overzicht highlights inkoopbeleid wijkverpleging 2025

Thema	Zilveren Kruis	Menzis	CZ
Algemeen	Zilveren Kruis heeft een tweejarig inkoopbeleid. Voor 2026 geldt het inkoopbeleid wijkverpleging 2025-2026 versie 3.0. Ons inkoopbeleid is erop gericht de toegankelijkheid van de wijkverpleging te verbeteren en u in staat te stellen meer verzekerden in zorg te nemen. We willen graag meer tijd vrijmaken voor het transformeren van zorg en de administratieve lasten voor u verder verlichten.	De wijkverpleging richt zich op het bieden van het meest passende antwoord op een hulpvraag. Dit begint met hetwaar mogelijk voorkomen van (langdurige) professionele zorginzet, door te werken aan zelfredzaamheid, het inzetten van hulpmiddelen en het ondersteunen van mantelzorgers. Hierbij wordt ook gekeken naar ondersteuning die mogelijk is vanuit het sociaal domein.	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. We maken met zorgaanbieders inkoopafspraken voor generalistische wijkverpleging (90%). Specialistische zorg en regionale functies worden geconcentreerd aangeboden in een regio of wijk. Hiervoor is naast specifieke kennis (kwaliteit) en coördinatie (kosten) een zekere schaal nodig. Wij kopen specialistische zorg daarom in bij een beperkt aantal zorgaanbieders met een regionale functie (10%).
Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar	Zie pagina 3	Zie pagina 9.	Zie pagina 6.
Meerjarencontracten	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. 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. De overeenkomst wordt pas definitief als u ook de Budgetbrief Wijkverpleging ondertekent. Indien u de overeenkomst wel ondertekend heeft, maar de Budgetbrief niet, dan is er dus geen overeenkomst voor 2026 tot stand gekomen.	Biedt éénjarige overeenkomst aan, tenzij anders overeengekomen
Tarief/Benchmark/Doelmatigheid	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. Palliatief terminale zorg wordt niet meegenomen in de doelmatigheidsberekening. Op het moment dat de tariefafspraken voor 2026 of 2027 worden gemaakt, is het nog niet bekend of de doelmatigheid verbeterafspraak uit 2025 of 2026 is behaald. Vandaar dat de bijbehorende tariefsopslag uit 2025 of 2026 wordt meegenomen in de berekening van het tarief van 2026 of 2027. Om deze reden ontvangt u een vordering over twee of drie schadejaren, zowel de contractduur als het daaropvolgende jaar, als u de doelmatigheid verbeterafspraak niet of deels behaalt. Als u een afslag krijgt op het tarief kunt u een doelmatigheidsafspraak maken. Bij het behalen van deze afspraak komt de afslag te vervallen. Een doelmatigheidsafspraak geldt voor de gehele duur van uw overeenkomst. Zie voor meer informatie over doelmatigheid pagina 36 van het inkoopbeleid. We staan open voor gesprekken over een andere tariefduur dan het integraal uurtarief. Belangrijk gespreksonderwerp hierbij is of u kan aantonen dat werken met een andere tariefduur leidt tot meer passende zorg of meer preventie. Of tot een betere kwaliteit van zorg voor onze verzekerden of tot verbetering van doelmatigheid. Ook willen we bespreken op welke wijze we de verantwoording bij werken met langere tariefduur samen vormgeven.	De basis voor het integrale tarief 2026 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 dertig cliënten in 2025 vallen buiten de benchmark en beoordelen we op de daadwerkelijke inzet. Daarnaast continueren we ons beleid om onder voorwaarden afspraken te maken over een maandtarief. We maken enkel afspraken op basis van een zogenaamd 'fictief maandtarief', waarbij er regulier wordt gedeclareerd en achteraf wordt gecorrigeerd naar het maandtarief. Dit betreft in alle gevallen maatwerkafspraken.	Het waardemodel 2026 is geoptimaliseerd ten opzichte van vorig jaar. We nemen nu bijvoorbeeld alle kosten op cliëntniveau mee, waaronder de kosten voor thuiszorgtechnologie. Verder corrigeren we zorgkosten alleen nog maar voor factoren die een significante correlatie laten zien en nemen we palliatief terminale zorg enkel als spiegelinformatie mee. Tot slot delen we (indien van toepassing) spiegelinformatie over de regiefunctie wondzorg en geven we inzicht in de omvang van gedeelde cliënten, waarmee (regionale) cliëntstromen en samenwerkingen in beeld worden gebracht. Voor de grootste regio van de zorgaanbieder brengen we in beeld of het werkelijke aantal cliënten in zorg overeenkomt met het verwachte aantal cliënten in zorg. Dit laatste is gebaseerd op de populatie in de regio (leeftijd en SES) en het CZ-gemiddelde. In 2026 willen we een volgende stap zetten in de strategische samenwerking met zorgaanbieders. We ontwerpen hiervoor een maatwerkcontract door gezamenlijke uitgangspunten (nader) te definiëren in concrete, meetbare KPI's die passen bij de regionale en specifieke uitdagingen per zorgaanbieder. Denk hierbij aan doelstellingen op het gebied van toegankelijkheid, medewerkers en/of betaalbaarheid. Met het oog op een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging maken we in 2026 geen nieuwe afspraken met een maatwerkcontract voor maandbekostiging. CZ groep wil ook de onverklaarbare variatie en excessen in tarieven en kosten per cliënt beperken. Dit betekent dat wij ons bij zorgaanbieders die significant negatief afwijken het recht voorbehouden om hiervoor te corrigeren en een afwijkende afspraak te maken.
Omzetplafond/basisbudget	Het basisbudget voor contractjaar 2026 is het volume van 1 juni 2024 tot en met 31 mei 2025, vermenigvuldigd met het geldende tarief voor 2026. De uitkomst van het doelmatigheidsmodel bepaalt hoe wij productie boven het basisbudget vergoeden. Zilveren Kruis hanteert alleen een omzetplafond bij aanbieders die in doelmatigheidscategorie 5 vallen, bij kleine aanbieders (omzet onder 100.000) en nieuwe aanbieders. Zie voor meer informatie over de vergoeding van de productie boven het basisbudget blz. 17 van het inkoopbeleid.	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 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. Nieuwe zorgaanbieders krijgen een vaste tariefafspraak en in beginsel een budgetafspraak van maximaal € 150.000. Een budgetafspraak mag noodzakelijke intensieve zorg in de palliatief terminale fase niet belemmeren. Daarom valt deze vorm van zorg vanaf 2026 niet onder het budgetplafond.	Bij de start van het jaar maken wij met zorgaanbieders een productieafspraak, die leidt tot een omzetplafond. CZ groep vergoedt de geleverde zorg tot aan dit omzetplafond. Het uitgangspunt is een realistisch plafond dat gebaseerd is op: - de productie in het voorgaande jaar; - de score van de zorgaanbieder in ons waardemodel de (verwachte) regionale zorgbehoefte. Bestaande zorgaanbieders ontvangen van ons in principe een productievoorstel, of – in uitzonderlijke gevallen – een (onderbouwd) bericht over het niet voortzetten van de overeenkomst.Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om dit omzetplafond te bewaken. We verwachten van zorgaanbieders dat zij het overeengekomen omzetvolume zo gelijkmatig mogelijk spreiden over het jaar. Daarbij houdt de zorgaanbieder rekening met seizoensinvloeden en de continuïteit van de zorg. Voor informatie over aanvullende zorginkoop zie blz. 10 van het inkoopbeleid.
Financiering van innovatie	Evt. mogelijk via transformatiemiddelen of één van de stichtingen		We willen zorgaanbieders aanzetten tot innovaties die bijdragen aan de regionale uitdagingen en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. We stellen daarom budget beschikbaar voor initiatieven die een voorinvestering vergen die niet direct kan worden terugverdiend binnen de reguliere bekostigingssystematiek. Zorgaanbieders die hier gebruik van willen maken, kunnen dit kenbaar te maken door vóór 1 augustus 2025 een projectplan in te sturen met daarin ten minste SMART doelstellingen, concrete KPI's en een begroting. Wij bieden hiervoor uiterlijk medio juni een online aanvraagformulier aan, inclusief de kaders. De aanvragen beoordelen we op basis van omvang, de impact voor onze verzekerden en in combinatie met de totale contractuele afspraak voor 2026. Aanvragen waarvoor andere subsidies of financieringsmogelijkheden beschikbaar zijn, nemen we niet in behandeling.
Klant-werkgebied ratio/ versnippering	De klant-werkgebiedratio is de verhouding tussen het aantal verzekerden van Zilveren Kruis waar u zorg aan heeft geleverd, en het aantal verschillende 4-cijferige postcodegebieden waarin deze verzekerden wonen. Onder verzekerden van Zilveren Kruis worden hier ook uw Wlz-cliënten in onze zorgkantoorregio's gerekend. We gaan hierbij uit van de voor u gunstigste ratio: voor 2025 geldt bijvoorbeeld dat u zorg levert aan 3 verzekerden per 4-cijferig postcodegebied binnen het kernwerkgebied van Zilveren Kruis, óf u levert zorg aan 3 verzekerden per 4-cijferig postcodegebied binnen uw totale werkgebied. Voor een overeenkomst 2025-2026 geldt dat als één van beide ratio's 3 of hoger is, u aan de inkoopvoorwaarde voldoet. Het is uw verantwoordelijkheid om zelf vast te stellen of u voldoet, wanneer u een overeenkomst aanvraagt. Voor een overeenkomst 2025 beoordeelt u dit op basis van de goedgekeurde declaraties van 1 april 2023 tot en met uiterste boekdatum 31 mei 2024. 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.		We stellen in onze kernwerkgebieden via een ingroeimodel voorwaarden aan het minimumaantal CZ-cliënten dat gemiddeld per 4-cijferig postcodegebied in zorg is. Deze voorwaarde is al aangekondigd in het zorginkoopbeleid 2025 en gold op dat moment al voor nieuwe zorgaanbieders. In 2026 geldt de voorwaarde voor alle zorgaanbieders. De berekening van de verhouding vindt plaats o.b.v. declaratiedata uit 2024. Zie blz. 11 van het inkoopbeleid voor een overzicht van de gevraagd klant-werkgebied ratio. Een zorgaanbieder die in 2026 niet aan deze voorwaarde voldoet, komt niet (langer) in aanmerking voor een overeenkomst, tenzij CZ groep gegronde redenen heeft om hiervan af te wijken. Zo kunnen we een aangepaste overeenkomst verstrekken als we onze zorgplicht niet op een andere manier kunnen vervullen. De enige uitzondering op deze voorwaarde betreft (medische) kindzorg.
