

Wijkverpleging 2026

Zorginkoopbeleid CZ

Inhoudsopgave

Wijkverpleging	2
Voorbehoud	2
1. Visie van CZ groep op de wijkverpleging	3
1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave	3
1.2 Visie op de sector	3
2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	6
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2026	6
2.2 Inhoudelijk beleid	7
2.3 Transformatie en samenwerking	15
2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	16
3. Proces contractering 2026	17
3.1 Bestaande zorgaanbieders	17
3.2 Zorgcoöperaties	17
3.3 Nieuwe zorgaanbieders	17
3.4 Tijkpad	18
3.5 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	18
3.6 Bereikbaarheid	19
3.7 Controle van declaraties	19
Bijlage 1: Minimale en aanvullende eisen	20
1.1 Minimumeisen voor het leveren van basiszorg	20
1.2 De inzet van onderaannemers	21
1.3 De inzet van helpenden (niveau 2) en ander zorgpersoneel	21
1.4 Aanvullende eisen voor zorgcoöperaties	22
1.5 Specialistische zorg met aanvullende eisen op de basisovereenkomst	22
1.6 Regionale functies	26
Bijlage 2: Medische kindzorg	29

Wijkverpleging

Zorginkoopbeleid

laatste update 31-3-2025

Voorwoord

In dit document presenteren we de visie van CZ groep op de wijkverpleging, waarbij we ingaan op de uitdagingen en kansen binnen de sector. We belichten de noodzaak van (regionale) transformatie om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te waarborgen en benadrukken het belang van samenredzaamheid en eigen regie voor cliënten. Daarnaast bespreken we de rol van digitale zorg en preventieve maatregelen om de schaarse professionele capaciteit optimaal in te zetten. Dit document dient als leidraad voor zorgaanbieders en beleidsmakers om gezamenlijk te werken aan een toekomstbestendige en waardegedreven zorgverlening.

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn door OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep) met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving. Wijzigingen in wet- of regelgeving, gerechtelijke uitspraken en overige onvoorziene omstandigheden kunnen tot gevolg hebben dat het zorginkoopbeleid en/of de inkoopprocedure moet worden aangepast. Indien er een reden voor aanpassing aanwezig is, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. De aanpassingen zullen dan zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden. Als er zich situaties voordoen waarin dit zorginkoopbeleid niet voorziet, dan heeft CZ groep de mogelijkheid om zelfstandig, aan de hand van de stand van zaken, te bepalen hoe daarmee om wordt gegaan.

1. Visie van CZ groep op de wijkverpleging

1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave

Het is onze maatschappelijke opgave om de wijkverpleging toegankelijk en betaalbaar te houden voor de mensen die deze zorg nodig hebben. Landelijk zijn er uitdagingen op het gebied van vergrijzing, een groeiend aantal (complexe) zorgvragen, arbeidsmarktkrapte en een toenemende druk op de zorgkosten. Ook maatschappelijke veranderingen spelen een rol, zoals toenemende armoede en een verharding van de maatschappij, wat zich onder andere uit in meer agressie door cliënten en hun familieleden. Dit vraagt om andere vaardigheden en competenties van wijkverpleegkundigen. Al deze factoren zetten de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg onder druk. Om deze uitdagingen het hoofd te bieden, is een transformatie van de zorg noodzakelijk.

1.2 Visie op de sector

CZ groep wil de transformatie van de zorg faciliteren, op aanbiederniveau én op regionaal niveau. De uitdagingen in de zorg overstijgen namelijk op veel punten de individuele organisaties. Daarom nemen we in onze kernwerkgebieden een actieve rol om te komen tot een regionale transformatie. Vanuit één regiobeeld en regioplan werken we samen met partijen uit verschillende sectoren aan de belangrijkste thema's voor die regio. Dit vraagt om een gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel en commitment van partijen in de eerste- en tweedelijnszorg, gemeenten, de Wlz en andere relevante partners.



Kernwerkgebied CZ groep

Verder richten we ons via de inkoopafspraken met zorgaanbieders op passende zorg. Daarbij stimuleren we een gezonde leefstijl, zelf- en samenredzaamheid en de inzet van (digitale) arbeidsbesparende methodieken, technologieën en hulpmiddelen.

Het vroegtijdig stimuleren van eigen regie en gezondheid is belangrijk om zorg af te wenden. Een gezonde leefstijl voorkomt zorg in een latere fase. Omdat een gezonde leefstijl niet over zorg gaat, is het belangrijk om domeinoverstijgend te werken met medewerkers vanuit het sociaal domein, praktijkondersteuners en paramedische zorgverleners.

Van zorgaanbieders verwachten we dat zij zich inzetten om de zelf- en samenredzaamheid van cliënten te behouden en te vergroten. De directe omgeving, mantelzorgers en vrijwilligers zijn hierbij onmisbaar en moeten actief worden betrokken bij de zorgverlening. Aanbieders leveren enkel professionele zorg als dit vanwege de zorgvraag noodzakelijk is en als de inzet van (digitale) hulpmiddelen en het eigen netwerk niet mogelijk of afdoende is om professionele zorg te voorkomen. Als er toch professionele zorg nodig is, verwachten we dat zorgaanbieders voortdurend kritisch blijven kijken naar het doel, de wijze waarop, de locatie en het moment waarop de zorg geleverd wordt. Zo blijft de toegang tot passende en essentiële zorg geborgd.

Wij verwachten van onze contractpartners dat zij zich actief inzetten om de regionale toegankelijkheid van zorg te borgen en waar nodig te verbeteren door de nieuwste inzichten op het gebied van passende zorg in de dagelijkse zorgprocessen te integreren. Methodieken als reablement, de schijf van vijf, vroegsignalering, Advance Care Planning (ACP) en het verpleegkundig adviesgesprek kunnen hierbij helpen. Ook het implementeren en opschalen van arbeidsbesparende hulpmiddelen en het optimaliseren van interne processen kan helpen om de schaarse professionele capaciteit efficiënter te benutten. Wij willen waar mogelijk zorgaanbieders faciliteren om (vernieuwende) innovaties in te zetten die bijdragen aan de regionale uitdagingen en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2026

De zorgmarkt versnipperd en tegelijkertijd is er een grote transitie nodig om betaalbare en toegankelijke zorg te borgen. Ons beleid richt zich daarom op het stimuleren van passende zorg en de positionering van de wijkverpleging in de keten en op de lokale en regionale coördinatie, samenwerking en afstemming. Daarbij is de integratie van diverse structuren een aandachtspunt.

2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2026

- De afgelopen jaren zijn er veel ontwikkelingen geweest in de wijkverpleging. Daardoor is een optimalisatie nodig van ons waardemodel om de effecten van deze ontwikkelingen mee te wegen in onze benchmark en het contractvoorstel voor 2026. Ook gaan we aanvullende spiegelinformatie delen om meer inzicht te geven in de regionale cliëntstromen, uitkomsten en uitdagingen, en hoe deze zich verhouden tot andere regio's.
- We schetsen onze ambities voor de opschaling van digitalisering binnen de wijkverpleging volgens het principe 'pas toe of leg uit'. We vertalen deze ambitie naar concrete inkoopdoelstellingen en faciliteren zorgaanbieders om deze afspraken te behalen. Hiermee sluiten we aan bij landelijke afspraken, zoals het IZA en Digizo.nu.

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- We maken afspraken over de continuïteit, doorontwikkeling en formalisering van een herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging op basis van bestaande structuren, samenwerkingen en afspraken die passen bij de regionale opgaven. Daarbij gaan we van verantwoording achteraf naar inzicht en resultaatafspraken vooraf om zo maximale impact te bereiken.
- We faciliteren zorgaanbieders om (eenmalig) acute wijkverpleging in te zetten na een verwijzing door een huisartsenpost, meldkamer ambulancezorg, spoedeisende hulp of zorgcoördinatievoorziening om op die manier zorgvragen af te buigen en duurdere zorg te voorkomen.
- We hanteren in onze kernwerkgebieden een ingroeimodel om voorwaarden te stellen aan het minimum aantal CZ-cliënten dat gemiddeld per 4-cijferig postcodegebied in zorg is.
- We stellen voorwaarden aan de samenwerking en vastlegging van gedeelde zorg door twee of meer zorgaanbieders aan één cliënt.
- We willen zorgaanbieders stimuleren om te komen tot (vernieuwende) innovaties die bijdragen aan de regionale uitdagingen en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg door hier budget voor beschikbaar te stellen.
- Met de invoering van het Generiek Kompas is de voorwaarde van een kwaliteitssysteem vervangen door het verschaffen van inzicht via een jaarlijks aan te leveren kwaliteitsbeeld bij het Zorginstituut. Daarnaast verwachten we van alle zorgaanbieders dat zij in mei de kwaliteitssuitvraag via VECOZO aanleveren, omdat wij hiermee enkele minimumeisen voor een overeenkomst voor 2026 toetsen.
- Medische kindzorg is een specifieke doelgroep binnen de wijkverpleging. Op basis van gesprekken met aanbieders van medische kindzorg en ontwikkelingen in het veld hebben wij onze inkoopvoorwaarden geactualiseerd. Daarnaast willen we ook voor deze doelgroep kwaliteitsindicatoren in kaart gaan brengen.

2.2 Inhoudelijk beleid

In onze kernwerkgebieden werken we sectoroverstijgend met zorgaanbieders samen aan concrete regioplannen en regiodoelstellingen. We zoeken naar landelijke best practices en impactvolle methodieken en implementeren deze om te komen tot passende zorg. Daarmee sluiten we aan bij de afspraken en de transformatieagenda in het IZA en bij de prioriteiten uit de ZN-strategie passende zorg.

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%). De minimale eisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst en de aanvullende eisen voor specialistische zorg vindt u in bijlage 1.



Zorgmodel

2.2.1 Kwaliteit van zorg

CZ groep wil zorg inkopen bij zorgaanbieders die inzetten op de toegankelijkheid van zorg, kostenbeheersing en kwaliteit. Daarom benchmarken we jaarlijks onze gecontracteerde zorgaanbieders, wat we vertalen naar een waardemodel per zorgaanbieder.

