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 binnende 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.

3.4 Tijdpad

Planning	Activiteiten
1 april 2022	Publicatie zorginkoopbeleid Wijkverpleging
Zie de communicatie hierover op onze website vanaf 1 april 2022	Gelegenheid om via vaste Teams-momenten vragen te stellen over het zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2023
2-31 mei 2022	Invullen van de uitvraagmodule kwaliteitsinformatie VECOZO voor waardegedreven zorginkoop (zie paragraaf 2.2.1)
Medio juli 2022	Bekendmaking productievoorstellen
Medio juli t/m 30 oktober 2022	Contracteren
31 oktober 2022	Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten afsluiting van de contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af
12 november 2022	Publicatie van het gecontracteerde zorgaanbod Inschrijving nieuwe zorgaanbieders 2023
1 november 2022 tot 31 maart 2023	Inschrijving nieuwe zorgaanbieders 2023

3.5 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2022 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2023. 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).

3.6 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: inkoopvvt.zvw@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. Vanwege de privacy verzoeken wij u om gegevens van individuele verzekerden (naam, NAW-gegevens) alleen te delen met het Zorgteam, via een beveiligd kanaal (Cryptshare). Deze gegevens mogen nooit gedeeld worden met andere afdelingen, zoals Zorginkoop.

3.7 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.

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 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 doelgroepregistratie en maakt dit inzichtelijk voor CZ groep.⁵

- De zorgaanbieder levert ten minste 35% (bestaande zorgaanbieders) of 50% (nieuwe zorgaanbieders) van de zorg zelf en zet voor maximaal 75% respectievelijk 50% van de te leveren zorg onderaannemers in.⁶
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- De zorgaanbieder maakt gebruik van een geautomatiseerd classificatiesysteem voor de inzet, de inhoud en het resultaat van zorg, zoals Omaha, Nanda of Gordon.⁷
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder beschikt over een formeel vereiste Wtza-toelating 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 werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders voor de wijkverpleging geïntegreerd.
- De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie, waardoor hij indien gevraagd tijdig de gegevens kan verstrekken die de zorgverzekeraar nodig heeft.

⁵ www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/wijkverpleging/declareren

⁶ CZ groep is in hoger beroep gegaan tegen het vonnis van de voorzieningenrechter van de rechtbank Zeeland-West-Brabant van 31 januari 2022.

⁷ www.venvn.nl/media/jutbak5v/verple-1.pdf. De richtlijn Verslaglegging adviseert om gebruik te maken van eOverdracht om te zorgen voor een eenduidige gegevensoverdracht.

Planning	Minimaal	Maximaal
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

- 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 verschillende zorgverleners. Belangrijk hierbij is in ieder geval dat de overdracht tussen de zorgverleners goed geborgd is.

Zoals we in het zorginkoopbeleid 2021 al hebben aangekondigd, stellen we sinds 2022 ook bij bestaande zorgaanbieders voorwaarden aan het percentage zorg dat wordt geleverd door onderaannemers. Omdat wij begrijpen dat zorgaanbieders tijd nodig hebben om hun bedrijfsmodel aan te passen, werken we via een ingroeimodel. Dat ziet er als volgt uit in de bovenstaande tabel.

Dit betekent dat bestaande zorgaanbieders vóór het versturen van een overeenkomst wijkverpleging 2023 twee zaken moeten opgeven: het percentage onderaannemers dat zij willen inzetten en voor welk deel van de te leveren zorg. Wijzigingen in deze opgave worden per kwartaal doorgegeven via inkoopvvt.zvw@cz.nl, met inachtneming van de minimumpercentages hierboven. Zzp'ers gelden daarbij uitdrukkelijk óók als onderaannemers als zij als zzp'er worden ingehuurd.⁸ Zogenoemde 'volle dochters' worden niet als onderaannemer beschouwd.⁹ Alleen voor zorgcoöperaties die volledig