Inzet onderaanneming	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. U kunt dit doen via Contact onder vermelding van het onderwerp. Uitzendkrachten en personeel die onderdeel zijn van de organisatie waar u als zorgaanbieder onderdeel van uitmaakt vallen niet onder onderaannemerschap.		Om versnippering tegen te gaan, gaan we via ons waardemodel spiegelinformatie delen over het gelijktijdig leveren van zorg aan één cliënt door meerdere zorgaanbieders. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij zo veel mogelijk werken en declareren vanuit één indicatie en zorgplan. Werken zij met een ongecontracteerde zorgaanbieder, dan gebeurt dit via onderaanneming. 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 2026 twee zaken moeten opgeven: het percentage onderaannemers dat zij willen inzetten en voor welk deel van de 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 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.
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. De oplossing is door het Zorgtransformatiemodel gekomen als er een positieve toets- en ook waardebepaling én evaluatie heeft plaatsgevonden. 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 zorgaanbieder kan 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.	De indicerend wijkverpleegkundige bekijkt op cliëntniveau of de inzet van technologie minder arbeidsuren wijkverpleging nodig maakt én of de kosten van de technologie opwegen tegen de baten. Is dit het geval, dan bieden wij via het reguliere contract een tegemoetkoming voor de kosten van hybride medicatieaanreiking, een beveiligde beeldzorgapplicatie, zorgrobotica en pakketoplossingen. In het productievoorstel 2026 informeren we u over de hoogte van de financiering en de voorwaarden voor de declaratie van thuiszorgtechnologie. Voor hybride medicatieaanreiking verwachten we een objectief vastgestelde bandbreedte voor de financiering op cliëntniveau. Daarbinnen vergoeden wij de kosten voor dit specifieke type technologie voor 2026. Voor het aanvragen van vergoedingen voor overige digitale zorg kunt u het landelijke aanvraagformulier downloaden op onze website: Inkoop thuiszorgtechnologie - Wijkverpleging - CZ. Dit ingevulde formulier kunt u insturen naar inkoopvvt.zvw@cz.nl.
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 (klittenbandzwachtel) 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. AI kan bijdragen aan een hogere productiviteit, betere zorgkwaliteit en lagere operationele kosten. Om deze potentie te benutten streven we ernaar dat AI in 2030 een standaard onderdeel van de zorg is. Daarom verwachten we dat zorgaanbieders uiterlijk eind 2026 een duidelijke strategie voor de toepassing en implementatie van AI hebben. Dit geldt in ieder geval voor huisartsenzorg via de O&I organisaties, wijkverpleging via de netwerkpartners en de grotere instellingen binnen de GGZ en MSZ.	De wijkverpleging richt zich op het bieden van het meest passende antwoord op een hulpvraag. Dit begint met hetwaar mogelijk voorkomen van (langdurige) professionele zorginzet, door te werken aan zelfredzaamheid, het inzetten van hulpmiddelen en het ondersteunen van mantelzorgers. Hierbij wordt ook gekeken naar ondersteuning die mogelijk is vanuit het sociaal domein. Wanneer een hulpmiddel of digitale vorm voldoet, is er voor dezelfde zorgbehoefte geen aanspraak op een fysieke vorm van zorg (uitvoeringseis 7). In 2026 blijven we de inzet van alle aan- en/of uittrekhulpen voor steunkousen vereenvoudigen. Zo kunnen deze al geleverd worden door de leverancier van steunkousen en zetten we voor de complexe hulpmiddelen in op het verstrekken in bruikleen. Uiteraard wordt hierbij het stepped care model gehanteerd.	CZ groep verwacht van zorgaanbieders dat zij een ambitie hebben op het gebied van digitalisering binnen hun eigen organisatie en dat ze die met ons delen. Zorgaanbieders gebruiken daarvoor bijvoorbeeld de zorgpaden en zorgprocessen in het overzicht 'Pas toe of leg uit' van Digizo.nu. Van de aanbieders van wijkverpleging verwachten we dat zij thuiszorgtechnologie inzetten bij minimaal 50% van de geschikte patiënten. We verwachten tegelijkertijd een vermindering van de bestaande traditionele (hands-on) werkwijzen, zodat digitale of hybride zorg niet boven op de huidige zorgactiviteiten komt.
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. Naar aanleiding van landelijke afspraken over het versterken van de eerste lijn publiceren we aanvullend beleid over herkenbare en aanspreekbare (H&A) teams. Daarom vragen we zorgaanbieders in onze kernregio's om in lijn met de landelijke afspraken: • Werkafspraken te maken over een H&A team • De afgesproken werkprocessen voor het H&A team zijn uiterlijk eind 2026 operationeel. . • De werkprocessen omvatten minimaal een ingangspunt voor verwijzers en verzekerden die zorgvragen oppakken en zorgt voor verdere coördinatie van de beschikbare capaciteit. • De operationele afspraken omvatten ook gemandateerde vertegenwoordiging van de wijkverpleging in het hechte wijkverband.	Binnen de wijkverpleging werken regionale aanbieders al meerdere jaren samen aan herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (H&A). Hierbij worden afspraken gemaakt voor een duidelijk aanspreekpunt voor de coördinatie van zorgvragen conform de 'leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging'. H&A draait vooral om goede samenwerking met huisartsen en moet daarom aansluiten op de ontwikkeling in de regio en de wijk. In onze regio's is op veel plekken een vorm van H&A ingericht. Een landelijke blauwdruk past daar niet altijd bij. Daarom 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 (uitvoeringseisen 10 en 13). Vanuit Menzis zetten we 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. Daarin hebben we landelijk afgesproken om in de komende jaren toe te werken naar het versterken van regionale samenwerking in regionale eerstelijnssamenwerkingsverbanden (RESV) en met hechte wijkverbanden	Enkele zorgaanbieders nemen een voortrekkersrol op zich bij het regionaal coördineren en organiseren van ketens en samenwerkingsvormen. In sommige regio's gaat dit al heel goed, in andere regio's is er nog ruimte voor verbetering, zodat in iedere regio vóór 2027 een zichtbaar, herkenbaar en aanspreekbaar wijkteam staat, als opmaat naar de hechte wijkverbanden en RESV's, zodat we ook in de toekomst de toegankelijkheid van de zorg kunnen garanderen. In onze kernwerkgebieden gaan we actief in gesprek met de zorgaanbieders die deze voortrekkersrol op zich nemen. We willen weten waar zij nu staan en afspreken om toe te werken naar een regionale integrale organisatie. Wij verwachten van deze zorgaanbieders dat zij uiterlijk op 1 augustus 2025 een plan aanleveren waaruit blijkt hoe zij invulling geven aan de organisatie van herkenbare en aanspreekbare wijkteams en de doorontwikkeling daarvan. Enkel zorgaanbieders die zorg leveren in het kernwerkgebied van CZ groep én die in 2025 een afspraak hebben over preventie op wijkniveau, regionale samenwerking en coördinatie (wijkgericht werken) komen in aanmerking om (een deel van) het afgesproken budget in 2026 in te zetten voor herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Wij informeren de betreffende zorgaanbieders daar in mei over. Voor meer informatie waar dit plan aan moet voldoen zie pagina 27 van het inkoopbeleid.
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.

Thema	VGZ	Zorg en Zekerheid	ASR
Algemeen	Om de wijkverpleging toekomstbestendig te organiseren focussen we op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. We zien dan ook het nut en de noodzaak van versteviging van wijkverpleegkundig zeggenschap. Tegelijkertijd investeren we in de transformatie om de inzet op zelfredzaamheid, ondersteuning door de omgeving van onze leden en de inzet van (technologische) hulpmiddelen door te ontwikkelen. Om dit zo het voorliggend veld te maken van de inzet van fysieke zorg. Dit alles om de wijkverpleging nu en in de toekomst toegankelijk te houden.	4 focuspunten in het inkoopbeleid wijkverpleging: 1. Versteviging aansluiting wijkverpleging in de eerste lijn 2.Snelle implementatie van innovaties, hulpmiddelen en digitale zorg 3.Verpleegkundig adviesgesprek 4.Wijkverpleging in zorgcoördinatie	Wij willen het verschil maken op drie onderwerpen: 1. a.s.r. stimuleert gezondheid en preventie 2. a.s.r. is partner bij duurzame initiatieven 3. a.s.r. gaat voor duurzame, inzetbare zorgprofessionals
Wijzigingen ten opzichte van vorig jaar	Zie pagina 6.	Zie pagina 3 en 4	Zie pagina 3 en 4
Meerjarencontracten	Biedt éénjarige overeenkomst aan	Een basis of een basis plus zorgovereenkomst heeft de duur van 1 jaar. Een maatwerk overeenkomst kan voor meerdere jaren worden afgesproken.	Biedt éénjarige overeenkomst aan
Tarief/Benchmark/Doelmatigheid	Een aanbieder kan er voor kiezen om niet akkoord te gaan met ons voorstel en een tegenvoorstel doen. Als dit tegenvoorstel een ander integraal tarief bevat dan het tarief dat wij aangeboden hebben, moet dit onderbouwd worden. Deze onderbouwing moet altijd gebaseerd zijn op het rekenmodel Wijkverpleging dat door Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Actiz en Zorgthuisnl is opgesteld. Als wij op basis van het rekenmodel een ander tarief overeenkomen, dan vertrouwen wij erop dat het een juiste weerspiegeling is van de kostprijs van de zorgaanbieder. Als er niets belangrijks verandert in de structuur van de zorgaanbieder, nemen we daarom na aanpassing van het tarief minimaal 3 jaar geen nieuw rekenmodel in behandeling en volstaat de indexatie van de integrale tarieven volgens onze indexatiemethodiek. In bepaalde gevallen vergelijken we de zorgaanbieder met andere zorgaanbieders via een benchmark. Dit doen we wanneer het totaal aan declaraties wijkverpleging bij ons groter is dan € 250.000 en er zorg geleverd wordt aan minimaal 25 unieke verzekerden van ons in 2024.	Voor de reguliere prestaties 1032 tot en met 1037 volgt Zorg en Zekerheid voor de totstandkoming van de tarieven in 2026 de voorlopige personele en materiële indexeringen zoals die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn gepubliceerd (peilmoment 1 september 2025). Hierbij wordt de indexering zo nodig gecorrigeerd met de door de NZa doorgevoerde correctie op de eerder afgegeven voorlopige indexering over 2025. Specifieke of lokale omstandigheden kunnen een reden zijn om afwijkende tariefafspraken te maken. Voor de overige prestaties bekijken we per prestatie of de bovenstaande indexeringssystematiek passend is. In het geval van maandtarieven vindt jaarlijks een herijking van het tarief plaats op basis van de verwachte zorginzet (kosten) per maand.	
