

Wijkverpleging 2027

Zorginkoopbeleid CZ

Inhoudsopgave

Wijkverpleging	2
Vorbehoud	2
1. Koers en transformatieagenda CZ groep	3
1.1 De uitdagingen en onze koers	3
1.2 Onze transformatieclusters	3
1.3 Transformatie en samenwerking	4
1.4 Zo betreft CZ groep verzekerden en patiënten	5
2. Inhoudelijk beleid voor wijkverpleging	6
2.1 Visie op wijkverpleging	6
2.2 Kern van het zorginkoopbeleid 2027	7
2.3 Inhoudelijk beleid voor wijkverpleging	7
3. Voorwaarden zorginkoop	16
3.1 Toelichting inkoopvoorwaarden	16
3.2 Voorwaarden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst	16
4. Proces contractering	19
4.1 Tljdpad	19
4.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	19
4.3 Bereikbaarheid	19
4.4 Controle van declaraties	20
Bijlage 1: Minimale en aanvullende eisen	21
1.1 Minimumeisen voor het leveren van basiszorg	21
1.2 Inzet van onderaannemers	22
1.3 Inzet van helpenden (niveau 2) en ander zorgpersoneel	22
1.4 Aanvullende eisen voor zorgcoöperaties	23
1.5 Specialistische zorg met aanvullende eisen op de basisovereenkomst	23
1.6 Regionale functies	27
Bijlage 2: Medische kindzorg	30

Wijkverpleging

Zorginkoopbeleid

Wijkverpleging 2027

laatste update 31-03-2026

Voorwoord

CZ groep zet zich samen met zorgaanbieders in voor toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg, nu en in de toekomst. De afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de urgente maatschappelijke opgaven uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) vormen daarbij het gezamenlijke vertrekpunt. De druk op de toegankelijkheid door personeelstekorten en een stijgende zorgvraag vraagt om snellere veranderingen. Door de zorg slimmer te organiseren en door sterker in te zetten op preventie, technologie, verminderde administratieve lasten en passende zorg, zorgen we voor een gelijkwaardige toegang tot zorg.

Wij nemen daarbij onze regierol en werken samen met zorgaanbieders aan een fundamentele transformatie van de zorg. Daarmee geven we invulling aan deze maatschappelijke opgave. Samen zetten we in op gepaste en doelmatige zorg, digitale zorg en AI, en het herinrichten van het zorglandschap. Zo zorgen we er gezamenlijk voor dat schaars zorgpersoneel daar wordt ingezet waar het de meeste waarde heeft voor patiënten en verzekerden.

CZ groep contracteert en ondersteunt zorgaanbieders die aantoonbaar bijdragen aan deze beweging en die bereid zijn om verantwoordelijkheid te nemen voor verandering. Tegelijk verwachten we van zorgaanbieders dat zij actief meewerken aan het anders organiseren van zorg, het verminderen van onnodige zorg en het toepassen van bewezen effectieve innovaties. Via onze zorginkoop, regionale samenwerking en coalities maken we gezamenlijke doelen concreet en sturen we op meetbare resultaten.

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 geldende wet- en regelgeving. Wijzigingen in wet- of regelgeving, gerechtelijke uitspraken en overige onvoorziene omstandigheden kunnen tot gevolg hebben dat het inkoopbeleid en/of de inkoopprocedure moet worden aangepast. Eventuele aanpassingen worden zo snel mogelijk gepubliceerd, waarbij we ook de reden voor aanpassing aangeven. Als er zich situaties voordoen waarin dit inkoopbeleid 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.

Zorgplicht

CZ groep koopt zorg in om te voorzien in haar zorgplicht. Als het inkopen naar ons oordeel leidt tot onvoldoende gecontracteerde zorgaanbieders, waardoor wij niet aan onze zorgplicht kunnen voldoen, hebben wij het recht om extra zorgaanbieders te contracteren of op een andere manier zorg in te kopen.

Bezwaren

Bezwaren tegen dit inkoopbeleid (bijvoorbeeld over criteria of termijnen die wij hanteren) kunt u uiterlijk 15 mei a.s. aan ons kenbaar maken. Na deze datum is het recht daarop vervallen.

1. Koers en transformatieagenda CZ groep

1.1 De uitdagingen en onze koers

De zorg staat onder druk. De vraag naar zorg stijgt door vergrijzing, multimorbiditeit, technologische ontwikkelingen en hogere maatschappelijke verwachtingen, terwijl de beschikbare capaciteit achterblijft. Dit leidt tot langere wachttijden, hogere werkdruk en risico's voor toegankelijkheid.

Om deze maatschappelijke opgaven aan te pakken werkt CZ groep actief samen met alle partijen binnen de zorg. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zien wij de bevestiging dat samenwerking en transformatie noodzakelijk zijn om de zorg toekomstbestendig te houden.

1.2 Onze transformatieclusters

We zetten ons maximaal in voor tijdige, kwalitatief goede, betaalbare zorg, nu en in de toekomst. Daarbij gaan we op korte termijn aan de slag met signalen die we ontvangen. Deze signalen en terugkerende patronen geven ook richting aan onze koers voor de langere termijn en de focus die we hierin hebben aangebracht. We willen innoveren en transformeren met het veld om het zorglandschap ook voor de langere termijn toekomstbestendig in te richten. Dit bereiken we door een inhoudelijke focus op de onderstaande drie clusters. Door hier gelijktijdig aan te werken, houden we de zorg betaalbaar en toegankelijk, met behoud van kwaliteit:

1. **Gepaste en doelmatige zorg:** zorg die doelmatig en gepast is voor de situatie van de patiënt.
2. **Herinrichten zorglandschap:** de juiste zorg op de juiste plek, met oog voor regionale verschillen.
3. **Digitale zorg en AI:** technologie inzetten om zorg slimmer en efficiënter te organiseren.

Hieronder lichten we deze transformatieclusters verder toe.

1.2.1 Gepaste en doelmatige zorg

CZ groep ziet gepaste en doelmatige zorg (ook wel: passende zorg)^[1] als een belangrijke voorwaarde om de zorg toekomstbestendig te houden. We kunnen de zorg immers alléén toegankelijk en betaalbaar houden als we effectief en efficiënt omgaan met de schaarse personele en financiële middelen.

Veel zorghandelingen dragen niet maximaal bij aan uitkomsten voor de patiënt. Bijvoorbeeld omdat ze niet passen bij de individuele patiënt. Gepaste en doelmatige zorg draagt bij aan het verkleinen van de zorgkloof en aan een betere betaalbaarheid: er wordt minder zorg geleverd of er is een betere balans tussen de geïnvesteerde tijd en middelen en de uitkomst voor de patiënt.

CZ groep wil dat gepaste en doelmatige zorg de standaard wordt. Zo krijgen onze verzekerden de zorg die het beste bij hen past en wordt schaars personeel optimaal ingezet. Het is onze ambitie om alleen nog bewezen passende en doelmatige zorg in te kopen. Om dat voor elkaar te krijgen, leggen we afspraken over gepaste en doelmatige zorg vast in de contracten met onze aanbieders. Om de ontwikkeling richting gepaste en doelmatige zorg te versnellen, implementeren we landelijk ontwikkelde effectieve initiatieven, faciliteren we concrete nieuwe initiatieven in ons kernwerkgebied en stimuleren we samenwerking en kennisdeling. We verwachten aantoonbare resultaten en monitoren die nauwgezet. Zo dragen we bij aan de gezondheid van onze verzekerden en aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

1.2.2 Herinrichten zorglandschap

CZ groep streeft naar een zorglandschap waarin zorg en ondersteuning op de juiste plek plaatsvindt. Zo zetten we de schaarse (personeels)capaciteit optimaal in. We werken aan de concentratie en spreiding van zorg en aan sectoroverstijgende keten- en netwerkontwikkeling. Ook werken we aan een sterkere sociale basis: als het onderliggende probleem niet medisch is, is zorg niet de oplossing. We bouwen proactief voort op de basis die we al hebben gelegd in onze regio's, benutten de bestaande transformatieplannen en richten ons op opschalen. We maken per initiatief de beoogde verschuiving of afbuiging concreet en monitoren de effecten. Zo dragen we bij aan de gezondheid van onze verzekerden en aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

1.2.3 Digitale zorg en AI

Om de zorgkloof te verkleinen, wil CZ groep dat digitale technologie en AI optimaal geïntegreerd worden in de zorg. Dat kan zorg voor onze verzekerden voorkomen, verminderen of vervangen en het werk voor zorgprofessionals makkelijker en leuker maken.