Dit waardemodel dient als basis voor de inkoopafspraken en het geeft inzicht in het verbeterpotentieel van de zorgaanbieder. Is er sprake van onverklaarbare praktijkvariatie en heeft de aanbieder een bepaalde omvang, dan gaan we graag samen op zoek naar mogelijke verbeteringen. Dit doen we bijvoorbeeld door cijfermatig en zorginhoudelijk in te zoomen op de capaciteit aan hbo-bachelor opgeleide verpleegkundigen (niveau 6), op specifieke doelgroepen of op gemeenten. Informatie uit de benchmark, zoals de opnameratio en de zorgkosten in de regio, kan ook doelen opleveren voor de regionale transitieplannen.

Kwaliteitsinformatie aanleveren

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 deze uitkomsten 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 populatie en de cliënttevredenheid. Wij vragen zorgaanbieders om tussen 2 en 31 mei de kwaliteitsinformatie digitaal aan te leveren via de uitvraagmodule van VECOZO. Met deze uitvraag toetsen wij ook enkele minimeisen voor de overeenkomst voor 2026. Het aanleveren van deze informatie is dus noodzakelijk om in aanmerking te komen voor een contract voor 2026. Voor het gebruik van VECOZO is een certificaat vereist (zie <https://www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/>). Alle informatie die na 31 mei binnenkomt, kunnen we niet meer meenemen in onze beoordeling. U kunt de aangeleverde data na 31 mei ook niet meer wijzigen.

Let op: het niet tijdig aanleveren van de kwaliteitsinformatie leidt automatisch tot een C-score in ons waardemodel. Het is dus belangrijk dat u de informatie tijdig en juist aanlevert.

2.2.2. Kosten van zorg

Het onderdeel 'kosten' van het waardemodel zet de zorgkosten van een zorgaanbieder af tegenover de verwachte zorgkosten op basis van het CZ-gemiddelde. Deze bedragen zijn gecorrigeerd voor een aantal factoren, zoals leeftijd en SES. 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.

Waardemodel en omzetplafond

Net als in voorgaande jaren worden zorgaanbieders op basis van hun score voor kwaliteit en kosten ingedeeld in categorie A, B of C. Daarbij is A de categorie die het beste scoort en C de categorie die het minst goed presteert. De uitkomst van het waardemodel kan invloed hebben op het omzetplafond en de manier waarop wij een verzoek tot aanvullend budget beoordelen.

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.

Dit model passen we alleen toe bij zorgaanbieders die een productieafpraak krijgen van meer dan € 100.000,-. Zorgaanbieders met een lagere productieafpraak voor 2025 beoordelen we niet, omdat zij te weinig cliënten in zorg hebben om daar significante conclusies uit te kunnen trekken. Met hen maken we alleen een prijsafpraak. Let op: alle zorgaanbieders moeten de kwaliteitsuitvraag indienen, dus óók zorgaanbieders met een productieafpraak onder de € 100.000,-.

Bij de start van het jaar maken wij met zorgaanbieders een productieafpraak, 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 (zie paragraaf 2.2.1 en 2.2.2);

-
- 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.

2.2.2.1 Aanvullende afspraak over innovatie

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.

2.2.2.2 Maatwerkafspraken met maandbekostiging

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.

2.2.3 Toegankelijkheid van zorg

Wij vinden het belangrijk dat de zorg toegankelijk is en op basis van dezelfde uitgangspunten wordt geleverd aan al onze verzekerden, afgestemd op ieders individuele situatie. Iemands levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop diegene in contact wil staan met zorgverleners of zorg af wil nemen. CZ groep vindt het belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.

Een verzekerde die al zorg ontvangt, heeft recht op continuïteit van die zorg, ook als de zorgaanbieder het omzetplafond heeft bereikt of als de zorgvraag verandert. Zo is er voor verzekerden altijd een passend aanbod beschikbaar. Dit betekent onder andere dat de zorgaanbieder borgt dat de verzekerde, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname, de zorg weer thuis kan ontvangen, ook als de zorgvraag (al dan niet tijdelijk) is verzwaaard. Als de zorgvraag zodanig verandert dat de zorgaanbieder de zorg inhoudelijk niet meer verantwoord kan leveren, verwachten wij dat die zorgaanbieder een andere geschikte en gecontracteerde zorgaanbieder vindt. Tot die tijd mag de zorg niet worden stopgezet.

2.2.3.1 Zorgplicht

Als zorgverzekeraar hebben wij een zorgplicht: wij moeten zorgen voor tijdige, kwalitatief goede en passende zorg voor onze verzekerden. Ook de zorgaanbieder heeft hierin een verantwoordelijkheid: als die voor een nieuwe cliënt geen zorg kan leveren binnen de Treeknorm, moet hij/zij een passende oplossing voor deze verzekerde zoeken. Als dat niet lukt, kan hij/zij contact opnemen met het CZ Zorgteam. Als de zorgaanbieder zich genooddaakt voelt om een zorgstop in te voeren voor nieuwe cliënten, dan verwachten wij dat hij/zij dit plan vooraf communiceert met CZ Zorginkoop en dat de cliënten die zich hebben aangemeld worden doorverwezen naar het CZ Zorgteam. Zij kunnen hen helpen om een andere zorgaanbieder te vinden. De huidige arbeidsmarktproblematiek vraagt om meer afstemming met de zorgaanbieders over de tijdigheidsnormen waarbinnen cliënten geplaatst of doorbemiddeld worden. Bij afwijkingen of oplopende wachttijden boven de tijdigheidsnorm verwachten wij dat zorgaanbieders dit zo snel mogelijk bij CZ groep melden.

Aanvullende zorginkoop

Als de zorgaanbieder gedurende het jaar verwacht dat zijn omzetplafond door bijzondere en/of onvoorziene omstandigheden toch ontoereikend is, kan hij in september via onze website een verzoek indienen voor bijcontractering. In die aanvraag toont de zorgaanbieder aan dat hij voldoet aan alle voorwaarden:

- De zorgaanbieder heeft gedurende de looptijd van de overeenkomst aangetoond dat hij zijn zorgplicht is nagekomen voor bestaande cliënten die bij hem in zorg zijn. (Dat wil zeggen dat de zorg niet stopgezet is omdat het budget op is, omdat de zorgvraag tussentijds veranderd is of omdat de verzekerde tijdelijk in het ziekenhuis verbleef.)
- Er is sprake van een evenredige spreiding van nieuwe cliënten over het hele jaar. De zorgaanbieder dient het verzoek in wanneer vóór 1 oktober ten minste 80% van het omzetplafond voor 2026 is bereikt en de verwachting is dat het omzetplafond ontoereikend is.
- Wij kunnen alleen verzoeken beoordelen die vóór 31 december 2025 via onze website zijn ingediend.
- De zorgaanbieder moet aantonen dat er sprake is van een toename van het aantal cliënten. Ook moet hij/zij aantonen of er sprake is van verplaatsing van cliënten in de regio.
- De zorgaanbieder scoort bij voorkeur een stabiele ^[7] A-status in het waardemodel.
- Zorgaanbieders met een waardemodelscore B en minder dan 5 punten op het kostenonderdeel én zorgaanbieders met waardemodelscore C komen niet voor ophoging in aanmerking.

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

- De zorgaanbieder voldoet aan de genoemde voorwaarden voor een aanvullende afspraak.
- In de regio is sprake van een probleem met de zorgplicht. Dit blijkt uit signalen die CZ groep ontvangt van verwijzers en verzekerden (via het CZ Zorgteam). De aanvraag is gericht op een oplossing voor dit probleem. We kunnen overigens ook zelf zorgaanbieders benaderen als we een zorgplichtprobleem constateren.
- De verzekerden kunnen voor die aandoeningen niet (meer) bemiddeld worden naar ander geschikt zorgaanbod.
- De doelmatigheid binnen het omzetmaximum in 2026 neemt niet af ten opzichte van voorgaande jaren.

Op onze website vindt u een [aanvraagformulier voor bijcontractering](#). Aanvragen via de mail worden niet in behandeling genomen.

Als de aanvraag en benodigde gegevens compleet zijn, krijgt de zorgaanbieder binnen vijftien werkdagen uitsluitsel. Wordt het verzoek gehonoreerd, dan maken we een aanvullende productieafpraak. Daarbij geldt voor zorgaanbieders met een reguliere overeenkomst een maximale vergoeding op het gehonoreerde aanvullende budget, conform onderstaande tabel. Bij verzoeken voor aanvullende zorginkoop voor zorg aan palliatief terminale verzekerden vindt waar mogelijk altijd coulant plaats.

Doelmatigheid	Maximale vergoeding op gehonoreerd aanvullend budget
Waardemodelscore A in 2025 én 2026 óf een plafondvrije afspraak	100%
Waardemodelscore A in 2026	90%
Waardemodelscore B in 2026 én ≥ 5 punten op kostenonderdeel	85%
Geen waardemodelscore	90%

Als tussentijdse veranderingen in de doelmatigheid en/of onze zorgplicht daar aanleiding toe geven, kunnen we afwijkende afspraken maken. De zorg die de zorgaanbieder levert tussen het moment van aanvragen en het moment dat hij uitsluitsel krijgt, komt alleen voor vergoeding in aanmerking als het productieplafond dan nog niet overschreden is. Plafondaanpassingen die het gevolg zijn van fusies, overnames of faillissementen vormen een uitzondering op de regels hierboven en worden afzonderlijk met CZ groep besproken.

2.2.3.2 Versnippering

De afgelopen jaren zien we steeds meer versnippering van het zorgaanbod ontstaan. Het aantal zorgaanbieders dat gelijktijdig zorg aan een cliënt levert én het aantal zorgaanbieders dat zorg in hetzelfde postcodegebied levert, neemt toe. We begrijpen dat enige versnippering niet te voorkomen is, bijvoorbeeld door arbeidsmarktkrapte of de noodzaak tot (aanvullende) specialistische wijkverpleegkundige zorg en/of expertise. Onnodige versnippering bemoeilijkt echter de samenwerking en het kunnen bieden van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

Om deze 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. Ook stellen we 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:

Jaar	Bestaande zorgaanbieders kernwerkgebied	Nieuwe zorgaanbieders kernwerkgebied
2026	Per 4-cijferig postcodegebied levert de zorgaanbieder gemiddeld aan ten minste 2 CZ-cliënten zorg.	Per 4-cijferig postcodegebied levert de zorgaanbieder gemiddeld aan ten minste 3 CZ-cliënten zorg.
2027	Per 4-cijferig postcodegebied levert de zorgaanbieder gemiddeld aan ten minste 3 CZ-cliënten zorg.	Per 4-cijferig postcodegebied levert de zorgaanbieder gemiddeld aan ten minste 3 CZ-cliënten zorg.

