



# Zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2026

Transformeren naar duurzaam  
toegankelijke en betaalbare zorg.

# Inhoud

Voorwoord	3
Coöperatie Menzis	4
Wat willen we bereiken?	4
Samenwerking	5
Hulpmiddelen en (thuiszorg)technologie	5
Proactieve zorgplanning	6
Ziekenhuisverplaatste zorg	6
Digitalisering en gegevensuitwisseling	6
Duurzaamheid	7
Transformatiemiddelen	7
Zorgcoördinatie	8
Wijzigingen	9
Wat koopt Menzis in?	10
Kwaliteitsbeleid	10
Doorontwikkeling bekostigingssystematiek	10
Beschikbaarheidsfunctie onplanbare nachtzorg	11
Bijzondere zorgvormen	11
Bij wie koopt Menzis in?	13
Inkoopseisen	13
Budget- en tariefafspraken	13
Inkoopproces	14
Procedure aanvullende zorginkoop	16
Bereikbaarheid	17
Inspraak verzekerden en zorgaanbieders	17
Bijlage 1. Minimumeisen	19
Bijlage 2. Uitvoeringseisen	21

# Voorwoord

## Samenwerking als sleutel tot succes

Met trots presenteren wij het Zorginkoopbeleid 2026 van Coöperatie Menzis. In dit beleid staat onze betrokkenheid voor duurzaam, toegankelijke zorg centraal; om ervoor te zorgen dat al onze leden in onze regio's kunnen profiteren van een aantrekkelijke zorgverzekering met een scherpe premie.

### Samenhang in de regio en wijk

In onze regio's werken we samen aan de zorgtransformatie en uitvoering van regioplannen. Wij staan achter het Integraal Zorgakkoord en geloven sterk in het belang van effectieve samenwerking tussen zorgaanbieders, gemeenten en overige organisaties, en ons als zorgkantoor en zorgverzekeraar. Samen kunnen we duurdere of zwaardere zorg voorkomen, gezondheid bevorderen, gezondheidsverschillen verkleinen en zelfredzaamheid van onze leden en inwoners van onze regio's vergroten.

Zorg zal steeds dichterbij de patiënt en in de thuissituatie georganiseerd moeten worden. Daarom is een goed georganiseerde eerstelijnszorg van groot belang. We investeren in toekomstbestendige huisartsen- en geboortezorg en wijkverpleging door gebruik te durven maken van onder andere digitale innovaties, taakherschikking, arbeidsbesparende oplossingen en het stimuleren van samenwerking tussen zorgaanbieders. In de medisch specialistische ziekenhuiszorg richten we ons op passende zorg om zo middelen en medewerkers optimaal te benutten. Binnen de geestelijke gezondheidszorg zetten we ons extra in voor adequate zorg voor de meest kwetsbare patiënten.

Samen met u en andere zorgaanbieders richten we ons nog meer op deze uitdagingen en stimuleren we initiatieven die noodzakelijke versnelling vereisen en wachtlijsten verkorten.

### Versnellingsinitiatieven en duurzaamheid

Vanuit Menzis nemen we samen met andere zorgverzekeraars een voortrekkersrol in bij passende zorginitiatieven, zoals Proactieve Zorgplanning (PZP). Hierbij is transmurale zorg noodzakelijk, daarbij werken zorgverleners over de grenzen van instellingen heen om zo de beste uitkomsten voor de patiënt te realiseren. Daarnaast integreren we de ambities en afspraken uit de Green Deal Duurzame Zorg in ons zorginkoopbeleid en maken we hierover concrete afspraken met zorgaanbieders.

### Samen sterk in 2026

Een sterke samenwerking met u als zorgaanbieder is belangrijk om de grote uitdagingen in de zorg het hoofd te bieden. In 2026 zetten wij, samen met u, vol in op het toegankelijk houden van zorg voor al onze leden.