Digitale zorg is wat ons betreft normaal. Daarmee bedoelen we dat effectieve technologie op grote schaal geïntegreerd is in het zorgproces. Denk aan: zelfzorg, digitale triage, redesign van zorgpaden en AI-ondersteunde diagnostiek. Daarnaast willen we dat technologie optimaal wordt ingezet om ondersteunende processen te verbeteren en te vergemakkelijken. Bijvoorbeeld de communicatie met patiënten, het verminderen van de administratieve lasten en capaciteitsmanagement. Een voorwaarde daarbij is een robuuste digitale infrastructuur, interoperabiliteit, datastandaardisatie en data-uitwisseling.

AI fungeert als stille kracht op de achtergrond om de zorg efficiënter, toegankelijker en betaalbaarder te maken. CZ groep ziet AI vooral als een hulpmiddel om zorgprofessionals te ondersteunen in het zorgproces en de administratieve lasten te verlagen, zodat zij meer tijd aan directe zorg kunnen besteden. We waken ervoor dat technologie niet 'erbovenop' komt, maar écht zorg voorkomt, vermindert of vervangt. Zo draagt ook het thema 'Digitale zorg en AI' bij aan ons streven naar gepaste en doelmatige zorg.

1.3 Transformatie en 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 met dit instrument aanpakken, omdat ze op veel punten de individuele instellingen en sectoren overstijgen. De uitdagingen om de zorg toegankelijk te houden, vragen bijvoorbeeld om een gezamenlijke oplossing. De opgaven en doelstellingen in het IZA en AZWA bevestigen dit. Daarom zetten wij in op regionale samenwerking en thematische coalities met veldpartijen.

Op basis van de regiobeelden en regioplannen blijven we samenwerken in de huidige regionale samenwerkingsverbanden. Waar nodig vormen we grotere coalities met zorgpartijen, gemeenten en andere relevante partners. CZ groep richt zich daarbij op de belangrijkste regionale opgaven en op de clusters die we hierboven hebben beschreven: gepaste en doelmatige zorg, digitale zorg en AI, en herinrichten zorglandschap.

Deze transformatie kunnen we niet alleen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) bereiken. We hebben ook de Wet langdurige zorg (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. De uitvoering van transformatieplannen is hierbij een belangrijk instrument. Waar mogelijk wil CZ groep dit vastleggen in contractafspraken.

1.4 Zo betreft CZ groep verzekerden en patiënten

We vinden het belangrijk om de stem van (potentiële) verzekerden een plaats te geven in onze strategie en ons beleid. We krijgen beter inzicht in hun wensen en behoeften dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiënten(organisaties) en onze Ledenraad. Op basis van hun inbreng vormen en toetsen wij het zorg(inkoop)beleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we steeds of de zorg die we inkopen en organiseren wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben. Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom de toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, leest u in het [transparantiedocument](#).

2. Inhoudelijk beleid voor wijkverpleging

2.1 Visie op wijkverpleging

De uitdagingen in de zorg overstijgen op veel punten de individuele organisaties. Daarom pakken we in onze kernwerkgebieden een actieve rol om te komen tot een regionale transformatie. Vanuit één regiobeeld en regioplan werken we met partijen uit verschillende sectoren samen aan de belangrijkste thema's voor die regio. Dit vraagt om een gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel en een wederzijds commitment van partijen in de eerste en tweede lijn, gemeenten, de Wlz en andere relevante partners.



Naast de regionale transformatieopgave richten we ons via inkoopafspraken met zorgaanbieders op passende zorg. We stimuleren een gezonde leefstijl, zelf- en samenredzaamheid en de inzet van (digitale) arbeidsbesparende methodieken, technologieën en hulpmiddelen. Door vroegtijdig eigen regie te stimuleren en ons te richten op gezondheid in plaats van zorg, kunnen we zorg afwenden. 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 bijvoorbeeld medewerkers van het sociaal domein, praktijkondersteuners van de huisarts en paramedische zorgverleners.

Wij verwachten dat zorgaanbieders zich inzetten om de zelf- en samenredzaamheid van cliënten te behouden en te vergroten. De directe omgeving, mantelzorgers en vrijwilligers zijn hierin onmisbaar en moeten actief betrokken worden 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 is of niet afdoende is om professionele zorg te voorkomen. Is er toch professionele zorg nodig, dan verwachten we dat zorgaanbieders voortdurend kritisch blijven kijken naar het doel, de manier waarop, de locatie en het moment waarop de zorg geleverd wordt. Zo blijft de toegang tot passende en essentiële zorg geborgd.

Van onze contractpartners verwachten wij dat zij zich actief inzetten om de regionale toegankelijkheid van zorg te borgen en waar nodig te verbeteren door actuele inzichten op het gebied van passende zorg te integreren in de dagelijkse zorgprocessen. Methodieken als reablement, de Schijf van Vijf, vroegsignalering, Advance Care Planning (ACP, ofwel proactieve zorgplanning) en het verpleegkundig adviesgesprek kunnen hierbij helpen. Ook de implementatie en opschaling van arbeidsbesparende technologieën en hulpmiddelen, en optimalisaties van de interne processen kunnen helpen om de schaarse professionele capaciteit efficiënt in te zetten. Wij willen zorgaanbieders waar mogelijk faciliteren om innovaties in te zetten die bijdragen aan de regionale uitdagingen en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Reablement

CZ groep gebruikt 2026 om reablement als manier van werken verder te verkennen. Reablement gaat niet om nieuwe interventies of producten, maar om een andere benadering van ondersteuning, waarbij het dagelijks functioneren, de eigen regie en het gewone leven van mensen centraal staan.

We zien in het veld veel energie én variatie in initiatieven. Om versnippering te voorkomen en samen te bouwen aan een toekomstbestendige zorg, willen wij richting bieden. Daarbij onderzoeken we met zorgorganisaties hoe reablement bij kan dragen aan een optimalisatie van de kwaliteit van leven van cliënten, patiënten en verzekerden met een doelmatige inzet van professionals.

2.2 Kern van het zorginkoopbeleid 2027

De wijkverpleging verandert. We zien een versnippering van zorg, veranderingen op de arbeidsmarkt en een grotere inzet van technologie. Tegelijkertijd is er een grote regionale transformatie nodig om de zorg toegankelijk en betaalbaar zorg te houden. Ons beleid richt zich daarom op het stimuleren van passende zorg en de positionering van de wijkverpleging in de keten met regionale coördinatie, samenwerking en afstemming.

2.2.1 Belangrijke wijzigingen in het zorginkoopbeleid voor 2027

- De herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging maakt integraal deel uit van het RESV (hechte wijkverbanden) en komt (gedeeltelijk) terug in businesscase vanuit de RESV.
- Aanbieders krijgen bij het voorstel wijkverpleging voor 2027 ook de individuele tariefopbouw als bijlage.
- We bieden een innovatiebudget wat helpt om de arbeidsproductiviteit te verhogen of de administratieve lasten te verlagen voor zorgmedewerkers met direct cliëntcontact.
- We hebben een verwijzing naar het toetsingskader Ziekenhuisverplaatste zorg opgenomen.
- In 2028 wil CZ groep reablement in het waardemodel opnemen als spiegelinformatie.

2.2.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- Een staffelafsprake voor aanvullende inkoop kan deel uitmaken van de overeenkomst voor wijkverpleging voor 2027.

2.3 Inhoudelijk beleid voor wijkverpleging

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

Met zorgaanbieders maken we inkoopafspraken voor generalistische wijkverpleging (90%). Specialistische zorg aan bepaalde doelgroepen en regionale functies worden geconcentreerd aangeboden in een regio of wijk. Hiervoor is specifieke kennis (kwaliteit), coördinatie (kosten) én 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 wijkverpleging en de aanvullende eisen voor specialistische zorg vindt u in bijlage 1.

2.3.1 Gepaste en doelmatige zorg

CZ groep wil zorg inkopen bij zorgaanbieders die werk maken van toegankelijkheid, kostenbeheersing en kwaliteit. Daarom benchmarken we jaarlijks onze gecontracteerde zorgaanbieders. Die benchmark vertalen we naar een waardemodel per zorgaanbieder. Dit 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 graag samen op zoek naar verbeteringen. Bijvoorbeeld door cijfermatig of zorginhoudelijk in te zoomen op de capaciteit aan hbo-bachelor opgeleide verpleegkundigen (niveau 6), op specifieke doelgroepen of op gemeenten. Informatie uit de benchmark kan ook bijdragen aan de totstandkoming of het meten van de doelen in de regionale transitieplannen. Aanvullend op het waardemodel bespreken we waar nodig de informatie over de doelmatigheid van het huidige jaar met de zorgaanbieder.

2.3.2 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 hun individuele situatie. Iemands levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop hij in contact wil staan met zorgverleners of zorg af wil nemen. CZ groep vindt het belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.

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.