We berekenen deze verhouding door het aantal cliënten te delen door het aantal 4-cijferige postcodegebieden op basis van de declaratiedata over 2024. *Een rekenvoorbeeld: u heeft binnen één 4-cijferig postcodegebied 4 CZ-cliënten in zorg, binnen een ander postcodegebied 1 CZ-cliënt en binnen een derde postcodegebied 2 CZ-cliënten. Dan heeft u in totaal 7 cliënten in zorg, verdeeld over 3 postcodegebieden. Daarmee levert u gemiddeld $7 \div 3 = 2,33$ cliënten per postcodegebied zorg en voldoet u als zorgaanbieder in ons kernwerkgebied aan de voorwaarden voor een overeenkomst voor 2026.*

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.

2.2.3.3 Regionale zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie ondersteunt patiënten en zorgverleners om passende zorg te vinden bij een (acute) zorgvraag. Dit kan bijvoorbeeld gaan om de huisartsenpost, ambulancezorg of ongeplande nachtzorg. Ook kan zorgcoördinatie helpen om de urgentie van de (acute) zorgvraag af te schalen (triage) en om vervolgzorg voor een patiënt te vinden, zoals eerstelijnsverblijf. Zorgcoördinatie kan bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de (acute) zorg in Nederland door deze regionaal en in samenwerking met meerdere zorgaanbieders te organiseren. Voor patiënten blijft de toegang tot (acute) zorg overzichtelijk, want de zorgcoördinatie komt samen in één (virtueel) loket. Vanuit de wijkverpleging spelen herkenbare en aanspreekbare wijkteams een steeds grotere rol. CZ groep zet zich daarom in 2026 in om deze functie te verstevigen en waar nodig door te ontwikkelen. Daarnaast faciliteren we met ons beleid de afschaling van (acute) zorgvragen van de huisartsenpost of spoedeisende hulp naar de wijkverpleging. Beide thema's lichten wij nader toe in bijlage 1.6.

In het IZA is afgesproken dat we streven naar een landelijk dekkende inkoop van zorgcoördinatie vanaf 1 januari 2025. Landelijke partijen werken hiervoor samen aan een implementatieplan. We verwachten dat u hier als zorgaanbieder aan meewerkt. Het ROAZ voert de regionale uitwerking van de zorgcoördinatie uit en toetst of er geen dubbele coördinatie en/of bekostiging ontstaat met bijvoorbeeld een coördinatiefunctie voor eerstelijnsverblijf of de organisatie van onplanbare nachtzorg. Zorgverzekeraars volgen deze ontwikkelingen en publiceren waar nodig aanvullend beleid.

2.2.4 Digitale zorg

We hebben onze visie en ambities op het gebied van digitale zorg verder uitgewerkt op <https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorginkoopbeleid/digitale-zorg>. Daarnaast vindt u in de Gezamenlijke ambities Zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling de afspraken die we op ZN-niveau hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen.

Deze afspraken komen voort uit de IZA-doelen. Eén daarvan is dat sectoren onderzoeken welke processen geschikt zijn om te transformeren naar een digitaal en/of hybride proces. Van deze processen komt 70% digitaal of hybride beschikbaar. Deze zorg- en ondersteuningsprocessen zouden ingezet moeten worden bij minimaal 50% van de geschikte populatie. Via [Digizo.nu](https://www.digizo.nl) zetten we ons, samen met partners in het zorgveld, in om deze 70/50%-doelstelling vóór eind 2026 te halen door digitale zorg- en ondersteuningsprocessen te toetsen en hun waarde te bepalen.

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](https://www.digizo.nl). 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. In het waardemodel 2026 nemen we bij het onderdeel 'kosten per cliënt' óók de kosten van thuiszorgtechnologie mee. Zorgaanbieders geven bij de kwaliteitsinschrijving aan hoeveel CZ-cliënten gebruikmaken van welke technologie op een specifieke datum.

De indicierend wijkverpleegkundige kijkt 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 inkooppvt.zvw@cz.nl. Wij streven ernaar om deze aanvraag binnen tien werkdagen in behandeling te nemen.

2.2.5 Duurzaamheid

Als zorgverzekeraars willen we – naast verduurzaming van onze eigen organisatie – ons inzetten om de verduurzaming van het gehele zorglandschap te versnellen (Zvw- en Wlz-breed). De Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ3.0) ^[1], die ondertekend is door Zorgverzekeraars Nederland, de verschillende zorgbranches, individuele zorgverzekeraars en veel zorgaanbieders, vormt hiervoor de basis. Veel zorgaanbieders/leveranciers hebben inmiddels grote of kleinere stappen gezet om hun zorg te verduurzamen. Via ons zorginkoopbeleid willen we zorgaanbieders aansporen om verder te werken aan de doelen en afspraken uit de GDDZ3.0. Als zorgverzekeraars zorgen we voor gelijkgericht beleid en sluiten zoveel mogelijk aan op de focuspunten die de zorgbranches het belangrijkst vinden.

CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)

Alle zorgverzekeringsbedrijven moeten -conform de Europese wet CSRD- rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Dit omvat de impact van de eigen bedrijfsvoering, én de impact van de gehele keten van zorgaanbieders en (toe)leveranciers. De komende jaren werken de zorgverzekeringsbedrijven uit hoe ze compliant kunnen rapporteren. Een van de belangrijke uitgangspunten is het minimaliseren of voorkomen van administratieve lasten. Bijvoorbeeld door zoveel als mogelijk reeds beschikbare informatie te gebruiken. We kunnen

echter nog niet uitsluiten dat we geen informatie bij zorgaanbieders hoeven uit te vragen. Als dit het geval is verwachten wij van zorgaanbieders dat zij informatie aanleveren als wij die uit hoofde van de CSRD-verplichtingen nodig hebben. Vóór 1 oktober 2025 geven we definitieve duidelijkheid over eventuele benodigde metingen gedurende 2026 voor onze CSRD-rapportages 2026. Meer informatie hierover kunt u vinden via [ZN-website](#), dossier Duurzaamheid, onderwerp CSRD.

De zorgverzekeraars willen bijdragen aan het verlagen van de klimaat- en milieu impact van de zorg. Dit doen we door, naast verduurzaming van de eigen bedrijfsvoering, zorgaanbieders te stimuleren om (verder) te verduurzamen door in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken. We verwachten van zorgaanbieders dat zij:

- Zich inspannen om bij te dragen aan het realiseren van de doelen van de Green Deal Duurzame zorg 3.0;
- duurzaamheid verankeren in hun strategie; van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in hun jaarverslag of duurzaamheidsverslag rapporteren over hun duurzaamheidsprestaties voor zover beschikbaar bij de zorgaanbieder;
- aantoonbaar voortgang boeken op de uitvoering van het mobiliteitsplan ^[2] gericht op terugdringen CO₂-emissie tgv vervoerbewegingen van medewerkers via de beschikbare rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit ^[3] (alleen van toepassing bij zorgaanbieders met meer dan 100 fte).

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector. Zie [tabel groene initiatieven](#) voor Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars daartoe hebben verzameld of de websites van de GDDZ3.0 en Groene Zorgalliantie (GZA).

We verwachten van zorgaanbieders wijkverpleging dat ze zich inspannen om bij te dragen aan de acties uit het uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van Actiz. Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleider-zorgverzekeraar, gaan met de grote wijkverpleging-zorgaanbieders ^[4] in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij focussen we, na afstemming met Actiz, op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit het uitvoeringsplan van de branche.

- Terugdringen van de CO₂-uitstoot van reisbewegingen gericht op de doelstelling 55% reductie in 2030 t.o.v. 2018;
- Inzet op terugdringen verspilling van medicatie, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken;
- Inzet op terugdringen verspilling van incontinentiemateriaal en 5% minder gebruik van incontinentiemateriaal in 2026 t.o.v. 2018, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken;
- Inzet op kennisbevordering over sorteren van afval en 25% minder ongesorteerd restafval in 2026 t.o.v. 2018;
- Implementatie van ten minste 1 nieuw groen initiatieven in 2026 uit de lijst die zorgverzekeraars gepubliceerd hebben ^[5] of een initiatief uit een andere bron met bewezen positief effect op klimaat en/of milieu.

Omnibus pakket

Op 26 februari 2025 presenteerde de Europese Commissie het 'Omnibus pakket'. Het is een voorstel tot vereenvoudiging van EU-duurzaamheidswetgeving, dat nog parlementair in behandeling is.

- Of, en in welke mate, dit wetswijzigingsvoorstel tot aanpassingen in de CSRD-rapportageverplichting zal leiden, is nu niet te zeggen.
- De verduurzamingsambities van zorgverzekeraars voor de zorgsector blijven onverminderd van kracht.
- Onder voorbehoud van de uitkomst van de parlementaire behandeling, blijven zorgverzekeraars voornemens om zorgaanbieders uiterlijk 1 oktober 2025 definitieve duidelijkheid te geven over eventuele benodigde metingen gedurende 2026 voor de CSRD-rapportages 2026.

¹ *Green Deal Samen werken aan duurzame zorg (Green Deal 3.0).*

² *Mobiliteitsplan, zoals opgenomen in de GDDZ 3.0 artikel 4.2.e*

³ *Rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit | RVO.nl*

⁴ *Alle grote wijkverpleging-zorgaanbieders o.b.v. de lijst met zorgaanbieders die onplanbare nachtzorg uitvoeren.*

⁵ *Zie voor de Groene Initiatieven [tabel groene initiatieven \(zn.nl\)](#)*

2.2.6 Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2026 met CZ groep komt de zorgaanbieder:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt;
- waarbij een integriteitsonderzoek beletselen oplevert.