Omzetplafond/basisbudget	Specifiek voor palliatief terminale zorg: Uitgangspunt van ons beleid is dat de wijkverpleegkundige doet wat nodig is. Niet meer en niet minder. In individuele gevallen is de ureninzet van de zorg onvoorspelbaar en mogelijk hoger dan bij andere zorgvragen. Hier houden we rekening mee in onze benchmarksystematiek. Van zorgaanbieders die gedurende het jaar hun doelgroepenmix sterk zien veranderen verwachten we dat ze proactief contact met ons opnemen. Wij gaan dan met elkaar het gesprek aan om er samen voor te zorgen dat onze verzekerden geen hinder ondervinden bij het verkrijgen van palliatief terminale zorg en de levering daarvan door onze gecontracteerde zorgaanbieders. We kijken in redelijkheid naar de situatie en kunnen de benchmarksystematiek aanpassen als de situatie daarom vraagt. Er kan dan rekening gehouden worden met de levering van palliatief terminale zorg in het geval dat de eerder afgesproken gemiddelde ureninzet per cliënt en/of het zorgkostenplafond overschreden wordt. Tegelijkertijd zullen we blijven toezien op volumegedreven aanbieders die erop gericht zijn om zoveel mogelijk uren te schrijven. Bij de wens tot ophoging zorgkostenplafond, meldt de zorgaanbieder zich bij VGZ wanneer 70% van het zorgkostenplafond is bereikt.	De zorgaanbieder stuurt uiterlijk 1 oktober 2026 een e-mail met onderbouwing naar zorginkoop.wijkverpleging@zorgenzekerheid.nl met de mededeling dat overschrijding van het omzetplafond wordt verwacht. Uiterlijk 1 november 2026 beoordeelt Zorg en Zekerheid of herziening van omzetplafond mogelijk is en koppelt de uitkomst terug aan de zorgaanbieder	In de basis wordt geen omzetplafond afgesproken, tenzij dit vanuit doelmatigheidsoverwegingen noodzakelijk blijkt.
Financiering van innovatie	Beleid 'Anders werken in de wijkverpleging' wordt in 2026 voortgezet. Aanbieders van medische kindzorg en casemanagement dementie bieden wij de mogelijkheid om maatwerkafspraken met ons te maken. Zie pagina 32 voor een overzicht van de minimumvereisten om in aanmerking te komen voor 'Anders werken in de wijkverpleging'. Naast het Anders werken in de wijkverpleging wordt voor 2026 budget gereserveerd voor: • Innovaties in de wijkverpleging rondom arbeidsbesparend werken • Efciënte(re) organisatie van de zorg • Het verbeteren van het wijkverpleegkundig proces • Het stimuleren van verpleegkundig zeggenschap Zorgaanbieders met een maatwerkafspraak met 'shared savings' component, 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.		
Klant-werkgebied ratio/ versnippering			
Inzet onderaanneming	We hanteren 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. Als zorgaanbieders volgens de laatste gegevens in DigiMV (jaardocument Maatschappelijke Verantwoording) niet aan deze norm voldoen komen ze niet in aanmerking voor een overeenkomst Wijkverpleging 2026. Als wij beoordelen dat er sprake is van een uitzonderlijke situatie maken wij maatwerkafspraken. Een zorgaanbieder mag alleen onderaannemers inzetten als daarvoor toestemming is gegeven door ons. Bij wijzigingen in het lopende jaar verwachten wij dat de aanbieder deze tijdig en volledig aan ons communiceert en toestemming voor de inzet van nieuwe onderaannemers afwacht.	De zorgaanbieder levert niet meer dan 20% van de totale geleverde uren wijkverpleging op jaarbasis via de inzet van onderaanneming. 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.	De zorgaanbieder mag niet meer dan 35% van haar productie door middel van onderlinge dienstverlening laten uitvoeren.
Vergoeding thuiszorgtechnologie	Voor de vergoeding van inzet van technologie kan de aanvullende afspraak thuiszorgtechnologie worden aangevraagd. Zie pagina 32 voor een overzicht van de minimumeisen voor Thuiszorgtechnologie.	Voor de inzet van beeldschermzorg en slimme medicijndispensers neemt Zorg en Zekerheidstandaard een vergoeding per verzekerde per maand op in haar zorgovereenkomst. Een voor een specifieke zorgaanbieder aantoonbaar hogere kostprijs kan aanleiding zijn om de standaardvergoeding te verhogen. Voor de inzet van andere (aanvullende) thuiszorgtechnologieën kunnen zorgaanbieders een aanvraag doen met het landelijk uniforme 'Aanvraagformulier thuiszorgtechnologie' op onze website. Hierbij voeren we een eigen beleid voor het aantal te vergoeden uren en de hoogte van het tarief.`	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. Wij verwachten dat de inzet van (technologische)hulpmiddelen zoals de medicijndispenser en beeldbellen binnen uw organisatie de standaard is in de wijkverpleging. Voor de vergoeding van andere vormen van thuiszorgtechnologie, beeldbellen en de medicijndispenser uitgezonderd, kunt u een aanvraag indienen door het landelijk aanvraagformulier vergoeding overige thuiszorgtechnologie wijkverpleging in te vullen en te mailen naar ouderenzorg@asr.nl.
Passende zorg: **- Zelf als het kan** **- Digitaal als het kan** **- Hulpmiddelen**	We kijken naar wat een cliënt zelf kan. Eventueel met hulp van de omgeving en inzet van (technologische) hulpmiddelen. Vervolgens wordt bekeken wat er aanvullend nodig is aan fysieke zorg. Zoals beschreven is in het V&VN normenkader. Naast de ontwikkeling van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' vinden wij dat het gedachtegoed achter reablement en positieve gezondheid een belangrijk onderdeel uit moeten maken van de visie van zorgorganisaties.	Ten aanzien van de juiste plek is wijkverpleging bij uitstek erop gericht om de verzekerde zoveel mogelijk in de eigen woonomgeving te helpen en de zelfredzaamheid te bevorderen. Wij verwachten dat zorgaanbieders oog hebben voor preventie, reablement en mantelzorg (ondersteuning), maar ook voor de inzet van thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen. Zorg en Zekerheid acht binnen de stepped care-benadering de inzet van hulpmiddelen en thuiszorgtechnologie voorliggend aan vormen van fysieke zorg. Hierbij verwachten wij ook dat zorgaanbieders elders nuttig gebleken innovaties snel overnemen. 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. 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'. Dit is een gesprek waarin de wijkverpleegkundige de (zorg)behoefte van een verzekerde in kaart brengt en vervolgens adviseert over welke mogelijke oplossingen er zijn vóórdat de hulpvraag automatisch wordt beantwoord met het leveren van (fysieke) zorg. Zorgaanbieders die een verpleegkundig adviesgesprek willen aanbieden, kunnen hiervoor een addendum aanvragen. In dit addendum zijn voorwaarden opgenomen.	Wij gaan uit van: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Reablement is passende zorg en draagt bij aan het toegankelijk en doelmatig houden van zorg. a.s.r. onderzoekt momenteel de mogelijkheden om spraakgestuurd rapporteren op te nemen in onze inkoop, met als doel de efficiëntie en effectiviteit van de zorg verder te verbeteren.
Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (H&A)/ Samenwerking in de eerste lijn	Regionaal bestuurlijk commitment zien wij als een randvoorwaarde voor coördinatie en samenwerking in de wijk. Wij verwachten dat op deze wijze gestimuleerd wordt dat professionals elkaar treffen in de wijk en samenwerking en coördinatie op de werkvloer een vlucht neemt en zo de werkvloer ondersteunt. Dit alles sluit aan bij de ontwikkelingen vanuit de landelijke visie eerstelijnszorg 2030. Specifiek voor de wijkverpleging betekent dit dat wij verwachten dat ze gemandateerd aansluiten bij het te vormen regionale eerstelijnssamenwerkingsverband. Daarnaast is het van belang dat er een goede afstemming en samenwerking tot stand komt in de hechte wijkverbanden. Hierbij ligt er voor de komende periode extra aandacht op de samenwerking en organisatie rondom de binnenkomende zorgvragen en de herkenbaarheid van de zorgverleners. We noemen dit ook wel herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.	Zorg en Zekerheid onderschrijft de ontwikkelde 'Visie eerstelijnszorg 2030' ten aanzien van de positie van de wijkverpleging in de eerstelijn. Wij vragen van zorgaanbieders om zich aan deze visie te committeren en samen met ons de visie op de eerste lijn in de regio verder vorm te geven. Zie ook het zorginkoopbeleid Multidisciplinaire zorg. Voor de wijkverpleging vragen we in het bijzonder om stappen te zetten in de onderlinge vertegenwoordiging en aanspreekbaarheid naar andere eerstelijnspartijen binnen de regionale eerstelijnsorganisaties en de wijkverbanden. Waar versnippering van aanbod van wijkverpleging een belemmering vormt voor de implementatie van de 'Visie eerstelijnszorg 2030', specifiek 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 de 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 de verzekerde, 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 verzekerden zoveel als mogelijk blijven bestaan. Dit neemt niet weg dat keuzes die wij maken voor een preferente zorgaanbieder gevolgen kunnen hebben voor de instroom van verzekerden bij niet-preferente zorgaanbieders in die wijk en voor het wel of niet contracteren van een zorgaanbieder voor een specifiek postcodegebied.	In de Visie Eerstelijnszorg 2030 is vastgesteld om de eerstelijnszorg in de toekomst duurzaam en toegankelijk te houden. Om dit doel te bereiken, ligt de oplossing in een beter afgestemde samenwerking tussen zorgaanbieders op wijkniveau via wijkverbanden en op regioniveau via regionale samenwerkingsverbanden. Binnen deze samenwerkingsverbanden spelen de wijkverpleging, de huisarts, de sociaal domeinwerker en de apotheek een essentiële en centrale rol. De afgelopen jaren zijn er al goede stappen gezet om meer herkenbare en aanspreekbare teams in de wijkverpleging te creëren en samenwerkingsafspraken in de keten te maken. a.s.r. verwacht dat hier in het komende jaar verdere stappen in worden genomen. Als landelijke verzekeraar zonder kernregio werkt a.s.r. mee aan de landelijke kaders die nodig zijn om deze regionale samenwerkingen vorm te geven.
Voorwaarden inzet helpenden niveau 2, stagiaires en leerlingen die minimaal in opleiding zijn tot niveau 3 of hoger (ook wel ander zorgpersoneel genoemd).	https://www.zn.nl/app/uploads/Gezamenlijke_inkooptekst_inzet_van_helpenden_en_ander_personeel.pdf	Zie de website van ZN voor de voorwaarden waaronder helpenden, leerlingen en stagiaires ingezet mogen worden.	Zie de website van ZN voor de voorwaarden waaronder helpenden, stagiaires en leerlingen ingezet mogen worden.