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, dan moet hij een passende oplossing zoeken. Als dat niet lukt, kan hij contact opnemen met het CZ Zorgteam. Als de zorgaanbieder zich genoodzaakt ziet om een zorgstop voor nieuwe cliënten in te voeren, dan verwachten wij dat hij dit plan vooraf communiceert met CZ Zorginkoop. De cliënten die zich hebben aangemeld, verwijst hij door naar het CZ Zorgteam. Zij kunnen hen in contact brengen met een andere zorgaanbieder. De huidige problemen op de arbeidsmarkt vragen om meer afstemming met de zorgaanbieders over de tijdigheidsnormen waarbinnen cliënten geplaatst of doorbemiddeld worden. Bij afwijkingen of wachttijden boven de tijdigheidsnorm verwachten wij dat zorgaanbieders, coördinatiepunten en verwijspunten dit zo snel mogelijk bij CZ groep melden.

Versnippering

De afgelopen jaren zagen 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 krapte op de arbeidsmarkt of de noodzaak tot (aanvullende) specialistische wijkverpleegkundige zorg en/of expertise. Onnodige versnippering bemoeilijkt echter de samenwerking en de mogelijkheden om herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging te bieden.

Om deze versnippering tegen te gaan, delen wij via ons waardemodel spiegelinformatie over de gelijktijdige levering van zorg door meerdere zorgaanbieders aan één cliënt. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij daarbij zo veel mogelijk samenwerken en declareren vanuit één indicatie en zorgplan. Kiest de zorgaanbieder ervoor om voor de levering van zorg samen te werken 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 voor 2025 en gold op dat moment al voor nieuwe zorgaanbieders. In 2026 is deze eis ook voor bestaande zorgaanbieders geïntroduceerd. Voor 2027 geldt deze voorwaarde voor alle zorgaanbieders als volgt:

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 2025.

Een rekenvoorbeeld: u hebt 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 hebt u in totaal 7 cliënten in zorg, verdeeld over 3 postcodegebieden. Daarmee levert u gemiddeld aan $7 \div 3 = 2,33$ cliënten per postcodegebied zorg en voldoet u niet aan de voorwaarden voor een overeenkomst voor 2027.

Een zorgaanbieder die in 2027 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. De enige uitzondering op deze voorwaarde betreft (medische) kindzorg.

Regionale zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie ondersteunt patiënten en zorgverleners om passende zorg te vinden bij een (sub)acute zorgvraag. Dit kan bijvoorbeeld gaan om de inzet van de huisartsenpost, ambulancezorg of ongeplande wijkverpleging in de nacht. Ook kan zorgcoördinatie helpen om de urgentie van de (sub)acute zorgvraag af te schalen (triage) of om vervolgzorg voor een patiënt te vinden, zoals eerstelijnsverblijf. Zorgcoördinatie kan bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de (sub)acute zorg in Nederland door deze regionaal en in samenwerking met meerdere zorgaanbieders te organiseren. Voor patiënten blijft de toegang tot (sub)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 voor 2027 in om deze functie te verstevigen en waar nodig door te ontwikkelen. Daarnaast faciliteren we met ons beleid de afschaling van (sub)acute zorgvragen van de huisartsenpost of spoedeisende hulp naar de wijkverpleging.

Het ROAZ voert de regionale uitwerking van de spoedzorgcoördinatie 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.

Op 1 april 2026 publiceert CZ groep het zorginkoopbeleid Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV). Vanaf 1 januari 2027 kunnen de RESV's gecontracteerd van start. CZ groep ziet de wijkverpleging als onderdeel van het RESV om versnippering in de zorgcoördinatie te voorkomen. De herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (H&A) maakt deel uit van de RESV-hoofdtak 'Hechte wijkverbanden'.

2.3.3 Kostenbeheersing

Het onderdeel 'kosten' in het waardemodel geeft CZ groep en de zorgaanbieder inzicht in de werkelijk gemaakte zorgkosten en de verwachte zorgkosten op basis van het CZ-gemiddelde. Deze cijfers zijn gecorrigeerd voor een aantal factoren, zoals leeftijd en sociaaleconomische status (SES). Verder corrigeren we zorgkosten alleen voor factoren die een significante correlatie laten zien en nemen we palliatief terminale zorg enkel als spiegelinformatie mee. Ten slotte delen we (als dat van toepassing is) spiegelinformatie over de regiefunctie wondzorg en geven we inzicht in het aantal gedeelde cliënten, waarmee de (regionale) cliëntstromen en samenwerkingen in beeld worden gebracht.

Naast de zorgkosten op aanbieder niveau brengen we voor de grootste regio van de zorgaanbieder 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 ingedeeld in categorie A, B of C op basis van de som van de score voor kwaliteit en kosten. Daarbij is A de categorie die het beste scoort in ons waardemodel en C de categorie die het minst goed presteert. De uitkomst van het waardemodel kan van invloed zijn op de manier waarop het omzetplafond tot stand komt en hoe wij een verzoek tot aanvullend budget beoordelen.

CZ groep wil de onverklaarbare variatie en excessen in tarieven en kosten per cliënt beperken. Wij behouden ons daarom het recht voor om correcties door te voeren en afwijkende afspraken te maken met zorgaanbieders die significant negatief afwijken van vergelijkbare zorgaanbieders qua tarief en de gemiddelde kosten per cliënt.

We passen het waardemodel alleen toe bij zorgaanbieders die een productieafpraak krijgen van meer dan € 100.000. Zorgaanbieders met een lagere productieafpraak voor 2026 beoordelen we niet, omdat zij te weinig cliënten in zorg hebben om daar conclusies uit te kunnen trekken. Met hen maken we alleen een prijsafpraak. Wel moeten alle zorgaanbieders onze kwaliteitsuitvraag indienen (dus ook de 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;
- 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.

2.3.4 Kwaliteit van de zorg

We willen graag inzicht krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Omdat directe uitkomsten in de wijkverpleging (nog) niet of nauwelijks worden gemeten, vragen we daarom naar zaken die de uitkomsten positief beïnvloeden, zoals het percentage professionals dat is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen & Verzorgenden, het aantal hbo-bachelor opgeleide verpleegkundigen (niveau 6 of hoger) op de totale cliëntenpopulatie voor wijkverpleging en de cliënttevredenheid. Wij vragen zorgaanbieders om deze kwaliteitsinformatie tussen 2 en 31 mei digitaal aan te leveren via de uitvraagmodule van VECOZO.

Daarnaast toetsen wij met deze uitvraag enkele minimeisen voor de overeenkomst voor 2027. Het aanleveren van deze informatie is dus noodzakelijk om in aanmerking te komen voor een contract voor wijkverpleging in 2027. Voor het gebruik hiervan 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 van belang dat u de informatie tijdig en juist aanlevert.

2.3.5 Herinrichten zorglandschap

Om de uitdagingen binnen de zorg het hoofd te kunnen bieden, is een transformatie van de zorg noodzakelijk. Een deel van die transformatie vindt plaats in instellingen en die kunnen we onder andere met inkoopafspraken faciliteren. Toch kunnen we lang niet alle problemen op dat niveau aanpakken. De problematiek in de toegankelijkheid van de zorg kan alleen impactvol aangepakt worden als we dat met meerdere partijen gezamenlijk doen. De regioplannen die we in 2023 hebben opgesteld, bevestigen dat samenwerking nodig is om de grote uitdagingen op te lossen. Die overstijgen op veel punten de individuele instellingen en sectoren. Daarom zetten wij in op regionale samenwerking en thematische coalities met veldpartijen. Dit is niet nieuw; we zijn al meer dan 10 jaar geleden begonnen met een intensieve regionale samenwerking in Limburg en Zeeland. Ook hebben we inmiddels 5 jaar ervaring met het vormen van Duurzame Coalities met zorginstellingen.

Gebaseerd op de regiobeelden en regioplannen blijven we samenwerken in de huidige regionale samenwerkingsverbanden. Waar nodig vormen we grotere coalities met zorgpartijen, gemeenten en andere relevante partners. Daarbij richten we ons op de voornaamste regionale opgaven én op passende zorg, digitale (zelf)zorg en een herinrichting van waar en wanneer er zorg geleverd wordt.

Deze samenwerking in regio's en coalities gaat niet vanzelf; daarvoor is wederzijds commitment nodig voor de regionale strategie, de uitvoering van de plannen en de voorwaarden om dat te kunnen doen. Ons Duurzaam Transformatiemodel en de coalitieaanpak zijn voor ons de instrumenten om een optimale samenwerking te stimuleren en faciliteren.

Deze transformatie kunnen we niet alleen binnen de Zvw bereiken. Daarvoor hebben we ook de Wlz, het sociaal domein, gemeenten, maatschappelijke organisaties en bovenal de inwoners van de regio's keihard nodig. Het raakt iedereen. Juist daarom vinden we dat alle partijen aan moeten haken bij de regionale aanpak.