Koen Jansen

Directeur Zorg & Gezondheid

# Coöperatie Menzis

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

## Wat willen we bereiken?

De dringende noodzaak om nu en in de toekomst iedereen van passende zorg te voorzien, wordt steeds breder erkend. Passende zorg is de aanpak om de zorg in Nederland voor iedereen goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Dit vraagt om een scherpe focus en weloverwogen keuzes. Zo focussen wij ons op ‘Zelf als het kan’, ‘Thuis als het kan’ en ‘Digitaal als het kan’. Er is steeds meer mogelijk en behandelingen vinden steeds vaker (deels) thuis plaats. Wanneer alledaagse handelingen door ziekte of ouderdom moeilijker worden, zetten professionals zich in om de cliënt zo veel mogelijk (weer) zelfstandig te laten functioneren. Dit gebeurt thuis, ondersteund met hulpmiddelen en technologieën. Zorg en ondersteuning kunnen, al dan niet tijdelijk, eenvoudig worden opgeschaald om crisissituaties te voorkomen. Om te komen tot keuzes staan de principes van Positieve Gezondheid centraal, met de nadruk op wat iemand nog wél kan. We noemen dit bij Menzis leefkracht.

Goede onderlinge samenwerking in de keten van huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal domein en andere specialisten (zoals kortdurende zorg, apothekers en paramedici) in de regio is hiervoor essentieel. Vanuit Menzis zetten we ons de komende jaren in om, samen met onze zorgaanbieders in de regio, te werken aan samenwerking in de eerstelijnszorg. Dit doen we in lijn met de Visie eerstelijnszorg 2030 waaraan zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich hebben verbonden. Daarin hebben we landelijk afgesproken om in de komende jaren toe te werken naar het versterken van regionale samenwerking in regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden (RESV) en met hechte wijkverbanden. We volgen hierbij de landelijke ontwikkelingen op de voet. We onderschrijven de lijn van de verschillende landelijke zorg- en welzijnakkoorden en zetten ons in onze regio's in voor de uitvoering daarvan.



Afbeelding: doelen uit visie eerstelijnszorg 2030

De wijkverpleging richt zich op het bieden van het meest passende antwoord op een hulpvraag. Dit begint met het waar mogelijk voorkomen van (langdurige) professionele zorginzet, door te werken aan zelfredzaamheid, het inzetten van hulpmiddelen en het ondersteunen van mantelzorgers. Hierbij wordt ook gekeken naar ondersteuning die mogelijk is vanuit het sociaal domein.

Een belangrijk onderdeel is de inzet van Proactieve Zorgplanning (PZP). Dit houdt in dat er niet alleen gekeken wordt naar de huidige zorgbehoefte, maar ook naar toekomstige zorgvragen. Door niet-medisch noodzakelijke zorg over te dragen aan het sociaal domein, wordt de doorstroom in de keten bevorderd. Cliënten die aan de voorwaarden voldoen, worden tijdig doorverwezen naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit zorgt ervoor dat cliënten de juiste zorg op het juiste moment ontvangen en dat de uitstroom naar langdurige zorg soepel verloopt.

## Samenwerking

Binnen de wijkverpleging werken regionale aanbieders al meerdere jaren samen aan herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (H&A). Hierbij worden afspraken gemaakt voor een duidelijk aanspreekpunt voor de coördinatie van zorgvragen conform de 'leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging'.

H&A draait vooral om goede samenwerking met huisartsen en moet daarom aansluiten op de ontwikkeling in de regio en de wijk. In onze regio's is op veel plekken een vorm van H&A ingericht. Een landelijke blauwdruk past daar niet altijd bij. Daarom verwachten we van zorgaanbieders in de regio dat zij zich conformeren aan de regio- en ROAZ- beelden en plannen, waar H&A onderdeel van kan uitmaken (uitvoeringseisen 10 en 13).

## Hulpmiddelen en (thuiszorg)technologie

In toenemende mate dragen (technologische) hulpmiddelen bij aan het zelfstandig functioneren of behoud van zelfredzaamheid. Wanneer een hulpmiddel of digitale vorm voldoet, is er voor dezelfde zorgbehoefte geen aanspraak op een fysieke vorm van zorg (uitvoeringseis 7).