Thema	DSW	ONVZ	Caresq/Eucare	Salland Zorgverzekeraar
Algemeen	Speerpunt wijkverpleging voor 2026: Beschikbaarheid van zorg naar de toekomst	Het Integraal Zorgakkoord (IZA) vormt het kader voor onze zorginkoop. Wij helpen en inspireren onze verzekerden om mentaal en fysiek te blijven en zijn er voor hen op momenten die hun gezondheid raken. Wij vinden het belangrijk dat onze verzekerden snelle toegang tot kwalitatieve zorg hebben en de ruimte hebben om eigen zorgkeuzes te maken. Daarom hebben wij de volgende speerpunten in ons zorginkoopkader: ▪ Samen Beslissen, weloverwogen eigen zorgkeuzes maken ▪ Gezondheid in plaats van ziekte	Aansluitend op de looptijd van het IZA stelt Caresq vier thema's centraal binnen het zorginkoopbeleid: • Innovatieve zorg • Passende zorg • Verduurzaming • Digitalisering/Technologie/Gegevensuitwisseling	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	Passage over nieuwe bekostiging Wijkverpleging is verwijderd. Passage over inzet helpenden, stagiaires en leerlingen toegevoegd;. Passage over casemanagement dementie n.a.v. landelijke ontwikkeling aangepast. Regionale samenwerking is toegevoegd onder Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord. Voorwaarden overeenkomst aangepast. Proces aangepast op basis van verschillende type afspraken.	Zie pagina 13.	Zie pagina 2.	Zie pagina 29
Meerjarencontracten	Biedt éénjarige overeenkomst aan	Wij bieden onze standaard- en maatwerkovereenkomsten wijkverpleging aan met een looptijd van één jaar. Voor de maatwerkovereenkomsten kan de duur hiervan onderdeel zijn van de onderhandelingen. In onze overeenkomsten spreken wij integrale tarieven af.	Caresq heeft met enkele zorgaanbieders een meerjarige zorgovereenkomst gesloten die doorloopt in 2026. Caresq onderzoekt voor 2026 de mogelijkheid om meer meerjarige zorgovereenkomsten te sluiten, ter verlichting van de administratieve lasten en om de verzekerden tijdig duidelijkheid te geven bij welke zorgaanbieder zij terechtkunnen.	De standaardovereenkomst die we in 2026 aanbieden heeft een looptijd van 2 jaar.
Tarief/Benchmark/Doelmatigheid	DSW hanteert twee type afspraken voor het leveren van Wijkverpleging, waarbij het onderscheid wordt gemaakt op basis van de declaraties die betrekking hebben op zorg geleverd in 2024 en/of verwachte omzet 2025. Overeenkomst met uitsluitend een tariefafspraak omzet minder dan € 350.000,- en/of een ureninzet van minder dan 15 per verzekerde per maand. Overeenkomst met maatwerkafspraken: gelijk aan of meer dan € 350.000,- en/of een gemiddelde ureninzet van meer dan 15 per verzekerde per maand.	Voor 2026 willen we samen met u werken aan de houdbaarheid van het zorgstelsel door scherp te kijken naar reële, gemiddelde zorgkosten per verzekerde in relatie tot het gemiddelde bij vergelijkbare zorgaanbieders. Hierbij kijken we ook naar de kwaliteit en doelmatigheid van de geboden zorg. Daar waar wij zodanige afwijkingen constateren in de gemiddelde zorgkosten en/of de tarieven ten opzichte van wat gebruikelijk is in de markt, passen wij onze afspraken aan.		We sturen bij de totstandkoming van het tarief 2026 aan op marktconforme afspraken.We zien grote variëteit in de tarieven wijkverpleging. In het kader van marktconformiteit streven we in 2026 naar meer vergelijkbare tarieven voor vergelijkbare zorg(aanbieders). 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. Palliatieve zorg wordt niet meegenomen in doelmatigheidsberekeningen/-afspraken.
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.
Financiering van innovatie	DSW vindt innovatie in de zorg belangrijk. Wij werken graag mee aan innovatievoorstellen van zorgverleners die leiden tot verbetering van de zorg. Heeft u als zorgaanbieder een innovatief voorstel? Stuur dit dan naar: contractering.wijkverpleging@dsw.nl. Binnen de WSD-regio werken we onder het Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord (RIGA) aan toegankelijke zorg en een gezonde leefomgeving. Binnen het RIGA zijn de verschillende regionale partijen vanuit alle domeinen vertegenwoordigd. Wij zien dat een regionale, domeinoverstijgende aanpak nodig is voor de enorme opgave waar we in de zorg voor staan. Dit doen we door middel van regionale en lokale projecten, waarbij niet alleen een incidentele impuls nodig is, maar ook passende en gelijkgerichte contractering om dit duurzaam te bestendigen. Wij gaan graag in gesprek met zorgaanbieders die werkzaam zijn in de WSD-regio om te bepalen welke contractafspraken nodig zijn om deze beweging duurzaam te ondersteunen.	Als landelijke verzekeraar zien we een belangrijke rol voor ons in het verbinden van de verschillende (digitale) initiatieven en innovaties die er op deze vlakken zijn. We kunnen een rol spelen in het introduceren, testen en/of evalueren. Succesvolle initiatieven en innovaties kunnen vervolgens verder uitgerold worden. Heeft u een goed idee? Of bent u al met zorgvernieuwingen aan de slag en zoekt u iemand die met u meedenkt? Of wilt u dat we een afspraak volgen waarover u met de preferente zorgverzekeraar een afspraak heeft gemaakt? Kijk dan op onze website. Daar vindt u ook onze visie op innovaties. Of bespreek het met onze zorginkoper.	Naast de inkoop van de reguliere zorg staat Caresq ervoor open om afspraken te maken met betrekking tot innovatieve zorg. Wanneer uw initiatief een impactvolle transformatie betreft volgens de richtlijnen van het IZA, kunt u zich wenden tot de marktleiders. Caresq zal de procesafspraken volgen die hieromtrent gemaakt zijn binnen Zorgverzekeraars Nederland (ZN), in samenspraak met de IZA partners. Bij toekenning door de marktleiders gaan wij met u in gesprek over de invloed die de impactvolle transformatie zal hebben op de zorgovereenkomst die u heeft met Caresq. Wij verwachten dat de zorgaanbieder ons actief informeert over lopende transformatieplannen indien deze de contractering met Caresq raken. Wij vragen hierbij om transparantie, niet alleen in de investeringen maar ook de uitkomsten op (langere) termijn. U kunt op uw beurt van ons verwachten dat wij ons zullen conformeren aan het oordeel van de marktleiders en naar rato zullen bijdragen binnen de transformatieplannen. Betreft uw initiatief een overige transformatie of innovatie, vallend binnen de Zvw en in lijn met de thema's beschreven in dit zorginkoopbeleid, dan ontvangen wij graag uw initiatief via zorginkoop@caresq.nl. Wanneer wij voldoende raakvlakken zien, gaan wij een verkennend gesprek met u aan. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij actief inzetten op passende en arbeidsbesparende zorg en kansrijke of bewezen initiatieven rondom deze onderwerpen implementeren. Indien andere vormen van financiering nodig zijn om arbeidsbesparende maatregelen te financieren gaat Caresq daar graag het gesprek met u over aan. Daarnaast heeft Caresq de ambitie in te zetten op een doelmatig zorgpad, over de verschillendezorgsoorten heen waarbij het bevorderen van de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van onze verzekerden centraal staat.	Binnen onze regio maken wij graag afspraken met zorgaanbieders over innovaties die een aantoonbare bijdrage leveren aan onze beleidsvisie en -doelstellingen. Wij gaan daarover graag het gesprek met u aan, primair aan de hand van de bestaande innovatiemogelijkheden binnen de beleidsregelgeving van de NZa. In onze kernregio Midden-IJssel verwachten we dat arbeidsbesparende zorg onderdeel is van innovatievoorstellen.
Klant-werkgebied ratio/ versnippering				
Inzet onderaanneming		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	Caresq verwacht een gezonde verhouding tussen het vaste personeel en personeel niet in loondienst. De procentuele verdeling tussen personeel in loondienst en personeel niet in loondienst wordt om deze reden bij de afweging of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor een zorgovereenkomst meegenomen.	De zorgaanbieder mag niet meer dan 35% van haar productie door middel van onderlinge dienstverlening laten uitvoeren. 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. 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.
Vergoeding thuiszorgtechnologie	Via de contractering van digitale zorg stimuleren we de ontwikkeling van digitale oplossingen in zorgprocessen en de opschaling daarvan bij zorgaanbieders	Op dit moment vergoeden wij zorgtechnologie op basis van het integrale tarief. Wij onderzoeken hoe we de financiering van thuiszorgtechnologie in de toekomst uniform kunnen maken	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. Indien van toepassing krijgt de zorgaanbieder ook de mogelijkheid om een aanvraag in te dienen voor aanvullende afspraken via het landelijk uniforme aanvraagformulier. Aanvragen voor thuiszorgtechnologie worden enkel middels de vragenlijst Wijkverpleging uitgevraagd. Na het sluiten van de vragenlijst op 15 juni 2025 is het dus niet meer mogelijk om een aanvraag thuiszorgtechnologie voor 2026 te doen.	Salland zorgverzekeraar vindt dat thuiszorgtechnologie altijd voorliggend is ten opzichte van personele inzet. Voor 2026 maken wij hier graag afspraken over met zorgaanbieders. De prestatie thuiszorgtechnologie is toegankelijk voor zowel standaard- als maatwerkaanbieders. Als voorwaarde geldt dat thuiszorgtechnologie een gelijkwaardig alternatief moet zijn voor een regulier zorgmoment (rechtmatig en doelmatig). Wat betreft het maximaal aantal uren gaan wij uit van hetgeen in de NZa-beleidsregel is opgenomen. Om voor de prestatie thuiszorgtechnologie in aanmerking te komen, dient de zorgaanbieder het aanvraagformulier Thuiszorgtechnologie in te vullen en bij ons aan te leveren. Per 2026 hoeft voor het aanvragen van dagstructuurrobots het aanvraagformulier thuiszorgtechnologie niet meer ingevuld te worden.
Passende zorg: **- Zelf als het kan** **- Digitaal als het kan** **- Hulpmiddelen**	Via de contractering van digitale en hybride zorg stimuleren we de ontwikkeling van digitale oplossingen in de zorg en ondersteuning van de zorg in zorgprocessen en de opschaling daarvan bij zorgaanbieders. Door inzet van passende digitale zorg, die bewezen effectief en doelmatig is transformeren we zorgpaden. Dit leidt tot beter passende zorg voor de patiënt en houdt deze zorg toegankelijk en betaalbaar.	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.	Voor zorgaanbieders zien wij hun rol tijdens het behandeltraject hierin als volgt: • Reguliere zorg kan worden vervangen door innovatieve vormen van zorg zoals e-health, wat leidt tot arbeidsbesparing, kostenbesparing, toegankelijkheid en/of verhoging van de kwaliteit van zorg. • De zorgaanbieder zet tijdig zorg in, zodat meer intensieve zorg wordt voorkomen en de zorg blijvend binnen de eerstelijn georganiseerd kan worden. Hierdoor wordt de verzekerde in de eigen vertrouwde omgeving dicht bij huis behandeld. • De zorgaanbieder verwijst indien nodig op het juiste moment door. Dit houdt enerzijds in dat de verzekerde niet onnodig wordt doorverwezen en anderzijds dat de zorgaanbieder tijdig andere professionals inschakelt als de zorgvraag dit verlangt. • De inzet van hulpmiddelen kan veel betekenen door taken over te nemen en de belasting op personeel te verminderen.	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.
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.	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. In 2026 verwacht Salland Zorgverzekeraar dat de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in regio Midden-IJssel is geïmplementeerd. Voor Midden-IJssel maken wij met de regionale zorgaanbieders wijkverpleging afspraken over hoe de wijkverpleging in de regio optimaal te organiseren en in te richten, en welke inspanningen hiervoor nodig zijn. Voor 2026 worden deze afspraken steeds meer gezien in het kader van de visie op de eerstelijnszorg in 2030.
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.	https://www.zn.nl/app/uploads/Gezamenlijke_inkooptekst_inzet_van_helpenden_en_ander_personeel.pdf	Zie de website van ZN voor de voorwaarden waaronder helpenden, stagiaires en leerlingen ingezet mogen worden.	https://www.zn.nl/app/uploads/Gezamenlijke_inkooptekst_inzet_van_helpenden_en_ander_personeel.pdf

overzicht highlights inkoopbeleid wijkverpleging 2025

Thema	Zilveren Kruis	Menzis	CZ	VGZ	Zorg en Zekerheid	ASR	DSW	ONVZ	Caresq/Eucare	Salland Zorgverzekeraar
Kwaliteit	Zilveren Kruis volgt de afspraken vanuit het Generiek kompas ‘samen werken aan de kwaliteit van bestaan’. Onderdeel hiervan is dat u ervaringen van verzekerden (PREM) meet, (laat) publiceren en de uitkomsten gebruikt voor interne verbetering van organisatie en zorg. In het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging zijn afspraken gemaakt om etalage-informatie over de wijkverpleging beschikbaar te stellen via een keuzehulp op Zorgkaart Nederland. Wij vinden het belangrijk dat u de benodigde informatie voor Zorgkaart Nederland aanlevert bij Vektis en actueel houdt.	Van zorgaanbieders verwachten we dat zij uitvoering geven aan de door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen en standaarden. Hiermee voldoen zij aan de kwaliteitseisen, zoals gehanteerd binnen de beroepsgroep. Bij Menzis onderschrijven we de beweging, zoals ingezet in het Generiek Kompas ‘Samen werken aan kwaliteit van bestaan’. Het Generiek Kompas is in juli 2024 opgenomen in het Register van het Zorginstituut. Een onderdeel van het kompas betreft ‘Inzicht in kwaliteit’. Dit inzicht wordt enerzijds geboden door een door de zorgaanbieder op te stellen kwaliteitsbeeld. Daarnaast verwachten we dat zorgaanbieders ten minste een klanttevredenheidsonderzoek (PREM) uitvoeren. De resultaten hiervan zijn openbaar beschikbaar en daarmee inzichtelijk voor verzekerden (uitvoeringseis 2). Een belangrijk onderdeel is de inzet van Proactieve Zorgplanning (PZP). Dit houdt in dat er niet alleen gekeken wordt naar de huidige zorgbehoefte, maar ook naar toekomstige zorgvragen. De wijkverpleegkundige heeft een signalerende en verwijzende rol in de samenwerking met artsen wanneer het gaat om medische behandelwensen. Daarnaast heeft de wijkverpleegkundige een leidende rol in het bespreekbaar maken hoe zorg en ondersteuning thuis georganiseerd worden, nu en in de toekomst 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 (uitvoeringseis 4).	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. De zorgaanbieder voert periodiek (minimaal elke twee jaar) een cliënttevredenheidsmeting uit (NPS), bespreekt de resultaten met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met hen verbeterplannen op. De zorgaanbieder maakt gebruik van de Patient Reported Experience Measure (PREM) conform het Generiek Kompas en maakt de resultaten van deze klantervaringen openbaar en daarmee inzichtelijk voor verzekerden. Enige uitzondering hierop betreft (medische) kindzorg. De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door jaarlijks een kwaliteitsbeeld aan te leveren bij het Zorginstituut conform de uitgangspunten van het Generiek Kompas.	Het is belangrijk dat we inzicht hebben in de kwaliteit van zorg die onze leden ontvangen. Transparantie daarover is essentieel. We verkrijgen belangrijke inzichten door te luisteren naar de ervaringen van cliënten. Bijvoorbeeld de ervaringen en beleving van cliënten die verzameld zijn in de PREM (Patient Reported Experience Measure) Wijkverpleging. Die inzichten helpen onze leden bij het kiezen van hun zorgaanbieder. Wij volgen hierbij de afspraken die zijn vastgelegd in het Generiek kompas. Kwaliteit van zorg en de bevindingen hierover zijn onderwerpen waarover we graag van gedachten wisselen met zorgaanbieders. Dit doen we onder andere samen met onze medisch adviseurs.	De kwaliteit van de zorgverlening voldoet minimaal aan het ‘Generiek kompas; Samen werken aan kwaliteit van bestaan’ De zorgaanbieder heeft in de afgelopen 3 jaar voorafgaand aan dit contractjaar een klanttevredenheidsonderzoek gehouden en heeft in overleg met de cliëntenraad verbeterpunten uit het onderzoek aantoonbaar en actief ter hand genomen. De voorgaande zin is niet van toepassing als de zorgaanbieder niet gedurende de gehele voornoemde periode zorg verleende die per 2026 valt onder verpleging en verzorging.	In 2025 is het generieke kompas ‘Samen werken aan kwaliteit van bestaan’ in werking getreden. Het nieuwe kompas legt de nadruk op het voorkomen van een grotere zorgvraag. Het ondersteunt de reeds ingezette beweging: zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan. Ten behoeve van het meten van kwaliteit stellen alle zorgaanbieders een kwaliteitsbeeld op en meten zij diverse kwaliteitsindicatoren. De zorgaanbieder heeft in de periode 2022-2025 een klanttevredenheidsonderzoek gehouden en heeft, in overleg met de (centrale)cliëntenraad, verbeterpunten geformuleerd die voortkomen uit het onderzoek en deze aantoonbaar en actief ter hand genomen in een plan van aanpak. De zorgaanbieder heeft op peildatum 1 januari 2025 de uitkomsten van het klanttevredenheidsonderzoek op de website gepubliceerd, tenzij de zorgaanbieder niet gedurende de gehele periode zorg verleende die per 2023 valt onder verpleging en verzorging. Wij verwachten dat zorgaanbieders voldoen aan wettelijk eisen, zorg bieden conform landelijke kwaliteitsstandaarden en voldoen aan minimumnormen van wetenschappelijke verenigingen. Onderdeel hiervan is ook het hebben van een kwaliteitsmanagementsysteem, aanleveren van kwaliteitsgegevens en een leer- en verbetercyclus. Kwaliteit van zorg kan immers pas ontstaan als de zorgaanbieder evalueert, daarvan leert en vervolgens verbeteracties onderneemt.	DSW vindt dat kwaliteit vooral bepaald wordt door de beroepsgroep en sluit om die reden in haar contracten aan bij de door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen en standaarden. Wat betekent dit concreet? De zorgaanbieder houdt zich aan de wet- en regelgeving. De zorg is doelmatig en gebaseerd op de laatste stand van de wetenschap en praktijk. De zorgaanbieder blijft zich ontwikkelen in de kennis die nodig is om zijn beroep uit te oefenen, bijvoorbeeld in de vorm van bij- en nascholing. DSW ziet een rol voor zichzelf weggelegd om 'malpractice' te signaleren en aan te pakken.	ONVZ heeft als uitgangspunt dat de beroepsgroepen en/of brancheverenigingen bepalen wat passende zorg is, door middel van onder andere actuele kwaliteitskaders, het generiek kompas, kwaliteitsstandaarden en behandelrichtlijnen. De zorgaanbieder is degene die eindverantwoordelijk is voor het toepassen en leveren van deze passende zorg. U volgt de landelijke wet- en regelgeving die op uw organisatie van toepassing is en door de beroepsgroep geformuleerde standaarden en richtlijnen, die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Bovendien verwachten we dat u de geleverde zorg registreert in de door de beroepsgroep geïnitieerde (kwaliteits)registraties ten behoeve van het (navolgbare) zorgplan en audit trail, kwaliteitsverbetering en spiegelinformatie voor zorgaanbieders, cliënten en verzekeraars. Een juiste en actuele indicatiestelling conform het verpleegkundig proces zien wij als het cruciale startpunt voor passende inzet van wijkverpleging met als uitgangspunt generalistisch waar het kan, specialistisch waar het moet. Inzet op Samen Beslissen en Advanced Care Planning.	Wij vinden het belangrijk dat onze verzekerden over informatie beschikken die helpt bij het kiezen van een zorgaanbieder die bij hen past. Er zijn landelijke afspraken gemaakt om etalage-informatie over de wijkverpleging beschikbaar te stellen via een keuzehulp op ZorgkaartNederland. Wij verwachten dat u als organisatie de benodigde informatie voor ZorgkaartNederland via Vektis aanlevert en up-to-date houdt. Caresq verwacht dat zorgaanbieders binnen wijkverpleging en medische kindzorg gebruikmaken van het landelijk ingevoerde klantervaringsonderzoek PREM). De zorgaanbieder monitort de klanttevredenheid, evalueert de uitkomsten en neemt deze op in de verbetercyclus. Hiermee borgen we de kwaliteit van zorg aan de verzekerden. Om deze reden wordt bij de afweging of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor een zorgovereenkomst het hanteren van de PREM meegenomen.	Het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie in de indicatiestelling binnen de wijkverpleging is volgens Salland Zorgverzekeraar een belangrijke stap naar meer passende zorg. Wij vinden het van belang dat herindicaties (zoveel mogelijk) worden uitgevoerd door de dezelfde hboverpleegkundige die de initiële indicatie heeft gesteld. Iedereen die in Nederland woont of werkt, is verplicht om een basiszorgverzekering af te sluiten, inclusief arbeidsmigranten en expats. Deze doelgroep is veelal verzekerd bij ons label Hollandzorg. Bij het inkopen van zorg hebben we expliciet oog voor de unieke zorgbehoeften van anderstalige verzekerden, conform de uitgangspunten van het convenant ‘Toegang tot de Gezondheidszorg voor Arbeidsmigranten’. Salland Zorgverzekeraar verwacht dat wijkverpleegkundige zorg wordt geleverd volgens de normen van het Generiek kompas. 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.