Samenwerking binnen de wijkverpleging

De zorginkoopafspraken die we met individuele organisaties maken, moeten aansluiten bij het regiobeeld en het regioplan. De doelstellingen in het regioplan passen op hun beurt bij de beleidsdoelstellingen van de verschillende zorginkoopsectoren. Om dit te borgen, werken we binnen CZ groep met regionale transformatieteams waarin meerdere inkoopsectoren zijn vertegenwoordigd. Denk aan: de huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, paramedische zorg, de GGZ en een 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. Samen bepalen we een strategie en creëren we de juiste voorwaarden om de zorgtransformatie verder te faciliteren.

Gelijkgerichtheid in de contractering

Zodra er voor de transformatieplannen afspraken worden gemaakt over een 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 een voortrekkersrol, in afstemming met de regionale stakeholders.

2.3.6 Digitale zorg en AI

Gezamenlijke ambities

De zorgverzekeraars onderschrijven de 6 gezamenlijke ambities voor digitale en hybride eerstelijnszorg voor 2027:

- Zorgprofessionals informeren hun cliënten dat zij de zorg waar mogelijk digitaal aanbieden. Ze leggen uit welke digitale opties er zijn en wat de voordelen en eventuele beperkingen zijn. Zo helpen zij cliënten om een keuze te maken die past bij hun zorgvraag. Het uitgangspunt is: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.
- Digitale zorg helpt zorgorganisaties om de vrijgekomen capaciteit te gebruiken. Ook zorgt het voor een duurzame inzet van zorgprofessionals.
- Zorgorganisaties dragen bij aan het sneller invoeren en uitbreiden van digitale en hybride zorgpaden en processen. Dit doen zij binnen hun eigen organisatie. Ze gebruiken bewezen oplossingen die Digizo.nu heeft aangemerkt als 'Pas toe of leg uit' en 'Kansrijk voor opschaling'. Zorgverzekeraars kopen voor 2027 de hybride medicatieaanreiking in binnen bandbreedtes. Deze bandbreedtes stelt Digizo.nu onafhankelijk vast. De concrete afspraken over de inkoop bespreken zorgorganisaties in de bilaterale onderhandelingen met de zorgverzekeraars.
- Zorgorganisaties zorgen ervoor dat digitale en hybride zorg eenvoudig bereikbaar is voor iedereen op een manier die bij hen past. Hebben patiënten en cliënten beperkte gezondheids- en digitale vaardigheden? Dan bieden zorgorganisaties extra ondersteuning. Zo krijgt iedereen passende zorg.
- Zorgorganisaties en zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt over integrale zorg: welke zorgpaden en -processen zijn geschikt voor de levering via sectoroverstijgende centra? Dit sluit aan bij IZA-afpraak 3F.
- Zorgverzekeraars stimuleren dat Thuisarts een vast onderdeel wordt van de zorg bij ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, huisartsenposten en wijkverpleging. Thuisarts is dé landelijke bron voor betrouwbare gezondheidsinformatie.

CZ groep verwacht bij de inzet van technologie:

- dat zorgaanbieders een ambitie hebben voor de implementatie en opschaling van digitalisering in de eigen organisatie en dat zij die met ons kunnen delen.
- dat er wordt aangetoond hoe deze doelstellingen binnen de eigen organisatie zijn geborgd. (Zorgaanbieders gebruiken wat er al is, bijvoorbeeld de zorgpaden en zorgprocessen uit het overzicht 'Pas toe of leg uit' van Digizo.nu.)
- dat zorgaanbieders thuiszorgtechnologie inzetten bij minimaal 50% van hun populatie voor wie dit geschikt is.
- dat er een vermindering plaatsvindt van de bestaande traditionele (hands-on) werkwijzen, zodat digitale of hybride zorg niet boven op de huidige zorgactiviteiten komt.

Blijkt uit onze toetsing dat één of meerdere van deze doelstellingen niet worden behaald, dan verwachten we dat de zorgaanbieder een concreet en uitvoerbaar plan van aanpak opstelt.

In ons waardemodel worden bij het onderdeel 'kosten per client' óók de kosten van thuiszorgtechnologie meegenomen, zodat ook de kostenefficiëntie daarvan wordt beoordeeld. Zorgaanbieders geven bij de kwaliteitsinschrijving aan hoeveel CZ-cliënten gebruikmaken van specifieke technologieën op de vastgestelde peildatum, zodat we inzicht krijgen in de omvang van de implementatie van deze technologie.

Gezamenlijke ambities digitalisering en databeschikbaarheid

Naast onze eigen koers werken we ook aan toekomstbestendige zorgverlening via gezamenlijke ambities:

- **Zorgverzekeraars werken samen aan veilige en digitale datadeling**
Zorgverzekeraars willen dat het delen van zorggegevens digitaal, veilig en gestandaardiseerd gebeurt. Dit doen we samen, met als basis de gezamenlijk geformuleerde ambities voor zorginkoop, digitalisering en databeschikbaarheid voor 2027.
- **Digitale gegevensuitwisseling helpt inwoners en zorgverleners**
We zorgen dat mensen eenvoudig en veilig toegang krijgen tot hun eigen zorggegevens. Zorgverleners krijgen betrouwbare informatie, maar alleen met toestemming van de patiënt. Zo verbeteren we de gezondheid en geven we patiënten meer regie over hun zorg.
- **Datadeling vermindert administratieve lasten voor zorgverleners**
Door gegevens digitaal te delen, verminderen we de administratieve lasten voor zorgprofessionals. Hierdoor ontstaat meer tijd voor de zorg zelf.
- **Data maken de zorg toekomstbestendig en innovatief**
We maken data herbruikbaar en toegankelijk voor goede zorg en andere doelen. Zo ontstaat een flexibele en lerende zorgsector die meebeweegt met maatschappelijke en technologische veranderingen.

Afspraken over technologie

De indicierend wijkverpleegkundige maakt op clientniveau de afweging of er door de inzet van de technologie minder arbeidsuren wijkverpleging nodig zijn én of de kosten van de technologie opwegen tegen de baten (in arbeidsuren wijkverpleging). Is dat het geval, dan bieden wij via het reguliere contract een tegemoetkoming voor de kosten van hybride medicatieaanreiking, een beveiligde beeldzorgapplicatie en pakketoplossingen. In het productievoorstel voor 2027 wordt u geïnformeerd over de hoogte van de financiering en de voorwaarden voor de declaratie van thuiszorgtechnologie. 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 via inkoopvvt.zvw@cz.nl. Wij streven ernaar om deze aanvraag binnen 10 werkdagen in behandeling te nemen.

Mogelijkheid voor een aanvullende innovatieafpraak

Wij willen zorgaanbieders stimuleren om innovaties in te zetten die bijdragen aan de regionale uitdagingen en aan de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Het gaat om innovaties die helpen om de arbeidsproductiviteit te verhogen of de administratieve lasten te verlagen voor zorgmedewerkers met direct cliëntcontact. Wij stellen budget beschikbaar voor initiatieven waarvoor een voorinvestering nodig is die niet direct terugverdiend kan worden binnen de reguliere bekostiging. Het gaat hierbij om nieuwe initiatieven die aantoonbaar verder gaan dan wat gangbaar is binnen een goede en doelmatige bedrijfsvoering. Wij vragen zorgaanbieders die hier gebruik van willen maken om dit vóór 1 augustus 2027 kenbaar te maken door een projectplan in te sturen met daarin ten minste SMART doelstellingen, concrete KPI's en een begroting. Wij plaatsen daarvoor uiterlijk medio juni een aanvraagformulier met de kaders op onze website. De aanvragen die wij ontvangen worden beoordeeld op basis van hun omvang en impact voor onze verzekerden en in het licht van de totale contractuele afspraak voor 2027. Aanvragen waar andere subsidies of financieringsmogelijkheden voor zijn, komen niet in aanmerking voor een vergoeding vanuit de reguliere bekostiging voor wijkverpleging.

2.3.7 Duurzaamheid

Als zorgverzekeraars en zorgkantoren willen we onze eigen organisatie verduurzamen én ons inzetten om de verduurzaming van het hele zorglandschap te versnellen (Zvw- en Wlz-breed). De Green Deal Samenwerken aan duurzame zorg (GDDZ) vormt hiervoor de basis. De GDDZ is ondertekend door Zorgverzekeraars Nederland, de verschillende zorgbranches, alle individuele zorgverzekeraars en zorgkantoren, en veel individuele zorgaanbieders. Veel zorgaanbieders en 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 GDDZ. Als zorgverzekeraars en zorgkantoren zorgen we voor afgestemd beleid en sluiten we zo veel mogelijk aan op de focuspunten die de zorgbranches het belangrijkst vinden.

CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)

Alle zorgverzekeringsbedrijven moeten rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu, conform de Europese richtlijn CSRD. Dit omvat de impact van hun eigen bedrijfsvoering én die van de hele keten van zorgaanbieders en (toe)leveranciers. De komende jaren werken we als zorgverzekeraars uit hoe we conform deze richtlijn kunnen rapporteren. Een belangrijk uitgangspunt is het minimaliseren of voorkomen van administratieve lasten. Bijvoorbeeld door zo veel mogelijk de informatie te gebruiken die al beschikbaar is. We kunnen echter nog niet uitsluiten dat we ook informatie bij zorgaanbieders moeten uitvragen.

Als we van zorgaanbieders verwachten dat zij informatie aanleveren die voor de CSRD-verplichtingen nodig is, dan kondigen we dat vóór 1 oktober 2026 aan via www.zn.nl en in een nieuwsbericht. Zonder aankondiging verwachten wij geen aanlevering. Meer informatie hierover kunt u vinden via het [dossier Duurzaamheid](#) op de website van ZN.

Op 26 februari 2025 presenteerde de Europese Commissie het 'Omnibus-pakket'. Dat is een voorstel om de duurzaamheidswetgeving van de EU te vereenvoudigen. Dit voorstel is nog in behandeling. In welke mate dit voorstel leidt tot aanpassingen in de CSRD-verplichtingen, is nu niet te zeggen. Onze verduurzamingsambities voor de zorgsector blijven in ieder geval onverminderd van kracht.

Verduurzaming via zorginkoop

Als zorgverzekeraars willen we bijdragen aan een lagere klimaat- en milieu-impact van de zorg. Dit doen we door zelf te verduurzamen én door zorgaanbieders te stimuleren om (verder) te verduurzamen. We zoeken daarvoor samen naar initiatieven en oplossingen. We verwachten van zorgaanbieders dat zij:

- zich inspannen om de doelen van de GDDZ te behalen.
- 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 die beschikbaar zijn.
- aantoonbaar voortgang boeken bij de uitvoering van het mobiliteitsplan (conform de GDDZ). Dit plan is gericht op een lagere CO₂-emissie vanuit vervoersbewegingen van medewerkers. Hiervoor hebben zorgaanbieders met meer dan 100 fte een [rapportageverplichting voor werkgebonden personenmobiliteit](#).

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door groene voorbeelden in de zorgsector te verspreiden. Zie bijvoorbeeld de Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars in deze [tabel](#) hebben verzameld. Groene initiatieven zijn ook te vinden op de websites van de GDDZ en Groene Zorgalliantie (GZA).

We verwachten van aanbieders van wijkverpleging dat ze bijdragen aan onderstaande onderwerpen en sectorbrede doelstellingen. Zorgverzekeraars gaan met grote aanbieders van wijkverpleging in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Wij verwachten daarbij:

- een lagere CO₂-uitstoot van reisbewegingen (55% reductie in 2030 ten opzichte van 2018);
- inzet om de verspilling van medicatie terug te dringen, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken;
- inzet om de verspilling van incontinentiemateriaal terug te dringen en minstens 5% minder verbruik van incontinentiemateriaal, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken;
- inzet op kennisbeoordeling over het sorteren van afval en maximaal 25% ongesorteerd restafval in 2030;
- de implementatie van ten minste 1 nieuw Groen Initiatief in 2027 uit de [lijst](#) die zorgverzekeraars gepubliceerd hebben of een initiatief uit een andere bron met een bewezen positief effect op het klimaat.

2.3.8 Maatwerkafspraken met maandbekostiging

In 2027 willen we een volgende stap zetten in de strategische samenwerking met zorgaanbieders. We bieden daarvoor een maatwerkcontract aan met gezamenlijke uitgangspunten die zijn uitgewerkt in concrete, meetbare KPI's die passen bij de regionale en aanbiederspecifieke uitdagingen. Denk aan: doelstellingen op het gebied van een doelmatige en gepaste zorginzet, het herinrichten van het zorglandschap en digitalisering. Vanwege de aanstaande nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging maken we voor 2027 geen nieuwe afspraken met een maatwerkcontract voor maandbekostiging.

2.3.9 Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV)

In de Visie Eerstelijnszorg 2030 hebben we afgesproken om toe te werken naar een regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV). Daarin zijn de eerstelijnsdisciplines (huisartsen, wijkverpleging, farmaceutische zorg en paramedische zorg) vertegenwoordigd. Vanaf 2027 start CZ groep met het contracteren van deze RESV's voor alle kernregio's. Uiterlijk op 15 juli 2026 levert de betreffende regio het RESV-plan voor 2027 bij ons aan. Meer informatie vindt u in het zorginkoopbeleid RESV.

3. Voorwaarden zorginkoop

3.1 Toelichting inkoopvoorwaarden

Zorgaanbieders die in 2026 een overeenkomst wijkverpleging hebben met CZ groep en die op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd, beschouwen wij als bestaande zorgaanbieders. Zij krijgen voor 2027 een 1-jarige overeenkomst, tenzij we daar andere afspraken over hebben gemaakt. Meer informatie hierover vindt u in de aanbiedingsbrief bij de productievoorstellen voor 2027.

Wij gaan ervan uit dat zorgaanbieders werken volgens het generalistenmodel. Dat betekent dat zij een integraal zorgaanbod van verpleging en verzorging verlenen dat onder de aanspraak wijkverpleging valt. Zorgaanbieders richten zich niet op één of enkele onderdelen van verpleging en verzorging, zoals specialistische verpleging of indicatiestelling. De enige uitzondering hierop betreft (medische) kindzorg (bijlage 2).

3.2 Voorwaarden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst

3.2.1 Minimumeisen

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in het voorgaande jaar nog geen overeenkomst met CZ groep hadden. Wij 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 in onze zorgplicht in een regio. Daarnaast moeten zij in staat zijn om 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 2026 en 28 februari 2027 inschrijven voor een overeenkomst wijkverpleging 2027. Inschrijvingen die later binnenkomen, nemen we niet in behandeling. Een overeenkomst geldt nooit met terugwerkende kracht.
- Een nieuwe zorgaanbieder mag zich maximaal 1 keer per contractjaar inschrijven. Dit doet hij door een digitale vragenlijst in te vullen in VECOZO. Om deze diensten te kunnen gebruiken, is een certificaat vereist (zie <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 onderzoek 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 inmiddels 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 levert de ingevulde vragenlijst van de IGJ bij zijn 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 aantonen dat hij daar 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 2 maanden na zijn inschrijving te laten weten of we hem een overeenkomst aanbieden.

3.2.2 Zorgcoöperaties

Voor zorgcoöperaties die uit zzp'ers en/of leden bestaan, maken we een uitzondering op de eis dat een zorgaanbieder het grootste deel van de zorg uit laat voeren door eigen personeel. Voorwaarde is dan wel dat zij aantoonbaar voldoen aan de voorwaarden op het gebied van kwaliteit en kosten. 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 aangesloten zzp'ers en leden van een zorgcoöperatie niet toegestaan om niet-gecontracteerde zorg te verlenen naast de zorg die via de zorgcoöperatie verleend wordt.

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). 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 richtlijn nemen.

3.2.3 Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2027 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;
- die eerder niet conform artikel 7.3 Regeling Zorgverzekering en/of artikel 7.4 Regeling Zorgverzekering heeft meegewerkt aan een onderzoek zoals bedoeld in artikel 7.4 Regeling Zorgverzekering;
- die onder verscherpt toezicht staat van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of een bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd heeft gekregen;
- die eerder aanzienlijk of voortdurend tekort is gekomen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met CZ groep, wat heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van die overeenkomst, tot schadevergoeding of tot andere vergelijkbare acties;
- waarbij CZ groep beschikt over aanwijzingen waaruit blijkt dat het aannemelijk is dat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet voldoende gewaarborgd is, vanwege onder andere - maar niet uitsluitend - ondoelmatigheden, onrechtmatigheden, financiële instabiliteit of andere (integriteits)beletselen.

3.2.4 Aanvullende zorginkoop

Verwacht de zorgaanbieder gedurende het jaar dat zijn omzetplafond door bijzondere en/of onvoorziene omstandigheden toch ontoereikend is? Dan 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. (De zorg is dus niet stopgezet 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 2027 is bereikt en de verwachting is dat het omzetplafond ontoereikend is.
- Het verzoek is vóór 31 december 2027 verzonden via onze website (en dus niet per e-mail). [aanvraagformulier voor bijcontractering](#).
- De zorgaanbieder moet aantonen dat er sprake is van een toename van het aantal cliënten. Ook moet hij aantonen of er sprake is van de verplaatsing van cliënten in de regio.
- De zorgaanbieder scoort bij voorkeur een stabiele ^[1] A-status in het waardemodel. Zorgaanbieders met een score B en minder dan 5 punten op het kostenonderdeel én zorgaanbieders met score C komen niet voor aanvullende inkoop in aanmerking.