Sinds 2022 zien we dat meerdere zorgaanbieders mooie stappen zetten in de inzet van thuiszorgtechnologie. Vanaf 2025 is geen toestemming van de zorgverzekeraar meer nodig voor de inzet van de medicijndispenser of beeldschermzorg. In 2026 blijven we de inzet van alle aan- en/of uittrekhulpen voor steunkousen vereenvoudigen. Zo kunnen deze al geleverd worden door de leverancier van steunkousen en zetten we voor de complexe hulpmiddelen in op het verstrekken in bruikleen. Uiteraard wordt hierbij het *stepped care model* gehanteerd. Zie ook ons zorginkoopbeleid Hulpmiddelen.

Iedere zorgaanbieder kan gebruikmaken van de prestatiecode Thuiszorgtechnologie voor de inzet van de reguliere e-health-toepassingen medicijndispenser en beeldschermzorg. Wilt u andere technologieën inzetten, dan kunt u dit aanvragen via het uniforme ZN-aanvraagformulier: u vindt dit formulier op onze website bij Nuttige documenten. Deze aanvragen beoordelen we op de volgende aspecten:

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

Voor wat betreft thuiszorgtechnologie volgen we tevens de landelijke ontwikkelingen van het landelijk platform Digizo.nu.

## Proactieve zorgplanning

Het [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg \(2017\)](#) beschrijft proactieve zorgplanning (PZP)<sup>1</sup> als volgt:

‘Proactieve zorgplanning is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.’

In het IZA is de ambitie uitgesproken dat verzekerden en hun naasten samen met professionals beslissen over de juiste zorg en ondersteuning én vooruitdenken. Proactieve zorgplanning krijgt een steeds belangrijkere plek binnen het medisch en verpleegkundig domein. Deze gesprekken vinden bij uitstek plaats door een regiebehandelaar binnen de 1e lijn. Zorgaanbieders maken hierbij afspraken over de uitwisseling van informatie, waarbij tijdig alle betrokkenen bij de zorg voor de verzekerde geïnformeerd worden.

De wijkverpleegkundige heeft een signalerende en verwijzende rol in de samenwerking met artsen wanneer het gaat om medische behandelwensen. Daarnaast heeft de wijkverpleegkundige een leidende rol in het bespreekbaar maken hoe zorg en ondersteuning thuis georganiseerd worden, nu en in de toekomst. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een *stepped care* benadering. Passende zorg begint bij zelfzorg en ondersteuning door het eigen netwerk, waar nodig ondersteund met vrijwilligers. Waar mogelijk wordt een hulpmiddel of digitale zorg ingezet. Pas als dit onvoldoende bijdraagt, sluit formele zorg aan.

We verwachten van zorgaanbieders dat zij een visie hebben op de wijze waarop zorgprofessionals (de zorgverleners uit het team) PZP uitvoeren en dat zij afspraken vastleggen in het (zorg)dossier van de cliënt. Hierdoor is iedere betrokken zorgverlener op de hoogte van de wensen van en afspraken met de cliënt (uitvoeringseis 4).

## Ziekenhuisverplaatste zorg

De afgelopen jaren zien we de trend dat steeds meer behandelingen, die voorheen in het ziekenhuis werden voorgeschreven en uitgevoerd, ook in de thuissituatie uitgevoerd kunnen worden onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Dit vinden we in veel gevallen een wenselijke ontwikkeling. Het leidt tegelijkertijd tot nieuwe bekostigings- en uitvoeringsvraagstukken. Zo kan het bijvoorbeeld een te groot beroep doen op beschikbaar verpleegkundig personeel als tijdens de behandeling toezicht thuis noodzakelijk is. Daarom verwachten we bij de overheveling van (langdurige) trajecten dat zoveel mogelijk wordt ingezet op het zelfredzaam maken of blijven van patiënten (en/of hun mantelzorgers), al dan niet met gebruik van (digitale) hulpmiddelen.