Werkgeverschap		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		We vinden het belangrijk om verpleegkundig zeggenschap te stimuleren voor zowel de verpleegkundige als de verzorgende. Meer zeggenschap leidt tot betere zorg, meer efficiëntie, minder regels en daardoor meer werkplezier en behoud van personeel. 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. Een nieuwe meting start in september 2025. Een ander goed voorbeeld van zeggenschap is de ontwikkeling van de Beter Laten-lijst van V&VN, opgesteld door professionals. We moedigen aan dat zorgaanbieders aan de slag gaan met deze lijst. Daarnaast verwachten we dat iedere wijkverpleegkundige met enige regelmaat achter de voordeur komt om praktijkkennis op peil te houden.		De zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat zorgprofessionals bevoegd en bekwaam zijn. Raadpleeg hiervoor ook het landelijke toetsingskader Wijkverpleging van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Als u als zorgaanbieder niet aan deze vergewisplicht voldoet kan a.s.r. een sanctie aan u opleggen zoals bijvoorbeeld ontbinding van de overeenkomst.			Omdat de vraag naar wijkverpleging zal blijven toenemen (als gevolg van vergrijzing en verplaatsing van zorg) en in combinatie met de krapte op de arbeidsmarkt ziet Caresq een rol voor de zorgaanbieders weggelegd in het stimuleren van opleiden en het uitdragen van goed werkgeverschap. Door voldoende opleidingsplaatsen aan te bieden (instroom vergroten) en de uitstroom te beperken, kan onder andere de vraag naar en afhankelijkheid van externe medewerkers worden gereduceerd.	
Duurzaamheid	Zie het uniforme ZN inkoopbeleid wijkverpleging verduurzamen van zorg Zvw 2026	Zie het uniforme ZN zorginkoopbeleid wijkverpleging verduurzamen van zorg Zvw 2026	Zie het uniforme ZN inkoopbeleid wijkverpleging verduurzamen van zorg Zvw 2026	Zie het uniforme ZN zorginkoopbeleid wijkverpleging verduurzamen van zorg Zvw 2026.	Zie het uniforme ZN Zorginkoopbeleid wijkverpleging Verduurzamen van zorg Zvw 2026.	Zie het uniforme ZN zorginkoopbeleid wijkverpleging verduurzamen van zorg Zvw 2026		Zie het uniforme ZN zorginkoopbeleid wijkverpleging verduurzamen van zorg Zvw 2026	Zie het uniform ZN zorginkoopbeleid wijkverpleging verduurzamen van zorg Zvw 2026	Zie het uniforme ZN zorginkoopbeleid wijkverpleging verduurzamen van zorg Zvw 2026
Gespecialiseerde verpleging/ Ziekenhuisverplaatste zorg		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. 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 ter zake gespecialiseerd verpleegkundige aangewezen zijn. Specialistische verpleging, waaronder ziekenhuisverplaatste zorg, wordt vaak geleverd vanuit een apart team metspecifieke expertise op het gebied van (weinig frequent voorkomende) risicovolle en/of voorbehouden handelingen. Door deze zorg in specialistische teams te beleggen, wordt de bekwaamheid van professionals gewaarborgd en versnippering tegengegaan. In ons toetsingskader Ziekenhuisverplaatste zorg staat beschreven hoe we vanuit Menzis op inhoud en kwaliteit willen omgaan met de verschuiving van zorg naar de thuissituatie, maar ook de inzet van schaars personeel en duurzame bekostiging. Van zorgaanbieders die met ziekenhuizen afspraken willen maken over het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de thuissituatie verwachten we dat zij ons vooraf benaderen en deze plannen, samen met het betreffende ziekenhuis, toetsen aan ons toetsingskader.	Gespecialiseerde verpleging vindt plaats op verzoek van een arts en wordt onder zijn regie uitgevoerd. Gespecialiseerde verpleging wordt geleverd door een verpleegkundige van niveau 4 of 6 die (actueel) geschoold is in medisch-technische handelingen en die in staat is, als dat verantwoord en passend is, om deze kennis en expertise aan een cliënt of mantelzorger over te dragen om de zelfredzaamheid te vergroten. CZ groep ondersteunt de ontwikkeling naar meer passende zorg, substitutie naar voorliggende voorzieningen en stepped-care-zorg. Daarbij zien wij kansen in het aanleren van verpleegtechnische handelingen aan cliënten en/of mantelzorgers om daarmee de inzet van professionele zorg te verkleinen en de zelfredzaamheid van cliënten te vergroten. Dit is een mooie ontwikkeling. Zeker omdat we ook vinden dat de trend om professionele zorg steeds meer in de thuissituatie te verlenen ook zijn grenzen kent. Deze grenzen vindt u in ons Toetsingskader Ziekenhuisverplaatste zorg. Hierbij bekijken we de aspecten veiligheid, kwaliteit, kosten en toegankelijkheid. We gaan graag met zorgaanbieders in overleg over de invulling hiervan. Bij een positieve beoordeling maken we vervolgafspraken. Daarbij gaan wij ervan uit dat alle soorten ziekenhuisverplaatste zorg binnen ons kernwerkgebied die opschaalbaar zijn en/of een bepaalde omvang hebben, het toetsingskader positief hebben doorlopen.	Heeft u een initiatief (business case) voor ziekenhuisverplaatste zorg? Dan kunt u hierover in gesprek gaan met uw zorginkoper. We toetsen uw business case aan 5 criteria. Zie voor deze criteria de volgende link: https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/wijkverpleging/beleid/2026-ziekenhuisverplaatste-zorg	Zorgaanbieders kunnen aanvullende afspraken maken over de vergoeding van ziekenhuisverplaatste zorg. Wij vergoeden deze zorg middels een vergoeding per uur via de prestatiecode ‘ziekenhuisverplaatste zorg’ zodat inzichtelijk is dat het ziekenhuisverplaatste zorg betreft. De visie van Zorg en Zekerheid op ziekenhuisverplaatste zorg is te vinden op hun website (onderaan de websitepagina). Zie de volgende link: https://www.zorgenzekerheid.nl/zorgprofessionals/beroepsgroep/wijkverpleging/documenten-en-formulieren	Bij de verplaatsing van zorg naar huis is het belangrijk dat concrete samenwerkingsafspraken worden gemaakt tussen betrokken zorgaanbieders over kwaliteit, veiligheid, continuïteit en doelmatigheid van de te verplaatsen zorg. Indien u als zorgaanbieder overweegt om zorg te verplaatsen wordt a.s.r. graag tijdig betrokken en denkt waar nodig mee.			Caresq wil een beweging maken van tweedelijnszorg naar geïntegreerde eerstelijnszorg samen met, waar mogelijk, digitale zorg, zelfzorg of een combinatie daarvan. Caresq faciliteert daar waar mogelijk of nodig de uitstroom van de tweede lijn naar de eerste lijn om zodoende de beweging naar passende zorg mogelijk te 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. Voor zorgaanbieders buiten de regio geldt dat alleen aanvullende financiering plaatsvindt als ze dit aantoonbaar met de preferente verzekeraars hebben afgesproken en wij die afspraken ook in het belang van onze verzekerden achten. Ziekenhuisverplaatste zorg wordt gedeclareerd onder prestatiecode 1121 en nooit onder de reguliere prestaties wijkverpleging.
Palliatief terminale zorg	Zilveren Kruis stelt aanvullende voorwaarden voor leveren van PTZ, deze zijn te vinden op pagina 29 van het inkoopbeleid	Wanneer nodig wordt wijkverpleging ingezet, in nauwe samenwerking met de behandelaar. In de laatste fase, waarin intensieve zorg noodzakelijk is, spreken we van palliatief terminale zorg. Voor palliatief terminale zorg wordt doorgaans 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 mogelijkheid is opname in een hospicevoorziening. De zorgaanbieder die palliatieve zorg levert, doet dit generalistisch waar het kan en specialistisch waar het moet met bevoegde en bekwame verpleegkundigen en verzorgenden: • 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 cliënt begeleiding en nazorg geboden wordt. U verwijst door wanneer de begeleidingsvraag niet past binnen het verpleegkundig domein; • Daarbij participeert u actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en werkt conform de afspraken die binnen het Netwerk zijn gemaakt; • De zorgaanbieder werkt met Advance Care Planning. U werkt volgens het kwaliteitskader Palliatieve zorg; • De zorgaanbieder maakt actief gebruik van mantelzorg en vrijwilligers (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg) bij de inzet van 24 uurs toezicht;	Alle zorgverleners kunnen generalistische palliatieve zorg leveren en cliënten ondersteunen naar en in de laatste levensfase door tijdig met hen in gesprek te gaan (Advance Care Planning). Zij kunnen hier zo nodig specialistische ondersteuning voor inschakelen. Onderdeel van dit gesprek zijn het bespreken van de wensen van de cliënt en de mogelijkheden van professionele zorg rondom de stervensfase thuis, in een Bijna Thuis Huis en/of in een hospice. Daarbij wordt rekening gehouden met de individuele situatie van de cliënt. Voor alle zorgverleners geldt dan ook dat zij passende bij- en nascholing volgen om de kwaliteit van de zorg te waarborgen, aangezien Advance Care Planning een steeds belangrijker onderdeel wordt binnen het wijkverpleegkundige beroep. Wij vinden het belangrijk dat de zorg zo veel mogelijk wordt verleend door een centrale zorgverlener en dat een cliënt niet van zorgverlener hoeft te wisselen in de laatste levensfase. De situatie bepaalt welke centrale zorgverlener het best bij de cliënt past. Om te borgen dat er in de regio voldoende specialistische kennis voorhanden is, vinden wij het belangrijk dat iedere zorgaanbieder die deze zorg levert zich aansluit bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ). De inzet van een palliatief verpleegkundige wordt bij een selectief aantal aanbieders met een regionale functie ingekocht. Zie pagina 23 voor de aanvullende eisen.	Wij vinden het belangrijk dat alle zorgaanbieders integrale wijkverpleging leveren aan onze leden. Palliatief terminale zorg is hier onderdeel van. Juist in deze kwetsbare fase van zorgverlening vinden wij het belangrijk dat onze verzekerden kunnen rekenen op toegankelijke en continue zorgverlening.	Zie pagina 14 voor een beschrijving van de voorwaarden voor levering van palliatief terminale zorg.	Voor de aanvullende voorwaarden Palliatief terminale zorg zie pagina 21 en 22 van het inkoopbeleid.		Bijna-Thuis-Huizen worden vanuit de wijkverpleging bekostigd. De bracheorganisaties AHzN en VPTZ hebben aan de zorgverzekeraars een lijst aangeleverd waarop staat welke zorgaanbieders zorg leveren in een BTH. ONVZ contracteert alleen zorgaanbieders die op deze lijst staan. Ons uitgangspunt is om een dagtarief af te spreken. Daar waar het noodzakelijk is, vragen we de zorgaanbieder om de uren zorg inzichtelijk te maken om tot een reëel tarief te komen.	De zorgaanbieder handelt volgens de landelijke richtlijnen palliatief terminale zorg; • De zorgaanbieder is aangesloten bij een erkend Palliatief Netwerk; • De zorgaanbieder garandeert de beschikbaarheid van palliatief terminale zorg 24 uur per dag, 7 dagen in de week; • De zorgaanbieder zet, waar mogelijk, informele zorg in door het actief betrekken van vrijwilligers en mantelzorgers binnen het behandeltraject.	Palliatief terminale zorg voldoet minimaal aan het Kwaliteitskader Palliatieve 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. Voorwaarden voor het leveren van Palliatief Terminale Zorg: - De zorgaanbieder is voor palliatief-terminale zorg 24/7beschikbaar - De zorgaanbieder heeft hiervoor een goede bereikbaarheid en adequate achterwachtregeling georganiseerd - De zorgaanbieder maakt actief gebruik van de inzet van informele zorg en Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg (VPTZ). - Zorgaanbieders maken optimaal gebruik van consultatievoorzieningen.
