



Zorginkoopbeleid 2025

Wijkverpleging

Transformeren naar duurzaam
toegankelijke en betaalbare zorg.

Inhoud

Voorwoord	3
Wijzigingen in 2025	4
Wat willen we bereiken?	5
Samenwerking	5
Proactieve zorgplanning	6
Hulpmiddelen en (thuiszorg)technologie	6
Digitalisering en gegevensuitwisseling	7
Duurzaamheid	7
Transformatiemiddelen	7
Zorgcoördinatie	8
Wat koopt Menzis in?	9
Kwaliteitsbeleid	9
Nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen	9
Bijzondere zorgvormen	10
Bij wie koopt Menzis in?	12
Inkoop Eisen	12
Budget- en tariefafspraken	12
Inkoopproces	12
Planning van de zorginkoop	14
Bereikbaarheid	16
Inspraak verzekeren	16
Coöperatie Menzis	16
Bijlage 1. Minimumeisen	18
Bijlage 2. Uitvoeringseisen	20

Voorwoord

Voor u ligt het zorginkoopbeleid 2025 van Coöperatie Menzis. Met onze zorginkoop dragen we bij aan een aantrekkelijke zorgverzekering met een scherpe premie voor onze leden en aan duurzaam toegankelijke zorg en gezondheid voor al onze leden en de inwoners van onze regio's. Om dit te bereiken zijn er fundamentele veranderingen in de zorg nodig. Dat noemen wij zorgtransformatie: de duurzame verandering die nodig is om passende zorg écht te realiseren.

De komende jaren staat bij Menzis zorgtransformatie centraal. Zo nemen we met andere zorgverzekeraars een voortrekkersrol bij een aantal [versnellingsinitiatieven](#), bijvoorbeeld voor proactieve Zorgplanning (PZP) en het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Daarnaast onderzoeken we de mogelijkheden voor het opschalen van bekende goede initiatieven. Zoals de door het Zorginstituut geïdentificeerde [Passende Zorgpraktijken](#).

Samenwerking is cruciaal

Zorgtransformatie vraagt om nauwe samenwerking tussen zorgaanbieders, gemeenten, andere organisaties in het sociaal domein en zorgverzekeraars. Dit doen we vooral in onze regio's: Groningen, Twente, Achterhoek, Rivierland, Arnhem en Gelderse Vallei. Hiermee beogen we (duurdere en/of zwaardere) zorg te voorkomen, de gezondheid van inwoners te verbeteren, gezondheidsverschillen terug te dringen en zelfredzaamheid en eigen regie te vergroten. De in 2023 [opgestelde regioplannen](#) zijn daarin leidend.

We willen dat steeds meer zorg dicht bij de patiënt en in de thuissituatie plaatsvindt. Daarvoor is een goed georganiseerde en toegankelijke eerstelijns nodig. We investeren daarom in toegankelijke huisartsenzorg en wijkverpleging. Onder andere met het stimuleren van de inzet van digitale zorg, taakherschikking/delegatie en tijdelijke financiële ondersteuning voor de toekomstbestendigheid van basishuisartsenzorg. En met slimme arbeidsbesparende oplossingen en meer samenwerking met en tussen zorgaanbieders in de gehele eerstelijns.

Aandacht voor duurzaamheid

De zorgsector draagt aanzienlijk bij aan de CO₂-uitstoot, grondstofverbruik en afvalproductie in Nederland. Menzis wil een bijdrage leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap. We hebben dan ook de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 ondertekend en samen met de andere zorgverzekeraars integreren we de ambities en afspraken uit de Green Deal in ons zorginkoopbeleid en afspraken met zorgaanbieders.

In gesprek

Zoals ik in dit voorwoord al schrijf: samenwerking is essentieel om passende, duurzaam toegankelijke en betaalbare zorg te realiseren. We gaan graag met u het gesprek aan over de genoemde punten of andere gezamenlijke vraagstukken.

Koen Jansen
Directeur Zorg & Gezondheid

Wijzigingen in 2025

Hieronder vindt u de aanpassingen ten opzichte van het vorige zorginkoopbeleid, inclusief verwijzingen naar meer informatie. In de bijlage vindt u een overzicht van de (gewijzigde) minimumeisen voor het verkrijgen van een overeenkomst.

Onderwerp	Wijziging	Meer info
Samenwerking	We verwachten van zorgaanbieders dat zij zich inzetten voor de regionaal gemaakte plannen.	Zie pagina 5
Thuiszorgtechnologie	Voor de aanvraag van andere technologieën dan de medicijndispenser en beeldschermzorg kunt u gebruik maken van het uniforme ZN aanvraagformulier.	U vindt dit formulier op onze website bij Nuttige documenten . Zie pagina 6
Kwaliteitsregister V&V	We vinden dit nog steeds van meerwaarde, maar leggen de verantwoordelijkheid voor de wijze van verantwoording binnen uw organisatie.	Zie pagina 9
Casemanagement dementie	We volgen de landelijke afspraken met betrekking tot casemanagement dementie.	www.zn.nl en pagina 10
Inzet van helpende N2	We hanteren de uniforme ZN afspraken met betrekking tot de inzet van helpende N2.	www.zn.nl en pagina 9
Nieuwe bekostiging op basis van clientprofielen	Vanaf 1 januari 2025 contracteren we op basis van cliëntprofielen.	www.nza.nl , pagina 9 en uitvoeringseisen 14 en 15
Medisch Technisch Team	Het addendum 'Medisch Technisch Team' vervalt.	Zie pagina 10
Regiefunctie complexe wondzorg	Het addendum 'Regiefunctie complexe wondzorg' vervalt.	Zie pagina 11

Wat willen we bereiken?

De wereld om ons heen verandert. De zorg verandert mee. Er kan steeds meer en behandelings vinden steeds vaker (deels) thuis plaats. En als door ziekte of ouderdom alledaagse handelingen lastiger worden, zetten professionals zich in om de cliënt zo veel mogelijk (weer) zelfstandig te laten functioneren. Dat gebeurt thuis, ondersteund met hulpmiddelen en technologieën. De principes van Positieve Gezondheid zijn daarbij het uitgangspunt met de nadruk op wat iemand nog wél kan. Zorg en ondersteuning kunnen, al dan niet tijdelijk, eenvoudig opgeschaald worden om crisissituaties te voorkomen.

Goede onderlinge samenwerking in de keten van wijkverpleegkundige, huisarts, sociaal domein en andere specialisten (zoals kortdurende zorg, apothekers en paramedici) in de regio is hiervoor randvoorwaardelijk. Vanuit Coöperatie Menzis zetten we ons daarom de komende jaren in om, samen met onze zorgaanbieders in de regio, te werken aan samenwerking in de eerstelijnszorg. Dit doen we in lijn met de [Visie eerstelijnszorg 2030](#) waaraan zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich hebben verbonden.



Afbeelding: doelen uit visie eerstelijnszorg 2030

De focus voor wijkverpleging ligt op het geven van het best passend antwoord op een hulpvraag (voorkomen van zorg, ondersteuning in het sociaal domein, passende eerstelijnszorg) en op de inzet van Proactieve Zorgplanning (PZP). Niet alleen door substitutie van zorg, maar ook door niet-medische noodzakelijke zorg over te dragen aan het sociaal domein en cliënten tijdig door te verwijzen naar de Wlz als zij aan de toegangscriteria voldoen.

Samenwerking

Randvoorwaardelijk hiervoor is het verbeteren van de samenwerking tussen wijkverpleegkundige, huisarts, sociaal domein en andere eerstelijnsprofessionals, conform de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA). Goede samenwerking moet aansluiten op de ontwikkeling in de regio en de wijk. Afspraken over hoe deze samenwerking eruit ziet, worden regionaal gemaakt in de regio- en ROAZ-beelden en plannen.

In het IZA is afgesproken om *Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging* (H&A) in de wijkverpleging verder te ontwikkelen. H&A was één van de onderwerpen van onze consultaties van zorgaanbieders in onze regio's. Uit deze consultaties kwam naar voren dat H&A vooral zit in goede samenwerking met de huisarts en daarom moet aansluiten op de ontwikkeling in de regio en de wijk. Een landelijke blauwdruk past daar niet altijd bij. Om die reden

verwachten we van zorgaanbieders in de regio dat zij zich conformeren aan de regio- en ROAZ- beelden en plannen, waar H&A onderdeel van kan uitmaken.

Proactieve zorgplanning

Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (2017) beschrijft proactieve zorgplanning (PZP, voorheen Advance Care planning (ACP)) als volgt: *Proactieve zorgplanning is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.* In het IZA is de ambitie uitgesproken dat cliënten en hun naasten samen met professionals beslissen over de juiste zorg en ondersteuning én vooruitdenken. Proactieve zorgplanning krijgt een steeds belangrijkere plek binnen het medisch en verpleegkundig domein.

In de wijkverpleging ligt de nadruk niet zozeer op wat er aan geneeskundige behandeling wenselijk is, maar op hoe zorg en ondersteuning thuis georganiseerd worden, nu en in de toekomst. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een *stepped care* benadering. Passende zorg begint bij zelfzorg en ondersteuning door het eigen netwerk, waar nodig ondersteunt met vrijwilligers. Waar mogelijk wordt een hulpmiddel of digitale zorg ingezet. Pas als dit onvoldoende bijdraagt, sluit formele zorg aan.

We verwachten van zorgaanbieders dat zij een visie hebben op de wijze waarop zorgprofessionals (de zorgverleners uit het team) PZP uitvoeren en dat zij afspraken vastleggen in het (zorg)dossier van de cliënt. Hierdoor is iedere betrokken zorgverlener op de hoogte van de wensen van en afspraken met de cliënt.

Hulpmiddelen en (thuiszorg)technologie

In toenemende mate zal een (technologisch) hulpmiddel het best bijdragen aan het zelfstandig functioneren. De ontwikkeling van hulpmiddelen en technologieën, die de zelfredzaamheid ondersteunen of bevorderen, gaat snel. Uitgangspunt is dat een hulpmiddel of technologie een bijdrage levert aan het verantwoord langer thuis wonen en dat het zorginzet of de vervanging van bestaande fysieke zorg voorkomt. Als een hulpmiddel of digitale vorm voldoet, dan is er niet tegelijkertijd (voor dezelfde zorgbehoefte) aanspraak op een fysieke vorm van zorg (uitvoeringseis 7).

In 2023 zagen we dat meerdere aanbieders forse stappen hebben gezet in de inzet van thuiszorgtechnologie. Ook zien we dat er bijvoorbeeld vaker aantrekhulpmiddelen voor steunkousen worden aangevraagd, die de zelfredzaamheid van cliënten vergroten. In 2025 willen we deze ontwikkeling verder stimuleren.

Iedere aanbieder kan in 2025 gebruikmaken van de prestatiecode Thuiszorgtechnologie voor de inzet van de reguliere e-health toepassingen medicijndispenser en beeldschermzorg. Wilt u andere technologieën inzetten, dan kunt u dit aanvragen via het uniforme ZN aanvraagformulier: U vindt dit formulier op onze website bij [Nuttige documenten](#).

Aanvullende aanvragen beoordelen we op de volgende aspecten:

- de zorg is veilig en bewezen effectief;
- de technologie draagt aantoonbaar bij aan arbeidsbesparing voor wijkverpleging;
- er mag geen sprake zijn van vergoeding onder een ander domein;
- buiten het kernwerkgebied van Menzis verwachten we dat er afspraken zijn gemaakt met de preferente verzekeraar.

Voor wat betreft thuiszorgtechnologie volgen we tevens de landelijke ontwikkelingen van het landelijk platform [Digizo.nu](#).

Digitalisering en gegevensuitwisseling

Zorgverzekeraars hebben uniforme ambities geformuleerd voor digitalisering en gegevensuitwisseling met als uitgangspunt: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Deze gezamenlijke ambities zijn centraal gepubliceerd op de [website van ZN](#). Focus ligt op digitaliseren en het hybride maken van zorgprocessen, toegang voor inwoners tot hun eigen zorggegevens en elektronische gegevensuitwisseling. We verwachten van zorgaanbieders dat zij zich hiervoor inspannen, zoals afgesproken in het Integraal Zorgakkoord en het IZA uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling.

Duurzaamheid

In het IZA hebben we afgesproken dat passende zorg ook duurzame zorg betreft. Zorgverzekeraars hebben gezamenlijk afgesproken zich in te zetten voor het verduurzamen van de zorg. Er is een aantal generieke afspraken gemaakt, die voor alle zorgsectoren gelden. Deze afspraken zijn te vinden op de [website van ZN](#).

We verwachten specifiek van zorgaanbieders wijkverpleging dat ze zich committeren aan de acties uit het uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van Actiz. Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleider-zorgverzekeraar, gaan met de grote wijkverpleging-zorgaanbieders¹ in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij focussen we, na afstemming met Actiz, op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit het uitvoeringsplan van de branche:

- Terugdringen van de CO₂-uitstoot van reisbewegingen gericht op de doelstelling van 55% reductie in 2030 ten opzichte van 2018;
- Inzet op terugdringen verspilling van medicatie, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken;
- Inzet op terugdringen verspilling van incontinentiemateriaal en 5% minder gebruik van incontinentiemateriaal in 2026 ten opzichte 2018, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken;
- Inzet op kennisbevordering over sorteren van afval en 25% minder ongesorteerd restafval in 2026 ten opzichte van 2018;
- Aandacht voor preventie en bewustwording, zodat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, bijvoorbeeld door inzet e-health.

Waar mogelijk ondersteunen we zorgaanbieders met kennis en tools, zoals [voorbeelden van groene initiatieven](#) die bij enkele wijkverpleging-aanbieders geïmplementeerd zijn, bewezen impact hebben op duurzaamheid en kostenbesparend of kostenneutraal zijn. Ondersteuning bij de verduurzaming van de organisatie is onder meer te vinden in de 'Toolkit duurzaamheid' en de 'Factsheet duurzaam vervoersbeleid' van Actiz.

Transformatiemiddelen

Het is van cruciaal belang om samen te werken binnen de regio om de transformatie van de zorg te realiseren, en dit geldt niet alleen voor het zorgdomein, maar ook voor de betrokkenen in het sociale domein. Als zorgverzekeraar nemen we het initiatief in de regio's waar we een groot marktaandeel hebben om de afspraken en doelen van het IZA, GALA en WOZO te verwezenlijken. In principe vinden de afspraken over zorgtransformaties plaats tijdens de individuele contractering. Echter, soms hebben transformaties een dermate grote impact dat zowel vanuit meerdere zorgaanbieders als vanuit alle zorgverzekeraars dezelfde beweging ingezet moet worden. Dit noemen we 'impactvolle transformaties'. Bij transformaties die aanzienlijke verschuivingen van zorg richting voorliggende domeinen of preventie laten zien of die sector-ovestijgend zijn, willen we meedenken over hoe dit aansluit bij de regionale ontwikkeling op basis van regioplannen. Daarnaast kunnen we adviseren of voor deze transformaties de transformatiegelden ingezet kunnen worden. Meer informatie en de benodigde documenten kunt u vinden op onze website: [Transformatieplannen](#).

¹ Alle grote wijkverpleging-zorgaanbieders, precieze selectie is aan de individuele zorgverzekeraar

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie ondersteunt patiënten en zorgverleners bij het vinden van passende zorg bij een acute zorgvraag. Dit kan bijvoorbeeld gaan om het inzetten van de huisartsenpost, ambulancezorg of ongeplande nachtzorg. Ook kan zorgcoördinatie helpen bij het afschalen van de urgentie van de (acute) zorgvraag (triage) en bij het vinden van vervolgzorg voor een patiënt, bijvoorbeeld een bed voor eerstelijnsverblijf. Zorgcoördinatie kan hiermee, door het regionaal en in samenwerking met meerdere zorgaanbieders te organiseren, bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in Nederland. Voor patiënten blijft de toegang tot acute zorg overzichtelijk, want zorgcoördinatie komt samen in één (virtueel) loket. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om te streven naar landelijk dekkende inkoop van zorgcoördinatie vanaf 1 januari 2025. Landelijke partijen werken hiervoor samen aan een implementatieplan. We verwachten dat u als zorgaanbieder hier uitvoering aan geeft. Het ROAZ voert de regionale uitwerking van zorgcoördinatie uit. Zorgverzekeraars volgen de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie en indien nodig publiceren we aanvullend beleid.

Wat koopt Menzis in?

Kwaliteitsbeleid

Van zorgaanbieders verwachten we dat zij uitvoering geven aan de door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen en standaarden. Daarmee voldoen zij aan de kwaliteitseisen, zoals binnen de beroepsgroep gehanteerd (zie: [Zorginstituut Nederland - Wijkverpleging](#) en [Kindzorg \(0-18 jaar\)](#)).

Bij Menzis onderschrijven we de beweging zoals ingezet in het Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'. Het Generiek kompas is door het Zorginstituut Nederland, in afwachting van een implementatieplan, nog niet opgenomen in het register. Het Kwaliteitskader wijkverpleging blijft van kracht totdat het Generiek kompas opgenomen is.

Wij hechten veel waarde aan de ervaringen van verzekerden en verwachten dat zorgaanbieders in ieder geval een klanttevredenheidsonderzoek (PREM) uitvoeren. De resultaten hiervan zijn openbaar beschikbaar en daarmee inzichtelijk voor verzekerden (uitvoeringseis 2).

De transitie naar steeds passendere zorg vraagt om goed opgeleide zorgverleners. We verwachten van aanbieders dat zij zorgverleners maximaal begeleiden in deze transitie door ruimte te bieden aan leren en ontwikkelen. We verwachten dat iedere zorgprofessional jaarlijks minimaal 35 uur werkt aan professionele ontwikkeling. De afgelopen jaren hebben we vanuit Menzis de nadruk gelegd op het bijhouden van deskundigheid in het kwaliteitsregister V&V. We vinden dit nog steeds van meerwaarde, maar leggen de verantwoordelijkheid voor de wijze van verantwoording binnen de zorgorganisatie. **Voorwaarde is dat organisaties een visie hebben op een leven lang ontwikkelen en dat zij scholingsbudgetten beschikbaar stellen** (uitvoeringseis 8).

Door arbeidsmarktkrapte is de organisatie van zorg aan cliënten een steeds grotere uitdaging. In 2024 zijn door zorgverzekeraars uniforme afspraken gemaakt met betrekking tot inzet van helpenden door gecontracteerde zorgaanbieders in het wijkverpleegkundig domein. We sluiten aan op deze afspraken (uitvoeringseis 1) en zijn van mening dat de inzet van helpenden een aanvulling kan zijn bij aanbieders die maximaal inzetten op zelfredzaamheid, ondersteund met hulpmiddelen en technologieën. De gemaakte afspraken vindt u op www.zn.nl.

Nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen

Vanaf 1 januari 2025 maken we met alle aanbieders die wij contracteren voor de individueel toewijsbare zorg afspraken voor een integrale bekostiging op basis van cliëntprofielen. De cliëntprofielen zijn gebaseerd op het draagkracht-draaglast (DKDL) model. Het DKDL-model is aangedragen door wijkverpleegkundigen. U vindt meer informatie over de nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen op www.nza.nl.

In 2024 bereidt u zich hierop voor, zodat al uw cliënten op 1 januari 2025 ingedeeld zijn in een cliëntprofiel (uitvoeringseis 14). Het is voor alle aanbieders met wie we een contract aangaan verplicht op basis van cliëntprofielen te declareren. In 2025 komen we, net als in 2024, per zorgaanbieder één integraal tarief overeen. We maken daarbij geen onderscheid tussen de Nza-prestaties *Verpleging en verzorging in combinatie met een cliëntprofiel* en *Hoog-complexe technische thuiszorg*. In beginsel maken we afspraken op basis van een uurtarief.

Bijzondere zorgvormen

Specialistische verpleging

We maken onderscheid tussen *zorg geboden door een gespecialiseerd verpleegkundige* en *hoogcomplex technische thuiszorg*. We verwachten van zorgaanbieders die specialistische kennis en kunde in huis hebben, dat zij deze delen met zorgaanbieders die deze niet zelf in huis hebben, omdat zij deze slechts sporadisch nodig hebben.

Zorg geboden door een gespecialiseerd verpleegkundige

Net zoals bij iedere specifieke aandoening zal de zorgverlener specifieke kennis en bekwaamheid moeten hebben om de cliënt van de juiste zorg te voorzien. Als binnen het team onvoldoende expertise aanwezig is, kan een gespecialiseerd verpleegkundige aangewezen zijn. Bij dementie kan dit een casemanager dementie zijn, maar denk ook aan palliatieve zorg, oncologische zorg of een andere deskundigheid. Vanuit het *stepped care principe* maken we hier regionaal afspraken over. Specifiek over de inzet van casemanagement dementie hebben zorgverzekeraars landelijk uniforme afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn te vinden op www.zn.nl.

Hoogcomplex technische thuiszorg

Hoogcomplex technische thuiszorg wordt uitgevoerd op verzoek en onder regie van een medisch specialist. De afgelopen jaren zien we de trend dat steeds meer behandelingen, die voorheen in het ziekenhuis werden voorgeschreven en uitgevoerd, ook in de thuissituatie uitgevoerd kunnen worden, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Dit vinden we in veel gevallen een wenselijke ontwikkeling. Het leidt tegelijkertijd tot nieuwe bekostigings- en uitvoeringsvraagstukken. Zo kan het bijvoorbeeld een te groot beroep doen op beschikbaar verpleegkundig personeel als tijdens de behandeling toezicht noodzakelijk is. Dan is deze zorg in de thuissituatie organiseren niet langer het voorkeursscenario. Van zorgaanbieders die met ziekenhuizen afspraken willen maken over het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de thuissituatie verwachten we dat zij vooraf Menzis benaderen en deze plannen, samen met het betreffende ziekenhuis, toetst aan ons [toetsingskader](#).

Voor hoogcomplex technische thuiszorg bestaat een aparte prestatie. Deze omvat een limitatieve lijst van hoogcomplex verpleegtechnische handelingen die onder dit cliëntprofiel vallen. Overige verpleegtechnische handelingen vallen binnen de cliëntprofielen van het Draagkracht-Draaglast model. We hanteren in 2025 geen addendum meer voor het Medisch Technisch Team.

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg kan beginnen wanneer een cliënt met de behandelend arts besproken heeft dat eventuele behandeling niet meer gericht is op genezing. We verwachten van zorgaanbieders dat zij werken volgens het kwaliteitskader Palliatieve zorg (zie: palliaweb.nl).

Wanneer nodig wordt wijkverpleging ingezet, in nauwe samenwerking met de behandelaar. In de laatste fase, waarin intensieve zorg noodzakelijk is, wordt gesproken van palliatieve terminale zorg. Voor palliatief terminale zorg wordt als regel een termijn van maximaal drie maanden aangehouden. In de laatste weken kan de zorg in intensiviteit toenemen. Waken is vaak pas in de laatste dagen nodig.

Voor de keuze waar een cliënt kan sterven, is diens wens leidend. Echter, andere overwegingen kunnen een doorslaggevende rol spelen. Een andere mogelijkheid is opname in een eerstelijnsverblijfvoorziening (zie: ons [beleid kortdurende zorg](#)). Hospicezorg wordt, waar dat kan, gefinancierd vanuit het Eerstelijnsverblijf. Als hospicezorg niet vanuit het Eerstelijnsverblijf gefinancierd kan worden, valt de noodzakelijke verpleging en verzorging onder de wijkverpleging.

Medische kindzorg

Medische kindzorg omvat verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar als deze zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Medische kindzorg is zorg die door specifiek daarvoor toegeruste zorgaanbieders wordt geboden. Naast het kind en het gezin zijn de kinderverpleegkundige en de

hoofdbehandelaar uit het ziekenhuis (meestal de kinderarts) betrokken bij de kinderverpleegkundige zorg, die nodig is buiten het ziekenhuis. Het is mogelijk dat een kind tegelijkertijd vanuit de Jeugdwet en vanuit de Zorgverzekeringswet zorg krijgt. Onder Medische kindzorg valt ook verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg. Wij hanteren aanvullende uitvoeringseisen voor aanbieders die specifiek Medische kindzorg willen bieden. De cliëntprofielen die in 2025 de basis vormen voor declaratie, zijn niet ontwikkeld voor kindzorg. In 2024 start een onderzoek naar cliëntprofielen specifiek voor Medische kindzorg thuis. Zorgaanbieders die met ons een contract aangaan, gebruiken voor de zorg thuis het cliëntprofiel 'medische kindzorg thuis'. Voor aanbieders die verpleegkundige dagopvang of verblijf bij intensieve kindzorg leveren, verandert de wijze van declareren niet.

Beschikbaarheidsfunctie onplanbare nachtzorg

Sinds 2024 wordt door zorgverzekeraars de infrastructuur onplanbare nachtzorg (beschikbaarheid en bereikbaarheid) apart gecontracteerd en bekostigd. Regionale afspraken worden door de preferente verzekeraar gemaakt. Andere verzekeraars betalen naar rato van hun marktaandeel mee in de afgesproken bekostiging. Deze afspraken betreffen de beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg tussen 23.00 uur en 07.00 uur. Zorgaanbieders die met hun preferente zorgverzekeraar afspraken hebben gemaakt over de beschikbaarheidsfunctie onplanbare nachtzorg, kunnen bij Menzis een verzoek indienen om die afspraak te volgen. Zorgaanbieders committeren zich aan de afspraken in de regio van hun werkgebied (uitvoeringseis 11). Iedere aanbieder blijft individueel verantwoordelijk voor de levering van de zorg conform de eigen zorgplicht. De gemaakte afspraken leggen we vast in een addendum.

Ketenzorg Dementie

Ketenzorg Dementie wordt in het gehele land georganiseerd in dementienetwerken. Deze netwerken hebben met zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de inrichting en dienstverlening van dementiezorg in de regio. De preferente zorgverzekeraar neemt hierin de regie. Deze keten coördineert de wachttijden. Elke gecontracteerde zorgaanbieder sluit zich aan bij het Netwerk Dementie in de regio waar hij actief is. De zorgaanbieder registreert de wachttijden voor casemanagement dementie en geeft deze door aan de keten in zijn regio. Casemanagement dementie wordt geleverd door de zorgaanbieder zelf of via het netwerk conform de afspraken in de regio (uitvoeringseis 12).

Regiefunctie complexe wondzorg

Wondzorg thuis, inclusief de complexe wondzorg, hoort bij de wijkverpleging. Daarom kopen we het in als onderdeel van de reguliere wijkverpleging. Het uitgangspunt is dat zorg zoveel mogelijk via het *stepped care principe* wordt uitgevoerd: generalistisch als het kan, specialistisch als het moet. Vanaf 2025 maken we geen aparte afspraken meer over de prestatie regiefunctie complexe wondzorg, maar kan alle wondzorg gedeclareerd worden onder het integrale tarief. Het addendum regiefunctie complexe wondzorg komt daarmee te vervallen.

Indien wondzorg door aanbieders van andere zorgsoorten wordt geleverd, dan maakt het deel uit van de zorginkoop van de betreffende zorgsoort met inachtneming van ons toetsingskader [ziekenhuisverplaatste zorg](#).

Bij wie koopt Menzis in?

Inkoopeisen

Voor alle zorgaanbieders (nieuwe en bestaande), die gecontracteerd willen worden in 2025, gelden dezelfde minimumeisen en uitvoeringseisen. In de bijlagen hebben we de criteria vermeld. Bij elke categorie voorwaarden staat per wanneer u hieraan moet voldoen. Niet (tijdig) voldoen aan de minimumeisen en uitvoeringseisen betekent dat wij voor 2025 geen overeenkomst met u aangaan.

We gaan uit van de integriteit van de zorgaanbieders en controleren steekproefsgewijs of zorgaanbieders voldoen aan de inkoopvoorwaarden. Daarvoor kunnen we bij u bewijsstukken opvragen. Als we de benodigde informatie uit openbare bronnen kunnen krijgen, doen we dat. We maken onder andere gebruik van het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ).

Als er op het moment van inschrijving nog een schuld uitstaat bij Menzis Zorgverzekeraar N.V. en/of Anderzorg N.V., dan moet deze op het moment dat we de overeenkomst aangaan, zijn terugbetaald of verrekend. Zo niet, dan gaan we een overeenkomst onder voorwaarden aan met afspraken over de termijn van terugbetaling.

Budget- en tariefafspraken

Integraal tarief

Bij Menzis hanteren we voor iedere zorgaanbieder een integraal tarief. Dit biedt de mogelijkheid om per zorgaanbieder een maatwerkafpraak te maken, die recht doet aan de zorg die door de individuele zorgaanbieder geleverd wordt en waarmee de administratieve lasten van de wijkverpleegkundige worden verminderd. De basis voor het integrale tarief 2025 is het tarief van het voorgaande jaar dat met u is overeengekomen, verhoogd met een indexering. Eventueel passen we hierop een correctie toe op basis van de resultaten van onze benchmark. In ons individuele aanbod lichten we dit verder toe. Zorgaanbieders met minder dan 30 cliënten in 2024 vallen buiten de benchmark en beoordelen we op de daadwerkelijke inzet.

Budgetplafond en tussentijdse aanpassing

Naast het bepalen van het individuele integrale tarief gebruiken we de benchmark / de doelmatigheidsscore om afspraken te maken over het budgetplafond. Wij verwachten dat u stuurt op de budgetafpraak, die we aan het begin van het jaar samen maken. Aanpassingen van het budgetplafond gedurende het jaar zijn alleen mogelijk onder strikte voorwaarden en in relatie tot de ontwikkelingen van de kosten per klant in de organisatie en de beschikbare ruimte bij andere zorgaanbieders in de regio. Nieuwe zorgaanbieders krijgen een vaste tariefafpraak en in beginsel een budgetafpraak van maximaal € 150.000.

Benchmark

Het belangrijkste vertrekpunt bij het bepalen van de benchmarkscore is dat doelmatigheid wordt geoperationaliseerd als de gemiddelde kosten per klant, gecorrigeerd met de relevante kenmerken van die klant. Het is vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend dat zaken als gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status invloed hebben op de hoogte van de zorgvraag. De verwachte kosten per klant hebben we gebaseerd op de vergelijking met de kosten per (Menzis)klant van andere aanbieders. Daarbij houden we rekening met de relevante kenmerken van de klant. Voor een uitgebreide toelichting op onze benchmark verwijzen we naar [onze website](#).

Inkoopproces

We maken onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Een bestaande zorgaanbieder is een zorgaanbieder die in 2024 een overeenkomst wijkverpleging met ons heeft en die in de loop van 2024 niet is beëindigd.

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders waarmee we in 2024 geen overeenkomst wijkverpleging hebben afgesloten.

Bestaande zorgaanbieders

Bestaande aanbieders krijgen van ons een uitnodiging om in te schrijven voor een overeenkomst in 2025. Na ontvangst van de uitnodiging tot inschrijven, kunt u in VECOZO de vragenlijst doorlopen. Na bevestiging van de vragenlijst ontvangt u van ons de basisovereenkomst. Mogelijk aangevraagde addenda beoordelen we apart. Voor een voorspoedige afhandeling van de contractering is het actueel houden van uw instellingsgegevens bij Vektis van groot belang; vooral het e-mailadres van de contactpersoon.

Het budget en de tarieven nemen we op in de Budgetbrief Wijkverpleging, die we meesturen met de overeenkomst. De overeenkomst wordt pas definitief als u ook de Budgetbrief Wijkverpleging ondertekent. Indien u de overeenkomst wel al ondertekend heeft, maar de Budgetbrief niet, dan is er dus geen overeenkomst voor 2025 tot stand gekomen. Ondertekening van de basisovereenkomst kan tot 1 november 2024. Tijdig ondertekenen van de contractstukken is van belang om op 12 november als gecontracteerde zorgaanbieder voor 2025 zichtbaar te zijn op onze [Zorgvinder](#).

Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich éénmaal per contractjaar inschrijven; voldoet de zorgaanbieder niet aan de voorwaarden voor een overeenkomst dan is inschrijven voor een volgend contractjaar de eerst mogelijke optie.

U moet zich uiterlijk 7 juni 2024 melden via het [contactformulier](#). Vermeld bij de aanmelding alvast de naam van uw instelling, uw AGB-code, naam van de tekenbevoegde of gemachtigde, inclusief via het formulier geüpload bewijs van de machtiging, getekend door een tekenbevoegde bestuurder.

Na aanmelding ontvangt u uiterlijk 10 juni 2024 de vragenlijst via het Zorginkoopportaal, waarbij u de benodigde stukken ter beoordeling moet aanleveren. De inschrijving bestaat uit een gecombineerde vragenlijst, waarmee u zowel voor Verpleging en Verzorging als voor Kortdurende Zorg kan inschrijven. De vragenlijst staat zes weken open. De inschrijving is pas definitief als deze volledig doorlopen en bevestigd is. Elke inschrijving beoordelen we op het voldoen aan de minimumeisen. Onvolledige inschrijvingen wijzen we af.

Wanneer we uw inschrijving positief hebben beoordeeld, ontvangt u van ons een basisovereenkomst en Budgetbrief Wijkverpleging. Om op 12 november als gecontracteerde zorgaanbieder voor 2025 zichtbaar te zijn op onze [Zorgvinder](#), moet u de basisovereenkomst en Budgetbrief uiterlijk 1 november 2024 ondertekend retour gestuurd hebben. Overeenkomsten getekend na 1 november worden zo spoedig mogelijk daarna toegevoegd.

Medische kindzorg

Zorgaanbieders voor Medische kindzorg, die in aanmerking willen komen voor een Overeenkomst Verpleging en Verzorging 2025 inclusief het addendum Medische kindzorg, zullen tijdens het doorlopen van de vragenlijst in een beoordelingsronde belanden.

Tijdens de beoordelingsronde controleren we of u voldoet aan alle gestelde eisen. Na onze beoordeling kunt u de inschrijving vervolgen voor definitieve ondertekening. Nieuwe zorgaanbieders voor Medische kindzorg kunnen zich melden conform het eerder beschreven inkoopproces.

Addenda

Naast de basisovereenkomst is het mogelijk om, onder voorwaarden, in aanmerking te komen voor diverse addenda. Tijdens het inschrijfproces via VECOZO kunt u dit aangeven en aanvullende informatie uploaden. Het gaat hier om de volgende addenda:

- Thuiszorgtechnologie
- Medische Kindzorg
- Organisatie en Beschikbaarheidsfunctie Onplanbare Nachtzorg
- Ketenzorg Dementie

Contracteerproces via VECOZO

We maken voor het digitale contracteerproces gebruik van het Zorginkoopportaal van VECOZO. VECOZO biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitgebreide digitale ondersteuning bij het tot stand komen van contractafspraken vanaf de aanvraag voor een contract tot en met het digitaal ondertekenen. Actuele informatie over het gebruik van VECOZO leest u op [onze website](#). Wanneer u zich ingeschreven heeft, kan de inschrijving niet meer gewijzigd worden.

Planning van de zorginkoop

Vanaf 12 november 2024 maken wij op onze Zorgvinder bekend met welke zorgaanbieders we een contract hebben voor 2025. Deze Zorgvinder werken we regelmatig bij, zo weten onze klanten met welke zorgaanbieders we een overeenkomst hebben. Om onze klanten op tijd duidelijkheid te geven, willen we het contracteerproces uiterlijk op 1 november afronden. In uitzonderlijke gevallen kan de planning nog wijzigen. We informeren u hierover op dezelfde manier als over dit zorginkoopbeleid.

De planning van het zorginkoopproces 2025 ziet er als volgt uit:

Datum	Actie	Wie	Via
Uiterlijk 1 april 2024	Publicatie zorginkoopbeleid 2025	Menzis	Website Menzis en nieuwsbrief per mail
Uiterlijk 7 juni 2024	Aanmelden nieuwe zorgaanbieders	Zorgaanbieder	contactformulier
10 juni 2024	Aanbieden vragenlijst Wijkverpleging en Kortdurende Zorg voor nieuwe zorgaanbieders	Menzis	VECOZO
15 juli 2024	Uiterste datum indiening vragenlijst nieuwe zorgaanbieders	Zorgaanbieder	VECOZO
Medio juli 2024	Eventueel publicatie aanvullingen zorginkoopbeleid 2025	Menzis	Website Menzis en nieuwsbrief per mail
19 augustus 2024	Aanbieden vragenlijst en (na indiening vragenlijst) overeenkomst aan bestaande	Menzis	VECOZO

	zorgaanbieders en aanbidding overeenkomst nieuwe zorgaanbieders.		
Uiterlijk 1 november 2024	Overeenkomst ondertekend retour ontvangen door Menzis en vanaf 12 november op Zorgvinder getoond. Overeenkomsten getekend na 1 november worden zo spoedig mogelijk daarna toegevoegd.	Zorgaanbieder	VECOZO
Vanaf 12 november 2024	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	Menzis	Zorgvinder

Procedure aanvullende zorginkoop

Met aanvullende zorginkoop bedoelen we het inkopen van extra zorg door het verhogen van het budget bij bestaande contractanten. Als we gedurende het jaar 2025 aanvullende zorginkoop overwegen dan is het beleid en de procedure als volgt:

Als de zorgaanbieder tijdens het contractjaar voorziet dat het budget onvoldoende is, kan hij bij ons een verzoek indienen voor aanvullend budget. Dit kan gebeuren zodra de aanbieder 70% van zijn budget heeft bereikt. Het aanvragen gaat via het invullen van [het aanvraagformulier budgetophoging Wijkverpleging](#) op onze website. Wij toetsen de aanvraag aan doelmatigheid, budgetruimte bij andere zorgaanbieders, inzet van arbeidsbesparende maatregelen etc. en informeren de zorgaanbieder uiterlijk binnen een maand over het besluit. Indien er extra tijd nodig is voor de beoordeling laten we dat u schriftelijk weten.

De verwachting is dat we gedurende de looptijd van het zorginkoopbeleid geen aanvullende zorginkoop hoeven te doen bij zorgaanbieders die nog geen overeenkomst met ons hebben gesloten. Als dit wel het geval blijkt te zijn, zullen we dit kenbaar maken op dezelfde wijze als ons zorginkoopbeleid. We zullen dan ook kenbaar maken welke termijnen van toepassing zijn, hoe u het verzoek tot aanvullende aanspraken kunt indienen en welke minimumeisen van toepassing zijn.

Bereikbaarheid

Heeft u vragen over het zorginkoopbeleid, de overeenkomsten of het zorginkoopproces? Dan kunt u vaak het antwoord op onze [website](#) vinden. Kunt u het antwoord niet vinden? Stel dan uw vraag via [het contactformulier](#). Uiteraard kunt u ook contact opnemen met uw contactpersoon bij Menzis.

Inspraak verzekerden

In samenwerking met onze Ledenraad hebben we het Inspraakreglement Verzekerden opgesteld. Hierin is vastgelegd hoe, over welke onderwerpen en via welke kanalen onze verzekerden inspraak hebben, conform de wet verzekerdeninvloed zorgverzekeringswet. Zo bespreken we met onze Ledenraad relevante thema's rond ons zorginkoopbeleid. Voor het zorginkoopbeleid 2025 hebben we het gehad over de herijkte zorginkoopstrategie, het versterken van de eerstelijns en gegevensuitwisseling in de zorg. U kunt het uitgebreide verslag hiervan vinden op onze [website](#).

Coöperatie Menzis

Coöperatie Menzis U.A. bestaat uit de zorgverzekeraars Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Anderzorg N.V. en ziektekostenverzekeraar Menzis N.V. Door dit zorginkoopbeleid voldoen de genoemde zorgverzekeraars aan Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw van de NZa.



Bijlage 1 & 2

Bijlage 1. Minimumeisen

Minimumeisen zijn eisen waaraan de zorgaanbieder op het moment van het indienen van de vragenlijst (tenzij anders aangegeven), moet voldoen én gedurende de duur van de overeenkomst aan moet (blijven) voldoen.

1. De zorgaanbieder verleent een integraal zorgaanbod verpleging en verzorging wat onder de zorgaanspraak Verpleging en Verzorging valt, en richt zich derhalve niet op één/enkele onderdeel/onderdelen van Verpleging en Verzorging, zoals bijvoorbeeld casemanagement of wijkgericht werken;
2. De zorgaanbieder garandeert zorgverlening gedurende 24/7;
3. De zorgaanbieder heeft in de periode van 1 maart 2023 tot 1 maart 2024 tenminste één verzekerde van Menzis/Anderzorg in zorg gehad;
4. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland per uiterlijk 1 januari 2025.
5. De zorgaanbieder is ingeschreven in het BIG-register als verpleegkundige (alleen voor ZZP'er);
6. De zorgaanbieder heeft het KIWA-keurmerk of HKZ_NEN Keurmerk ZZP'er in Zorg & Welzijn (alleen voor ZZP'er);
7. De zorgaanbieder heeft zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders gemeld en heeft – indien de Wtza dat vereist – een vergunning voor het verlenen van de zorg en voldoet aantoonbaar aan de vereisten van de Wtza.
8. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de actueelste Governancecode ingevoerd (bij rechtspersonen) of kan aantonen hoe de zorgaanbieder de governance heeft ingericht (natuurlijke personen, VOF of eenmanszaak);
9. De zorgaanbieder beschikt over een meervoudig toezicht, die is vastgelegd in de statuten én het handelsregister (bij rechtspersonen);
10. De zorgaanbieder beschikt over een beoordelings- of controleverklaring met een goedkeurende strekking van een accountant over het verantwoordingsjaar 2023;
11. De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is alsmede gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders geïntegreerd en wordt gewerkt aan uitkomstindicatoren volgens het vigerende kwaliteitskader/kompas. De zorgaanbieder verantwoordt zich hierover in het jaardocument vóór 1 juni van het jaar volgend op het verslagjaar;
12. De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling openbare jaarverantwoording Wmg.
13. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van het bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2025 afgesloten.
14. De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa.
15. De zorgaanbieder, zijn UBO en pseudo-UBO komen niet voor op enige nationale of internationale sanctielijst, waaronder in ieder geval de Nederlandse sanctielijst en de door de Europese Unie en de Verenigde Naties gehanteerde sanctielijsten worden begrepen.
16. De (pseudo)UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd.
17. De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen.
18. Er is niet bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies.
19. De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, diens werkzaamheden zijn niet gestaakt, jegens hem geldt geen surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord. De zorgaanbieder verkeert niet in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving.

20. De zorgaanbieder heeft niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering niet meege- werkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;
21. De zorgaanbieder heeft niet blijkegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar waardoor dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties.
22. De zorgaanbieder heeft alle vorderingen die Menzis op hem heeft voldaan binnen de daarvoor gestelde betaal- termijnen.
23. De zorgaanbieder heeft voldoende (BIG-geregistreerde) en bekwame mbo- en hbo-verpleegkundigen (minimaal niveau 3) met een specifieke deskundigheid in dienst of huurt deze in via onderlinge dienstverlening, om te al- len tijde de zorg te kunnen verlenen die nodig is om aan de zorgbehoefte van de cliënt te kunnen voldoen, ook als deze zorg op onplanbare momenten nodig heeft (24/7);
24. De zorgaanbieder heeft minimaal één fte hbo-verpleegkundige niveau 5 op gemiddeld 55 cliënten in vaste dienst. Minimaal één van deze hbo-verpleegkundigen is geregistreerd in het AGB-register met een eigen AGB- code en gekoppeld aan de instellings-AGB (bij instellingen) of is de eigen AGB-code (ZZP'er);
25. De zorgaanbieder heeft voor zijn verpleegkundigen en verzorgenden contractafspraken (telefoonnummers, overlegmomenten, sociale kaart) beschikbaar met zorgpartners (ziekenhuis, huisarts, apotheek), gemeenten (het sociaal domein) en zorgaanbieders in de Wlz (Wet langdurige zorg) in de regio waar de zorgaanbieder ac- tief is ten behoeve van contact in de keten;
26. De zorgaanbieder heeft in de regio waarin hij actief is afspraken gemaakt met apothekers en huisartsen con- form het rapport 'Veilige principes in de medicatieketen' (opgesteld door Task Force medicatieveiligheid care) én heeft daarnaast deze principes aantoonbaar geïmplementeerd in de eigen organisatie;
27. De zorgaanbieder geeft op zijn website aan op welke wijze de zorgaanbieder samenwerkt met mantelzorgers en de mantelzorg ondersteunt bij de zorg aan de cliënt.

Bijlage 2. Uitvoeringseisen

Aan deze eisen moet de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de overeenkomst voldoen. Onderstaande uitvoeringseisen worden opgenomen in de overeenkomst. Naast onderstaande uitvoeringseisen zal de overeenkomst uiteraard ook andere bepalingen bevatten zoals onder andere bepalingen over zorgverlening en declaratie- en betalingsverkeer.