In ons toetsingskader [Ziekenhuisverplaatste](#) zorg staat beschreven hoe we vanuit Menzis op inhoud en kwaliteit willen omgaan met de verschuiving van zorg naar de thuissituatie, maar ook de inzet van schaars personeel en duurzame bekostiging. Van zorgaanbieders die met ziekenhuizen afspraken willen maken over het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de thuissituatie verwachten we dat zij ons vooraf benaderen en deze plannen, samen met het betreffende ziekenhuis, toetsen aan ons [toetsingskader](#).

## Digitalisering en gegevensuitwisseling

### Digitalisering

‘Zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan’ is ons belangrijke vertrekpunt. Wij staan achter de ambitie uit het IZA dat eind 2026 70% van de daartoe geschikte zorgpaden en -processen gehybridiseerd zijn. Ook verwachten we dat minimaal 50% van de patiëntenpopulatie geïnccludeerd wordt in deze gehybridiseerde zorgpaden en -processen. U onderzoekt hierbij samen met de zorgsector welke zorgpaden en -processen geschikt zijn voor hybridisering, waarbij passende zorg het uitgangspunt is.

<sup>1</sup> Voorheen Advance Care planning (ACP)

### Gegevensuitwisseling

Gegevensuitwisseling is een belangrijk onderdeel van de digitale transformatie. Zo is gegevensuitwisseling onder meer belangrijk voor de bevordering van kwaliteit, veiligheid en gepast gebruik. Om gegevens goed uit te kunnen wisselen, moeten deze goed beschikbaar zijn voor het primaire zorgproces en secundaire doeleinden zoals voor onderzoek. Dit ondersteunt de werkzaamheden van de andere zorgverleners in het netwerk van de patiënt en het vergroten van de zelfregie van de patiënt via een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO). We werken samen aan het signaleren en wegnemen van knelpunten om ervoor te zorgen dat elektronische gegevensuitwisseling de standaard wordt als stap richting bredere databeschikbaarheid in de zorg. Het uitwisselen van gegevens en het organiseren van databeschikbaarheid wordt gedaan volgens de landelijke standaarden en afspraken(stelsels) in afstemming met de regionale transmurale partners.

We conformeren ons daarbij aan de door de zorgverzekeraars gestelde ambities op het vlak van digitale zorg en gegevensuitwisseling die zijn vertaald in het document '[gezamenlijke ambities zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2026](#)' en verwachten van u dat u deze tijdig ten uitvoer brengt. Daarbij verwijzen we ook naar het met de koepels opgestelde [IZA Uitvoeringsakkoord Gegevensuitwisseling](#).

### Duurzaamheid

In het IZA hebben we afgesproken dat passende zorg ook duurzame zorg betreft. Als zorgverzekeraars willen we – naast verduurzaming van onze eigen organisatie – ons inzetten om de verduurzaming van het gehele zorglandschap te versnellen (Zvw- en Wlz-breed). Er is een aantal generieke afspraken gemaakt, die voor alle zorgsectoren gelden. Deze afspraken zijn te vinden op de [website van ZN](#).

We verwachten van zorgaanbieders wijkverpleging dat ze zich inspinnen om bij te dragen aan de acties uit het [uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van Actiz](#). Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleider-zorgverzekeraar, gaan met de grote wijkverpleging-zorgaanbieders<sup>2</sup> in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij focussen we, na afstemming met Actiz, op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit het uitvoeringsplan van de branche:

- Terugdringen van de CO<sub>2</sub>-uitstoot van reisbewegingen gericht op de doelstelling van 55% reductie in 2030 ten opzichte van 2018;
- Inzet op het terugdringen van verspilling van medicatie, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken;
- Inzet op het terugdringen van verspilling van incontinentiemateriaal en 5% minder gebruik van incontinentiemateriaal in 2026 ten opzichte van 2018, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken;
- Inzet op kennisbevordering over het sorteren van afval en 25% minder ongesorteerd restafval in 2026 ten opzichte van 2018;
- Implementatie van ten minste één nieuw groen initiatieven in 2026 uit de lijst die zorgverzekeraars gepubliceerd hebben<sup>3</sup> of een initiatief uit een andere bron met bewezen positief effect op klimaat en/of milieu.