Ongeplande nachtzorg	Zie pagina 35 van het inkoopbeleid voor de inkoopvoorwaarden onplanbare nachtzorg. We streven ernaar dat einde 2026 alle gecontracteerde zorgaanbieders bij de regionale organisatie van onplanbare nachtzorg zijn aangesloten. Daarbij verwachten we ook dat de onplanbare nachtzorg beschikbaar is voor VPT/MPT verzekerden in de kernregio’s.	Voor de zorgaanbieders waar Menzis in 2025 regionale afspraken heeft gemaakt, geldt dat we deze afspraak indexeren voor 2026. Als er aanleiding is de gemaakte afspraken inhoudelijk te herzien, moet u dit uiterlijk 1 april 2025 kenbaar maken bij de zorginkoper. Als we aanleiding zien voor een nieuwe businesscase moet u deze uiterlijk 1 mei 2025 bij ons indienen. Uiterlijk 30 juni 2025 moeten businesscases en volgformats van zorgaanbieders buiten ons kernwerkgebied bij ons binnen zijn.	Voor de voorwaarden zie pagina 28 van het inkoopbeleid.	Voor 2025 hebben we goede afspraken kunnen maken met het overgrote deel van de regio’s. Deze afspraken lopen door in 2026. Waar in de regio voor 2025 nog geen concrete afspraken zijn gemaakt, gaan we opnieuw het gesprek aan voor 2026. We hebben aanbieders van onplanbare nachtzorg in de regio geïnformeerd over de deadlines die gelden. Zie pagina 33 voor de minimumeisen systeemfunctie onplanbare nachtzorg.	Zorg en Zekerheid maakt in haar kernregio als preferente zorgverzekeraar afspraken over de vergoeding voor onplanbare nachtzorg op basis van de prestatie ‘Regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg’. Indien in een regio waar Zorg en Zekerheid niet de preferente zorgverzekeraar is een gezamenlijke organisatie voor onplanbare nachtzorg beschikbaar is, zal Zorg en Zekerheid de afspraken hierover met de preferente zorgverzekeraar op basis van het volgformulier en de totale begroting met toelichting volgen.	Zie pagina 22 van het inkoopbeleid	Voor de bekostiging van de onplanbare nachtzorg 2026 hanteren wij de door de preferente verzekeraar goedgekeurde begroting voor 2025, plus volledige NZa-index 2026. NB. Alleen dat deel van de begroting dat betrekking heeft op Zvw cliënten wordt door de zorgverzekeraars vergoed conform landelijke afspraken. Het is mogelijk om een aangepaste businesscase aan te leveren als daar aanleiding voor is. Landelijk is de afspraak gemaakt dat de separate bekostiging van onplanbare nachtzorg op macroniveau niet tot kostenstijging mag leiden. Dat betekent onder andere dat we bij nieuwe afspraken en/of wijzigingen aanpassingen in de afgesproken integrale tarieven kunnen doen.	ONVZ handelt congruent bij afspraken in de regio over de organisatie van onplanbare nachtzorg. Dat betekent dat ONVZ de inhoudelijke afspraken die preferente zorgverzekeraars in hun regio hebben gesloten overneemt. De wijze van financiering (de hoogte van de vergoeding en de bekostigingsvorm) kan echter verschillen doordat dit afhankelijk is van andere afspraken die met zorgaanbieders zijn gemaakt. Congruent handelen vindt plaats op voorwaarde dat de zorgaanbieder de bijbehorende begroting kan overleggen, opgesteld op basis van het landelijke format en goedgekeurd door de preferente zorgverzekeraar in de regio	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	Wij maken ook in 2026 voor de onplanbare nachtzorg regionaal gebruik van de prestatie Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg.
Zorgcoördinatie acute zorg	De zorg die u levert kan een passend antwoord zijn op een acute, niet-levensbedreigende zorgvraag die via zorgcoördinatie binnenkomt. 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. Wij volgen de ontwikkelingen rondom de coördinatie van acute zorg in relatie tot wijkverpleging. Als landelijke ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven publiceren wij aanvullend beleid.	In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om te streven naar landelijk dekkende inkoop van zorgcoördinatie vanaf 1 januari 2025. In geen van de ROAZ-regio’s is het initiatief voor zorgcoördinatie zover ontwikkeld dat reguliere inkoop al mogelijk. Hier wordt door de ROAZ-en samen met de zorgaanbieders hard aan gewerkt. Als zorgverzekeraar zijn we hier nauw bij betrokken. Het ROAZ voert de regionale uitwerking van zorgcoördinatie uit en wij volgen de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie in relatie tot ons gepubliceerde inkoopbeleid. Als deze ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven, publiceren wij aanvullend beleid.	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 wijkverpleging kan worden ingezet. Bij regionale zorgaanbieders in het kerngebied van CZ, contracteert CZ de nieuwe prestatie ‘Inzet acute (ongeplande) wijkverpleging na verwijzing door huisarts of meldkamer’ om zicht te krijgen op de cliëntstromen. De voorwaarden om in aanmerking te komen voor deze prestatie staan op pagina 27 en 28 van het inkoopbeleid.	Onplanbare nachtzorg heeft veel raakvlakken met (de organisatie) van zorgcoördinatie. 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 hoe op andere tijdstippen wijkverpleging kan worden ingezet. Vanaf 2027 verwachten we dat onplanbare nachtzorg en zorgcoördinatie met elkaar integreren.	In het Algemeen zorginkoopbeleid is ons beleid met betrekking tot zorgcoördinatie beschreven. Specifiek voor de wijkverpleging wil Zorg en Zekerheid afspraken maken met zorgaanbieders van wijkverpleging over hun rol in de acute keten. Waar de wijkverpleging op verzoek van een regionale zorgcoördinatievoorziening de opvolging na triage op zich neemt zullen wij die in beginsel middels de integrale tarieven op verzekerde niveau vergoeden.	Het Regionale Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) voert de regionale uitwerking van zorgcoördinatie uit. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij hier uitvoer aan geven. Zorgverzekeraars volgen de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie in relatie tot ons gepubliceerde inkoopbeleid. Als deze ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven publiceren wij aanvullend beleid		Wij verwijzen hiervoor naar de preferente zorgverzekeraar in de regio. Wij volgen de landelijke ontwikkelingen rondom de coördinatie van acute zorg in relatie tot wijkverpleging. Als deze ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven publiceren wij aanvullend beleid.		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 verwachten dat 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. In het IZA is afgesproken om landsdekkende zorgcoördinatie met bijpassende bekostiging in te richten. Landelijke partijen werken hiervoor samen aan een implementatieplan. We verwachten dat u als zorgaanbieder hier uitvoering aan geeft. Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) voert de regionale uitwerking van zorgcoördinatie uit. Hiervoor wordt per ROAZ-regio een transformatieplan opgesteld. Wij volgen de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie in relatie tot ons gepubliceerde inkoopbeleid. Als deze ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven publiceren wij aanvullend beleid.
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 22 van het inkoopbeleid.	Zie pagina 29 en 30 van het inkoopbeleid voor de aanvullende inkoopeisen.	Zie pagina 30 en 31 van het inkoopbeleid voor een overzicht van de minimumeisen voor het leveren van Medische Kindzorg.	Specifieke voorwaarden voor het leveren van zorg aan kinderen kunt u vinden op pagina 15 en 16.	Voor zorg aan kinderen onder de 18 jaar gelden de voorwaarden op pagina 20 en 21 van het inkoopbeleid. De zorg wordt altijd uitgevoerd door een kinderverpleegkundige. Dit betreft een verpleegkundige niveau 4 of 5 met kinderaantekening of een verpleegkundige die ingeschreven staat voor de opleiding tot extramurale kinderverpleegkundige en al werkervaring heeft met zieke kinderen.		Voor medische kindzorg en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg maken we aparte afspraken.	De inventarisatie en het indiceren van de zorg- en hulpvraag wordt uitgevoerd conform hetnormenkader van V&VN en HIK in de thuissituatie; De zorgaanbieder handelt volgens het MKS; De zorgaanbieder heeft gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst voldoende BIGgeregistreerde bachelor of master opgeleide verpleegkundigen in loondienst, waarvan minimaal 75% kinderverpleegkundigen; De zorgaanbieder borgt de 24/7 oproepbaarheid en beschikbaarheid van planbare en niet planbare zorg; De zorgaanbieder zet, waar mogelijk, informele zorg in door het actief betrekken van vrijwilligers en mantelzorgers binnen het behandeltraject.	We onderscheiden drie contractvarianten: een contract Medische kindzorg voor de zorg aan kinderen thuis, een contract voor het verpleegkundig kinderdagverblijf en een contract voor het kinderzorghuis. Zie bijlage 2 van het inkoopbeleid voor de minimale kwaliteitscriteria Medische Kindzorg.