2.3 Transformatie en samenwerking

2.3.1 Visie op regionale samenwerking

Om de uitdagingen binnen de zorg het hoofd te kunnen bieden, is een transformatie van de zorg nodig. Een deel daarvan vindt plaats in instellingen en die faciliteren we onder andere met inkoopafspraken. Toch kunnen we lang niet alle uitdagingen op dat niveau aanpakken, omdat ze op veel punten de individuele instellingen en sectoren overstijgen. Voor de problemen met de toegankelijkheid van de zorg is bijvoorbeeld een gezamenlijke oplossing nodig. De regioplannen uit 2023 bevestigen dit. Daarom zetten wij in op regionale samenwerking en thematische coalities met veldpartijen.

Deze samenwerking is niet nieuw: we zijn al meer dan 10 jaar geleden begonnen met intensieve regionale samenwerkingen in Limburg en Zeeland. Ook hebben we inmiddels 5 jaar ervaring met het vormen van duurzame coalities met zorginstellingen. Op basis van de regiobeelden en regioplannen blijven we samenwerken in de huidige regionale samenwerkingsverbanden en vormen we waar nodig grotere coalities met zorgpartijen, gemeenten en andere relevante partners. We richten ons daarbij op de belangrijkste regionale opgaven en op passende zorg, digitale (zelf)zorg en een herinrichting van waar en wanneer zorg geleverd wordt.

Samenwerking in regio's en coalities gaat niet vanzelf. Het vergt wederzijds commitment voor de strategie in de regio, de uitvoering van de plannen en de randvoorwaarden. Met ons Duurzaam Transformatiemodel en de coalitieaanpak stimuleren en faciliteren we een optimale samenwerking.

Deze transformatie kunnen we niet alleen binnen de Zvw bereiken. We hebben ook de Wlz, het sociaal domein, gemeenten, maatschappelijke organisaties en vooral de inwoners van de regio's keihard nodig. Deze veranderingen raken iedereen, direct of indirect. Juist daarom vinden we dat alle partijen moeten aanhaken bij de regionale aanpak.

2.3.2 Integraal Zorgakkoord en transformatiemiddelen

Het is een enorme uitdaging om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De urgentie is hoog en er zijn fundamentele transformaties nodig. Daarom hebben zorgpartijen eind 2022 het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten met afspraken die moeten bijdragen aan deze opgave.

In totaal is er € 2,8 miljard beschikbaar voor transformaties in de regio. In 2023 zijn in elke regio regiobeelden en regioplannen opgesteld. Die laten een gezamenlijk beeld zien van de belangrijkste opgaven in de regio. Daarbij staat ook wie deze opgaven oppakt en op welke manier. Samenwerkende partijen kunnen nog steeds plannen indienen die een substantiële bijdrage leveren aan deze uitdaging: hoe kunnen we met een gelijkblijvende inzet van zorgverleners en binnen de financiële kaders antwoord geven op de groeiende zorgvraag?

Deze plannen kunnen worden ingediend bij de coördinerend zorgverzekeraar in de regio. (CZ is dat voor de regio's Zeeland, Zuid-Hollandse Eilanden, Zuidoost-Brabant, West-Brabant, Haaglanden en Zuid-Limburg.) De plannen worden beoordeeld op basis van een landelijk beoordelingskader.

2.3.3 Transformatie en samenwerking binnen de wijkverpleging

De zorginkoopafspraken die we met individuele organisaties maken, moeten aansluiten bij het regiobeeld en het regioplan. Andersom passen de doelstellingen in het regioplan bij de beleidsdoelstellingen van de verschillende zorginkoopsectoren. Om dit te borgen, werken we binnen CZ groep met regionale transformatieteams, waarin meerdere inkoopsectoren zijn vertegenwoordigd, zoals de huisartsenzorg, de ziekenhuiszorg, de paramedische zorg, de ggz en de inkoopvertegenwoordiging vanuit het Wlz-zorgkantoor. We hebben korte lijntjes met regionale netwerken en samenwerkingsverbanden die (in)direct de wijkverpleging raken. Met onze belangrijkste partners voeren we structureel overleg om gezamenlijk een strategie te bepalen en om de juiste randvoorwaarden te creëren om de zorgtransformatie verder te faciliteren.

2.3.4 Transformatie en gelijkgerichtheid in de contractering

Zodra er binnen de transformatieplannen afspraken worden gemaakt over gelijkgerichtheid op inhoud, vragen wij u om deze informatie tijdig met ons te delen en aan te geven wat u hierin van ons verwacht. In de regio's waar wij de coördinerende zorgverzekeraar zijn voor de transformatieplannen, nemen wij hierin het voortouw, in afstemming met de regionale stakeholders.

2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid

We krijgen beter inzicht in de wensen en behoeften van onze verzekerden dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiënten(organisaties) en onze Ledenraad. Op basis van hun inbreng vormen en toetsen wij het zorginkoopbeleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we steeds of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben. Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, leest u in het [transparantiedocument](#).

3. Proces contractering 2026

3.1 Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2025 een overeenkomst wijkverpleging hebben met CZ groep en die op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. Deze zorgaanbieders bieden wij voor 2026 een eenjarige overeenkomst aan, tenzij we daar andere afspraken over maken. Meer informatie hierover vindt u in de aanbiedingsbrief bij de productievoorstellen voor 2026.

Wij gaan ervan uit dat een zorgaanbieder werkt volgens het generalistenmodel. Dat betekent dat een zorgaanbieder een integraal zorgaanbod van verpleging en verzorging verleent dat onder de aanspraak wijkverpleging valt. Hij/zij richt zich niet op één of enkele onderdelen van verpleging en verzorging, zoals specialistische verpleging of indicatiestelling. De enige uitzondering hierop betreft (medische) kindzorg.

3.2 Zorgcoöperaties

CZ groep eist dat zorgaanbieders het grootste deel van de zorg uit laten voeren door eigen personeel, mits deze professionals aantoonbaar voldoen aan de voorwaarden qua kwaliteit en kosten. Voor zorgcoöperaties die uit zzp'ers en/of leden bestaan, maken we daar een uitzondering op. Onder een zorgcoöperatie verstaan wij zzp'ers en/of leden die zich verenigd hebben in een zorgcoöperatie en die uit naam daarvan zorg verlenen. Het betreft dus een samenwerkingsverband van uitsluitend zzp'ers (natuurlijke personen) of een combinatie van zzp'ers en andere leden. Het kenmerk van de onderaanneming is dat de cliënt in zorg is bij de zorgcoöperatie (de hoofdaannemer), die de zorg verleent via de onderaannemers (de aangesloten zzp'ers en/of leden). Zzp'ers die zich in een zorgcoöperatie verenigen, doen dat uitdrukkelijk als zzp'er. Het is voor de aangesloten zzp'ers en leden van een zorgcoöperatie niet toegestaan om ongecontracteerde zorg te verlenen naast de zorg die via de zorgcoöperatie wordt verleend.

Voor zorgcoöperaties gelden dezelfde eisen van bekwaamheid als voor andere zorgaanbieders binnen de aanspraak wijkverpleging. Daarnaast gelden aanvullende eisen waar wij zorgcoöperaties op toetsen (zie bijlage 1.4). Het omzetplafond van de coöperatie wordt gebaseerd op een maximumbudget op basis van het aantal aangesloten zzp'ers en/of leden, waarbij wij de Arbeidstijdenwet als richtsnoer nemen.

3.3 Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2025 nog geen zorgovereenkomst met CZ groep hebben. 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.

Nieuwe zorgaanbieders zijn doorgaans niet bij ons bekend. Daarom maken we afspraken over de wederzijdse verwachtingen op het gebied van kwaliteit, kosten en toegankelijkheid. In de tweede helft van het eerste contractjaar evalueren we deze afspraken gezamenlijk. Op basis daarvan beslissen we of de zorgaanbieder voor het volgende jaar in aanmerking komt voor een nieuwe overeenkomst.

Dit zijn onze uitgangspunten voor het contracteren van nieuwe zorgaanbieders:

- Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich tussen 1 december 2025 en 28 februari 2026 inschrijven voor een overeenkomst wijkverpleging 2026. Inschrijvingen die later binnenkomen, nemen we niet in behandeling. Een overeenkomst geldt nooit met terugwerkende kracht.
- Een nieuwe zorgaanbieder mag zich maximaal één keer per contractjaar inschrijven. Dit doet hij/zij door een digitale vragenlijst in te vullen in VECOZO. Om deze diensten te kunnen gebruiken, is een certificaat vereist (zie <https://www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/>).
- De nieuwe zorgaanbieder heeft bij CZ groep een onderbouwde verwachte zorgomzet van minimaal € 50.000 op jaarbasis verdeeld over voldoende cliënten.

- De nieuwe zorgaanbieder heeft een toegevoegde waarde, bijvoorbeeld in de vorm van innovatieve zorgconcepten of een zorgaanbod dat vernieuwend en onderscheidend is ten opzichte van het bestaande zorgaanbod in de regio.
- De zorgaanbieder geeft invulling aan een witte vlek die wij geconstateerd hebben.
- Een integriteitsonderzoek is onderdeel van de beoordelingsprocedure. Dit mag geen beletselen opleveren.
- 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.
- De (geheel) nieuwe zorgaanbieder heeft een melding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gedaan, heeft een vergunning aangevraagd als nieuwe zorgaanbieder of beschikt al over een toelating. Hij/zij levert de ingevulde vragenlijst van de IGJ bij de inschrijving aan en/of geeft aan wat de status is van de melding.
- Als de nieuwe zorgaanbieder (het merendeel van) de zorg levert in een van de kernwerkgebieden van CZ groep, kan hij/zij aantonen dat hij/zij in de kernwerkgebieden gemiddeld aan ten minste 3 CZ-cliënten per 4-cijferig postcodegebied zorg levert.
- De nieuwe zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden die worden gesteld aan bestaande zorgaanbieders (zie bijlage 1).

We streven ernaar om de zorgaanbieder binnen twee maanden na inschrijving te laten weten of we een overeenkomst aanbieden.