### Transformatiemiddelen

Het is van cruciaal belang om samen te werken binnen de regio om de transformatie van de zorg te realiseren. Dit geldt niet alleen voor het zorgdomein, maar ook voor de betrokkenen in het sociaal domein. Als zorgverzekeraar nemen we het initiatief in de regio's waar we een groot marktaandeel hebben om de afspraken en doelen van het IZA (Integraal Zorg Akkoord), GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord) en WOZO (Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen) te verwezenlijken.

<sup>2</sup> Alle grote wijkverpleging-zorgaanbieders, precieze selectie is aan de individuele zorgverzekeraar

<sup>3</sup> Zie voor de Groene Initiatieven [tabel groene initiatieven \(zn.nl\)](#)

In principe vinden de afspraken over zorgtransformaties plaats tijdens de individuele contractering. Soms hebben transformaties een dermate grote impact dat zowel vanuit meerdere zorgaanbieders als vanuit alle zorgverzekeraars dezelfde beweging ingezet moet worden. Dit noemen we 'impactvolle transformaties'. Bij transformaties die aanzienlijke verschuivingen van zorg richting voorliggende domeinen of preventie laten zien, of die sector-overschrijdend zijn, willen we meedenken over hoe dit aansluit bij de regionale ontwikkeling op basis van regioplannen. Ook bij plannen die een impactvolle bijdrage leveren aan de wachttijden in de regio worden we tijdig betrokken door de indienende partijen. Daarnaast kunnen we adviseren of voor deze transformaties de transformatiegelden ingezet kunnen worden.

Informatie over het insturen van plannen en het proces, en de benodigde documenten kunt u vinden op onze website: [Transformatieplannen](#).

## Zorgcoördinatie

Met zorgcoördinatie ontvangen patiënten de juiste zorg en wordt de schaarse capaciteit van zorgpersoneel effectief en efficiënt ingezet. Zorgcoördinatie ondersteunt patiënten en zorgverleners bij het vinden van passende zorg bij een acute (niet-levensbedreigende) zorgvraag.

Dit kan bijvoorbeeld gaan om het inzetten van een huisartsenzorgpost, ambulancezorg of ongeplande nachtzorg. Ook kan zorgcoördinatie helpen bij het afschalen van de urgentie van de (acute) zorgvraag (triage) en bij het vinden van vervolgzorg voor een patiënt, bijvoorbeeld een bed voor eerstelijnsverblijf. Zorgcoördinatie kan hiermee, door het regionaal en in samenwerking met meerdere zorgaanbieders te organiseren, bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in Nederland. Voor patiënten blijft de toegang tot acute zorg overzichtelijk, want zorgcoördinatie komt samen in één (virtueel) loket. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om te streven naar landelijk dekkende inkoop van zorgcoördinatie vanaf 1 januari 2025.

In geen van de ROAZ-regio's is het initiatief voor zorgcoördinatie zover ontwikkeld dat reguliere inkoop al mogelijk. Hier wordt door de ROAZ-en samen met de zorgaanbieders hard aan gewerkt. Als zorgverzekeraar zijn we hier nauw bij betrokken. Het ROAZ voert de regionale uitwerking van zorgcoördinatie uit en wij volgen de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie in relatie tot ons gepubliceerde inkoopbeleid. Als deze ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven, publiceren wij aanvullend beleid.



# Wijzigingen

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

Datum	Onderwerp	Wijziging	Meer info
1 januari 2026	Bekostiging op basis van uur, dag of maandtarief	We verduidelijken hoe Menzis hiermee omgaat	p.10
1 januari 2026	Bijna-thuis-huizen	We werken verder toe naar een dagtarief voor wijkverpleging in Bijna-thuis-huizen	p.12
1 januari 2026	Budgetplafond bij palliatief terminale zorg	We hanteren geen budgetplafond bij palliatief terminale zorg	p. 13 en p. 16

# Wat koopt Menzis in?

Het Zorginkoopbeleid 2026 betreft de inkoop van verpleging en verzorging, die valt onder de Zorgverzekeringswet. Dit beleid vormt de basis voor de inkoop van die zorg.