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 Specifiek over de inzet van casemanagement dementie hebben zorgverzekeraars landelijk uniforme afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn te vinden op www.zn.nl.	Casemanagement dementie omvat de gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning van een kwetsbare oudere en diens mantelzorger, afhankelijk van de zorgvraag. Deze rol kan in veel gevallen worden uitgevoerd door een generalist, zoals een praktijkondersteuner huisarts (POH), een ouderenconsulent of een wijkverpleegkundige. Als het ziektebeeld te complex of te specifiek is, of als de bijkomende problemen de competenties van de generalist overstijgen, zorgt deze tijdig voor opschaling naar een specialist (casemanager) binnen het regionale netwerk. Specialistisch casemanagement koopt CZ groep geoormerkt in bij zorgaanbieders. Zie pagina 24 voor de aanvullende inkoopeisen.	Zie pagina 31 voor een overzicht van de minimumeisen voor casemanagement dementie.	De levering van casemanagement voldoet aan de Zorgstandaard Dementie 2020. Voor de nadere invulling verwijzen we naar de ‘Geharmoniseerde tekst casemanagement dementie inkoopbeleid’ van Zorgverzekeraars Nederland.	Zorgverzekeraars hebben gezamenlijk een toelichting opgesteld over wanneer casemanagement dementie gedeclareerd kan worden onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).	Casemanagement dementie kan - door een verpleegkundige of sociaal werker - worden ingezet indien een persoon met (een vermoeden van) dementie behoefte heeft aan begeleiding en ondersteuning bij leven met dementie en indien deze begeleiding en ondersteuning binnen de geneeskundige context valt. Casemanagement dementie mag uitsluitend worden ingezet door een zorgaanbieder die tevens verpleegkundige expertise kan bieden. Omdat de Wmo en de Wlz eveneens een belangrijke rol spelen binnen de dementiezorg, zal DSW in 2026 verder inzetten op het positioneren en organiseren van de dementiezorg, ook over de domeinen heen.	Voor afspraken over ketenzorg dementie kunt u bij de preferente zorgverzekeraar terecht. Casemanagement dementie zien wij als een integraal onderdeel van de wijkverpleegkundige functie. Voor de voorwaarden voor het leveren van casemanagement dementie verwijzen wij naar de ZN uniforme inkoopvoorwaarden casemanagement dementie 2025 en 2026.	De zorgaanbieder handelt volgens de Zorgstandaard Dementie. -De inzet van casemanagement dementie binnen de Zvw vindt plaats op basis van de geharmoniseerde inkooptekst casemanagement dementie. -De zorgaanbieder is aangesloten bij een regionaal georganiseerd dementienetwerk; -De zorgaanbieder registreert de wachttijd en wachtlijst en geeft inzicht in de meest actuele wachttijd en wachtlijst zoals geregistreerd indien de zorgverzekeraar hiervoor een verzoek indient.	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 2026 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	Zie pagina 34 voor de voorwaarden.									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		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. We bieden geen aparte afspraken aan over de prestatie ‘regiefunctie complexe wondzorg’. Zorgaanbieders die over deze prestatie een afspraak hebben gemaakt met hun preferente zorgverzekeraar, kunnen een verzoek indienen bij Menzis om die afspraken te volgen. Menzis is echter niet verplicht dat verzoek in te willigen. Indien wondzorg door aanbieders van andere zorgsoorten wordt geleverd, dan maakt het deel uit van de zorginkoopvan de betreffende zorgsoort met inachtneming van ons toetsingskader ziekenhuisverplaatste zorg.	Op regionaal niveau zien we verschillen in de uitvoering, toepassing en vergoeding van deze regiefunctie, waarbij het inzicht in de werkelijke effecten hiervan op de zorgketen en de regio ontbreekt. We willen het komende jaar gebruiken om dit inzicht te krijgen. We gaan met aanbieders en regio’s in gesprek en delen hiervoor spiegelinformatie.Zie pagina 24 en 25 van het inkoopbeleid.		De voorwaarden voor het leveren van de prestatie regiefunctie complexe wondzorg leest u op pagina 16, 17 en 18.	U komt voor vergoeding van de prestatie regiefunctie complexe wondzorg in aanmerking als u voldoet aan de voorwaarden op pagina 22-23 van het inkoopbeleid.		Voor de Regiefunctie complexe wondzorg maken we een aparte afspraak, mits er en eerdere afspraak is in 2025.	De zorgaanbieder begeleidt, adviseert en behandelt verzekerden voor één of meerdere complexe wonden; Het behandeltraject bij complexe wonden omvat, naast verpleging en/ of verzorging, minimaal de volgende onderdelen: • Het opstellen en zo nodig tussentijds bijstellen van een behandelplan; • Het bespreken van het behandelplan met de verzekerde; • Advies inzake leefstijlverbetering aan de verzekerde; • Casemanagement en triage en afstemming met de medisch specialist en/of huisarts.	Salland Zorgverzekeraar maakt in 2026 met alle zorgaanbieders die deze zorg leveren ook afspraken onder de noemer van deze prestatie. Dit betekent dat we deze zorg bij voorkeur niet verdisconteren in het integrale tarief. Daarbij sluiten wij aan bij de kwaliteitsstandaard van de organisatie van de complexe wondzorg. Met één uitzondering: wij vinden dat ook een hbo+-geschoolde professional (wondzorgconsulent) de functie van wondregisseur kan vervullen. De wondregisseur is in dat geval een hbo-opgeleide verpleegkundige met minimaal een van de volgende aanvullende opleidingen en/of werkervaring: - post-hbo-opleiding tot decubitus- en wondconsulent (Rotterdam), of - een vergelijkbare opleiding ter beoordeling aan Salland Zorgverzekeraar, of - een verpleegkundig specialist met minimaal 2 jaarwerkervaring in de complexe wondzorg
PGB-indicatiestelling			CZ groep koopt de prestatie pgb indicatiestelling voor 2026 in bij een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders die zich hierin transparant en toetsbaar opstellen.	Met ingang van 2026 ontvangt iedere aanbieder van ons een afspraak met betrekking tot het uitvoeren van PGB-indicatiestellingen. Alle aanbieders hebben, volgens onze minimumeisen, minimaal 1 wijkverpleegkundige niveau 6 in dienst. Daarom verwachten wij dat alle aanbieders in staat zijn een PGB-indicatiestelling uit te voeren.	Op pagina 18 van het inkoopbeleid staan de voorwaarden voor de levering van de prestatie indicatiestelling persoonsgebonden budget (pgb).	Als u een contract heeft voor de wijkverpleging, verwachten wij dat u als zorgaanbieder bij aanvragen voor PGB-indicatiestelling deze aanneemt en laat indiceren door een daartoe bevoegde HBO-wijkverpleegkundige.				
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. Als u geen omzetplafond heeft en u kunt tijdelijk op teamniveau geen nieuwe verzekerden opnemen, vragen wij u ons dit te melden via ons online contactformulier.	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 kan aantonen dat er inspanningen worden geleverd om een goede samenwerkingsrelatie te bewerkstelligen binnen het op te richten regionaal eerstelijns samenwerkingsverband, minimaal bestaande uit andere V&V-aanbieders, huisartsen en apothekers.	De zorgaanbieder werkt volgens de ‘beter laten’ en ‘beter doen’-lijsten van de V&VN. Indien regionale zorgpaden of werkafspraken bestaan die voor de zorgaanbieders in die regio kenbaar zijn en die door Zorg en Zekerheid zijn onderschreven dan dient de zorgaanbieder zich daar aan te houden. (leidend voor levering van rechtmatige zorg en leidend in de materiële controle). De zorgaanbieder borgt de bevoegdheid en bekwaamheid van haar vaste en tijdelijke medewerkers aantoonbaar en vergewist zich tenminste dat medewerkers over de juiste en geldige diploma’s beschikken.	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;		Vanwege maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van falsificatie van certificaten en diploma’s kan ONVZ nadere voorwaarden stellen aan zorgaanbieders om dit te voorkomen. Daarbij neemt ONVZ de zogenoemde “vergewisplicht” die op zorgaanbieders rust als uitgangspunt. Op basis van deze verplichting zijn zorgaanbieders ertoe gehouden na te gaan of nieuwe medewerkers geschikt zijn om zorg beroepsmatig te gaan verlenen.	De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de verzekerde binnen 5 werkdagen terechtkan voor de start van het behandeltraject;	
Contractering nieuwe aanbieders	Zilveren Kruis toetst nieuwe aanbieders op financiële gezondheid. Voor de overige voorwaarden zie pagina 30-31-32 van het inkoopbeleid. Zilveren Kruis vraagt van nieuwe zorgaanbieders om een ondernemingsplan aan te leveren.		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. We nemen geen inschrijvingen in behandeling van zorgaanbieders die in het voorgaande jaar een afwijzing hebben gekregen vanwege onvoldoende toegevoegde waarde en die zich opnieuw inschrijven zonder dat ze in de inschrijving aantonen hoe zij deze toegevoegde waarde nu hebben ontwikkeld.	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.	Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders die een verzoek tot een zorgovereenkomst hebben,beoordeelt Zorg en Zekerheid dit verzoek aan de gestelde inkoopeisen. Ook beoordelen wij het verzoek onder andere op basis van het huidige gecontracteerde aanbod, de focus op de regio, het marktaandeel van Zorg en Zekerheid en het voldoen aan de zorgplicht. Zie ook 'procedure contractering nieuwe zorgaanbieders wijkverpleging/instapcriteria' op de volgende websitepagina: https://www.zorgenzekerheid.nl/zorgprofessionals/beroepsgroep/wijkverpleging/contractinformatie	A.s.r. is terughoudend in het contracteren van nieuwe zorgaanbieders.	DSW vindt keuzevrijheid voor verzekerden belangrijk. Tegelijkertijd houdt DSW oog voor efficiënte organisatie van zorg en ondersteuning door onnodige versnippering tegen te gaan. Daarom contracteert DSW nieuwe zorgaanbieders die aan de voorwaarden van de beroepsgroep, geldende wet- en regelgeving en onderstaande voorwaarden voldoen, rekening houdend met het huidige gecontracteerde aanbod en de toegevoegde waarde van het nieuwe zorgaanbod. Zie de website van DSW voor de voorwaarden waaraan nieuwe zorgaanbieders aan moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een contract.	Voor het jaar 2026 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.		Om versnippering in de zorg tegen te gaan gaat Salland Zorgverzekeraar slechts onder specifieke omstandigheden een overeenkomst aan met ‘nieuwe’ zorgaanbieders. Zie bijlage 3 en 4 voor het inkoopbeleid nieuwe zorgaanbieders.