1.2 Inzet van onderaannemers

CZ groep is geen aanbestedende dienst en op deze inkoopprocedure is het aanbestedingsrecht daarom niet van toepassing. We handelen in deze inkoopprocedure wel objectief, transparant en non-discriminatoir. We vinden het belangrijk dat zorgaanbieders kunnen investeren in hun medewerkers. Zo kunnen zij de kwaliteit van de zorg bevorderen. Daarom is het van belang dat zorgaanbieders investeren om een goede en aantrekkelijke werkgever te zijn, zodat zij mensen aan zich kunnen binden. En daarom stellen we voorwaarden aan het percentage zorg dat mag worden geleverd door onderaannemers. We spreken over onderaanneming als een verzekerde in zorg is bij een zorgaanbieder (de hoofdaannemer) en die voor (een deel van) de daadwerkelijke zorgverlening een andere zorgverlener (de onderaannemer), die een andere juridische entiteit is is de hoofdaannemer, inschakelt door (een deel van) deze zorgverlening door te contracteren aan die andere zorgverlener.

⁸ Zzp'ers beschikken over een overeenkomst waaruit blijkt dat de opdrachtgever geen loonheffing moet inhouden en betalen. Wij gaan ervan uit dat er sprake is van onderaanneming als een zorgaanbieder zzp'ers inschakelt bij de uitvoering van de overeenkomst.

⁹ 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.

uit zzp'ers bestaan, geldt dat zorg die wordt geleverd door aangesloten zzp'ers niet meetelt voor het percentage onderaanneming. Dit is omdat we geen individuele zzp'ers meer contracteren maar alleen als ze zich georganiseerd hebben.

Nieuwe zorgaanbieders moeten in 2023 ten minste 50% van de zorg zelf leveren. Zij mogen dus maximaal 50% van de zorg in onderaanneming laten uitvoeren. Bij de inschrijving moeten zij aangeven welke onderaannemers voor welk deel van de zorg ingezet worden. Het inschakelen van zzp'ers zien wij daarbij ook als 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 2024 als een nieuwe zorgaanbieder beschouwd.

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

1.3 Aanvullende eisen voor zorgcoöperaties die bestaan uit uitsluitend zzp'ers

- Cliënten zijn in zorg bij de zorgcoöperatie (de hoofdaannemer) die de zorg laat verlenen door de leden van de coöperatie (de onderaannemers).
- 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 inkoopvvt.zvw@cz.nl.

1.4 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 1.5 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.

1.4.1 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 de zorg te waarborgen. Wij vinden het belangrijk dat één centrale zorgverlener de generalistische palliatief terminale zorg verleent. De situatie bepaalt welke centrale zorgverlener het best bij de patiënt past. Om te borgen dat er in de regio voldoende specialistische kennis is die voor de generalistische zorgverlener raadpleegbaar is, vinden wij het belangrijk dat iedere zorgaanbieder die deze zorg levert zich aansluit bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ).

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

- De zorgaanbieder zorgt 24/7 voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden (zie de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen palliatieve zorg van de V&VN).
- De zorgaanbieder beschikt over een palliatief verpleegkundig consulent die direct betrokken is bij het primaire proces. Deze consulent beschikt over een erkende opleiding palliatieve zorg en de benodigde expertise om advies en ondersteuning te kunnen bieden in bijzondere situaties.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale NPZ.
- Conform de landelijke ontwikkelingen werkt de zorgaanbieder volgens het kwaliteitskader Palliatieve Zorg en de goede voorbeelden van palliatieve zorg¹⁰. 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 nazorg-gesprek 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.

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.

1.4.2 Casemanagement dementie

De professional die het casemanagement uitvoert, is in veel gevallen een generalist. Bijvoorbeeld een praktijk-ondersteuner huisarts (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.

CZ groep koopt specialistisch casemanagement dementie geoormerkt in bij zorgaanbieders:

- waarmee we ook in 2022 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, informatieoverdracht, verantwoordelijkheden en het opvangen van crisissituaties (24/7) in de zorg;
- die uitgaan van het generalistenmodel 'generalistisch als het kan, specialistisch als het moet';
- die ervoor zorgen dat de wachttijden voor casemanagement dementie tijdig en volledig worden aangeleverd bij Vektis.