## Kwaliteitsbeleid

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

Bij Menzis onderschrijven we de beweging, zoals ingezet in het Generiek Kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'. Het [Generiek Kompas](#) is in juli 2024 opgenomen in het Register van het Zorginstituut. Een onderdeel van het kompas betreft 'Inzicht in kwaliteit'. Dit inzicht wordt enerzijds geboden door een door de zorgaanbieder op te stellen kwaliteitsbeeld. Daarnaast verwachten we dat zorgaanbieders ten minste een klanttevredenheidsonderzoek (PREM) uitvoeren. De resultaten hiervan zijn openbaar beschikbaar en daarmee inzichtelijk voor verzekerden (uitvoeringseis 2).

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

Door arbeidsmarktcrisis is de organisatie van zorg aan cliënten een steeds grotere uitdaging. In 2024 zijn door zorgverzekeraars uniforme afspraken gemaakt met betrekking tot de inzet van ander zorgpersoneel (helpenden niveau 2, stagiaires en leerlingen die minimaal in opleiding zijn tot niveau 3 of hoger) door gecontracteerde zorgaanbieders in het wijkverpleegkundig domein. We sluiten aan op deze afspraken (uitvoeringseis 1) en zijn van mening dat de inzet van ander zorgpersoneel een aanvulling kan zijn bij zorgaanbieders die maximaal inzetten op zelfredzaamheid, ondersteund met hulpmiddelen en technologieën. De gemaakte afspraken vindt u op [www.zn.nl](http://www.zn.nl).

## Doorontwikkeling bekostigingssystematiek

De integrale bekostiging op basis van cliëntprofielen die per 1 januari 2025 zou starten, is na een motie in de Tweede Kamer niet doorgeslagen. De experimentele bekostiging op basis van een integraal tarief blijft bestaan in een [experiment](#) met een looptijd tot 2028. Onderdeel van het experiment is de mogelijkheid om inkoopafspraken te maken op basis van een andere tijdseenheid dan een uurtarief.

Hospicezorg contracteren we in 2026 op basis van een dagtarief. Daarnaast continueren we ons beleid om onder voorwaarden afspraken te maken over een maandtarief. We maken enkel afspraken op basis van een zogenaamd 'fictief maandtarief', waarbij er regulier wordt gedeclareerd en achteraf wordt gecorrigeerd naar het maandtarief. Dit betreft in alle gevallen maatwerkafspraken.

Een ander belangrijk aspect van het experiment blijft dat de bekostiging aansluit op de beweging naar passende zorg binnen de wijkverpleging. Op dit moment worden diverse scenario's onderzocht om dit aspect nader in te vullen.

## Beschikbaarheidsfunctie onplanbare nachtzorg

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

Voor de zorgaanbieders waar Menzis in 2025 regionale afspraken heeft gemaakt, geldt dat we deze afspraak indexeren voor 2026. Als er aanleiding is de gemaakte afspraken inhoudelijk te herzien, moet u dit uiterlijk 1 april 2025 kenbaar maken bij de zorginkoper. Als we aanleiding zien voor een nieuwe businesscase moet u deze uiterlijk 1 mei 2025 bij ons indienen. Uiterlijk 30 juni 2025 moeten businesscases en volgformats van zorgaanbieders buiten ons kernwerkgebied bij ons binnen zijn.

## Bijzondere zorgvormen

### Specialistische zorg

We verwachten van zorgaanbieders die specialistische kennis en kunde in huis hebben, dat zij deze delen met zorgaanbieders die deze niet zelf in huis hebben, omdat zij deze slechts sporadisch nodig hebben. Net zoals bij iedere specifieke aandoening zal de zorgverlener specifieke kennis en bekwaamheid moeten hebben om de cliënt van de juiste zorg te voorzien. Als binnen het team onvoldoende expertise aanwezig is, kan een ter zake gespecialiseerd verpleegkundige aangewezen zijn.