3.4 Tijdpad

Activiteiten	Planning
Publiceren van het zorginkoopbeleid 2026.	Uiterlijk 1 april 2025
Invullen van de uitvraagmodule kwaliteitsinformatie in VECOZO door alle zorgaanbieders voor waardegedreven zorginkoop (zie paragraaf 2.2.1).	2-31 mei 2025
Zorgaanbieder deelt, indien door zorgverzekeraar gevraagd, zijn/haar strategisch beleid met de zorgverzekeraar, of verwijst naar de plek waar deze informatie te vinden is.	Uiterlijk 1 juni 2025
Bekendmaking productievoorstellen. Na ontvangst van het productievoorstel kunt u daarop reageren.	Uiterlijk 31 juli 2025
Contracteren.	1 augustus tot en met 31 oktober 2025
Aanbieden van de overeenkomsten.	Uiterlijk 20 september 2025
Uiterste tekentermijn van de overeenkomsten en afsluiting van de contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af.	Uiterlijk 1 november 2025
Publicatie van het gecontracteerde zorgaanbod.	Uiterlijk 12 november 2025
Inschrijving nieuwe zorgaanbieders 2026.	1 december 2025 tot en met 28 februari 2026

3.5 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2025 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2026. Op www.cz.nl/zorgvinder is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

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

3.6 Bereikbaarheid

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

- Voor vragen over contractering, monitoring en inschrijving kunt u mailen naar: rz.wijkverpleging@cz.nl.
- Voor vragen over declaraties kunt u mailen naar: decl.wijkverpleging@cz.nl.
- Voor overige vragen over het zorginkoopbeleid en relatiebeheer van CZ groep kunt u mailen naar: inkoopvvt.zvw@cz.nl.
- Voor zorginhoudelijke vragen over verzekerden kunt u mailen naar: zorgteam.wijkverpleging@cz.nl.

Wij doen ons uiterste best om uw vragen binnen tien werkdagen te beantwoorden. Als dat niet mogelijk is, dan laten we dat zo snel mogelijk weten. Gegevens van individuele verzekerden (zoals hun naam en NAW-gegevens) mag u alleen delen met het CZ Zorgteam, via een beveiligd kanaal (Cryptshare). Deze gegevens mag u nooit delen met andere afdelingen, zoals CZ Zorginkoop.

3.7 Controle van declaraties

Declaraties moeten voldoen aan de eisen vanuit de Zvw, andere relevante wet- en regelgeving en aan de contractafspraken tussen CZ groep en de zorgaanbieder. Wij toetsen de declaraties aan de landelijke wet- en regelgeving én aan de regelgeving en standpunten van onder meer de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland met inachtneming van de privacyregels. Om dit te waarborgen, voldoen we bij materiële controles aan het Protocol materiële controle.

Tijdens het declaratieproces controleren we standaard op juistheid. Als controle vooraf of tijdens het declaratieproces niet mogelijk is, controleren we achteraf. Het algemeen controleplan publiceren we elk jaar op onze website. Gedurende het jaar kunnen we hier nog wijzigingen in aanbrengen op basis van de risicoanalyses die we uitvoeren. We informeren de zorgaanbieder schriftelijk over onze controles. Wanneer er sprake is van materiële controles, dan gaan we eerst in gesprek om onze bevindingen toe te lichten. Samen met de zorgaanbieder zoeken we naar een verklaring of bespreken we verbetermogelijkheden voor de toekomst. Bijvoorbeeld op het gebied van het indicatieproces of de inzet van hulpmiddelen. Een detailcontrole behoort tot de mogelijkheden als we in een gesprek niet tot een verklaring of verbeterrichting komen.

Bijlage 1: Minimale en aanvullende eisen

1.1 Minimumeisen voor het leveren van basiszorg

Alle zorgaanbieders moeten aantoonbaar (blijven) voldoen aan onderstaande eisen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen:

- De kernactiviteit van de zorgaanbieder is het aanbieden van generalistische zorg die past binnen de aanspraak wijkverpleging. Enige uitzondering hierop betreft (medische) kindzorg.
- De zorgaanbieder verleent een integraal zorgaanbod van verpleging en verzorging dat onder de aanspraak wijkverpleging valt. Hij richt zich niet op één of enkele onderdelen van verpleging en verzorging, zoals casemanagement dementie of indicatiestelling. Enige uitzondering hierop betreft (medische) kindzorg.
- De zorgaanbieder borgt de continuïteit en beschikbaarheid van de benodigde geplande en ongeplande zorg (24/7) voor cliënten.
- De zorgaanbieder beschikt over minimaal één AGB-code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie, waaraan ten minste één gekwalificeerde wijkverpleegkundige met minimaal een hbo-bacheloropleiding (niveau 6) is gekoppeld die in loondienst is.
- 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 levert tijdig de gevraagde kwaliteitsinformatie aan via de uitvraagmodule in VECOZO.
- De zorgaanbieder heeft een samenwerkingsrelatie met het sociaal domein binnen de gemeenten waarin hij/zij actief is. De enige uitzondering hierop is (medische) kindzorg.
- De zorgaanbieder heeft een samenwerkingsrelatie met de huisartsen en de eerste lijn binnen de regio's en wijken waarin hij/zij actief is. De enige uitzondering hierop is (medische) kindzorg.
- De zorgaanbieder levert in de kernwerkgebieden per 4-cijferig postcodegebied aan ten minste twee CZ-clients zorg. Uitzonderingen hierop zijn (medische) kindzorg en zorgaanbieders die (het merendeel van de) zorg leveren buiten het kernwerkgebied van CZ groep.
- Als de zorg aan een cliënt gedeeld wordt tussen zorgaanbieders, dan verwachten wij dat er zo veel mogelijk gewerkt en gedeclareerd wordt vanuit één indicatie en zorgplan. Als er wordt samengewerkt met een ongecontracteerde zorgaanbieder, dan gebeurt dit via onderaanneming.
- De zorgaanbieder heeft voldoende hbo-bachelor opgeleide verpleegkundigen (niveau 6) in dienst die de toegang bepalen, indiceren, coördineren en zorgplannen opstellen, toetsen en evalueren.
- De zorgaanbieder registreert en declareert conform de landelijke afspraken over doelgroepregistratie^[1].
- De zorgaanbieder levert ten minste 50% van de zorg zelf en zet voor maximaal 50% van de zorg onderaannemers in. Alleen voor zorgcoöperaties die aantoonbaar aan de aanvullende voorwaarden uit bijlage 1.4 voldoen, maken we een uitzondering op dit beleid.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- De zorgaanbieder maakt gebruik van een geautomatiseerd classificatiesysteem voor de inzet, de inhoud en het resultaat van de zorg, zoals Omaha, Nanda of Gordon.
- De zorgaanbieder noteert eenduidige gegevens in overeenstemming met de informatiestandaard eOverdracht^[2].
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden van de Wtza, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi.
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door jaarlijks een kwaliteitsbeeld aan te leveren bij het Zorginstituut conform de uitgangspunten van het Generiek Kompas.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder heeft een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.

-
- De zorgaanbieder gebruikt een vast team van zorgverleners bij iedere cliënt en streeft hierbij naar zo min mogelijk verschillende zorgverleners. Belangrijk hierbij is in ieder geval dat de overdracht tussen de zorgverleners goed geborgd is.

1.2 De inzet van onderaannemers

We spreken over onderaanneming als een verzekerde in zorg is bij een zorgaanbieder (de hoofdaannemer) die een deel van de daadwerkelijke zorgverlening laat uitvoeren door een andere zorgverlener (de onderaannemer). De onderaannemer is een andere juridische entiteit dan de hoofdaannemer. De hoofdaannemer contracteert een deel van de zorgverlening door aan de onderaannemer.

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 ^[1]. Zogenoemde 'volle dochters' worden niet als onderaannemer beschouwd ^[2]. Zorg die wordt geleverd door onderaannemers die niet vooraf gemeld zijn, komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Een zorgaanbieder die 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 op een andere manier onze zorgplicht niet kunnen vervullen. Als blijkt dat de zorgaanbieder in de loop van het jaar niet (meer) aan deze voorwaarde voldoet en kan voldoen, kan CZ groep de overeenkomst beëindigen en beschouwen we deze zorgaanbieder voor 2026 als nieuwe zorgaanbieder.

De hoofdaannemer is verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg voor een cliënt. Als de samenwerking met een onderaannemer stopt, is het dus de taak van de hoofdaannemer om de cliënt hierover tijdig te informeren en te zorgen voor de voortzetting van de zorg.

1.3 De inzet van helpenden (niveau 2) en ander zorgpersoneel

Het organiseren van zorg in de wijk is door de groeiende vraag en de arbeidsmarktkrapte een flinke opgave. Veel zorgaanbieders zetten daarom helpenden, stagiaires en leerlingen in. Deze groep zorgverleners noemen wij 'ander zorgpersoneel': helpenden niveau 2, stagiaires en leerlingen die minimaal in opleiding zijn tot niveau 3 of hoger. Zorgverzekeraars zien het nut en de noodzaak hiervan en willen dat dit op een veilige en verantwoorde manier gebeurt. Zorgverzekeraars hebben hierover landelijke afspraken gemaakt. Deze zijn [hier](#) te lezen.

1.4 Aanvullende eisen voor zorgcoöperaties

CZ groep maakt een uitzondering op het beleid rondom onderaannemers als een zorgcoöperatie (bestaande uit zzp'ers en/of zorgaanbieders) naast de eisen uit paragraaf 1.1 van bijlage 1 aantoonbaar voldoet aan de volgende eisen. Daarbij gaan wij ervan uit dat de coöperatie als geheel aan de volgende inhoudelijke eisen kan voldoen:

- De **kwaliteit van de zorg** wordt jaarlijks getoetst, waarbij voor coöperaties de volgende aanvullende eisen zijn opgenomen:
 - Cliënten zijn in zorg bij de coöperatie (hoofdaannemer) die de zorg laat verlenen door de leden van de coöperatie (onderaannemers).
 - De coöperatie is verantwoordelijk voor de continuïteit en beschikbaarheid van de benodigde geplande en ongeplande zorg (24/7).
 - De leden die zzp'ers zijn, zijn allemaal in het bezit van het KiWa- en/of HKZ-keurmerk.
 - De leden die een organisatie^[7] zijn, borgen de kwaliteit door jaarlijks een kwaliteitsbeeld aan te leveren bij het Zorginstituut conform de uitgangspunten van het Generiek Kompas.
 - Binnen de coöperatie geldt de verhouding van minimaal één fte hbo-bachelor opgeleide verpleegkundige (niveau 6) op 55 cliënten. Hij/zij zorgt conform het Normenkader V&VN voor de indicatiestelling en voor het uitvoeren en bewaken van het verpleegkundig proces.
 - De coöperatie heeft intercollegiale toetsing tussen de hbo-bachelor opgeleide verpleegkundigen (niveau 6) ingebed en geborgd.
 - De coöperatie spant zich in om per cliënt te werken met een vast team van zorgverleners.
 - De coöperatie levert jaarlijks een lijst met leden aan en hun aandeel in de geleverde zorg. Wijzigingen gedurende het jaar worden doorgegeven via inkoopvvt.zvw@cz.nl. Zorg die wordt geleverd door leden die niet vooraf gemeld zijn, komt niet voor vergoeding in aanmerking. De aangesloten leden mogen geen ongecontracteerde zorg verlenen naast de zorg die via de zorgcoöperatie verleend wordt.
- **Kosten van zorg**
 - We toetsen of er sprake is van een doelmatige inzet van zorg. Als we zien dat hiervan geen sprake is, dan kan dit consequenties hebben voor het aangaan van een overeenkomst wijkverpleging voor 2026 of voor de inhoud daarvan.
- **Overig**
 - De productieafpraak van de coöperatie is gebaseerd op een maximumomzet per zzp'er en/of onderaannemer. Bij zzp'ers geldt de Arbeidstijdenwet als richtsnoer.

1.5 Specialistische zorg met aanvullende eisen op de basisovereenkomst

Wijkverpleging bestaat naast generalistische zorg ook uit specialistische zorg. Daarbij maakt CZ groep onderscheid tussen zorg voor specifieke functies en doelgroepen én zorg die om infrastructurele redenen geconcentreerd wordt aangeboden in een regio of wijk. Hiervoor is niet zozeer specifieke kennis als wel een zekere schaal nodig.

We kopen de volgende functies in bij een beperkt aantal zorgaanbieders met een regionale functie: palliatief verpleegkundige, casemanager dementie, regiefunctie complexe wondzorg en gespecialiseerde verpleging. Voor deze functies geldt dat we geen afspraken maken voor 2026 met zorgaanbieders die in 2025 geen afspraken hebben.

1.5.1 Palliatief verpleegkundige

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).

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

- De zorgaanbieder zorgt 24/7 voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 6, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg en de bijbehorende (verpleegtechnische) handelingen te bieden (zie de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen palliatieve zorg van de V&VN).
- De zorgaanbieder beschikt over een palliatief verpleegkundig consulent die direct betrokken is bij het primaire proces. Deze consulent beschikt over een erkende opleiding palliatieve zorg en de benodigde expertise om advies en ondersteuning te kunnen bieden in bijzondere situaties.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale netwerk palliatieve zorg.
- Conform de landelijke ontwikkelingen werkt de zorgaanbieder volgens het kwaliteitskader Palliatieve Zorg ^[1] en de goede voorbeelden van palliatieve zorg ^[2]. De zorg wordt geleverd op basis van professionele en geregistreerde richtlijnen, protocollen en zorgpaden.
- De zorgaanbieder werkt nauw samen met andere zorgprofessionals en ketenpartners, zoals de huisarts of medisch specialist.
- De zorgaanbieder werkt samen met het regionale team of maakt gebruik van subregionale consultatievoorzieningen, zoals een Team Ondersteuning Palliatieve Zorg (TOPZ) of andere soortgelijke initiatieven.
- Uit het zorgplan/zorgdossier blijkt dat de zorgaanbieder mantelzorgers en vrijwilligers actief betreft bij het zorgproces om passende professionele zorg te kunnen bieden en indien nodig 24-uurs toezicht te borgen.
- De zorgaanbieder heeft een samenwerkingsovereenkomst met een vrijwilligersorganisatie zoals VPTZ (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg). Zij bieden ondersteuning, zodat de laatste levensfase zo goed mogelijk doorleefd kan worden. De vrijwilligers kunnen de mantelzorgers rust en concrete hulp bieden.

Zorg in een Bijna Thuis Huis (BTH)

Een BTH is een zorgvoorziening die grotendeels draait op vrijwilligers en waar mensen in de laatste fase van hun leven kunnen verblijven in een huiselijke omgeving. De professionele zorg wordt geleverd via de wijkverpleging. We willen inzicht krijgen in de zorg die via een BTH wordt geleverd, aansluiten bij de bekostiging en voorwaarden van de wijkverpleging en de administratieve lasten verminderen. Daarom hanteren wij voor alle zorgaanbieders die in 2024 aan meer dan één cliënt van CZ groep zorg in een BTH hebben geleverd een dagtarief voor deze zorg.

1.5.2 Casemanagement dementie

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.

Zorgverzekeraars hebben een gezamenlijke visie en beleid geformuleerd om het casemanagement toe te lichten dat onder de Zvw valt. Dit beleid is hier te raadplegen.

1 Zie <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland>.

2 Zie <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/goede-voorbeelden>.

Voorwaarden vanuit CZ groep

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. De complexiteit is niet afhankelijk van de fase waarin iemand zich bevindt, maar van de organisatie rondom de aandoening, de kennis van de generalist en de mate van zelfmanagement. Daarbij kan de frequentie en intensiteit van het casemanagement variëren per stadium, tussen personen en hun omstandigheden.

Specialistisch casemanagement koopt CZ groep geoormerkt in bij zorgaanbieders:

- waarmee we ook in 2025 een addendum voor casemanagement dementie hebben afgesloten;
- die deelnemen aan een regionaal dementienetwerk dat zorg levert in overeenstemming met de meest recente Zorgstandaard Dementie;
- die in het regionaal dementienetwerk vaste afspraken hebben gemaakt over afstemming, informatieoverdracht, verantwoordelijkheden en het opvangen van crisissituaties (24/7) in de zorg;
- die uitgaan van het model 'generalistisch als het kan, specialistisch als het moet';
- die ervoor zorgen dat de wachttijden voor casemanagement dementie tijdig en volledig worden aangeleverd bij het Zorgbeeldportaal en zich inzetten om deze wachttijden zo veel mogelijk te verkorten of te voorkomen door samenwerking, training en afstemming met andere domeinen of betrokkenen.

Voorwaarden aan de gespecialiseerde casemanager dementie

- De gespecialiseerde casemanager dementie heeft:
 - een hbo-bacheloropleiding verpleegkunde (niveau 6) en een specifieke opleiding casemanagement dementie afgerond en heeft praktijkervaring als casemanager dementie, of
 - een opleiding SPH en een specifieke opleiding casemanagement dementie afgerond en heeft praktijkervaring als casemanager dementie, waarbij toegang tot verpleegkundige expertise is gegarandeerd.
- De gespecialiseerde casemanager dementie heeft een caseload van gemiddeld 50 tot 65 cliënten per fte.
- De werkwijze van de gespecialiseerde casemanager dementie is gedefinieerd in het regionale dementienetwerk en bij voorkeur geborgd in een relevant kwaliteitssysteem.

1.5.3 Regiefunctie complexe wondzorg

De regiefunctie complexe wondzorg is bedoeld om de zorg rondom complexe wonden te coördineren en te optimaliseren, zodat de genezingsijd zo kort mogelijk is en complicaties worden voorkomen.

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.

Concreet komen we tot de volgende taken en verantwoordelijkheden:

- De wondregisseur stelt een behandelplan op aan de hand van het protocol dat bij het type wond past, coördineert en evalueert dit en bewaakt de opvolging hiervan, ongeacht wie de wond behandelt.
- De wondregisseur bepaalt wie de wond kan behandelen: mantelzorg, thuiszorg, expertisenetwerk of de tweede lijn.
- De wondregisseur maakt procedureafspraken met de ketenpartners, zoals huisartsen, paramedici, andere zorgaanbieders van wijkverpleging, ziekenhuizen, hulpmiddelenleveranciers, een medische specialzaak en/of een apotheek en deelt deze als wij daarom vragen.
- De wondregisseur is verantwoordelijk voor de registratie van de wondbehandeling en ziet toe op de handhaving van de protocollen en de opvolging van andere procedures in de keten.
- De wondregisseur is verantwoordelijk voor het doelmatig en kostenefficiënt inzetten van wondverbandmiddelen.
- De wondregisseur zorgt voor de actieve vergaring, toepassing en overdracht van evidence-based wondzorg aan andere professionals en/of mantelzorgers, zodat stepped care plaatsvindt. De wondregisseur kan aantonen hoe deze taak wordt vervuld als wij daarom vragen.
- De wondregisseur enthousiasmeert de overige professionele stakeholders in de regionale wondzorgketen en vertegenwoordigt de eerstelijns wondzorg in de afstemming over protocollen, verwijzingsafspraken en samenwerking.

Kwaliteitseisen

Onderstaande kwaliteitseisen hanteren wij voor de wondregisseur die de regiefunctie complexe wondzorg uitvoert. Daarmee sluiten we aan bij de kwaliteitsstandaard van de organisatie van de complexe wondzorg, met één uitzondering: wij vinden dat ook een hbo+-geschoolde professional (wondconsulent) de functie van wondregisseur kan vervullen. Dit zijn de kwaliteitseisen voor de wondregisseur:

- De wondregisseur is een hbo-opgeleide verpleegkundige met minimaal één van de volgende aanvullende opleidingen en/of werkervaring:
 - post-hbo-opleiding tot decubitus- en wondconsulent (Rotterdam), of
 - een vergelijkbare opleiding, ter beoordeling aan CZ groep, of
 - een verpleegkundig specialist met minimaal twee jaar werkervaring in de complexe wondzorg.
- De wondregisseur is bekwaam om een dopplersonderzoek uit te voeren en een enkel-arm-index te bepalen.
- De wondregisseur werkt conform de landelijke en/of regionale richtlijnen en kwaliteitskaders op het gebied van complexe wondzorg, zoals de *Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg*.
- Het team dat de regiefunctie uitoefent, bestaat uit minimaal drie personen.

1.5.4 Gespecialiseerde verpleging

Gespecialiseerde verpleging vindt plaats op verzoek van een arts en wordt onder zijn regie uitgevoerd. Daarnaast worden in het zorgplan/zorgdossier de specifieke activiteiten inhoudelijk benoemd en onderbouwd, en wordt vastgelegd welke professional de zorg verleent. Als de zorg én de verpleging vanuit het ziekenhuis worden georganiseerd en geleverd (oud-MSVT), dan rekenen we de verpleging tot de medisch-specialistische zorg en is de medisch specialist zorginhoudelijk en financieel verantwoordelijk.