¹⁰ www.iknl.nl/palliatieve-zorg/goede-voorbeelden

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, of;
 - 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 per week, 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.

1.4.3 (Regiefunctie) complexe wondzorg

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 deze waar mogelijk integreren binnen de reguliere aanspraak wijkverpleging op basis van het stepped-care-model. We kennen onder de regiefunctie een vergoeding toe voor de levering van zorg aan cliënten door de regiefunctionaris. De cliëntgebonden individuele zorgverlening door (wijk)verpleegkundigen wordt via de reguliere integrale prestaties verpleging/verzorging vergoed.

Deze afspraak richt zich specifiek op gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging voor de uitvoering van de regiefunctie complexe wondzorg. Het team van beroepsoefenaars dat de regiefunctie uitoefent, bestaat uit minimaal 3 personen. 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.

Onderstaande (kwaliteits)isen 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.¹¹
- 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 wondregisseur bepaalt door welke organisatie de wond kan worden behandeld: mantelzorg, thuiszorg, expertisenetwerk of de tweede lijn.

¹¹ Zoals de richtlijn wondzorg NHG, richtlijn Wondzorg WCS, richtlijn wondzorg NVP.

- 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.

1.4.4 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, conform de Handreiking¹² indicatieproces kindzorg en het Expertisegebied¹³ kinderverpleegkundige, uitgegaan van de gewenste situatie binnen het gezin, waarbij de ouders en het kind zo veel mogelijk in hun zelfredzaamheid worden ondersteund.

Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg (IKZ)

CZ groep hanteert ook in 2023 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 kinderdagverblijven, de kinderdagverblijven, de kinderdagverblijven en de hospices.
- De zorgaanbieder gebruikt de Hulpbehoeftescan.¹⁴ Deze brengt de eigen mogelijkheden (de zelfredzaamheid) van het gezin, de mogelijke knelpunten voor de vier kinderleefdomeinen en de gewenste

professionele ondersteuning in kaart. De zorgaanbieder stemt de indicatie af op het verloop van de ziekte en de draagkracht/draaglastverhouding van het gezin.¹⁵

- 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 kinderleef-domeinen 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.¹⁶
- 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.

1.4.5 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.

¹² 20201201_handreiking_indicatieproces_kindzorg.pdf

¹³ expertisegebied-kinderverpleegkundige.pdf

¹⁴ www.hetmedischekindzorgsysteem.nl/mks-programma/in-vier-fasen-naar-goede-zorg-voor-kind-en-gezin/fase-2

¹⁵ Rapport 'Ernstig zieke kinderen hebben recht op gezonde zorg', 2013.

¹⁶ www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnen-overzicht/Details/articleType/ArticleView/articleId/894/Palliatieve-zorg-voor-kinderen

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 2023 geen afspraken met zorgaanbieders die in 2022 geen afspraken hebben voor gespecialiseerde verpleging.

CZ groep ziet een toenemende vraag naar het verlenen van ziekenhuisverplaatste zorg onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist in een ambulante (thuis)setting. Deze zorg biedt veel kansen. We beoordelen binnen ons (kernwerk)gebied projectaanvragen voor de verplaatsing van deze zorg van de tweede naar de eerste lijn. Dat doen we aan de hand van ons toetsingskader. Zo'n aanvraag wordt door de betrokken zorgaanbieders samen opgesteld en ingediend. Een minimale voorwaarde is dat er afspraken met het ziekenhuis zijn vastgelegd over de reductie van de ziekenhuiszorg.

Bij een positieve beoordeling maken we vervolgafspraken met deze zorgaanbieders. Daarbij gaan wij ervan uit dat alle soorten ziekenhuisverplaatste zorg binnen ons kernwerkgebied op te schalen zijn of al een omvang hebben van 10 of meer cliënten (ongeacht de verzekeraar) en dat deze het toetsingskader positief hebben doorlopen.