Specifiek over de inzet van casemanagement dementie hebben zorgverzekeraars landelijk uniforme afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn te vinden op [www.zn.nl](http://www.zn.nl).

Specialistische verpleging, waaronder ziekenhuisverplaatste zorg, wordt vaak geleverd vanuit een apart team met specifieke expertise op het gebied van (weinig frequent voorkomende) risicovolle en/of voorbehouden handelingen. Door deze zorg in specialistische teams te beleggen, wordt de bekwaamheid van professionals gewaarborgd en versterking tegengegaan.

### Palliatieve zorg

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

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

Voor de keuze waar een cliënt kan sterven, is diens wens leidend. Echter, andere overwegingen kunnen een doorslaggevende rol spelen. Een mogelijkheid is opname in een hospicevoorziening. Er zijn drie types hospices: Bijna-thuishuizen, High-care hospices en palliatieve units.

Bijna-thuishuizen zijn hospices waar vrijwilligers ondersteuning bieden, aangevuld met wijkverpleging wanneer professionele zorg noodzakelijk is. In 2025 hebben we een begin gemaakt met de bekostiging van de verpleging en verzorging in hospices door middel van een dagtarief. In 2026 contracteren we de zorg in Bijna-thuishuizen via een passend dagtarief.

In High-care hospices en palliatieve units wordt 24 uur per dag professionele zorg geboden, ondersteund door vrijwilligers. Deze vorm van hospicezorg wordt bekostigd vanuit het eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg (zie ons [zorginkoopbeleid kortdurende zorg](#)).

#### Medische kindzorg

Medische kindzorg omvat verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar als deze zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Medische kindzorg in de eigen leefomgeving, die vanwege een lichamelijke ziekte of beperking verpleegkundige zorg thuis nodig hebben, wordt vergoed vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging. Deze zorg wordt geboden door specifiek daarvoor toegeruste zorgaanbieders.

Naast het kind en het gezin zijn de kinderverpleegkundige en de hoofdbehandelaar uit het ziekenhuis (meestal de kinderarts) betrokken bij de kinderverpleegkundige zorg die nodig is buiten het ziekenhuis. Het is mogelijk dat een kind tegelijkertijd vanuit de Jeugdwet en vanuit de Zorgverzekeringswet zorg krijgt. Onder Medische kindzorg valt ook verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg.

De zorgaanbieder verwijst, en zo nodig begeleidt, kind en ouders - indien nodig - naar de Wlz of tijdig naar passende volwassenzorg, voordat de 18-jarige leeftijd wordt bereikt. Wij hanteren aanvullende uitvoeringseisen voor aanbieders die specifiek Medische kindzorg willen bieden.

#### Ketenzorg Dementie

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

#### Regiefunctie complexe wondzorg

Wondzorg thuis, inclusief de complexe wondzorg, hoort bij de wijkverpleging. Daarom kopen we het in als onderdeel van de reguliere wijkverpleging. Het uitgangspunt is dat zorg zoveel mogelijk via het *stepped care* principe wordt uitgevoerd: generalistisch als het kan, specialistisch als het moet. We bieden geen aparte afspraken aan over de prestatie 'regiefunctie complexe wondzorg'. Zorgaanbieders die over deze prestatie een afspraak hebben gemaakt met hun preferente zorgverzekeraar, kunnen een verzoek indienen bij Menzis om die afspraken te volgen. Menzis is echter niet verplicht dat verzoek in te willigen.

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

# Bij wie koopt Menzis in?

We kopen zorg in bij zorgaanbieders die voldoen aan onze inkoopseisen.

## Inkoopseisen

Voor alle zorgaanbieders (nieuwe en bestaande), die gecontracteerd willen worden in 2026, gelden dezelfde minimumeisen en uitvoeringseisen. In de bijlagen hebben we (per overeenkomst) de criteria vermeld. Bij elke categorie voorwaarden staat per wanneer u hieraan moet voldoen. