overzicht highlights inkoopbeleid wijkverpleging 2025

Thema	Zilveren Kruis	Menzis	CZ
Algemeen	Ons inkoopbeleid is erop gericht de toegankelijkheid van de wijkverpleging te verbeteren en u in staat te stellen meer verzekerden in zorg te nemen.	Centraal staat de Zorgtransformatie: de duurzame verandering die nodig is om passende zorg écht te realiseren. Hierin staat samenwerking centraal.	De toegankelijkheid van wijkverpleegkundige zorg staat onder druk. Steeds vaker is er sprake van arbeidsmarktkrapte, een groeiend aantal (complexe) cliënten en versnippering. Het is belangrijk dat zorgaanbieders zich blijven ontwikkelen en regionaal samenwerken, zodat we de toegankelijkheid van de zorg behouden en vergroten. Het is essentieel dat we arbeidsbesparende en productiviteitsverhogende maatregelen en innovaties implementeren en opschalen, zoals de inzet van digitale zorg en hulpmiddelen.
Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar	Zie pagina 3	Zie pagina 4.	Zie pagina 5.
Meerjarencontract	We bieden u een tweejarige overeenkomst voor de periode 2025-2026. Door niet elk jaar in gesprek te hoeven over contractvoorwaarden verwachten we ruimte te scheppen voor het inhoudelijke gesprek.	Biedt éénjarige overeenkomst aan	Biedt éénjarige overeenkomst aan, tenzij anders overeengekomen
Benchmark/Doelmatigheid/tarief	We willen in 2027 met een nieuw doelmatigheidsmodel gaan werken. In plaats van het criterium 'uren per verzekerde per maand' willen we toe naar het criterium 'kosten per verzekerde per jaar'. We willen de periode 2025-2026 gebruiken om naar dat nieuwe model toe te werken. Zorgaanbieders worden aan het begin van de tweejarige periode 2025-2026 ingedeeld in een doelmatigheidscategorie. De declaraties van 1 juni 2023 tot en met 31 mei 2024 vormen de basis voor deze indeling .Om uitschieters in declaraties minder invloed te laten hebben op de uitkomsten van het model excluderen we: (1) Geleverde zorg aan kinderen met een intensieve zorgvraag.(2) De 2,5% verzekerden (minimaal 1) met de hoogste en 2,5% verzekerden (minimaal 1) met de laagste gemiddelde zorgkosten per maand. (3) Palliatief terminale zorg.	Het 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	Net als voorgaande jaren worden zorgaanbieders gebenchmarkt via het waardemodel van CZ. Dit waardemodel is niet veranderd t.o.v. andere jaren. De afgelopen jaren zijn we met een aantal zorgaanbieders een maatwerkcontract met maandbekostiging overeengekomen. Door de variatie in deze contracten hebben wij echter onvoldoende inzicht in de effectiviteit hiervan op het gebied van kwaliteit, kosten en toegankelijkheid. Om dit inzicht wel te verkrijgen en meer uniformiteit te creëren, mede gezien de nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen, verwachten we van deze zorgaanbieders dat ook zij vanaf 2025 op basis van 5-minutenregistratie declareren, in combinatie met een vastgestelde doelmatigheid en een shared-savingsafspraak.
Omzetplafond/basisbudget	De omzetplafonds voor de doelmatigheidscategorieën 2 en 3 vervallen (wordt vrij volume). Daarmee stellen we u in staat meer verzekerden in zorg te nemen en de toegankelijkheid van wijkverpleging te verbeteren. Wanneer u geen afspraak met vrij volume heeft, dan neemt u contact met ons op zodra 80% van uw basisbudget is bereikt. Doe dat op uiterlijk 1 september van het lopende contractjaar 2025 of 2026, wanneer u verwacht dat het basisbudget voor dat contractjaar zal worden overschreden	Wij verwachten dat u stuurt op de budgetafspraak, 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. 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.	CZ groep verwacht van zorgaanbieders dat zij sturen op de gemaakte inkoopafspraak. Daarin is al rekening gehouden met bijvoorbeeld een verwachte omzetgroei in een bepaald jaar. Als de zorgaanbieder gedurende het jaar verwacht dat zijn omzetplafond door bijzondere en/of onvoorziene omstandigheden toch ontoereikend is, kan hij in september een verzoek indienen voor bijcontractering. In die aanvraag toont de zorgaanbieder aan dat hij voldoet aan alle voorwaarden. Zie voor de randvoorwaarden blz. 12 van het inkoopbeleid. Zorgaanbieders met een waardemodelscore B en minder dan 5 punten op het kostenonderdeel én zorgaanbieders met waardemodelscore C komen niet voor ophoging in aanmerking. 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. Ook moet hij duidelijk maken of er sprake is van een verplaatsing van cliënten in de regio.
Onderaannemerschap	U mag alleen gecontracteerde zorgverlening aan een derde partij of aan zzp'ers uitbesteden als u minimaal 67% van de zorgomzet voor verzekerden van Zilveren Kruis zelf uitvoert. In het Zorginkoopportaal vragen wij u een lijst van onderaannemers te uploaden. Dit betreft voor een overeenkomst 2025-2026 een uitvraag die we hanteren voor inzicht in de situatie per 1 januari 2025. Gedurende de looptijd van de overeenkomst is het uw verantwoordelijkheid om via ons contactformulier melding te maken wanneer uw percentage onderaannemerschap zodanig wijzigt dat niet meer wordt voldaan aan de inkoopvoorwaarden.		Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij ten minste 50% van de zorg zelf leveren en voor maximaal 50% van de zorg onderaannemers inzetten. Dit betekent dat zij vóór het versturen van een overeenkomst wijkverpleging voor 2025 2 zaken moeten opgeven: het percentage onderaannemers dat zij willen inzetten en voor welk deel van de te leveren zorg dat gebeurt. 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.Zogenoemde 'volle dochters' worden niet als onderaannemer beschouwd. Zorg die wordt geleverd door onderaannemers die niet vooraf gemeld zijn, komt niet voor vergoeding in aanmerking
Klant-werkgebied ratio	De klant-werkgebiedratio blijft gelijk aan die van 2024. Wel nemen we bij het berekenen van de ratio nu ook uw Wlz-cliënten in de zorgkantoorregio's van Zilveren Kruis mee. We zonderen bestaande zorgaanbieders uit van de klant-werkgebiedratio die meer dan 90% van de Zvw-wijkverpleging aan Zilveren Kruis-verzekerden leveren in postcodegebieden buiten onze kernregio's Voor enkele zorgaanbieders is de klant-werkgebiedratio niet van toepassing. De minimale klant-werkgebiedratio is niet van toepassing voor u als u: (1)meer dan 90% medische kindzorg levert (prestatie 1183, 1039 ofwel 1040) (2) meer dan 90% zorg levert in een hospice (3) meer dan 90% palliatief terminale zorg levert.		De zorgmarkt voor wijkverpleging versnippert. Deze versnippering bemoeilijkt de samenwerking en mogelijkheid om herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging te bieden. Dit draagt niet bij aan passende, toegankelijke en toekomstbestendige zorg. Daarom stellen we in onze kernwerkgebieden voorwaarden aan het minimum aantal CZ-cliënten dat gemiddeld per 4-cijferig postcodegebied in zorg is. Deze voorwaarden gelden vanaf 2025 voor nieuwe zorgaanbieders en vanaf 2026 voor bestaande zorgaanbieders. Deze worden gefaseerd verder aangescherpt. Zie de tabel op blz. 9 van het inkoopbeleid.
Passende zorg: **- Zelf als het kan** **- Digitaal als het kan** **- Hulpmiddelen**	De inzet van hulpmiddelen zien we als voorliggend aan de inzet van fysieke zorg. We overwegen dit de komende jaren ook in polis- en contractvoorwaarden vast te leggen. We verwachten van u in de regio's waar Zilveren Kruis marktleider is dat u regionaal afspraken maakt over de inzet van de druppelbril, gericht op het voorkomen van fysieke zorg. Per 2025 maken we het mogelijk voor een wijkverpleegkundige, bij de inschatting van voldoende zelfredzaamheid en arbeidsbesparing, een ACD in te zetten in de acute fase van oedeem. Hierbij is het belangrijk om afspraken te maken met de huisartsen waarmee u samenwerkt. We vinden het belangrijk dat u over een visie beschikt waarin digitale zorg strategisch verankerd is. Maar ook dat u heeft nagedacht over de inrichting van uw organisatie op een manier die deze visie faciliteert. We achten het haalbaar en noodzakelijk dat u uiterlijk 31 december 2025 over deze visie beschikt.	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. 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	Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij zich inzetten om de samenredzaamheid van cliënten te behouden en/of te vergroten. Dit betekent dat zij enkel professionele zorg leveren wanneer dit vanwege de zorgvraag noodzakelijk is en wanneer de inzet van (digitale) hulpmiddelen en/of het eigen netwerk niet mogelijk of niet afdoende is om professionele zorg te voorkomen.
Vergoeding thuiszorgtechnologie	We vergoeden de inzet van de medicijndispenser, dagstructuur robots en beeldschermzorg zonder dat u daarvoor aanvraagformulieren hoeft in te vullen. **Deze oplossingen zijn voorliggend op fysieke zorg**. U kunt met uw zorginkoper afspraken over de inzet van deze toepassingen maken. U hoeft daarvoor geen aanvraagformulier in te vullen. Mits het oplossingen betreft die positief door het Zorgtransformatiemodel zijn gekomen. Voor alle overige (thuiszorg)technologieën kunt u gebruik maken van het aanvraagformulier dat zorgverzekeraars hebben geharmoniseerd. Zilveren Kruis hanteert geen harde criteria voor het beoordelen van deze aanvragen. Dit is maatwerk.	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. Aanvullende aanvragen beoordelen we op de volgende aspecten: (1)de zorg is veilig en bewezen effectief; (2) de technologie draagt aantoonbaar bij aan arbeidsbesparing voor wijkverpleging; (3) er mag geen sprake zijn van vergoeding onder een ander domein; (4)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.	Ook in 2025 nemen we de prestatiecode 1062 Thuiszorgtechnologie standaard op in onze overeenkomsten om zorgaanbieders tegemoet te komen in de materiële kosten die zij maken voor de digitale zorg die is geïndiceerd onder de aanspraak wijkverpleging. Specifiek contracteren wij in 2025 de inzet van een medicijndispenser, beeldzorg, een dagstructuurrobot en eenintegraal pakket digitale zorg via de basisovereenkomst. Hiervoor vragen we zorgaanbieders om bij het aanleveren van de kwaliteitsinformatie aan te geven welke verpleegkundige interventies digitaal geleverd gaan worden, welke technologie deze digitale zorg ondersteunt en bij welk deel van het potentieel aantal cliënten digitale zorg wordt ingezet. Daarbij verwachten we dat de inzet van technologie schaalbaar is en dat op individueel cliëntniveau aangetoond kan worden dat de inzet hiervan (kosten)efficiënt is. Wanneer hier sprake van is, mag u hiervoor maandelijks per cliënt de werkelijke kosten exclusief btw (voor het abonnement en de aan- en afsluitkosten) declareren tot een maximumbedrag. De voorwaarden die hierop van toepassing zijn, delen wij met u in het productievoorstel voor 2025. Voor het aanvragen van vergoedingen voor overige digitale zorg, kunt u het landelijke aanvraagformulier downloaden op onze website: Inkoop thuiszorgtechnologie - Wijkverpleging - CZ.