We zouden graag meer inzicht krijgen in de ziekenhuisverplaatste zorg die binnen de wijkverpleging plaatsvindt. Zo willen we projecten met potentie opsporen en waar mogelijk opschalen of breder uitrollen. Daarom plaatsen we na 1 april 2022 een inventarisatieformulier op onze website, waarmee u vormen van ziekenhuisverplaatste zorg kunt aanmelden die al zijn ingebed binnen de wijkverpleging.

1.5 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, bijvoorbeeld in het kader van een herkenbaar en aanspreekbaar team in de wijk.

Zorgaanbieders waarmee we de regionale functies afspreken:

- leveren de specialistische functies zoals genoemd in bijlage 1, paragraaf 1.4 (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. We 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 sprake is van één aanspreekpunt in de wijk. Ook hiervoor zijn wij vooral actief binnen onze kernwerkgebieden.

1.5.1 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-indicatiestelling voor 2023 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 worden uitgevoerd door wijkverpleegkundigen met minimaal niveau 5 en conform het normenkader van de V&VN. 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, dan 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 2022 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.

1.5.2 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 2023. Het gaat hier om niet (direct) cliëntgebonden activiteiten.

Verskillende 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

Zij 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 2022 geen afspraken hebben voor wijkgericht werken, maken we voor 2023 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 2023 aan zorgaanbieders die een addendum hebben voor preventie op wijkniveau, om zich uiterlijk op 1 oktober te verantwoorden over de activiteiten die de wijkverpleegkundigen hebben ondernomen. De zorgaanbieder moet hiervoor een aantal vragen laten beantwoorden door de betreffende wijkverpleegkundigen.

1.5.3 Onplanbare nachtzorg

CZ groep maakt in zijn kernwerkgebieden voor iedere HAP-regio (als uitgangspunt) een afspraak met zorgaanbieders over een efficiënte inrichting van deze zorg. Het uitgangspunt is dat zorgaanbieders één samenwerkingsafpraak maken over de organisatie en efficiëntie van de onplanbare nachtzorg en dat alle aanwezige aanbieders zich aansluiten. 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 deskundighedsniveaus, 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.

We kopen onplanbare zorg in onze kernwerkgebieden selectief in, zodat de organisatie ervan doelmatig kan plaatsvinden. Wij verwachten van de uitvoerder dat hij in zijn regio afspraken maakt met de verschillende regionale zorgaanbieders (V&V, maar ook huisartsen) over de manier waarop de onplanbare zorg moet worden ingericht. Het uitgangspunt is dat een eventuele aanpassing van de financiering budgetneutraal wordt gerealiseerd voor de regio, waarmee de kosten worden gedekt. Dit kan betekenen dat het voorgestelde tarief aangepast wordt naar aanleiding van de businesscase en de daaronder liggende afspraken in de regio. Wij gaan hierover in overleg met de betrokken zorgaanbieders.

1.5.4 Regionale ketenzorg

Enkele zorgaanbieders fungeren als vangnet of nemen een voortrekkersrol op zich bij het regionaal organiseren van ketens en ´ wijkverpleging. We kijken hierbij naar de brede regionale keten voor ouderenzorg, waar wijkverpleging een belangrijk onderdeel van is (zie ook het visiedocument *Integrale ketenzorg ouderen*).

Het gaat hierbij om regionale samenwerking, waaronder de coördinatie van zorg, waarbij we ervan uitgaan dat de organisatie hiervan ook iets oplevert. Aanvullende afspraken hierover hangen samen met de mate waarin zorg wordt geleverd op basis van lage gemiddelde kosten en met een goede kwaliteit (zie paragraaf 2.2.1) en de mate waarin partijen in voorgaande jaren hebben laten zien dat zij een betrouwbare partner zijn voor CZ groep.

Uitsluitingsgronden

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2023 met CZ groep komt 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 de op hem 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.



Zorg die verder gaat