Minimumeisen

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

- De zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden voor een aanvullende afspraak (zie vorige alinea).
- 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.
- Verzekerden kunnen voor die aandoeningen niet (meer) bemiddeld worden naar ander geschikt zorgaanbod.

De doelmatigheid binnen het omzetmaximum voor 2027 neemt niet af ten opzichte van voorgaande jaren.

Als de aanvraag en de benodigde gegevens compleet zijn, krijgt de zorgaanbieder binnen 10 werkdagen uitsluitel over de aanvraag. Wordt het verzoek gehonoreerd, dan maken we een aanvullende productieafspraken.

Aanvullende voorwaarde voor bijcontractering

Zorgaanbieders met een reguliere overeenkomst ontvangen een maximale vergoeding op het gehonoreerde aanvullende budget op basis van hun doelmatigheid, conform onderstaande tabel. Bij verzoeken voor aanvullende zorginkoop voor palliatieve zorg aan terminale verzekerden passen wij waar mogelijk altijd coulance toe.

Doelmatigheid	Maximale vergoeding op gehonoreerd aanvullend budget (staffel)
Score A in 2026 én 2027 óf een plafondvrije afspraak	100%
Score A in 2026	90%
Score B in 2026 én ≥ 5 punten op kostenonderdeel	85%
Geen score op het waardemodel	90%

Als dat nodig is, kunnen we afwijkende afspraken maken. De zorg die de zorgaanbieder levert tussen het moment dat hij de extra productieruimte aanvraagt en het moment dat hij hier uitsluitel over krijgt, komt alleen voor vergoeding in aanmerking als het productieplafond op dat moment nog niet overschreden is. Plafondaanpassingen die het gevolg zijn van fusies, overnames en faillissementen vormen een uitzondering op de regels hierboven, en worden afzonderlijk met CZ groep besproken.

1 Minimaal 2 jaar achtereenvolgend (2025-2026).

4. Proces contractering

4.1 Tijdpad

Activiteiten	Planning
Publiceren van het zorginkoopbeleid 2027	Uiterlijk 1 april 2026
Invullen van de uitvraagmodule kwaliteitsinformatie in VECOZO door alle zorgaanbieders voor waardegedreven zorginkoop (zie paragraaf 2.3.4)	2-31 mei 2026
De zorgaanbieder deelt op verzoek zijn strategisch beleid met ons of verwijst naar de plek waar deze informatie te vinden is	Uiterlijk 1 juni 2026
Bekendmaking productievoorstellen. Na ontvangst van het productievoorstel kunt u daarop reageren	Medio juli 2026
Contracteren	Medio juli tot en met 31 oktober 2026
Aanbieden van de overeenkomsten	Uiterlijk 20 september 2026
Uiterste tekentermijn van de overeenkomsten en afsluiting van de contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af	Uiterlijk 1 november 2026
Publicatie van het gecontracteerde zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2026
Inschrijving nieuwe zorgaanbieders 2027	1 december 2026 tot en met 28 februari 2027

4.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk op 12 november 2026 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2027. 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).

4.3 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 10 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.

4.4 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. Als er sprake is van een materiële controle, 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. De enige uitzondering hierop is (medische) kindzorg (bijlage 2)

- De zorgaanbieder verleent een integraal zorgaanbod van verpleging en verzorging dat onder de aanspraak wijkverpleging valt. Hij richt zich niet op 1 of enkele onderdelen van verpleging en verzorging, zoals casemanagement dementie of indicatiestelling. De enige uitzondering hierop is (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 1 AGB-code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie, waaraan ten minste 1 gekwalificeerde wijkverpleegkundige met minimaal een hbo-bacheloropleiding (niveau 6) is gekoppeld die in loondienst is.
- De zorgaanbieder voert periodiek (minimaal elke 2 jaar) een cliënttevredenheidsmeting uit (NPS), bespreekt de resultaten met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met hen verbeterplannen op.
- De zorgaanbieder maakt gebruik van de Patient Reported Experience Measure (PREM) conform het Generiek kompas 'Samen werken aan de kwaliteit van bestaan'. Hij maakt de resultaten van deze klantervaringen openbaar en daarmee inzichtelijk voor verzekeren. De enige uitzondering hierop is (medische) kindzorg.
- De zorgaanbieder levert tijdig de gevraagde kwaliteitsinformatie aan via de uitvraagmodule in VECOZO.
- De zorgaanbieder werkt samen met het sociaal domein binnen de gemeenten waarin hij actief is. De enige uitzondering hierop is (medische) kindzorg.
- De zorgaanbieder werkt samen met de huisartsen en de eerste lijn binnen de regio's en wijken waarin hij actief is. De enige uitzondering hierop is (medische) kindzorg.
- De zorgaanbieder levert in onze kernwerkgebieden per 4-cijferig postcodegebied gemiddeld aan ten minste 3 CZ-clianten zorg. Uitzonderingen hierop zijn de (medische) kindzorg en zorgaanbieders die (het merendeel van hun) zorg leveren buiten het kernwerkgebied van CZ groep.
- Wordt de zorg aan een cliënt gedeeld tussen zorgaanbieders, dan verwachten wij dat er zo veel mogelijk gewerkt en gedeclareerd wordt vanuit één indicatie en één zorgplan. Wordt er samengewerkt met een ongecontracteerde zorgaanbieder, dan moet dit via onderaanneming gebeuren.
- 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 het draagkracht-draaglastmodel en bijbehorende cliëntprofielen^[1] en maakt dit inzichtelijk voor CZ groep.
- De zorgaanbieder levert ten minste 50% van de zorg zelf en zet voor maximaal 50% van de zorg onderaannemers in. Hierop maken we alléén een uitzondering voor zorgcoöperaties die aantoonbaar aan de aanvullende voorwaarden uit paragraaf 1.4 van deze bijlage voldoen.
- 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 openbare jaarverantwoording WMG.
- 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 uit 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.

1 Zie: <https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/wijkverpleging/declareren>.

2 Zie: V&VN-richtlijn Verslaglegging (venvn.nl).

- 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 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 2027 2 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 uitdrukkelijk 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 onze zorgplicht niet op een andere manier 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 2027 als nieuwe zorgaanbieder.

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

1.3 Inzet van helpenden (niveau 2) en ander zorgpersoneel

Het organiseren van zorg in de wijk is door de groeiende vraag in combinatie met de krapte op de arbeidsmarkt een 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. Daarom zijn hier landelijke afspraken over gemaakt.

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

2 Onder 'volle dochter' wordt verstaan: zorgproductie die feitelijk verleend wordt door een juridische entiteit waarvan de meerderheid van alle aandelen wordt gehouden door de inschrijvende zorgaanbieder of door een juridische entiteit waarvan het bestuur bestaat uit dezelfde personen als het bestuur van de inschrijvende zorgaanbieder en die bovendien een deelneming is van de inschrijvende zorgaanbieder. Van een deelneming is sprake als de inschrijvende zorgaanbieder aan de juridische entiteit die feitelijk de zorg verleent, kapitaal verschaft of doet verschaffen teneinde met die juridische entiteit duurzaam verbonden te zijn ten dienste van de eigen werkzaamheid. Die juridische entiteit moet zich naast de inschrijvende zorgaanbieder jegens CZ groep hoofdelijk verbinden voor de nakoming van de verplichtingen van de inschrijvende zorgaanbieder voor zover zij met de uitvoering daarvan is belast.

1.4 Aanvullende eisen voor zorgcoöperaties

CZ groep maakt een uitzondering op het beleid voor onderaannemers als een zorgcoöperatie (bestaande uit zzp'ers en/of zorgaanbieders) aantoonbaar voldoet aan de eisen uit paragraaf 1.1 van deze bijlage en aan de eisen hieronder:

Kwaliteit van de zorg

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^[1] zijn, borgen de kwaliteit door jaarlijks een kwaliteitsbeeld aan te leveren bij het Zorginstituut conform de uitgangspunten uit het Generiek kompas.
- Binnen de coöperatie geldt de verhouding van minimaal 1 fte hbo-bachelor opgeleide verpleegkundige (niveau 6) op 55 cliënten, die conform het Normenkader V&VN zorgdraagt voor de indicatiestelling en voor het uitvoeren en bewaken van het verpleegkundig proces.
- De coöperatie heeft intercollegiale toetsing tussen de verbonden hbo-bachelor opgeleide verpleegkundigen (niveau 6) 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. Aangesloten leden van een zorgcoöperatie mogen naast de zorg die zij via de zorgcoöperatie verlenen geen niet-gecontracteerde zorg verlenen.

Kosten van de zorg

- We toetsen of er sprake is van een doelmatige inzet van zorg. Is dat niet het geval, dan kan dit consequenties hebben voor het aangaan en/of de inhoud van een overeenkomst wijkverpleging voor 2027.

Overig

- De productieafpraak van de coöperatie is gebaseerd op een maximumomzet per zzp'er en/of onderaannemer. Bij zzp'ers geldt de Arbeidstijdenwet als richtlijn.