Financiering van innovatie	Evt. mogelijk via transformatiemiddelen of één van de stichtingen		
Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (H&A)/ Samenwerking in de eerste lijn	Voor toekomstbestendige zorg is samenwerking van zorgaanbieders in de wijkverpleging nodig, zowel op verzekerde-, wijk- als regionaal niveau. U kunt op meerdere niveaus een rol vervullen. Wij zien drie rollen: (1) thuiszorgaanbieder voor de verzekerde, (2) regievoerder in de wijk, (3) Netwerkpartners in de regio. We verwachten dat eind 2026 in al onze kernregio's een herkenbaar en aanspreekbaar team beschikbaar is dat afspraken met huisartsen en sociaal domein structureel heeft geborgd.	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. We zetten ons 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	Voor een doelmatige organisatie van de wijkverpleging is het zinvol om een aantal taken in een regio of wijk te concentreren bij 1 of enkele zorgaanbieders. Van deze zorgaanbieders verwachten wij dat ze in staat zijn om een voortrekkersrol op zich te nemen. Zij borgen de zorginfrastructuur voor specifieke functies, zoals regionale samenwerking en coördinatie. Deze zorgaanbieders vervullen een voortrekkersrol als zij met andere partners de beschikbaarheid van zorg efficiënt organiseren op alle momenten en in alle situaties. Bijvoorbeeld in het kader van een herkenbaar en aanspreekbaar team in de wijk.
Voorwaarden inzet helpenden niveau 2, stagiaires en leerlingen die minimaal in opleiding zijn tot niveau 3 of hoger (ook wel ander zorgpersoneel genoemd).	Zie de website van ZN voor de voorwaarden waaronder helpenden, stagiaires en leerlingen ingezet mogen worden.	Zie de website van ZN voor de voorwaarden waaronder helpenden, stagiaires en leerlingen ingezet mogen worden.	Zie de website van ZN voor de voorwaarden waaronder helpenden, stagiaires en leerlingen ingezet mogen worden.
Kwaliteit	U meet de ervaringen van verzekerden (PREM), (laat) publiceert deze en gebruikt de uitkomsten voor interne verbetering van organisatie en zorg. We volgen de ontwikkelingen rondom het Kwaliteitskompas.	We verwachten van zorgaanbieders dat zij een visie hebben op de wijze waarop zorgprofessionals (de zorgverleners uit het team) Proactieve Zorgplanning 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. 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.	We willen graag inzicht krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Omdat directe uitkomsten in de wijkverpleging (nog) niet of nauwelijks worden gemeten, vragen we daarom naar zaken die de uitkomsten naar onze mening positief beïnvloeden, zoals het percentage professionals dat is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen & Verzorgenden, het aantal hbo-bachelor opgeleide verpleegkundigen (niveau 6) of hoger op de totale cliëntenpopulatie wijkverpleging en de cliënttevredenheid. Alle zorgaanbieders krijgen tussen 2 en 31 mei de gelegenheid om hun kwaliteitsinformatie digitaal aan te leveren via de uitvraagmodule van VECOZO . Zorgaanbieders met wie we een experiment voor maandbekostiging zijn gestart, kunnen we vooralsnog niet op de reguliere manier vergelijken met andere zorgaanbieders in ons waardemodel. Ook bij deze groep start een benchmark. Om tot deze spiegelrapportage te komen, verwachten wij van deze zorgaanbieders dat zij 2 keer per jaar (vóór 1 april en vóór 1 oktober) de monitor aanleveren via inkoopvvt.zvw@cz.nl. Ook leveren zij tussen 2 en 31 mei de kwaliteitsinformatie digitaal aan via de uitvraagmodule van VECOZO. We volgen de ontwikkelingen rondom het kwaliteitskompas
Arbeidsmarkt		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	
Duurzaamheid	Zie het ZN Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg	Zie het ZN Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg	Zie ZN Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg
Cliëntprofielen	Vanaf 1 januari 2025 is het registreren van cliëntprofielen verplicht. De profielen stuurt u mee met de nieuwe declaratiecodes. Declareren met de ZN doelgroepcodes is vanaf 1 januari 2025 niet meer mogelijk.	Het is voor alle aanbieders met wie we een contract aangaan verplicht om vanaf 2025 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 Hoogcomplexe technische thuiszorg. In beginsel maken we afspraken op basis van een uurtarief.	Vanaf 2025 registreert en declareert elke zorgaanbieder conform de landelijke afspraken over het draagkracht draaglastmodel en de bijbehorende cliëntprofielen. Om met deze overgang inzicht te behouden en variatie in contracten te minimaliseren, sluiten wij met alle zorgaanbieders voor 2025 een overeenkomst op basis van 5- minutenregistratie en -declaratie

Thema	VGZ	Zorg en Zekerheid
Algemeen	Ons inkoopbeleid 2025 is een uitnodiging aan zorgaanbieders. We willen intensief samenwerken aan kwaliteit, toegankelijkheid, duurzaamheid en betaalbaarheid van zorg. We moeten samen zoeken naar een balans tussen de belangen van al onze leden én zorgprofessionals. Laten we samen werken aan een gezonder Nederland met toekomstbestendige zorg voor iedereen.	Wij vragen zorgaanbieders van wijkverpleging dan ook om volgens de stepped care-benadering in te zetten op zelfredzaamheid. Niet alleen van de verzekerde, maar ook van de mantelzorger, om zo hun vitaliteit te versterken. Indien zorg alsnog nodig is, moet deze beschikbaar en passend zijn. Hierbij vragen wij van zorgaanbieders om samen te werken, passende zorg op de juiste plek te bieden, gebruik te maken van hulpmiddelen en thuiszorgtechnologie, Positieve Gezondheid centraal te stellen en samen met ons de buurt gezond te maken.
Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar	Zie bijlage 1	Zie pagina 4
Meerjarencontract	Biedt éénjarige overeenkomst aan	Een basis of een basis plus zorgovereenkomst heeft de duur van 1 jaar. Een maatwerk overeenkomst kan voor de periode van één, twee of drie jaar worden afgesloten.
Benchmark/Doelmatigheid/tarief	Aanpassing indexatie 2025 als gevolg van extra indexatie 2024. In 2024 hebben we een extra opslag op onze prijsindexatie toegepast. Dit vanwege de CAO-loonstijging in de wijkverpleging waarover overeenstemming werd bereikt in 2023. In 2025 compenseren wij dit in de prijsindexatie wijkverpleging. Dit doen we via de inhaalindex. Wanneer wij een zorgovereenkomst aanbieden, onderbouwen wij de berekenwijze in de toelichting. Wij vinden het belangrijk dat onze benchmarksystematiek zo accuraat mogelijk is. Het komt echter voor dat aangeleverde declaratiedata niet bruikbaar zijn voor de benchmark. Wanneer dit het geval is, wordt een zorgaanbieder vanaf 2025 uitgesloten van de benchmark. Wanneer een zorgaanbieder wordt uitgesloten van de benchmark, wordt de aangeboden zorgovereenkomst niet gebaseerd op de benchmarksystematiek. Naast een mogelijke afslag op het zorgkostenplafond van maximaal 10%, is het vanaf 2025 ook mogelijk dat dit gevolgen heeft voor afspraken over het tarief en/of de ureninzet.	Bij het maken van tariefafspraken kan ook gebruik gemaakt worden van het 'Rekenmodel Wijkverpleging' zoals die in overleg tussen ZN, Actiz en Zorgthuisnl tot stand is gekomen. Zorg en Zekerheid beschouwt het Rekenmodel als een hulpmiddel om in het belang van haar verzekerden tot passende tarieven te komen. Hierbij geldt dat hoe beter de verschillende kostenposten inhoudelijk zijn toegelicht, hoe beter het gesprek op basis van het Rekenmodel kan plaatsvinden.
Omzetplafond/basisbudget	De zorgaanbieder neemt contact op met onze zorginkoper wanneer 70% van het zorgkostenplafond is bereikt en het resterende deel van het zorgkostenplafond waarschijnlijk niet toereikend is voor dat jaar. Als een zorgaanbieder met een standaard of cliëntvolgende zorgovereenkomst niet uitkomt met het zorgkostenplafond en wij oordelen dat dit niet wordt verhoogd, dan is het mogelijk om na overleg met ons een cliëntenstop voor nieuwe cliënten toe te passen. Onze afdeling Zorgadvies & Bemiddeling leidt onze verzekerden dan naar passend gecontracteerd zorgaanbod. Samen maken we afspraken over de wijze van informeren en de informatie die we in dat geval geven aan onze verzekerden.	Indien de zorgaanbieder gedurende het contractjaar signaleert dat het aantal cliënten de afspraak zal overtreffen, dan kan de zorgaanbieder een verzoek doen om het omzetplafond te verhogen. De zorgaanbieder meldt zich dan voor 1 september van het contractjaar en uiterlijk op het moment dat 70% van de afgesproken omzet reeds door Zorg en Zekerheid is vergoed.
Onderaannemerschap	Daarom hanteren we voor onderaanneming in de wijkverpleging een maximum van 33% van de geleverde zorg die door onderaannemers geleverd mag worden. Onder onderaannemers vallen organisaties die als onderaannemer gecontracteerd zijn door de hoofdaannemer, maar ook personeel dat niet in loondienst is en coöperaties van individuele zorgaanbieders. Een zorgaanbieder mag alleen onderaannemers inzetten als daarvoor expliciet toestemming is gegeven door ons. Bij wijzigingen in het lopende jaar verwachten wij dat de aanbieder deze tijdig en volledig aan ons communiceert. Een zorgaanbieder kan hier per e-mail melding van maken aan onze zorginkoper. De zorgaanbieder werkt en declareert bij een cliënt vanuit 1 indicatie en zorgplan. Wordt er samengewerkt met een ongecontracteerde zorgaanbieder? Dan moet dit via onderaanneming georganiseerd worden. Hier is vooraf expliciet toestemming van ons voor nodig. Zo houden we zicht op de kwaliteit van ingezette zorg.	