Het doel van gespecialiseerde verpleging is het uitvoeren van gespecialiseerde verpleegkundige handelingen die het herstel bevorderen, die verergering van de ziekte of aandoening voorkomen en/of die het lijden en het ongemak verlichten. 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 vervolgspraken. 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.

1.5.5 Pgb-indicatiestelling

Bij de pgb-indicatiestelling geldt, net als bij naturazorg, dat sturen op de eigen kracht van de cliënt en de betrokkenheid van mantelzorgers belangrijk is. Ook geldt het normenkader van de V&VN en kunnen diverse hulpmiddelen worden ingezet om te komen tot een passende indicatie. CZ groep koopt de prestatie pgb-indicatiestelling voor 2026 in bij een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders die zich hierin transparant en toetsbaar opstellen. Dit betekent dat de zorgaanbieder jaarlijks aantoont dat de indicerende wijkverpleegkundigen voldoen aan de landelijke richtlijnen voor indiceren. Dit kan de zorgaanbieder doen door iedere indicerende hbo-opgeleide wijkverpleegkundige aan het AGB-register toe te voegen. Of de zorgaanbieder verklaart via een bestuursverklaring dat de pgb-indicatiestellingen conform het normenkader van de V&VN enkel worden uitgevoerd

door hbo-bachelor opgeleide wijkverpleegkundigen (niveau 6) of hoger. CZ groep gaat hierbij uit van het beginsel *high trust, high penalty*. Een geldige indicatiestelling is immers de grondslag voor de aanspraak op wijkverpleegkundige zorg. Als (achteraf) blijkt dat een indicatiestelling niet aan de voorwaarden voldoet, kan dit gevolgen hebben voor de rechtmatigheid van de zorg die is verleend en voor het contracteren van deze prestatie in de daaropvolgende overeenkomst.

Bij voorkeur zetten we de samenwerking voort met zorgaanbieders die hier in 2025 ook een overeenkomst voor hebben. Zo willen we voor onze verzekerden een duidelijk aanspreekpunt creëren.

De verzekerde die aangeeft dat zijn/haar voorkeur uitgaat naar een pgb als leveringsvorm, moet hiervoor een aanvraag bij ons indienen. Voor het pgb-beleid en de aanvraag van een pgb-budget verwijzen we naar het meest recente pgb-reglement op onze website.

1.6 Regionale functies

Voor een doelmatige organisatie van de wijkverpleging is het zinvol om bepaalde taken in een regio of wijk te concentreren bij één of enkele zorgaanbieders. Het gaat dan om specifieke functies waarvoor een infrastructuur nodig is of die specifieke regionale coördinatie vragen, zoals onplanbare nachtzorg en herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Hiervoor is niet zozeer specifieke kennis nodig als wel een zekere schaal. Voor deze zorg zet CZ groep het bestaande beleid voort. Dit betekent dat we deze zorg bij een beperkt aantal zorgaanbieders inkopen, die hiervoor in 2025 ook afspraken hebben, zodat per regio (wijk, gemeente, gebied) één duidelijk aanspreekpunt ontstaat.

Zorgaanbieders waarmee we de regionale functies afspreken:

- leveren de specialistische functies zoals genoemd in bijlage 1, paragraaf 1.5, zodat zij in elke situatie passende zorg kunnen organiseren;
- zijn goed ingebed in de regionale structuur en kunnen de beschikbaarheid van alle wijkverpleegkundige zorg dankzij hun schaalgrootte efficiënt, doelmatig en kwalitatief goed organiseren;
- vervullen een duidelijke voortrekkers- en netwerkrol binnen de regio;
- hebben goede afspraken met andere zorgaanbieders, ketenpartners en de gemeenten in de regio over samenwerking met en tussen wijkteams.
- enthousiasmeren en stimuleren andere zorgaanbieders om zich te committeren aan regionale samenwerkingsafspraken, landelijke normen en het dragen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor alle inwoners in de regio.

1.6.1 Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Het borgen van toegankelijke zorg vraagt om een herinrichting van de zorg en om inzicht in de capaciteit en kwaliteit. Een goede samenwerking en coördinatie tussen de wijkverpleging en andere domeinen op wijk- en regioniveau is belangrijk om zwaardere zorg- en hulpvragen te voorkomen of zo lang mogelijk uit te stellen. Samenwerking en coördinatie kunnen bijdragen aan een optimale verdeling van de schaarse capaciteit en daarmee aan een betere toegang. Ook kan het de inzet van dure vormen van zorg verminderen. Dit punt omvat de brede regionale keten voor ouderenzorg, waarin de wijkverpleging een sleutelrol vervult. In de visie Eerstelijnszorg is dit geformuleerd als samenwerking in een hecht wijkverband en een regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV) ^[1].

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. We sluiten daarbij zo veel mogelijk aan bij de regionale context en zetten in op de continuïteit, doorontwikkeling en formalisering van bestaande structuren, samenwerkingen en afspraken die aansluiten bij het regioplan.

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 voor 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.

In het plan verwachten we minimaal de volgende onderdelen:

- inzicht op wijk- en gemeenteniveau in de huidige organisatie van herkenbare en aanspreekbare teams en de (SMART geformuleerde) stappen die nodig zijn om daar in de loop van 2026 te komen. Daarbij verwachten wij dat er aandacht is voor het betrekken van andere (gecontracteerde) aanbieders van wijkverpleging, het sociaal domein en de huisartsenzorg. Ook verwachten wij dat uit het plan blijkt dat er afstemming en samenwerking plaatsvindt met gemeenten en andere ketenpartners in de eerste en tweede lijn;
- inzicht in de activiteiten, de rolverdeling, de afspraken en de verantwoordelijkheden rondom herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

Het plan:

- sluit aan bij de doelstellingen, tijdslijnen en uitgangspunten van de leidraad 'Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' ^[2] en de visie op de eerstelijnszorg voor 2030.
- is geïntegreerd in andere regionale (infra)structuren, zoals de onplanbare nachtzorg, de acute zorg, de eerstelijnscoördinatiefunctie en de regionale zorgcoördinatie.
- sluit aan bij de lokale en regionale uitdagingen en doelstellingen, zoals die zijn opgenomen in het regiobeeld.
- sluit aan bij de principes van passende zorg en draagt aantoonbaar bij aan het afbuigen of voorkomen van professionele zorg door preventie, het vergroten van de zelfredzaamheid, vroegsignalering en Advance Care Planning.
- is bij voorkeur een coproductie als er in één regio meerdere zorgaanbieders zijn die in 2025 een afspraak hebben voor wijkgericht werken. Zij dienen dit plan bij voorkeur samen in. Indien dit niet haalbaar is, worden concrete acties geformuleerd om dit gedurende 2026 te bewerkstelligen.

¹ Zie *Visie eerstelijnszorg 2030: samen vernieuwen en versterken voor meer informatie*.

² Zie *Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging*.

1.6.2 Acute wijkverpleging

De wijkverpleging is in staat om de eerste lijn te versterken door actief deel te nemen aan de regionale zorgcoördinatievoorzieningen. Ook kan zij ketenpartners ontlasten door waar mogelijk acute zorgvragen vanuit de huisartsenpost, de meldkamer ambulancezorg en/of de zorgcoördinatievoorziening op te pakken en zo zwaardere zorginzet te voorkomen. Zorgaanbieders die voor de andere regionale functies een voortrekkersrol op zich nemen, integreren dit onderdeel wat ons betreft in de andere structuren en organisatievormen die regionale coördinatie, afstemming en afspraken vragen. Daarbij maken wij onderscheid tussen daadwerkelijk geleverde zorg aan cliënten die al wijkverpleging ontvangen en zorg aan nieuwe Zvw-cliënten die via deze weg voor het eerst (acute) wijkverpleging ontvangen. Voor deze laatste groep contracteren wij de nieuwe prestatie 'Inzet acute (ongeplande) wijkverpleging na verwijzing door huisarts of meldkamer' om zicht te krijgen op de cliëntstromen.

Hierbij hanteren wij de volgende voorwaarden en uitgangspunten:

- De prestatie acute wijkverpleging omvat de bekostiging van daadwerkelijk geleverde zorguren aan de verzekerde, die nodig zijn om met een eenmalige inzet te voldoen aan een ongeplande zorgvraag in de regio, op verwijzing van een huisartsenpost, een meldkamer ambulancezorg, een spoedeisende hulp of een zorgcoördinatievoorziening.
- De zorgaanbieder heeft contractafspraken voor gespecialiseerde verpleging en de regionale functies 'herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' en 'beschikbaarheid onplanbare nachtzorg'.
- Het team is oproepbaar tijdens de openingstijden van de huisartsenpost.

- Uitgesloten zijn cliënten die al zorg ontvangen van een aanbieder van wijkverpleging (hiervoor dient op de reguliere prestatiecodes te worden gedeclareerd) en cliënten met een Wlz-indicatie.
- De zorgaanbieder spant zich in voor een optimale en doelmatige organisatie en is in staat om het acute wijkteam op- en af te schalen. Hij/zij kan hier inzicht in geven als wij daarom vragen.
- De zorg wordt geleverd door de juiste zorgverlener. Deze is bevoegd en bekwaam om de (diagnostische en therapeutische) zorg te kunnen leveren en hanteert de richtlijnen van de beroepsgroepen.
- De verpleegkundige kijkt samen met de huisarts kritisch in welke situatie de wijkverpleging wél en niet ingezet kan worden en stuurt frequente gebruikers door naar de huisarts voor opvolging van eventuele onderliggende problematiek.
- Elk kwartaal worden de bevindingen door de zorgaanbieder besproken met CZ groep.
- De zorgaanbieder heeft voldoende (wijk)verpleegkundige capaciteit en infrastructurele voorzieningen beschikbaar om adequaat te kunnen reageren als een huisartsenpost, een meldkamer ambulancezorg of een zorgcoördinatievoorziening een ongeplande zorgvraag heeft.
- De werkafspraken en samenwerking zijn afgestemd en waar mogelijk geïntegreerd met andere regionale (infra)structuren, zoals onplanbare nachtzorg en een eerstelijnscoördinatiefunctie.