1. De zorgaanbieder laat de zorg leveren door verpleegkundigen en verzorgenden (minimaal opleidingsniveau 3). Wanneer de aanbieder ander zorgpersoneel (helpenden niveau 2, stagiaires en leerlingen die minimaal in opleiding zijn tot niveau 3 of hoger) wil inzetten voldoet de zorgaanbieder aan de uniforme ZN norm;
2. De zorgaanbieder doet onderzoek naar cliëntervaringen, zoals is afgesproken in het kwaliteitskader Wijkverpleging, bij het aantal cliënten conform de handreiking PREM die bij u in zorg zijn. De uitkomsten worden gebruikt voor interne verbetering van de organisatie en de zorg. De resultaten zijn openbaar beschikbaar voor de cliënt en Menzis op de eigen website;
3. Er wordt voor vaststelling van de inhoud en de omvang van de zorg aan cliënten gebruikgemaakt van het normenkader voor indicatie en organisatie, zoals is opgesteld door de V&VN door een (wijk) verpleegkundige met minimaal hbo-niveau;
4. Proactieve zorgplanning wordt standaard aangeboden aan iedere cliënt en is daarmee onderdeel van het cyclisch zorgproces;
5. De zorgaanbieder maakt zoveel mogelijk gebruik van een vast team van zorgverleners bij elke cliënt. De grootte van het team is daarbij minder belangrijk, mits het aantal zorgverleners duidelijk is afgesproken met de cliënt. Er is een vast aanspreekpunt beschikbaar voor elke cliënt en dit is vastgelegd in het zorgplan;
6. De zorgaanbieder hanteert bij iedere klant een digitaal zorgdossier, waarin de gegevens - die systematisch en methodisch volgens het verpleegkundige proces zijn verzameld - worden vastgelegd. In het dossier is het verpleegkundig proces herkenbaar terug te vinden. De verpleegkundige anamnese en vastlegging van de uitkomstindicatoren conform het vigerende kwaliteitskader/kompas zijn een duidelijk onderdeel van het dossier;
7. De zorgaanbieder levert digitale zorg aan cliënten wanneer fysieke zorg vervangen kan worden door een eHealth toepassing. Wanneer fysieke zorg vervangen kan worden voor een hulpmiddel, wordt een hulpmiddel ingezet;
8. De zorgaanbieder investeert aantoonbaar middels een registratie in het Kwaliteitsregister V&V of een eigen registratiesysteem in de professionele ontwikkeling van het zorgverlenend personeel dat middels een scholings- en/of arbeidsovereenkomst in dienst is, middels scholing, intervisie, bijhouden van vakliteratuur of kennisoverdracht;
9. De zorgaanbieder hanteert een actief beleid (en kan dit als Menzis daarom verzoekt, overleggen door middel van een aanwezig scholingsplan) voor het opleiden van verpleegkundig en verzorgend personeel. Onder meer door het screenen van het personeelsbestand op geschikte kandidaten, het opleiden van eigen personeel en het beschikbaar stellen van stageplaatsen en werkbegeleiding;
10. De zorgaanbieder heeft zich gecommitteerd aan de samenwerkingsafspraken in de regio op basis van het regioplan en de daaruit voortvloeiende afspraken. Samenwerking is in ieder geval rondom cliënt opgezet met huisarts en sociaal domein en waar nodig met de Specialist Ouderengeneeskundige en het ziekenhuis;
11. De zorgaanbieder committeert zich aan de afspraken die in de regio gemaakt zijn rondom onplanbare nachtzorg en is daarmee medeverantwoordelijk voor een doelmatige inzet van zorg in de nachtelijke uren;
12. De zorgaanbieder conformeert zich aan de richtlijnen en standaarden, zoals genoemd in de zorgstandaard Dementie en levert of organiseert passende casemanagement Dementie. Dit wordt afgestemd met huisarts/POH-O en het sociaal domein. De zorgaanbieder sluit zich aan bij het lokale ketennetwerk;
13. De zorgaanbieder maakt het mogelijk dat zijn wijkverpleegkundigen in staat zijn de samenwerking in de wijk en de regio in te vullen. Er wordt ruimte gegeven voor scholing en intervisie. Er is ruimte om contact te zoeken met

andere hulpverleners in de wijk en de zorgaanbieder neemt de verantwoordelijkheid om werkafspraken te maken met onder andere gemeenten;

14. De zorgaanbieder heeft alle cliënten ingedeeld in een cliëntprofiel, gebaseerd op het draagkracht-draaglast (DKDL) model.
15. De zorgaanbieder die Hoogcomplexe technische thuiszorg levert, heeft hiervoor schriftelijk vastgelegde afspraken met tenminste één ziekenhuis. De gemaakte afspraken voldoen aan het 'toetsingskader ziekenhuisverplaatste zorg' van Menzis;
16. De zorgaanbieder die palliatieve zorg levert doet dit generalistisch waar het kan en specialistisch waar het moet met bevoegde en bekwame verpleegkundigen en verzorgenden.
 - a. De vaststelling van de palliatief terminale fase gebeurt altijd en aantoonbaar in overleg met de (huis)arts. U maakt in het zorgplan naast de fysieke, psychische en sociale aspecten tevens zichtbaar dat uw cliënt de gewenste geestelijke/spirituele zorg wordt aangeboden en dat waar nodig de naasten van de klant begeleiding en nazorg geboden wordt, u verwijst door wanneer de begeleidingsvraag niet past binnen het verpleegkundig domein;
 - b. Daarbij participeert u actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en werkt conform de afspraken die binnen het Netwerk zijn gemaakt;
 - c. De zorgaanbieder werkt met Advance Care Planning. U werkt volgens het kwaliteitskader Palliatieve zorg;
 - d. De zorgaanbieder maakt actief gebruik van mantelzorg en vrijwilligers (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg) bij de inzet van 24 uren toezicht;
17. Aanvullende eisen Medische Kindzorg:
 - a. Kinderverpleegkundige zorg wordt altijd uitgevoerd door een kinderverpleegkundige. Onder kinderverpleegkundige wordt verstaan: een verpleegkundig niveau 4 of 5/6 met kinderaantekening of een verpleegkundige die in 2022 ingeschreven staat voor de opleiding tot kinderverpleegkundige en reeds ruime ervaring heeft met het verplegen van zieke kinderen. Aanbieders dienen hier aantoonbaar aan te voldoen bij het aan gaan van het contract;
 - b. Het indiceren en organiseren van zorg buiten het ziekenhuis wordt altijd gedaan door een kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist;
 - c. Aanvullend op het normenkader voor verpleegkundige indicatiestelling wordt er door kinderverpleegkundigen gebruik gemaakt van de Handreiking Indicatieproces Kindzorg.
 - d. Tijdens het indicatieproces en gedurende de zorgperiode, dient de zorgaanbieder structurele aandacht te hebben voor signalen van kindermishandeling en indien nodig hierop te anticiperen. Tevens moet er worden afgewogen of de omgeving, waarin het kind zorg ontvangt, voldoende veilig is.