Klant-werkgebied ratio		
Passende zorg: **- Zelf als het kan** **- Digitaal als het kan** **- Hulpmiddelen**	We stellen extra financiële middelen beschikbaar voor zorgaanbieders die werken volgens de richtlijnen 'Anders werken in de wijkverpleging'. Dit doen we door het stimuleren van 'Inzet op (technologische) hulpmiddelen tenzij' én door financiële middelen beschikbaar te stellen om goed werkgeverschap te stimuleren. Zorgaanbieders zorgen er bijvoorbeeld voor dat hulpmiddelen worden verkozen boven de inzet van fysieke zorg, tenzij dit onderbouwd niet kan. Ook in 2025 continueren wij dit beleid uit voorgaande jaren en breiden dit verder uit met spraakgestuurd rapporteren. Om ook in 2025 voor deze aanvullende afspraak in aanmerking te komen, moet een zorgaanbieder, naast de bestaande voorwaarden, inspanningen leveren om in 2025 te starten met 'Spraakgestuurd rapporteren'. Zie pagina 32 van het inkoopbeleid voor een overzicht van de minimumeisen voor Anders werken in de wijkverpleging. Om thuismeting toekomstbestendig in te zetten, is schaalvergroting van belang. Door schaalvergroting kan schaars personeel slimmer worden ingezet en kunnen investeringen in technologie gedeeld worden. Schaalvergroting wordt gerealiseerd door het inzetten op Zorg Medische Service Centra (ZMSC) waar de digitale component van hybride zorgpaden gecentraliseerd wordt. Van zorgaanbieders in de wijkverpleging wordt verwacht dat zij zich aansluiten bij een ZMSC in de regio.	Zoals eerder beschreven achten wij binnen de stepped care-benadering de inzet van hulpmiddelen en thuiszorgtechnologie voorliggend aan vormen van fysieke zorg. Indien landelijke innovatiestructuren van zorgaanbieders, zoals 'Vilans' en 'Anders Werken in de Zorg', positieve resultaten presenteren over een innovatie, dan beschouwt Zorg en Zekerheid deze als voorliggend op fysieke zorg. Uiteraard hanteren we voor de implementatie een redelijke termijn. Wij vragen zorgaanbieders om waar mogelijk ook regionaal gezamenlijk op te trekken bij de verdere ontwikkeling en implementatie van innovatieve werkwijzen en de inzet van (digitale) hulpmiddelen Zorg en Zekerheid vindt het belangrijk dat ook in de wijkverpleging zorg op de juiste plek wordt aangeboden. In het bijzonder willen we hier ook wijzen op de Beter doen/Beter laten-lijst voor wijkverpleging, zie hiervoor de website van V&VN. Wij verwachten dat zorgmedewerkers van deze lijst op de hoogte zijn en ernaar handelen. Om de inzet op zelfredzaamheid en de stepped care-benadering te stimuleren, maakt Zorg en Zekerheid graag afspraken met zorgaanbieders over de inzet van het 'verpleegkundig adviesgesprek'. Zorg en Zekerheid gaat graag in gesprek over een passende bekostiging van dit verpleegkundig adviesgesprek.
Vergoeding thuiszorgtechnologie	Zoals ook in voorgaande jaren bieden wij in 2025 de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van thuiszorgtechnologie. Voor nieuwe vormen van thuiszorgtechnologie, anders dan opgenomen in de inschrijving voor een overeenkomst 2025, moet een business case aangeleverd worden waaruit blijkt dat aan de bovenstaande voorwaarden wordt voldaan. Zie pagina 33 voor een overzicht van de minimumeisen voor Thuiszorgtechnologie.	Voor de inzet van beeldschermzorg en slimme medicijndispensers neemt Zorg en Zekerheid een standaardvergoeding per cliënt per maand op in haar zorgovereenkomst. Voor de inzet van andere (aanvullende) thuiszorgtechnologieën kunnen zorgaanbieders binnen de regio van Zorg en Zekerheid een aanvraag doen met het landelijk uniforme 'Aanvraagformulier thuiszorgtechnologie' op onze website.
Financiering van innovatie	Naast het 'Anders werken in de wijkverpleging' wordt voor 2025 budget gereserveerd voor innovaties in de wijkverpleging rondom arbeidsbesparend werken; efficiënt(ere) organisatie van de zorg en het verbeteren van het wijkverpleegkundig proces/zeggenschap. Zorgaanbieders kunnen dit budget aanvragen voor de implementatie en brede opschaling van FITinitiatieven, thuiszorgtechnologieën of Good Practices. Overige bestaande subsidies of financieringsmogelijkheden zijn voorliggend Zorgaanbieders met een maatwerkafspraak met 'shared savings' component, coöperaties vanindividuele zorgaanbieders en platformen van zorgaanbieders kunnen geen aanspraak maken op het innovatiebudget. Zie pagina 33 van het inkoopbeleid voor het overzicht van de minimumeisen om in aanmerking te komen voor Innovatiebudget.	
Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (H&A)/ Samenwerking in de eerste lijn	De eerstelijnszorg toegankelijk houden voor de mensen die dat nodig hebben en bijdragen aan gelijke kansen op goede gezondheid voor iedereen. Dat is het doel van de visie eerstelijnszorg 2030 die begin 2024 is vastgesteld. Vanaf nu gaan we met onze gecontracteerde zorgaanbieders aan de slag om uitvoering te geven aan de visie. Van de zorgaanbieders in de wijkverpleging verwachten wij dat ze zorgen voor een gemandateerde aansluiting bij het regionale eerstelijnssamenwerkingsverband. In 2020 is de 'Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' gepubliceerd. De NZa heeft een prestatie voor herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging ontwikkeld. Aangezien wij dit als onderdeel zien van het integraal tarief kopen wij deze prestatie niet afzonderlijk in.	Wij vragen van zorgaanbieders om zich aan de visie op de eerstelijnszorg te committeren en om samen met ons de visie op de eerste lijn in de regio verder vorm te geven. Om tot goede werkafspraken met andere zorgaanbieders in de keten te komen, zorgen zorgaanbieders van wijkverpleging dat er een duidelijk aanspreekpunt is en dat zorgaanbieders elkaar in onderlinge afstemming vertegenwoordigen naar andere ketenpartijen. Bijzondere aandacht gaat uit naar netwerkvorming en onderlinge vertegenwoordiging tussen zorgaanbieders van wijkverpleging, aansluiting van het sociaal domein en het inzichtelijker en toegankelijker maken van actueel zorgaanbod. Zorg en Zekerheid zoekt met maatwerkaanbieders in haar regio ook naar mogelijkheden om de regionale organisatie van gezamenlijke aanmeld- en coördinatiepunten voor wijkverpleging verder te ontwikkelen. We verwachten dat zorgaanbieders zich waar mogelijk aansluiten bij deze aanmeldpunten. Waar versnippering van aanbod van wijkverpleging een belemmering vormt voor een efficiënte inzet van zorg in de wijk kan Zorg en Zekerheid in haar regio experimenteren met het aanwijzen van preferente zorgaanbieders per wijk. Hierbij vragen wij dan van die preferente zorgaanbieder om namens de wijkverpleging afspraken met andere zorgaanbieders in de wijk te maken en om bijvoorbeeld de 'loketfunctie' op zich te nemen voor cliënt, huisarts en ziekenhuis bij het toeleiden van een zorgvraag naar beschikbaar en passend zorgaanbod. Zorg en Zekerheid spreekt daarbij een werkwijze af waarbij keuzemogelijkheden voor cliënten en toegang tot niet-preferente zorgaanbieders zo veel als mogelijk blijft bestaan.
Voorwaarden inzet helpenden niveau 2, stagiaires en leerlingen die minimaal in opleiding zijn tot niveau 3 of hoger (ook wel ander zorgpersoneel genoemd).	Zie de website van ZN voor de voorwaarden waaronder helpenden, stagiaires en leerlingen ingezet mogen worden.	Zie de website van ZN voor de voorwaarden waaronder helpenden, stagiaires en leerlingen ingezet mogen worden.
Kwaliteit	Bij publicatie van dit inkoopbeleid is nog niet bekend of het nieuw ontwikkelde Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' (hierna: Kwaliteitskompas) al per 2025 ingezet kan worden. Om deze reden spreken we in het inkoopbeleid van 'het vigerende kwaliteitskader/kwaliteitskompas'. Hiermee wordt ofwel het Kwaliteitskompas dan wel het Kwaliteitskader Wijkverpleging bedoeld. Ons uitgangspunt is dat we integrale zorg inkopen bij zorgaanbieders die alles in huis hebben: generalistische zorg waar het kan én specialistische zorg waar dat nodig is. We moedigen aan dat zorgaanbieders aan de slag gaan met de Beter-Laten-lijst. van V&VN. Daarnaast verwachten we dat iedere wijkverpleegkundige met enige regelmaat achter de voordeur komt om praktijkkennis op peil te houden.	We volgen de ontwikkelingen rondom het kwaliteitskompas. Waar mogelijk sluit Zorg en Zekerheid aan bij indicatoren van de beroepsgroep, het Kwaliteitskader. Wij verwachten dat zorgaanbieders toelichten wat zij met de uitkomsten op de vanuit het kwaliteitskader wijkverpleging beschikbare indicatoren doen. Wij vinden het belangrijk dat onze verzekerden over informatie beschikken die helpt bij het kiezen van een zorgaanbieder die bij hen past. Landelijk zijn afspraken gemaakt om etalage-informatie over de wijkverpleging beschikbaar te stellen via een keuzehulp op ZorgkaartNederland. Zorg en Zekerheid verwacht dat zorgaanbieders de benodigde informatie via Vektis aanleveren bij ZorgkaartNederland en up-to-date houden.
Arbeidsmarkt	We vinden het belangrijk om verpleegkundig zeggenschap te stimuleren voor zowel de verpleegkundige als de verzorgende. Wij verwachten dat iedere zorgorganisatie de zeggenschap van zorgprofessionals gestructureerd organiseert en borgt. Voor organisaties kan de Monitor Zeggenschap, ontwikkeld in opdracht van VWS, een bruikbaar hulpmiddel zijn om verpleegkundig zeggenschap binnen de organisatie in kaart te brengen.	
Duurzaamheid	Zie het ZN Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg	Zie het ZN Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg
Cliëntprofielen	De nieuwe manier van bekostigen vergt wijzigingen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarom hebben wij er voor gekozen om de al door ons gehanteerde systematiek van zorg per uur declareren verder voort te zetten. Uiteraard, op basis van de cliëntprofielen die vanaf 2025 geïntroduceerd worden. Uitzondering hierop is medische kindzorg: deze cliëntprofielen zijn momenteel nog in ontwikkeling. Als zorgverzekeraar is het van belang dat we inzicht hebben in de declaratiedata. Onder andere vanwege de nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen. Wij verwachten dat iedere zorgaanbieder bij declaraties inzicht geeft in de daadwerkelijke inzet van zorg. Dit volgens de registratiestandaard 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' zoals beschreven in de 'Handreiking registratiestandaard wijkverpleging". Met het oog op de nieuwe bekostiging maken wij voor 2025 geen nieuwe maatwerkafspraken met een 'shared savings' component. Dit met uitzondering van de zorgaanbieders waarmee wij deze afspraken in 2024 al hebben gemaakt of waarover al lopende afspraken bestaan deze per 2025 te starten.	Zorg en Zekerheid zal in 2025 bij de meeste zorgaanbieders in dezelfde tijdseenheid bekostigen als zij dat bij die zorgaanbieder in 2024 deed. Wanneer een zorgaanbieder in 2024 het integrale uurtarief declareerde op de ZN-doelgroepen, dan vergoeden wij die zorgaanbieder in 2025 ook op basis van een integraal uurtarief, maar dan per cliëntprofiel. Zorg en Zekerheid bespreekt met haar maatwerkaanbieders of een overgang naar maandtarieven in specifieke gevallen uitvoerbaar is en een bijdraagt aan passende zorg.

Thema	DSW	ONVZ
Algemeen	DSW vindt keuzevrijheid voor verzekerden zeer belangrijk. Daarom contracteert DSW "breed". Dat betekent dat DSW alle zorgaanbieders contracteert die aan de voorwaarden van de beroepsgroep en aan de voorwaarden op de website voldoen.	Het Integraal Zorgakkoord vormt het kader voor onze zorginkoop. Wij vinden het belangrijk dat onze verzekerden de vrijheid hebben om eigen zorgkeuzes te maken en eigen regie te voeren. En helpen en inspireren wij ze bij een goed en gezond leven. Daarom hebben wij de volgende speerpunten in ons zorginkoopkader. ▪ Samen Beslissen, eigen keuze en eigen regie ▪ Gezondheid in plaats van ziekte ▪ Advance Life Planning faciliteren voor onze verzekerden ▪ Meer inzet van innovatie en (nieuwe) zorgtechnologieën
Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar		Zie pagina 6.
Meerjarencontract	Biedt éénjarige overeenkomst aan	Biedt éénjarige overeenkomst aan
Benchmark/Doelmatigheid/tarief		Om passende en efficiënte zorg te stimuleren, kan ONVZ ervoor kiezen met zorgaanbieders maatwerkafspraken over doelmatigheid te maken. Om zicht te krijgen op de doelmatigheid worden benchmarks gemaakt over zorgaanbieders. Hierbij wordt uitgegaan van het gemiddeld aantal geleverde uren zorg en kosten per verzekerde per jaar. Ook kijken we naar de zorgkosten van de populatie van een zorgaanbieder op andere verstrekkingen zoals medisch-specialistische zorg, huisartsenzorg, farmacie en hulpmiddelen. Deze informatie kunnen wij gebruiken bij het maken van maatwerkafspraken over doelmatigheid.
Omzetplafond/basisbudget		
Onderaannemerschap		Onderaanneming mag niet meer dan 35% van de productie uitmaken. Onder onderaannemers verstaat ONVZ zowel organisaties die als onderaannemer werken als inhuur van zzp'ers.
Klant-werkgebied ratio		
Passende zorg: **- Zelf als het kan** **- Digitaal als het kan** **- Hulpmiddelen**		Betrokkenheid van de verzekerde en zijn/haar netwerk bij het zorgproces actief wordt gestimuleerd, dat er oog is voor zorggerelateerde preventie en leefstijl, dat er wordt 'ontzorgd', door de inzet van innovaties doormiddel van zorgtechnologieën en dat er sprake is van Advance Care Planning. Hierbij hoort de beweging van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Deze zorgverleners komen in samenspraak met de verzekerde tot passende zorg ofwel doelmatige zorg van goede kwaliteit. Het vertrekpunt is hierbij digitaal waar het kan en fysiek waar het moet.
Vergoeding thuiszorgtechnologie	Via de contractering van digitale zorg stimuleren we de ontwikkeling van digitale oplossingen in zorgprocessen en de opschaling daarvan bij zorgaanbieders	We willen via de zorginkoop digitale zorg stimuleren.
Financiering van innovatie		
Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (H&A)/ Samenwerking in de eerste lijn		Om onnodige escalatie en zorginzet te voorkomen is het noodzakelijk dat alle betrokken zorg- en hulpverleners, zoals de (wijk)verpleegkundige, verpleegkundig specialist, het wijkteam, de huisarts, de Wmo-medewerker etcetera, met elkaar samenwerken.
Voorwaarden inzet helpenden niveau 2, stagiaires en leerlingen die minimaal in opleiding zijn tot niveau 3 of hoger (ook wel ander zorgpersoneel genoemd).	De zorgaanbieder biedt een integraal aanbod van wijkverpleegkundige zorg en beschikt over voldoende gekwalificeerd personeel in loondienst, afhankelijk van het type en de hoeveelheid zorg die de zorgaanbieder wil leveren. Bij persoonlijke verzorging moet minimaal niveau 3 of een vergelijkbaar deskundigheidsniveau ingezet worden en bij verpleging minimaal niveau 3 IG of een vergelijkbaar deskundigheidsniveau. DSW verwijst in zijn inkoopbeleid niet naar de uniforme voorwaarden van ZN m.b.t. inzet ander zorgpersoneel.	Zie de website van ZN voor de voorwaarden waaronder helpenden, stagiaires en leerlingen ingezet mogen worden.
Kwaliteit		ONVZ heeft als uitgangspunt dat de beroepsgroepen en/of brancheverenigingen bepalen wat passende zorg is, door middel van onder andere actuele kwaliteitskaders, kwaliteitsstandaarden en behandelrichtlijnen. De zorgaanbieder is degene die eindverantwoordelijk is voor het toepassen en leveren van deze passende zorg. Persoonlijke aandacht en ondersteuning voor onze verzekerden vinden wij belangrijk. De verzekerden die zorg nodig hebben, verschillen in het leven dat zij leiden. Daarom stimuleren wij Samen Beslissen en het voeren van het goede gesprek
Arbeidsmarkt		
Duurzaamheid	Zie het ZN Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg	Zie het ZN Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg
Cliëntprofielen	DSW verwacht echter dat het grootste deel van de te sluiten overeenkomst een bekostiging op uurbasis en registratie per 5 minuten zal blijven bevatten. De voornaamste reden hiervoor is de beperkte omvang in schadelast bij veel gecontracteerde partijen en daarmee samenhangende moeilijkheid om passende afspraken te maken in een andere vorm dan uurtarieven. DSW ziet uitsluitend meerwaarde in het maken van gedifferentieerde tariefafspraken per dag, week, maand of kwartaal bij voldoende omvang. Wij definiëren voldoende omvang als een schadelast op jaarbasis van minimaal 500.000 euro in 2024.	Per 1 januari 2025 wordt het verplicht om cliëntprofielen van het draagkracht draaglast (DKDL) model mee te sturen bij het declareren van integrale prestaties.

Thema	ASR	Caresq	Salland Zorgverzekeraar
Algemeen	Om de zorg toekomstbestendig te maken en te houden zijn er veranderingen nodig. Met dit inkoopbeleid geven wij invulling aan onze verantwoordelijkheid om die veranderingen te realiseren, zoals de transformatie naar meer digitale oplossingen, preventie en het duurzaam inzetten van personeel en middelen.		De komende jaren zet Salland Zorgverzekeraar, conform de IZA-ambities, nadrukkelijk in op het versterken van de eerstelijnszorg. De wijkverpleging speelt daar een belangrijke rol in en kan zelfregie en het langer thuis blijven mogelijk maken, maar doet dat niet alleen. Samenwerking en afstemming met andere zorg- en hulpverleners in zowel het sociaal domein, de eerste- als de tweedelijn zijn een randvoorwaarde.
Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar	Zie pagina 3	Zie pagina 2.	Zie pagina 24
Meerjarencontract	Biedt éénjarige overeenkomst aan	Biedt éénjarige overeenkomst aan	Biedt éénjarige overeenkomst aan
Benchmark/Doelmatigheid/tarief	Wij stimuleren zorgaanbieders in hun doelmatigheid via benchmarks. Wij kijken hierbij naar het gemiddeld aantal uren zorg per cliënt per maand en per jaar, de gemiddelde kosten per cliënt per maand en per jaar, informatie uit jaarverslagen en de inzet van (digitale) hulpmiddelen. De benchmark tussen zorgaanbieders wordt vanaf 2025 aangevuld met spiegelinformatie over inzet van (digitale) hulpmiddelen	Daarom maken wij een afweging over de doelmatigheid van zorgaanbieders en maken wij waar mogelijk afspraken over gepast gebruik. Voor de afweging gebruikt Caresq de gemiddelde uren zorg per verzekerde uit de landelijke benchmark (Zorgprisma data) en de eigen benchmark (Aevitae data).	Doelmatigheid drukken wij uit in een gemiddeld aantal uren zorg per declarerende verzekerde per jaar. Daarnaast kijken wij ook naar de gemiddelde kosten per unieke, consumerende verzekerde per jaar. Wij zien praktijkvariatie in de hoeveelheid zorg die wordt verleend. Dat roept de vraag op of alle zorg aansluit bij de behoefte van de verzekerde en of deze zorg ook het meest doelmatig is. Salland Zorgverzekeraar verkent de komende inkoopperiode samen met aanbieders de mogelijkheden om aansluiting bij patiëntbehoefte en doelmatigheid te verbeteren en waar nodig bij te sturen.
Omzetplafond/basisbudget			In de maatwerkovereenkomsten leggen wij afspraken vast over een omzetplafond. Uiterlijk 1 september 2025 kan een zorgaanbieder aangeven of er voor het lopende kalenderjaar een overschrijding van het omzetplafond wordt verwacht.
Onderaannemerschap	Indien u gebruik maakt van onderlinge dienstverlening of onderaannemerschap dient u bij ons aan te geven welke instellingen dit betreft.		Wanneer u een overeenkomst heeft met Salland Zorgverzekeraar en u wilt voor een deel van de zorgverlening een onderaannemer inschakelen, dan heeft u vooraf goedkeuring van ons nodig. Ook gelden voor onderaannemerschap een aantal richtlijnen: - U levert zelf tenminste 65% van de verwachte gecontracteerde zorg. Een onderaannemer kan daardoor maximaal 35% van de verwachte gecontracteerde zorg leveren - Het inschakelen van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) bij het uitvoeren van de overeenkomst zien we als onderaanneming. De zzp'er beschikt in dit geval over een overeenkomst waaruit blijkt dat de opdrachtgever geen loonheffing hoeft in te houden en te betalen - Maak aantoonbare afspraken met de onderaannemer om de kwaliteit te borgen. Ook borgt u dat de onderaannemer zelf de afgesproken activiteiten uitvoert en hiervoor geen hulp inschakelt van derden. Deze afspraken legt u vast in een overeenkomst. U zorgt ervoor dat deze overeenkomst wordt nageleefd en ziet hier periodiek op toe.
Klant-werkgebied ratio			
Passende zorg: **- Zelf als het kan** **- Digitaal als het kan** **- Hulpmiddelen**	Wij gaan uit van: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Wij gaan met u het gesprek aan over digitalisering: wat doet u eraan, wat gaat goed, wat kan beter en hoe kunnen wij daar elkaar bij helpen. Een belangrijk onderdeel daarvan is het landelijke platform digizo.nu, waar bewezen digitale en hybride innovaties op staan die ook binnen uw organisatie waarde kunnen toevoegen In de wijkverpleging verwachten wij dat de inzet van de medicijndispenser en beeldbellen binnen uw organisatie gemeengoed is. Er dient uit het zorgplan te blijken of en welke zorg door de cliënt zelf of het eigen netwerk wordt opgevangen.	In het IZA en het WOZO zijn partijen forse uniforme ambities overeengekomen: zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan. Om de beweging richting digitale zorg te stimuleren heeft ZN gezamenlijk doelen vastgesteld met betrekking tot digitalisering: Ambities Zorginkoop Digitalisering 2025. Caresq onderschrijft deze doelen. Aanvullend op de overeengekomen ambities verwachten wij dat de zorgaanbieder gebruikmaakt van de informatiestandaard eOverdracht in het elektronisch zorgdossier waardoor eenduidige registratie tot stand komt. Zo ontstaat een volledige gegevensoverdracht die de samenwerking binnen de regio ten goede komt.	Verzekerden willen thuis zoveel mogelijk zelfredzaam blijven en de regie over hun leven behouden. Dat houdt in dat wij betrokkenheid van de verzekerde bij het zorgproces stimuleren, dat er oog is voor preventie, 'ontzorgen', de inzet van hulpmiddelen en e-health-oplossingen stimuleren en dat sprake is van Advance Care Planning (ACP). Daarmee komen de zorgverleners in samenspraak met de verzekerde tot passende zorg. Deze persoonsgerichte invulling van de zorg is voor ons erg belangrijk. Het uitgangspunt wat we daarbij altijd hanteren is: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie in de indicatiestelling binnen de wijkverpleging is volgens Salland Zorgverzekeraar een belangrijke stap naar meer passende zorg. Ongewenste praktijkvariatie betekent dat er een groot verschil zit in de indicatiestellingen bij vergelijkbare situaties. Deze variatie is onwenselijk, brengt ongelijkheid tussen patiënten in vergelijkbare situaties en maakt de zorg onnodig duur. Wij vinden het van belang dat herindicaties (zoveel mogelijk) worden uitgevoerd door de dezelfde hboverpleegkundige die de initiële indicatie heeft gesteld.
Vergoeding thuiszorgtechnologie	A.s.r. betaalt al enkele jaren een vaste vergoeding voor de inzet van de medicijndispenser via de prestatie thuiszorgtechnologie of het maandtarief en voegt hier per 2025 beeldbellen aan toe. Aanbieders met 5-minutentarieven kunnen beeldbellen en de medicijndis penser declareren via de prestatie thuiszorgtechnologie. Bij aanbieders met maandtarieven is thuiszorgtechnologie onderdeel van de hoogte van het maandtarief. Sinds 2023 vergoed a.s.r. fysieke consulten ten behoeve van begeleiding van medicatie dat ook geleverd kan worden met de medicijndispenser niet meer, omdat dit geen passende zorg is. Helaas lijken veel zorgaanbieders op basis van onze data nog steeds een fysiek consult voorrang te geven op digitale zorg. Om zorgaanbieders te stimuleren gebruik te maken van de digitale zorg zullen wij in eerste instantie met zorgaanbieders die ondergemiddeld scoren het gesprek voeren en waar nodig aanvullende maatregelen nemen in de vorm van een controle op passende zorg of een afslag op het tarief.	Aanvullend op de overeengekomen ambities hechten wij veel waarde aan afspraken over thuiszorgtechnologie. Het is voor zorgaanbieders binnen de wijkverpleging mogelijk om met Caresq afspraken te maken over thuiszorgtechnologie. In de vragenlijst wijkverpleging krijgt de zorgaanbieder de mogelijkheid om aan te geven welke technologieën worden ingezet. Zet u de slimme medicijndispenser en/of beeldschermzorg in, dan neemt Caresq hiervoor een standaardvergoeding op in de zorgovereenkomst. Aanvragen voor thuiszorgtechnologie worden enkel middels de vragenlijst Wijkverpleging uitgevraagd. Na het sluiten van de vragenlijst op 17 juni 2024 is het dus niet meer mogelijk om een aanvraag thuiszorgtechnologie voor 2025 te doen.	Om voorde prestatie thuiszorgtechnologie in aanmerking te komen, dient de zorgaanbieder het aanvraagformulier Thuiszorgtechnologie in te vullen en bij ons aan te leveren. Wat betreft het maximaal aantal uren gaan wij uit van hetgeen in de NZa-beleidsregel is opgenomen
Financiering van innovatie			
Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (H&A)/ Samenwerking in de eerste lijn	De afgelopen jaren zijn reeds goede stappen gezet in meer herkenbare en aanspreekbare teams in de wijkverpleging en het maken van samenwerkingsafspraken in de keten. Ook komend jaar verwacht a.s.r. dat hier verdere stappen in worden genomen.	Caresq sluit aan bij de opgestelde leidraad en verlangt van zorgaanbieders dat 'herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' wordt geïntegreerd binnen de samenwerking in de regio. Om deze reden wordt bij de afweging of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor zorgovereenkomst de inzet op samenwerking meegenomen.	De uitgangspunten van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging zijn volgens ons noodzakelijk om een versnelling te creëren in betere samenwerking tussen aanbieders van wijkverpleging en zo de continuïteit van zorg te blijven borgen. Daarmee is herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging een basisvoorwaarde voor samenwerkingsafspraken in de eerste lijn (en met het sociaal domein) en daarmee voor toekomstbestendige zorg. De komende jaren zet Salland Zorgverzekeraar, conform de IZA-ambities, nadrukkelijk in op het versterken van de eerstelijnszorg. De verpleegkundige, het wijkteam, de huisarts en de medewerker Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) delen hun kennis en ervaring en staan in nauwe verbinding met elkaar. Het is duidelijk wie er binnen de huisartsenpraktijk en het wijkteam aanspreekpunt is voor de andere partij.
Voorwaarden inzet helpenden niveau 2, stagiaires en leerlingen die minimaal in opleiding zijn tot niveau 3 of hoger (ook wel ander zorgpersoneel genoemd).	Zie de website van ZN voor de voorwaarden waaronder helpenden, stagiaires en leerlingen ingezet mogen worden.	Zie de website van ZN voor de voorwaarden waaronder helpenden, stagiaires en leerlingen ingezet mogen worden.	Zie de website van ZN voor de voorwaarden waaronder helpenden, stagiaires en leerlingen ingezet mogen worden.
Kwaliteit	Kwaliteit van zorg wordt in de basis bepaald door het zorgveld. Landelijk en door beroepsgroepen geformuleerde standaarden geven richting aan hoe kwalitatief goede zorg geleverd wordt. Van u als zorgaanbieder verwachten wij dat u zich aan deze standaarden houdt en uitsluitend zorg biedt die past bij de (integrale) zorgvraag van onze verzekerden. Als dit niet lukt of dreigt niet te lukken, verwachten wij dat u daarover contact met ons opneemt om dit samen op te lossen. Daarnaast verwachten wij van zorgaanbieders dat zij, in lijn met de kaders van de specifieke beroepsgroepen, hun kwaliteit van zorg continu meten. Kwaliteit van zorg kan immers pas ontstaan als de zorgaanbieder steeds terugkijkt of hij het goede heeft gedaan, daarvan leert en vervolgens verbeteracties onderneemt. Voor wijkverpleging is een nieuw kwaliteitskompas 'Generiek kompas samen werken aan kwaliteit van bestaan' opgesteld. Naar verwachting wordt deze in juli ingeschreven in het Register van het Zorginstituut Nederland. Wij verwachten dat u zorg levert en kwaliteitsinformatie meet conform het vigerende Kompas.	Daarom verwacht Caresq dat de zorgaanbieders binnen wijkverpleging en medische kindzorg gebruikmaken van het landelijk ingevoerde klantervaringsonderzoek PREM (Patient Related Experience Measures). De zorgaanbieder monitort de klanttevredenheid, evalueert de uitkomsten en neemt deze op in de verbetercyclus.	Wij vinden het belangrijk dat onze verzekerde over informatie beschikt die helpt bij het kiezen van een passende zorgaanbieder. Wij verwachten dat u de benodigde (keuzehulp) informatie voor ZorgkaartNederland via Vektis aanlevert en up-to-date houdt. Iedere thuiszorgorganisatie is verplicht om jaarlijks de PREM Wijkverpleging uit te voeren. De uitkomsten van de PREM zijn voor ons aanknopingspunten om het goede gesprek met de zorgaanbieder aan te gaan over kwaliteit van zorg. De uitkomsten van de PREM worden door Salland Zorgverzekeraar niet gebruikt voor positiebepaling of ranking. Wij vinden het belangrijk dat uitkomsten inzichtelijk zijn voor onze verzekerden, zodat zij een vergelijking kunnen maken tussen zorgaanbieders.
Arbeidsmarkt	We vinden het belangrijkdat zorgverleners het werkplezier in de sector niet verliezen en vitaal kunnen blijven werken. Hiervoor hebben wij diverse programma's en bieden informatie op onze webpagina over hoe u uw medewerkers optimaal inzet tot aan de pensioenleeftijd. Wij verwachten van u dat u gebruik maakt van deze of andere middelen die er in het veld beschikbaar zijn. Goed voorbeeld: Assist heeft een module ontwikkeld 'de Engagement Monitor' die zorgorganisaties helpt om een hoge mate van medewerkersbetrokkenheid te realiseren		
Duurzaamheid	Wij zijn op zoek naar partijen die ambitie tonen op het gebied van duurzaamheid en bovengemiddeld snel verduurzamen vanuit een intrinsieke motivatie. Initiatieven die de verduurzaming van de zorg vooruit helpen willen wij uitwerken, ondersteunen en verder verspreiden onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars Wij willen onze verzekerden helpen om bij het kiezen van een zorgaanbieder een duurzame keuze te maken. Daarom staan vanaf november 2023 zorgaanbieders in de Zorgzoeker aangegeven als duurzamere keuze als zij aan bepaalde criteria voldoen. Hoe zorgverleners dat label wel óf niet krijgen staat omschreven op onze website. Zie het ZN Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg	Zie het ZN Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg	Zie het ZN Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg
Cliëntprofielen	Per 1 januari 2025 vervallen een groot deel van de huidige prestaties wijkverpleging en komen hiervoor nieuwe prestaties op basis van cliëntprofielen in de plaats. Vooralsnog heeft dit geen impact op de inkoopsystematiek. Zorgaanbieders die ingekocht worden via 5-minutentarieven worden ook in 2025 ingekocht via 5-minutentarieven. Zorgaanbieders die ingekocht worden via maandtarieven worden ook in 2025 ingekocht via maandtarieven. Indien u in 2023 aan meer dan 40 a.s.r. verzekerden zorg levert en een maandtarief wilt afspreken, horen wij dit graag vóór 1 juli 2024.	In het kader van het experiment bekostiging wijkverpleging is bepaald dat vanaf 1 januari 2025 verplicht de cliëntprofielen worden vastgelegd	Per 2025 start het declareren op basis van de nieuwe cliëntprofielen. Dit betekent dat alle gecontracteerde zorgaanbieders met ingang van 1 januari 2025 de cliëntprofielen registreren en declareren op basis van de nieuwe daarmee samenhangende prestatiecodes.

overzicht highlights inkoopbeleid wijkverpleging 2025

Thema	Zilveren Kruis	Menzis	CZ
Gespecialiseerde verpleging/ziekenhuisverplaatste zorg/Hoogcomplexe technische thuiszorg	De nieuwe bekostiging kent ook een nieuwe prestatie voor het declareren van hoogcomplexe technische thuiszorg. Deze kan worden gedeclareerd als er sprake is van uitvoeren van een interventie uit de limitatieve lijst handelingen zoals omschreven in de beleidsregel experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging. Wij vinden dat de betreffende handelingen regelmatig dienen te worden uitgevoerd om de benodigde bekwaamheid en bevoegdheid te behouden. Het ligt niet voor de hand dat iedere zorgaanbieder hiertoe in staat is. U kunt hierover in gesprek gaan met uw zorginkoper. In 2025 blijft het tarief voor de HTT gelijk aan het afgesproken integrale tarief. Wij zullen de declaratiedata uit 2025 gebruiken om voor 2026 nader beleid te formuleren.	We maken onderscheid tussen zorg geboden door een gespecialiseerd verpleegkundige en hoogcomplexe 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. Voor hoogcomplexe technische thuiszorg bestaat een aparte prestatie. Deze omvat een limitatieve lijst van hoogcomplexe 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. 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.	Gespecialiseerde verpleging wordt bij een beperkt aantal aanbieders met een regionale functie ingekocht. Voor deze functie geldt dat we geen afspraken maken voor 2025 met zorgaanbieders die in 2024 geen afspraken hebben. 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, maar kent ook grenzen. We beoordelen binnen ons kernwerkgebied projectaanvragen voor de verplaatsing van deze zorg van de tweede naar de eerste lijn. Dat doen we aan de hand van ons toetsingskader Ziekenhuisverplaatste zorg. Hierbij bekijken we de aspecten veiligheid, kwaliteit, kosten en toegankelijkheid. Een aanvraag wordt door de betrokken zorgaanbieders samen opgesteld en ingediend
Palliatief terminale zorg	We tellen declaraties palliatief terminale zorg niet mee bij het berekenen van doelmatigheid. Zorgaanbieders kunnen verzekerden in zorg nemen zonder er rekening mee te hoeven houden dat dit de doelmatigheid negatief beïnvloedt. Deze bepaling geldt niet voor zorgaanbieders die uitsluitend palliatief terminale zorg leveren. We introduceren een dagtarief voor Bijna Thuis Huizen. Bijna Thuis Huizen declareren in 2025 en 2026 onder de beleidsregel verpleging en verzorging. In het kader van administratieve lastenverlichting is een dagtarief mogelijk. Palliatief terminale zorg in de setting van een High Care Hospice kan niet meer onder de beleidsregel verpleging en verzorging worden gedeclareerd. Deze zorg declareert u voortaan onder de beleidsregel Eerstelijnsverblijf (ELV). Zilveren Kruis stelt aanvullende voorwaarden voor leveren van PTZ, deze zijn te vinden op pagina 29 van het inkoopbeleid	We verwachten van zorgaanbieders dat zij werken volgens het kwaliteitskader Palliatieve zorg. 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. 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. Zie voor de uitvoeringseisen t.a.v. palliatieve zorg pagina 21 van het inkoopbeleid punt 16.	De inzet van een palliatief verpleegkundige wordt bij een beperkt aantal aanbieders met een regionale functie ingekocht. Voor deze functie geldt dat we geen afspraken maken voor 2025 met zorgaanbieders die in 2024 geen afspraken hebben. Zie pagina 23 en 24 voor de aanvullende inkoopeisen We hebben de bevindingen uit het HOPEVOL-onderzoek en de nadere duiding van het Zorginstituut op de verschillende hospicevormen aandachtig bekeken. Op basis daarvan hebben we besloten om vanaf 2025 enkel nog de bijna-thuis-huizen (BTH) te vergoeden via de aanspraak wijkverpleging. Om te sturen op voldoende schaalgrootte en het verkrijgen van inzicht in het aantal cliënten, spreken wij met zorgaanbieders die zorg leveren via een BTH een dagtarief in de wijkverpleging af. Dit tarief is afgeleid van de uren verpleging en verzorging en bijbehorende kosten, zoals deze zijn opgenomen in het tarief ELV-PTZ. Alle andere vormen van hospicezorg worden, voor zover dit nog niet is gebeurd, overgeheveld naar het eerstelijnsverblijf (ELV)
Ongeplande nachtzorg en Zorgcoördinatie acute zorg	We verwachten dat eind 2026 alle gecontracteerde instellingen bij de regionale beschikbaarheidsfunctie zijn aangesloten. We streven ernaar dat vanaf 2026 iedere regionale zorgcoördinatievoorziening de regionaal georganiseerde onplanbare nachtzorg weet te vinden voor zorgvragen 's nachts. En ook werkafspraken heeft hoe op andere tijdstippen wijkverpleging kan worden ingezet. Zie pagina 34 van het inkoopbeleid voor de inkoopvoorwaarden 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. Zorgaanbieders committeren zich aan de afspraken in de regio van hun werkgebied. 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.	We kopen evenals in 2024 de infrastructuur onplanbare nachtzorg selectief en gelijkgericht in op basis van ons marktaandeel, zodat de organisatie ervan doelmatig kan plaatsvinden. We 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 nachtzorg moet worden ingericht. Daarbij hanteren wij de volgende uitgangspunten: (1). We gaan uit van de inrichting en begroting van 2024 en passen hierop als zorgverzekeraars een uniforme indexering toe. (2). Als er voor CZ groep als uw preferente zorgverzekeraar of voor u als zorgaanbieder aanleiding is voor een aangepaste businesscase, dan meldt de betreffende partij dit vóór 1 april. (3). Voor de regio's waarvoor geen overeenstemming was voor 2024 of waar een aangepaste businesscase noodzakelijk is én waar CZ groep de preferente zorgverzekeraar is, geldt dat zij een aangepast plan en een aangepaste businesscase bij ons aanleveren vóór 1 mei. Wij informeren deze zorgaanbieders over de minimale informatie die in deze businesscase moet terugkomen. (4). Het contracteren van de infrastructuur voor onplanbare nachtzorg gebeurt in beginsel kostenneutraal: het tarief van alle gecontracteerde zorgaanbieders die in de betreffende regio zorg hebben geleverd, schonen wij naar rato. (5) Voor de regio's waar wij niet de preferente zorgverzekeraar zijn, geldt dat wij van de zorgaanbieder uiterlijk in juni de begroting ontvangen die door de preferente zorgverzekeraar is goedgekeurd. (6) Als er in uw regio vóór 1 juli geen overeenstemming is over de businesscase, dan geldt ook voor 2025 dat we terugvallen op de huidige afspraken. Onplanbare nachtzorg heeft veel raakvlakken met zorgcoördinatie en overlapt deels in de organisatie ervan. Daarom is het belangrijk dat zorgaanbieders die onplanbare nachtzorg organiseren, goed afstemmen met de regionale zorgcoördinatievoorziening. We streven ernaar dat vanaf 2026 iedere regionale zorgcoördinatievoorziening de regionaal georganiseerde onplanbare nachtzorg weet te vinden voor zorgvragen 's nachts, en werkafspraken heeft gemaakt over hoe op andere tijdstippen
Zorg voor kinderen onder de 18 jaar	De aanvullende voorwaarden voor de zorg voor kinderen onder de 18 jaar, staat beschreven op pagina 28 van het inkoopbeleid. Als er door arbeidsmarktproblemen geen hbo-kinderverpleegkundige beschikbaar is voor de indicatiestelling dan neemt u contact op met ons voor het maken van aanvullende afspraken.	Zie voor een overzicht van de aanvullende uitvoeringseisen medische kindzorg, pagina 21 van het inkoopbeleid, punt 17.	Zie pagina 27 van het inkoopbeleid voor de aanvullende inkoopeisen.
Dementiezorg	De aanvullende voorwaarden voor de inzet van casemanagement dementie staan op pagina 29 en 30 van het inkoopbeleid.	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	De inzet van casemanagers dementie wordt bij een beperkt aantal aanbieders met een regionale functie ingekocht. Voor deze functie geldt dat we geen afspraken maken voor 2025 met zorgaanbieders die in 2024 geen afspraken hebben. Zie pagina 25-26 voor de aanvullende inkoopeisen. Het Zorginstituut heeft vastgelegd welk deel van het casemanagement dementie onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt. Toch merken we dat daar verschillende opvattingen over zijn. Daarom hebben we met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hierop een nadere toelichting gegeven. Zie de volgende link: https://www.zn.nl/app/uploads/2024/02/casemanagement-dementie-uniforme-tekst-januari-2024.pdf
Wijkgericht werken	Wij stellen financiële middelen voor wijkgericht werken beschikbaar. Deze gelden zijn bedoeld voor het realiseren van een herkenbaar en aanspreekbaar team. Dit plan moet uiterlijk 1 okt. 2024 naar Zilveren Kruis worden toegestuurd. Zie pagina 33 voor de voorwaarden.		
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.	De regiefunctie complexe wondzorg wordt bij een beperkt aantal aanbieders met een regionale functie ingekocht. Voor deze functie geldt dat we geen afspraken maken voor 2025 met zorgaanbieders die in 2024 geen afspraken hebben. Voor de aanvullende inkoopvoorwaarden zie pag. 26 en 27 van het inkoopbeleid.
PGB-indicatiestelling			CZ groep koopt de prestatie pgb indicatiestelling voor 2025 in bij een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders die zich hierin transparant en toetsbaar opstellen.
Genoemde opvallendheden bij minimumeisen/uitvoeringseisen	U neemt alle verzekerden die zich bij u melden uit uw postcodegebied in zorg, tenzij sprake is van omstandigheden die op grond van de overeenkomst zorgweigering rechtvaardigen. Deze acceptatieplicht geldt ook voor het stellen van Zvw-pgb-indicaties. Heeft u een website, waarop u duidelijk vindbaar en openbaar voor verzekerden en zorgorganisaties transparant maakt in welke gemeenten en postcodegebieden u zorg levert?	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. 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;	
Contractering nieuwe aanbieders	Zie bijlage 3 van het inkoopbeleid voor de voorwaarden. We willen voorkomen dat de zorg verder versnipperd raakt. We staan open voor aanvragen van nieuwe zorgaanbieders die naar onze beoordeling een duidelijke toegevoegde waarde hebben voor onze verzekerden. En die invulling geven aan een leemte binnen onze zorgplicht in een regio. Bij uw aanvraag levert u een ondernemingsplan in die voldoet aan een aantal voorwaarden.		Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in het voorgaande jaar nog geen zorgovereenkomst met CZ groep hadden. We staan open voor inschrijvingen van innovatieve, nieuwe zorgaanbieders die een duidelijke meerwaarde hebben voor onze verzekerden en die op een vernieuwende manier invulling geven aan witte vlekken binnen onze zorgplicht in een regio. Daarnaast moeten zij in staat zijn de regionaal benodigde transformatie te versterken. Wij willen bij het contracteren van nieuwe zorgaanbieders voorkomen dat de zorg verder versnipperd raakt. Voor een overzicht van de uitgangspunten van het contracteren van nieuwe aanbieders zie blz. 17 en 18 van het inkoopbeleid.

Thema	VGZ	Zorg en Zekerheid	DSW
Gespecialiseerde verpleging/ziekenhuisverplaatste zorg/Hoogcomplexe technische thuiszorg	Daarom hebben we kaders opgesteld waarbinnen ziekenhuisverplaatste zorg kan plaatsvinden. Deze kaders staan op de website van VGZ uiteengezet: https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/medisch-specialistische-zorg/inkoopbeleid/visie-op-ziekenhuisverplaatste-zorg	Zorg en Zekerheid vraagt van zorgaanbieders om zorg van de huisarts of het ziekenhuis over te nemen of ze op onderdelen van het zorgpad te ondersteunen. Uitgangspunt is dat een dergelijke verschuiving van zorg tot een efficiëntere inzet van zorgmedewerkers in de hele keten leidt. Voor iedere verschuiving van zorg naar de thuissituatie of wijkpoli verwachten we dan ook een positieve businesscase waarin ook de verschuiving naar kosten (in arbeid en middelen) elders in de keten, bijvoorbeeld de inzet van wijkverpleging, hulpmiddelen of farmacie, zijn meegenomen	
Palliatief terminale zorg	Wij verwachten dat iedere gecontracteerde zorgaanbieder palliatief terminale zorg kan leveren. Daarbij is het belangrijk dat de intensieve zorg in de palliatieve fase door de wijkverpleegkundige - vanuit haar professie – wordt geïndiceerd. Dit is doorgaans slechts bij uitzondering en voor de duur van maximaal enkele dagen noodzakelijk. Wordt de palliatief terminale zorg niet thuis, maar in een intramurale setting verleend? Dan is het belangrijk dat alleen de feitelijk geleverde uren - besteed aan verpleging en verzorging - worden gedeclareerd.	Zorg en Zekerheid hanteert het uitgangspunt dat iedereen recht heeft om te sterven waar hij wil, met de zorg die daarvoor nodig is. Om de palliatief-terminale zorg in de thuissituatie te ondersteunen, stelt Zorg en Zekerheid de palliatieve kit beschikbaar. Lokale knelpunten in capaciteit van zorg kunnen de mogelijkheden om thuis te overlijden wel beperken. Zorg en Zekerheid verwacht van zorgaanbieders dat cliënten worden begeleid en doorverwezen naar bijvoorbeeld een hospice, Bijna-thuis-huis of palliatieve unit, wanneer thuis sterven toch niet mogelijk blijkt. Specifieke voorwaarden voor het leveren van palliatief-terminale zorg, zoals het voldoen aan het kwaliteitskader palliatieve zorg, staan op pagina 25 van het inkoopbeleid.	
Ongeplande nachtzorg en Zorgcoördinatie acute zorg	Wij kopen deze functie regionaal in via een aparte prestatie Voor de zorgaanbieders waarmee wij in 2024 een afspraak hebben omtrent onplanbare nachtzorg, geldt dat wij deze afspraak indexeren op basis van het door ons gehanteerde indexatiepercentage. Als er aanleiding is om de afspraken die gemaakt zijn inhoudelijk te herzien, moeten de partijen dit uiterlijk 1 april 2024 aan elkaar kenbaar maken. Zie pagina 32 voor een overzicht van de minimumeisen Systeemfunctie onplanbare nachtzorg.	In regio's waar de onplanbare nachtzorg in samenwerking wordt vormgegeven verwachten wij van alle zorgaanbieders in die regio dat zij op die samenwerking zijn aangesloten. Zorg en Zekerheid gaat daar in de vaststelling van de tarieven ook vanuit. Waar de onplanbare nachtzorg nog niet gezamenlijk is vormgegeven vragen wij zorgaanbieders daartoe initiatieven te ontplooien. Bij een bestaand samenwerkingsverband voor onplanbare nachtzorg waar Zorg en Zekerheid in 2024 al afspraken heeft over een lumpsum bijdrage, gaan we voor de begroting 2025 in beginsel uit van een indexering van de begroting conform de voorlopige materiële- en loonkostenontwikkeling zoals door de NZa afgegeven. Indien vanwege inhoudelijke doorontwikkeling van het samenwerkingsverband een substantiële wijziging in de begroting optreedt, kunnen nieuwe afspraken over de lumpsum bijdrage gemaakt worden. Het is belangrijk dat zorgaanbieders die onplanbare nachtzorg organiseren, goed afstemmen met de regionale zorgcoördinatievoorziening. We streven ernaar dat vanaf 2025 iedere regionale zorgcoördinatievoorziening de regionaal georganiseerde onplanbare nachtzorg weet te vinden voor zorgvragen 's nachts, en werkafspraken heeft over hoe op andere tijdstippen wijkverpleging kan worden ingezet	
Zorg voor kinderen onder de 18 jaar	Vanaf 2025 verwachten we dat kinderverpleegkundigen die kindzorg leveren, werken volgens de landelijke werkwijze: Medische Kindzorg Samenwerking (MKS). Daarnaast verwachten we dat het indiceren en organiseren van kindzorg gedaan wordt op basis van de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK). Op verzoek moet een zorgaanbieder aan kunnen tonen dat wordt gewerkt volgens de MKS en op basis van de HIK. Dit kan aan de hand van behaalde HIK-certifcaten. De inzet van niveau 2 is per 2025 niet toegestaan. Zie pagina 31 van het inkoopbeleid voor een overzicht van de minimumeisen voor het leveren van Medische Kindzorg.	Verpleegkundige zorg voor zieke kinderen binnen de Zvw, medische kindzorg, vereist specifieke deskundigheid. Deze zorg contracteren wij daarom uitsluitend bij gespecialiseerde (kinder)thuiszorgorganisaties. Specifieke voorwaarden voor het leveren van zorg aan kinderen kunt u vinden op pagina 26.	
Dementiezorg	Zorgverzekeraars hebben op verzoek van zorgaanbieders hun zorginkoopbeleid met betrekking tot casemanagement dementie geüniformeerd. Zie uniforme tekst Casemanagement dementie van ZN. Wij kopen casemanagement dementie in via de reguliere prestaties die we vastleggen in de hoofdovereenkomst. Regionale afspraken over het netwerk dementie worden als aparte afspraak vastgelegd in een addendum bij de hoofdovereenkomst. Wij vinden dat casemanagement een belangrijke voorwaarde is voor mensen met dementie die langer thuis blijven wonen. Een vast en deskundig aanspreekpunt is in dit geval van belang. Bij een minder complexe ondersteuningsvraag (en regiemogelijkheden vanuit de cliënt met dementie en zijn of haar mantelzorgers) kan deze rol uitgevoerd worden door een wijkverpleegkundige of praktijkondersteuner van de huisarts. Als de complexiteit van de ondersteuningsvraag toeneemt, kan de betrokkenheid van een gespecialiseerd dementieverpleegkundige noodzakelijk worden. Zie pagina 32 voor een overzicht van de minimumeisen voor casemanagement dementie.	Wij vinden het belangrijk dat dementiezorg integraal wordt geleverd. Dit betekent dat iedere zorgaanbieder die met Zorg en Zekerheid een zorgovereenkomst aangaat voor het verlenen van wijkverpleging, ook de zorg aan mensen met dementie moet kunnen leveren of organiseren. Zorgverzekeraars hebben op verzoek van zorgaanbieders hun zorginkoopbeleid met betrekking tot casemanagement dementie geüniformeerd. Zie uniforme tekst Casemanagement dementie van ZN. Wij vinden dat de direct cliëntgebonden activiteiten van het casemanagement onderdeel uitmaken van het wijkverpleegkundig handelen. Daarmee zijn ze onderdeel van de integrale prestatie en bijbehorend tarief. Alleen die partijen die zijn aangesloten bij een regionaal georganiseerde dementieketen, kunnen casemanagement onder deze integrale prestatie declareren.	
Wijkgericht werken			
Regiefunctie complexe wondzorg		Op pagina 27 en 28 van het inkoopbeleid leest u de voorwaarden voor de levering van de prestatie. Zorg en Zekerheid heeft in haar regio al een aantal zorgaanbieders voor de prestatie regiefunctie complexe wondzorg gecontracteerd. Wij staan in beperkte mate open voor aanvullend aanbod. Zorgaanbieders binnen de regio van Zorg en Zekerheid die nog geen zorgovereenkomst hebben voor deze prestatie en dat wel willen, kunnen via zorginkoop.wijkverpleging@zorgenzekerheid.nl een verzoek doen voor overleg.	
PGB-indicatiestelling		Op pagina 29 van het inkoopbeleid staan de voorwaarden voor de levering van de prestatie indicatiestelling persoonsgebonden budget (pgb).	
Genoemde opvallendheden bij minimumeisen/uitvoeringseisen	De zorgaanbieder kan aantonen dat er een goede samenwerkingsrelatie is met het sociaal domein binnen de gemeenten waar de zorgaanbieder actief is. Deze goede samenwerkingsrelatie heeft als doel de borging van domeinoverstijgende zorg De zorgaanbieder kan aantonen dat er inspanningen worden geleverd om een goede samenwerkingsrelatie te bewerkstelligen, binnen het op te richten eerstelijns regionale samenwerkingsverband, bestaande uit andere V&V-aanbieders, huisartsen en apothekers. De algemene voorwaarde dat aanbieders zorg dienen te leveren aan minimaal 2 van onze verzekerden in tenminste 1 postcodegebied is voor bestaande aanbieders komen te vervallen. De voorwaarden rondom PTZ zijn geïntegreerd in de algemene minimale voorwaarden voor de levering van Wijkverpleging.	De zorgaanbieder draagt zorg voor een duidelijke informatievoorziening via de eigen website. Minimaal staat op de eigen website actuele informatie over: o De bereikbaarheid van de zorgaanbieder. o De toegang tot de zorg via zorgbehoeftebepaling door de wijkverpleegkundige. o Het gegeven dat voor geïndiceerde wijkverpleging geen eigen risico en/of eigen bijdrage verschuldigd is. o Het werkgebied van de zorgaanbieder, minimaal op gemeenteniveau en waar nodig op 4- cijferig postcodeniveau. De zorgaanbieder werkt zichtbaar en actief met de risicosignalering zorgproblemen, zoals huidletsel, voedingstoestand, incontinentie, valpreventie, depressie en medicatiegebruik. Dit uit zich in ingevulde risicoanalyses en de opvolging daarvan in het dossier van de verzekerde.	
Contractering nieuwe aanbieders	Een nieuwe zorgaanbieder moet namelijk ook aan de volgende eisen voldoen: - Er is naar ons oordeel onvoldoende aanbod in de regio van de nieuwe zorgaanbieder. - De reeds gedeclareerde gemiddelde ureninzet per cliënt (die over 2023 en 2024 zichtbaar is in onze declaratiedata) wijkt naar ons oordeel niet sterk af van de totale gemiddelden in de gecontracteerde zorg. - De nieuwe zorgaanbieder moet aan minimaal gemiddeld 2 van onze verzekerden per maand zorg leveren in 2024. Voor zorgaanbieders die alleen medische kindzorg leveren geldt deze voorwaarde niet.	Een belangrijk aandachtspunt voor Zorg en Zekerheid bij het aangaan van een zorgovereenkomst met een nieuwe zorgaanbieder voor wijkverpleging, is de kwaliteit van indicatiestelling en doelmatige zorgverlening. Daarom behouden wij ons het recht voor om zorgaanbieders die voor het eerst een zorgovereenkomst aanvragen, een overeenkomst voor één jaar aan te bieden met daarbij een extra voorwaarde. Deze voorwaarde bestaat uit een voorafgaande machtigingsprocedure voor iedere verzekerde die in zorg komt en waarvoor de nieuwe zorgaanbieder kosten in rekening brengt. Na één jaar, en bij gebleken kwaliteit van indicatiestelling en doelmatige zorgverlening, vervalt het machtigingsbeleid en geldt hetzelfde beleid als voor alle bestaande zorgaanbieders.	

Thema	ONVZ	ASR	Caresq	Salland Zorgverzekeraar
Gespecialiseerde verpleging/ziekenhuisverplaatste zorg/Hoogcomplexe technische thuiszorg		Ten aanzien van financiering betekent het verplaatsen van zorg naar de wijkverpleging niet per definitie dat financiering ook via de wijkverpleging loopt. Als de verpleging, verzorging of behandeling onder directe aansturing van de medisch specialist plaatsvindt en georganiseerd wordt door het ziekenhuis, verloopt financiering via een Medisch Specialistische Zorginstelling, denk bijvoorbeeld aan oncologische zorg thuis, of nierdialyse thuis. Deze vormen van verpleging worden gefinancierd uit het budget van Medisch Specialistische Zorginstellingen. Indien u vanuit de betrokken partijen met a.s.r. afwijkende afspraken wilt maken over de financiering van ziekenhuisverplaatste zorg inclusief verschuiving van budgetten naar de eerstelijn, kunt u hierover contact met ons opnemen. Indien sprake is van substitutie van zorg, waarbij de aansturing en verantwoordelijkheid van de zorgvraag wordt gesubstitueerd van de medisch specialist naar de huisarts geldt tevens dat u a.s.r. bij dit initiatief dient te betrekken, zodat wij samen met betrokken zorgaanbieders passende bekostigingsafspraken kunnen maken.		Bij initiatieven van ziekenhuisverplaatste zorg is het voor Salland Zorgverzekeraar een belangrijke randvoorwaarde dat ziekenhuis, aanbieder wijkverpleging en zorgverzekeraar afspraken maken én dat er voor de keten als geheel sprake is van een effectieve en efficiënte inzet van zorgmedewerkers. Als wij als zorgverzekeraar in onze regio niet betrokken zijn bij de afspraak, kunnen wij de financiering niet garanderen.
Palliatief terminale zorg		Voor PTZ gelden de volgende voorwaarden: zie pagina 16 en 17. Naar aanleiding van een uitspraak door het ZiNL heeft de NZa de bekostiging van hospicezorg aangepast. Voor de bekostiging geldt vanaf 2025 dat Bijna Thuis Huizen vanuit de wijkverpleging worden bekostigd en High Care Hospices en Palliatieve Units bij verpleeghuizen vanuit de elv zullen worden bekostigd	Zie pagina 12 van het inkoopbeleid voor de aanvullende voorwaarden Palliatief terminale zorg.	Zolang het past binnen de mogelijkheden van de situatie hanteert Salland Zorgverzekeraar het uitgangspunt dat iedereen recht heeft om te sterven waar hij wil, met de zorg die daarvoor nodig is. De patiënt kan kiezen om in een verplaatste thuissituatie te sterven, bijvoorbeeld in een hospice. Wel vinden wij het van belang dat zorg op verantwoorde wijze verleend wordt. Onder verantwoorde zorg verstaan wij zorg die van goed niveau is en die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht verleend wordt. Zie pagina 29 van het inkoopbeleid voor de voorwaarden voor het leveren van palliatief terminale zorg.
Ongeplande nachtzorg en Zorgcoördinatie acute zorg	ONVZ handelt congruent bij afspraken in de regio over de organisatie van onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg. Dat betekent dat ONVZ de inhoudelijke afspraken die preferente zorgverzekeraars in hun regio hebben gesloten overneemt.	De preferente zorgverzekeraar is het eerste aanspreekpunt om onplanbare nachtzorg te organiseren. Zorgcoördinatie ondersteunt cliënten en zorgverleners bij het vinden van passende zorg bij een acute zorgvraag. In het IZA is afgesproken om te streven naar landsdekkende inkoop van zorgcoördinatie vanaf 1 januari 2025. Landelijke partijen werken hiervoor samen aan een implementatieplan. We verwachten dat u als zorgaanbieder hier uitvoer aan geeft. Het Regionale Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) voert de regionale uitwerking van zorgcoördinatie uit.	Wij volgen de afspraken over de infrastructuur onplanbare nachtzorg binnen de omschrijving van de prestatie 'Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg' die u met de preferente zorgverzekeraar heeft gemaakt op inhoud	Onplanbare nachtzorg heeft veel raakvlakken met zorgcoördinatie en overlapt deels in de organisatie ervan. Daarom is het belangrijk dat zorgaanbieders die onplanbare nachtzorg organiseren, goed afstemmen met de regionale zorgcoördinatievoorziening. We streven ernaar dat vanaf 2025 iedere regionale zorgcoördinatievoorziening afspraken heeft met de regionaal georganiseerde onplanbare nachtzorg voor zorgvragen 's nachts, en werkafspraken heeft hoe op andere tijdstippen wijkverpleging kan worden ingezet
Zorg voor kinderen onder de 18 jaar	Voor de volgende specifieke vormen van zorg maken we aparte afspraken of verwijzen we naar de preferente verzekeraar: ▪ Medische Kindzorg (aparte afspraak); ▪ Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij Intensieve Kindzorg (aparte afspraak); ▪ Regiefunctie complexe wondzorg (aparte afspraak, mits eerdere afspraak in 2024);	Voor zorg aan kinderen onder de 18 jaar gelden de voorwaarden op pagina 17 van het inkoopbeleid. De zorg wordt geleverd door minimaal een mbo-wijkverpleegkundige met kinderaantekening;	Zie pagina 14 van het inkoopbeleid voor de aanvullende voorwaarden Medische kindzorg.	In tegenstelling tot reguliere verpleging aan kinderen, die door reguliere aanbieders geboden wordt, wordt Medische Kindzorg door specifiek daarvoor toegeruste zorgaanbieders geboden. Zie bijlage 2 van het inkoopbeleid voor de minimale kwaliteitscriteria medische kindzorg.
Dementiezorg	Voor de volgende specifieke vormen van zorg maken we aparte afspraken of verwijzen we naar de preferente verzekeraar: ▪ Ketenzorg dementie (hiervoor kunt u bij de preferente verzekeraar terecht); ▪ Casemanagement dementie (zien wij als integraal onderdeel van de wijkverpleegkundige functie).	Zorgverzekeraars hebben gezamenlijk een toelichting opgesteld over wanneer casemanagement dementie gedeclareerd kan worden onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).	Zie pagina 12 van het inkoopbeleid voor de aanvullende voorwaarden casemanagement dementie.	Dementiezorg voldoet minimaal aan de Zorgstandaard Dementie. Verder vind Salland Zorgverzekeraar het belangrijk dat de dementiezorg integraal wordt geleverd. Generalistisch waar het kan en specialistisch waar het moet. Dit betekent dat iedere zorgaanbieder die met ons een overeenkomst aangaat voor het verlenen van wijkverpleging, ook de zorg aan kwetsbare ouderen met dementie moet kunnen leveren of organiseren. Zorgverzekeraars hebben op verzoek van zorgaanbieders hun zorginkoopbeleid met betrekking tot casemanagement dementie geüniformeerd. Zie uniforme tekst Casemanagement dementie van ZN. Ook in 2025 moeten de direct cliëntgebonden activiteiten van casemanagers dementie in de wijkverpleging als reguliere prestatie gedeclareerd worden. Wij zijn van mening dat de direct cliëntgebonden activiteiten van een casemanager onderdeel uitmaken van het wijkverpleegkundig handelen en daarmee onderdeel van de integrale prestatie. Dit wordt in het integrale tarief verwerkt. Alleen die partijen die zijn aangesloten bij een regionaal georganiseerde dementieketen komen voor deze afspraak in aanmerking.
Wijkgericht werken				We stellen middelen beschikbaar voor niet-cliëntgebonden wijkgerichte zorg in de regio Midden- IJssel voor de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein en voor het vervullen van de rol van gezondheidsbevorderaar door de wijkverpleegkundige in de wijk.
Regiefunctie complexe wondzorg	Voor de volgende specifieke vormen van zorg maken we aparte afspraken of verwijzen we naar de preferente verzekeraar: ▪ Regiefunctie complexe wondzorg (aparte afspraak, mits eerdere afspraak in 2024);	U komt voor vergoeding van de prestatie regiefunctie complexe wondzorg in aanmerking als u voldoet aan de voorwaarden op pagina 21-22 van het inkoopbeleid.	Zie pagina 12 van het inkoopbeleid voor de aanvullende voorwaarden complexe wondzorg.	Zie pagina 15 inkoopbeleid.
PGB-indicatiestelling		De prestatie indicatiestelling Zvw-pgb koopt a.s.r. in bij een select aantal gecontracteerde zorgaanbieders. Onze selectie vindt plaats op basis van doelmatigheid en kwaliteit.		
Genoemde opvallendheden bij minimumeisen/uitvoeringseisen		De indicatie wordt te allen tijde geïndiceerd door een hbo-wijkverpleegkundige die in loondienst is. Dit geldt zowel voor het Zvw-pgb als voor Zorg in Natura;		De zorgaanbieder draagt zorg voor een duidelijke informatievoorziening via de eigen website. Minimaal wordt actuele informatie opgenomen over: • de bereikbaarheid van de zorgaanbieder • de toegang tot de zorg via zorgbehoeftebepaling door de wijkverpleegkundige • het gegeven dat voor geïndiceerde wijkverpleging geen eigen risico en/of eigen bijdrage verschuldigd is • het werkgebied van de zorgaanbieder De zorgaanbieder werkt zichtbaar en actief met de risicosignalering zorgproblemen zijnde huidletsel, voedingstoestand, incontinentie, valpreventie, depressie en medicatiegebruik. Dit uit zich in, waar relevant en ter beoordeling aan de zorgaanbieder, ingevulde risicoanalyses en de opvolging daarvan in het dossier van de verzekerde
Contractering nieuwe aanbieders	Voor het jaar 2025 zal ONVZ zorgaanbieders slechts onder zeer specifieke omstandigheden toelaten tot de toelatingsprocedure voor nieuwe zorgaanbieders. Alleen aanbieders met meer dan 10 medewerkers in loondienst komen in aanmerking voor een contract.	A.s.r. is terughoudend in het contracteren van nieuwe zorgaanbieders.		