1.6.3 Onplanbare nachtzorg

CZ groep maakt in zijn kernwerkgebieden voor iedere HAP-regio afspraken over een efficiënte inrichting van de onplanbare nachtzorg. Het uitgangspunt is dat zorgaanbieders een regionale samenwerkingsafpraak maken over de organisatie en efficiëntie van deze zorg en dat alle zorgaanbieders zich daarbij aansluiten. Hiermee borgen we dat er regionaal 24/7 wijkverpleging beschikbaar blijft.

Dit doen we door de infrastructuur voor onplanbare nachtzorg (tussen 23.00 en 7.00 uur) regionaal selectief en gelijkgericht in te kopen op basis van ons eigen marktaandeel. Daarbij neemt CZ groep het voortouw in regio's waarin wij de preferente zorgverzekeraar zijn. We hanteren hierbij het 'Gezamenlijk kader toekomstbestendige wijkverpleging'^[1] als uitgangspunt. We verwachten van de uitvoerder dat hij in zijn regio samenwerkt en afstemt met de regionale zorgcoördinatievoorziening en de verschillende regionale zorgaanbieders (V&V, maar ook huisartsen en/of verwijzers) over de inrichting van de onplanbare nachtzorg.

Daarbij hanteren wij de volgende werkwijze:

- We gaan uit van de inrichting en begroting van 2025 en passen hierop een uniforme indexering toe.
- Als een van de betrokken partijen vindt dat er een aangepaste businesscase nodig is, dan meldt die partij dit vóór 1 april 2025 bij de preferente verzekeraar.
- Voor de regio's waarvoor geen overeenstemming was voor 2025 of waar een aangepaste businesscase nodig is én waar CZ groep de preferente zorgverzekeraar is, geldt dat zij een aangepast plan en een aangepaste businesscase bij ons aanleveren vóór 1 mei 2025. Wij informeren deze zorgaanbieders over de minimale vereisten aan deze businesscase.
- Het contracteren van de infrastructuur voor onplanbare nachtzorg gebeurt in beginsel kostenneutraal: het tarief van alle gecontracteerde zorgaanbieders die in een regio zorg hebben geleverd, schonen wij naar rato.
- Voor de regio's waar wij niet de preferente zorgverzekeraar zijn, ontvangen wij van de zorgaanbieder uiterlijk in juni de door de preferente zorgverzekeraar goedgekeurde begroting en ondertekende volgformat. Volgverzoeken die op of na 1 juli 2025 worden aangeleverd, nemen we niet in behandeling.
- Als er in uw regio vóór 1 juli 2025 geen overeenstemming is over de businesscase, dan geldt dat we voor 2026 terugvallen op de huidige afspraken.

¹ Zie *gezamenlijk kader toekomstbestendige wijkverpleging*.

Bijlage 2: Medische kindzorg

Medische kindzorg betreft een zeer specifieke doelgroep in de wijkverpleging. Voor zorgaanbieders die deze zorg leveren hanteren wij daarom aanvullende voorwaarden. Zo borgen we dat deze zorg passend en van voldoende kwaliteit is.

Bij de kindzorg indiceert en organiseert een hbo-bachelor opgeleide kinderverpleegkundige of een verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) de benodigde zorg. Bij de indicatie gaat zij uit van de gewenste situatie binnen het gezin, waarbij de ouders en het kind zo veel mogelijk in hun zelfredzaamheid worden ondersteund. De MKS-werkwijze wordt gehanteerd voor het indiceren, organiseren, uitvoeren en overdragen van de zorg en ondersteuning. De Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) is hier een onderdeel van. Als de ondersteuning aan het kind en de ouders gericht is op zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), dan is dit zorg die valt onder de Jeugdwet. Kinderen met een verstandelijke, zintuiglijke of meervoudige beperking die permanent verpleging en verzorging nodig hebben, ontvangen deze kindzorg na indicatie vanuit de Wlz. Voor kinderen die medische zorg nodig hebben, valt de zorg na indicatie onder de Zvw.

CZ groep wil zorg inkopen bij zorgaanbieders die inzetten op toegankelijkheid, kostenbeheersing en hoge kwaliteit. Daarom voeren we jaarlijks een benchmark uit op regionaal en zorgaanbiedersniveau. Die vertalen we naar een waardemodel. Dit jaar komt er ook een benchmark voor de medische kindzorg om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg. We bevragen daarvoor zorgaanbieders over zaken die de uitkomsten naar onze mening positief beïnvloeden, zoals personele mix en cliënttevredenheid. We vragen zorgaanbieders om deze kwaliteitsinformatie tussen 2 en 31 mei digitaal aan te leveren via de uitvraagmodule van VECOZO. Voor het gebruik hiervan is een certificaat vereist (zie <https://www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/>). Deze uitvraag heeft voor 2026 (nog) geen consequenties voor de inhoud van en/of het verkrijgen van een overeenkomst voor wijkverpleging.

Minimumeisen medische kindzorg

- Voor medische kindzorg contracteren wij uitsluitend gespecialiseerde (kinder)thuiszorgorganisaties.
- Medische kindzorg omvat integrale verpleegkundige zorg aan kinderen met een verpleegkundige zorg- en hulpvraag in hun eigen omgeving.
- De zorgaanbieder hanteert de kwaliteitseisen van de brancheorganisatie(s) en is lid van de Brancheorganisatie Integrale Kindzorg (BINKZ) ^[1].
- Het organiseren van zorg in de wijk is door de groeiende vraag in combinatie met de arbeidsmarktkrapte een opgave. Veel zorgaanbieders zetten daarom ander zorgpersoneel in, zoals helpenden, stagiaires en leerlingen. Vanwege de complexiteit van de medische kindzorg staan wij enkel de inzet toe van leerlingen en stagiaires in opleiding tot verzorgende IG en hoger.
- De zorgaanbieder heeft niet alleen aandacht voor het medisch-technische aspect, maar ook voor de ontwikkeling van het kind, het sociaal domein en de veiligheid van het kind. De zorgaanbieder hoeft deze zorg niet zelf te leveren, maar heeft wel een signaalfunctie. De zorgaanbieder moet naar passende ondersteuning verwijzen of deze inschakelen als dat nodig is.
- De zorgaanbieder werkt waar nodig samen met andere disciplines. Dit kan bijvoorbeeld plaatsvinden via een gezamenlijk zorgplan en/of een interprofessioneel overleg. Buiten het medisch domein zoekt de zorgaanbieder aansluiting met disciplines die voor het kind relevant zijn. Dat zijn vooral de partners die zorg leveren aan het kind in de thuissituatie.
- Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het vergroten van de zelfredzaamheid van het kind op het gebied van persoonlijke verzorging. De zorgaanbieder kan aantonen dat hierover afspraken zijn gemaakt met de gemeente.
- De zorgaanbieder levert informatie aan waarmee wij de kwaliteit kunnen toetsen.
- De zorg start nadat de kinderverpleegkundige, de kinderarts/medisch specialist en het gezin samen hebben vastgesteld dat deze op een verantwoorde manier kan worden geboden in de thuissituatie.
- De kinderverpleegkundige stelt een zorgplan op waarover overeenstemming is tussen de zorgaanbieder en het kind en/of diens naasten.
- Binnen drie maanden na de 18^e verjaardag van een jongere worden afspraken gemaakt en vastgelegd voor de transitie naar volwassenenzorg (18+).

Minimumeisen verpleegkundige dagopvang en verblijf bij medische kindzorg

CZ groep hanteert de volgende eisen voor de inkoop van (medische) kindzorg bij complexe lichamelijke problemen of bij een lichamelijke beperking waarbij behoefte is aan permanent toezicht en/of 24-uurs zorg in de nabijheid, in combinatie met specifieke verpleegkundige handelingen, verpleegkundige dagopvang en verblijf bij medische kindzorg:

- De zorgaanbieder hanteert de kwaliteitseisen van de brancheorganisatie(s) en is lid van de Brancheorganisatie Integrale Kindzorg (BINKZ) ^[1].
- De zorgaanbieder levert informatie aan waarmee wij de kwaliteit kunnen toetsen.
- De zorgaanbieder werkt nauw samen met alle betrokken disciplines en domeinen, zoals het ziekenhuis, de kinderarts, de huisarts, de fysiotherapeut, het consultatiebureau, de gemeente, het onderwijs, de centra voor thuisbeademing, de medische kinderdagverblijven, de kinderthuiszorg en de hospices.
- De zorgaanbieder gebruikt de MKS-werkwijze ^[2]. Deze brengt een aantal zaken in kaart: de zelfredzaamheid van het gezin, de mogelijke knelpunten voor de vier kinderleefdomeinen en de gewenste professionele ondersteuning. De zorgaanbieder stemt de indicatie af op het verloop van de ziekte en de draagkracht-draaglastverhouding van het gezin ^[3].
- De zorgaanbieder stemt met alle betrokken disciplines de zorg af en verankert die in het zorgplan/zorgdossier. De zorgaanbieder werkt toe naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid van de ouders en maakt hier waar nodig afspraken over met de gemeente. De zorg sluit aan bij de kinderleefdomeinen die in kaart zijn gebracht met de hulpbehoefte scan.
- De zorgaanbieder heeft een cliëntenraad/ouderraad.
- De zorg wordt geleverd door (kinder)verpleegkundigen van niveau 4 of hoger die speciaal hiervoor zijn opgeleid.
- De zorgaanbieder heeft een pedagogisch plan en handelt hiernaar.
- De zorgaanbieder heeft zorgprogramma's voor specifieke doelgroepen, zoals palliatief terminale zorg en zorg bij kindermishandeling. Daarbij verwachten wij van zorgaanbieders die palliatieve zorg voor kinderen leveren dat zij zich committeren aan de richtlijnen voor palliatieve zorg bij kinderen ^[4].
- De zorgaanbieder kan alle persoonlijke en gespecialiseerde verpleegkundige zorg leveren voor thuiswonende kinderen en/of voor de dagopvang of het verblijf in het kader van de medische kindzorg. De verpleegkundigen zijn speciaal hiervoor opgeleid en zijn 24 uur per dag beschikbaar, op afspraak en op afroep.

1 *Zie BINKZ Kwaliteitscriteria.*

2 *Zie Medische Kindzorg Samenwerking - MKS*

3 *Zie Rapport Ernstig zieke kinderen hebben recht op gezonde zorg.*

4 *Zie Richtlijn Palliatieve Zorg voor Kinderen.*