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 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 2027 met zorgaanbieders die in 2026 geen afspraken met ons hebben.

¹ Dat wil zeggen de rechtsvorm (met of zonder rechtspersoonlijkheid) die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg aanbiedt aan een cliënt, en die niet valt onder de bepaling voor zzp'er.

1.5.1 Palliatief verpleegkundige

Alle zorgverleners kunnen generalistische palliatieve zorg leveren en cliënten ondersteunen naar en in de laatste levensfase door tijdig hierover in gesprek te gaan met hen (Advance Care Planning, ACP). Zij kunnen hier zo nodig specialistische ondersteuning voor inschakelen. Onderdeel van dit gesprek zijn 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, rekening houdend 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, omdat ACP een steeds belangrijker onderdeel wordt binnen de wijkverpleegkunde. Wij vinden het belangrijk dat zo veel mogelijk één centrale zorgverlener de zorg verleent en dat een cliënt niet van zorgverlener hoeft te wisselen in de laatste levensfase. De situatie bepaalt welke centrale zorgverlener het beste bij de cliënt past. Om te borgen dat er in de regio voldoende specialistische kennis is die voor de reguliere zorgverlener raadpleegbaar en inzetbaar 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 regionaal 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 uit te voeren (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 heeft een erkende opleiding palliatieve zorg afgerond en beschikt over de expertise om advies en ondersteuning te bieden in bijzondere situaties.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale NPZ.

Conform de landelijke ontwikkelingen werkt de zorgaanbieder volgens het *kwaliteitskader Palliatieve Zorg* en de goede voorbeelden van palliatieve zorg^[1]. 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 huisartsen en medisch specialisten.
- De zorgaanbieder werkt samen met het regionale team of maakt gebruik van subregionale consultatievoorzieningen, zoals een Team Ondersteuning Palliatieve Zorg (TOPZ) of 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 met vooral vrijwilligers waar mensen in de laatste fase van hun leven kunnen verblijven in een huiselijke omgeving. De professionele zorg wordt geleverd via de wijkverpleging. Wij hanteren een dagtarief voor alle zorgaanbieders die in 2024 voor meer dan één cliënt van CZ groep zorg in een BTH hebben geleverd. Hiermee krijgen we inzicht in de zorg die via een BTH geleverd wordt. Ook sluiten we daarmee aan bij de bekostiging en voorwaarden van de wijkverpleging. Bovendien zorgen we zo voor een vermindering van de administratieve lasten.

1.5.2 Casemanagement dementie

Casemanagement dementie omvat de gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers, 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.

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

Voorwaarden vanuit CZ groep

Is het ziektebeeld te complex of te specifiek, of overstijgen de bijkomende problemen de competenties van de generalist? Dan zorgt die tijdig voor opschaling naar een specialist (casemanager) van het regionale netwerk. De complexiteit is niet afhankelijk van de fase waarin iemand zich bevindt, maar van de organisatie rondom de aandoening, de kennis van de generalist en de mate van zelfmanagement. Daarbij kan de frequentie en intensiteit van het casemanagement variëren per stadium, tussen personen en hun omstandigheden.

Specialistisch casemanagement koopt CZ groep geoormerkt in bij zorgaanbieders die voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Met deze zorgaanbieder hebben we ook in 2026 een addendum voor casemanagement dementie afgesloten.
- De zorgaanbieder neemt deel aan een regionaal dementienetwerk dat zorg levert in overeenstemming met de meest recente Zorgstandaard Dementie.
- De zorgaanbieder heeft in het regionaal dementienetwerk vaste afspraken gemaakt over afstemming, informatieoverdracht, verantwoordelijkheden en het opvangen van crisissituaties (24/7) in de zorg.
- De zorgaanbieder gaat uit van het model 'generalistisch als het kan, specialistisch als het moet'.
- De zorgaanbieder levert de wachttijden voor casemanagement dementie tijdig en volledig aan bij Vektis en zet zich in om deze wachttijden zo veel mogelijk te verkorten en 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
- heeft 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 regionaal dementienetwerk en is 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. Hierdoor neemt de genezingsijd af en worden mogelijke complicaties voorkomen.

Op regionaal niveau zien we verschillen in de uitvoering, de toepassing en de 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 en met aanbieders en regio's hierover in gesprek gaan. Hiervoor delen we spiegelinformatie.

Concreet heeft deze regiefunctie de volgende taken en verantwoordelijkheden:

- De wondregisseur stelt een behandelplan op aan de hand van het protocol dat bij het type wond past. Hij of zij coördineert en evalueert dit plan 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 speciaalzaak en/of een apotheek en kan deze op verzoek delen.
- 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. Hij of zij kan op verzoek aantonen hoe deze taak wordt vervuld.
- De wondregisseur enthousiasmeert de overige professionele stakeholders in de regionale wondzorgketen en vertegenwoordigt de eerstelijns wondzorg in de afstemming over protocollen, verwijfsafspraken en samenwerking.

Kwaliteitseisen

Wij hanteren onderstaande kwaliteitseisen voor de wondregisseur die de regiefunctie complexe wondzorg uitvoert. Daarmee sluiten we aan bij de kwaliteitsstandaard van de organisatie van de complexe wondzorg, met 1 uitzondering: wij vinden dat ook een hbo+-geschoolde professional (wondconsulent) de functie van wondregisseur kan vervullen. Dit zijn onze kwaliteitseisen:

- De wondregisseur is een hbo-opgeleide verpleegkundige met minimaal 1 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 2 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 landelijk en/of regionaal geldende richtlijnen en kwaliteitskaders op het gebied van complexe wondzorg, zoals de kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg.^[1]
- Het team dat de regiefunctie uitoefent, bestaat uit minimaal 3 personen.

1.5.4 Gespecialiseerde verpleging

Gespecialiseerde verpleging vindt plaats op verzoek van een arts en wordt onder diens regie uitgevoerd. Daarnaast worden in het zorgplan/zorgdossier de specifieke activiteiten inhoudelijk beschreven 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 de cliënt of de 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, ook omdat we vinden dat de trend om professionele zorg steeds meer in de thuissituatie te verlenen, ook zijn grenzen kent.

Door zorg die veilig en doelmatig buiten het ziekenhuis kan plaatsvinden daar ook te organiseren, blijft ziekenhuiszorg beschikbaar voor patiënten die deze echt nodig hebben. Het heeft ook voordelen voor de patiënt: meer regie en behandeling in een vertrouwde omgeving. Dit is alleen passend als de veiligheid, de kwaliteit, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg ook geborgd kunnen worden. We toetsen initiatieven daarom aan het CZ Toetsingskader Ziekenhuisverplaatste zorg (zie: Downloads wijkverpleging - CZ).

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 de tools die voorhanden zijn worden ingezet om een passende indicatie te bepalen op cliëntniveau. CZ groep koopt de prestatie pgb-indicatiestelling voor 2027 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

1 Zoals de richtlijn wondzorg NHG, richtlijn wondzorg WCS, richtlijn wondzorg NVP.

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 *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 2026 ook een overeenkomst voor hebben. Zo willen we voor onze verzekerden een duidelijk aanspreekpunt creëren.

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

1.6 Regionale functies

Voor een doelmatige organisatie van de wijkverpleging is het zinvol om een aantal taken in een regio of wijk te concentreren bij één of enkele zorgaanbieders. Het gaat dan om specifieke functies waarvoor een infrastructuur nodig is of kan zijn, of die om specifieke regionale coördinatie vragen, zoals onplanbare nachtzorg en herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging door regionale samenwerking en coördinatie. 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 2026 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 alle wijkverpleegkundige zorg efficiënt, doelmatig en kwalitatief goed organiseren dankzij hun schaalgrootte.
- 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 nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor alle inwoners in de regio.

1.6.1 Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Om een toegankelijke wijkverpleging te borgen, is inzicht nodig in de capaciteit en samenwerkingsafspraken over herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Hieronder verstaat CZ groep een samenwerkingsverband van gecontracteerde zorgaanbieders wijkverpleging dat vindbaar en bereikbaar is voor iedereen die op zoek is naar wijkverpleging. Dit zogenoemde H&A-team pakt elke zorgvraag op, en gaat zelf op zoek naar passend zorgaanbod in de regio. Is dit niet te vinden, dan neemt het H&A-team contact op met de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. De 'Leidraad Wijkverpleging' en de NZa-beleidsregel (Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging - TB/REG-26608-01 - Nederlandse Zorgautoriteit) beschrijven wat aanbieders van wijkverpleging samen met zorgverzekeraars in gang moeten zetten om te komen tot herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Belangrijk hierbij zijn samenwerkingsafspraken over een up-to-date overzicht van de beschikbare capaciteit en de mogelijkheden om nieuwe zorgvragen in zorg te nemen én de beschikbare specialismen bij een zorgaanbieder.

CZ groep wil met één of enkele zorgaanbieders per regio een afspraak maken over het verbeteren van H&A wijkverpleging. De zorgaanbieder waarmee we afspraken maken:

- heeft een voortrekkersrol bij het organiseren van H&A en zet zich aantoonbaar in om andere partijen hierin mee te nemen. H&A betekent niet dat de zorgaanbieder problematiek alléén oplost.
- levert zelf het volledige palet van wijkverpleging (inclusief casemanagement dementie, palliatief terminale zorg en gespecialiseerde verpleging, met uitzondering van kindzorg). Zo kan de zorgaanbieder in elke situatie passende zorg organiseren en als vangnet fungeren.
- is (mede)verantwoordelijk voor het aannemen en doorgeleiden van individuele cliënten naar passend zorgaanbod door het H&A-team. Dit team zorgt er samen met zijn partners voor dat iedere zorgvraag wordt opgepakt door een gecontracteerde zorgverlener. Dit gebeurt in samenspraak met de zorgverzekeraar als er behoefte is aan zorgbemiddeling.
- De zorgaanbieder levert bij de zorgverzekeraar een H&A-plan aan waarin is opgenomen aan welke H&A-functionaliteiten de regio al voldoet en welke functionaliteiten in 2027 nog worden doorontwikkeld. Daarbij zijn SMART afspraken per functionaliteit gemaakt en is het benodigde budget voor 2027 inzichtelijk. (Dit is maximaal het budget voor H&A in 2026.)
- Partijen sluiten 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. Dit gebeurt als opmaat naar de hechte wijkverbanden en RESV's die zijn beschreven in de Visie Eerstelijnszorg 2030.
- Het plan wordt beoordeeld binnen de zorginkoop van RESV. Op basis daarvan maken de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder afspraken over de doelstellingen en resultaten voor 2027 en het budget dat hiervoor beschikbaar wordt gesteld.

1.6.2 Acute wijkverpleging

De wijkverpleging versterkt de eerste lijn door actief deel te nemen aan regionale zorgcoördinatievoorzieningen en door ketenpartners te ontlasten door acute zorgvragen vanuit de huisartsenpost, de meldkamer ambulancezorg en 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 in de andere structuren en organisatievormen die regionale coördinatie, afstemming en afspraken vragen. Wij contracteren 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, meldkamer ambulancezorg, spoedeisende hulp of 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.
- De zorgaanbieder spant zich in voor een optimale en doelmatige organisatie en is in staat om het acute wijkteam op- en af te schalen en kan hier op verzoek inzicht in geven.
- 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 verwijst frequente gebruikers door naar de huisarts voor de opvolging van eventuele onderliggende problematiek.
- Elk kwartaal bespreekt de zorgaanbieder de bevindingen met CZ groep.
- De zorgaanbieder heeft voldoende (wijk)verpleegkundige capaciteit en infrastructurele voorzieningen om adequaat te kunnen reageren als een huisartsenpost, een meldkamer ambulancezorg of een zorgcoördinatievoorziening een ongeplande zorgvraag heeft.
- De werkafspraken en de samenwerking zijn afgestemd en waar mogelijk geïntegreerd met andere regionale (infra)structuren, zoals onplanbare nachtzorg en de eerstelijnscoördinatiefunctie.

1.6.3 Onplanbare nachtzorg

CZ groep maakt in zijn kernwerkgebieden voor iedere huisartsenpostregio (HAP-regio) een afspraak met zorgaanbieders 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 de zorgverzekeraars 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. CZ groep neemt daarbij de leiding in de regio's waar wij de preferente zorgverzekeraar zijn. Daarbij hanteren we het 'Gezamenlijk kader toekomstbestendige wijkverpleging' als uitgangspunt. We verwachten van de uitvoerder dat die in zijn regio samenwerkt en afstemt met de regionale zorgcoördinatievoorziening én met de regionale zorgaanbieders (V&V, huisartsen en verwijzers) over de manier waarop de onplanbare nachtzorg optimaal en toekomstbestendig wordt ingericht.

Daarbij hanteren wij de volgende landelijk uniforme werkwijze:

- Voor de bekostiging van de onplanbare nachtzorg gaan wij uit van de goedgekeurde begroting inclusief indexatie. Voor deze indexering gebruiken we de indexen die de NZa heeft gepubliceerd.
- De begroting voor jaar T wordt geïndexeerd door de voorlopige gewogen gemiddelde index (90% personele kosten en 10% materiele kosten) voor jaar T te corrigeren met het verschil tussen de definitieve en de voorlopige gewogen gemiddelde index over jaar T-1. Daarbij wordt alléén het deel van de begroting vergoed dat aan Zvw-cliënten is toebedeeld.
- Het is mogelijk om een nieuwe of aangepaste businesscase aan te leveren. Landelijk is afgesproken dat we de onplanbare nachtzorg budgetneutraal blijven inkopen. Dat betekent onder andere dat we bij nieuwe afspraken en wijzigingen aanpassingen kunnen doorvoeren in de afgesproken integrale tarieven.
- Dit is het tijdspad voor het aanleveren van een nieuwe of aangepaste businesscase:
 - Vóór 1 april bespreken de zorgaanbieder en de preferente zorgverzekeraar of er een nieuwe of aangepaste businesscase moet komen, inclusief de aanleiding hiervoor (van beide kanten).
 - Vóór 1 mei levert de zorgaanbieder de businesscase aan bij de preferente zorgverzekeraar.
 - Vóór 1 juli dient de zorgaanbieder het getekende volgorzoek in bij de verre zorgverzekeraars. Volgverzoeken die op of na 1 juli worden ingediend, worden niet meer in behandeling genomen. Is er op 1 juli geen overeenstemming bereikt met de preferente verzekeraar, dan blijven de bestaande afspraken van kracht.

Bijlage 2: Medische kindzorg

Medische kindzorg betreft een zeer specifieke doelgroep binnen de wijkverpleging. Zorgaanbieders die deze zorg leveren, voldoen daarom naast de minimumeisen (zie paragraaf 1.1 van bijlage 1) ook aan de aanvullende voorwaarden in deze bijlage. 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 zij de ouders en het kind zo veel mogelijk in hun zelfredzaamheid ondersteunt. De MKS-werkwijze wordt gehanteerd voor het indiceren, organiseren, uitvoeren en overdragen van 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 het zelfredzaam worden 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 onder 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 per regio en per zorgaanbieder, die we vertalen naar een waardemodel. Verder hanteren we een benchmark voor de medische kindzorg om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarvoor bevragen we zorgaanbieders over zaken die de uitkomsten positief beïnvloeden. Met deze uitvraag toetsen wij ook enkele minimumeisen voor de overeenkomst voor 2027. Het aanleveren van deze informatie is dus noodzakelijk om in aanmerking te komen voor een contract voor 2027. Wij vragen zorgaanbieders om deze kwaliteitsinformatie tussen 1 en 31 mei digitaal aan te leveren via de uitvraagmodule van VECOZO. Voor het gebruik daarvan 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.

Minimumeisen medische kindzorg

- Voor medische kindzorg contracteren wij uitsluitend gespecialiseerde (kinder)thuiszorgorganisaties.
- Medische kindzorg betreft 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).
- Het organiseren van zorg in de wijk is door de groeiende vraag in combinatie met de krappe arbeidsmarkt een opgave. Veel zorgaanbieders zetten daarom ander zorgpersoneel in, zoals helpenden, stagiaires en leerlingen. Vanwege de complexiteit van medische kindzorg staan wij enkel de inzet van leerlingen en stagiaires in opleiding tot verzorgende IG en hoger toe.
- 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. Bijvoorbeeld 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. Vooral met de partners die zorg aan het kind leveren in de thuissituatie.
- Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een grotere zelfredzaamheid van het kind op het gebied van persoonlijke verzorging. De zorgaanbieder kan op verzoek aantonen dat die hierover afspraken heeft 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 uitgevoerd in de thuissituatie.
- De kinderverpleegkundige stelt een zorgplan op waarover overeenstemming is tussen de zorgaanbieder en het kind en/of diens naasten.
- Binnen 3 maanden na de 18e verjaardag van het kind worden er afspraken gemaakt en vastgelegd voor de transitie naar de volwassenenzorg (18+).

Minimumeisen verpleegkundige dagopvang en verblijf bij medische kindzorg

CZ groep hanteert ook voor 2027 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).
- 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. Deze brengt een aantal zaken in kaart: de zelfredzaamheid van het gezin, de mogelijke knelpunten voor de 4 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.
- De zorgaanbieder stemt de zorg met alle betrokken disciplines af en verankert die in het zorgplan/zorgdossier. In de zorgverlening werkt de zorgaanbieder toe naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid van de ouders. Hij 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.
- 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.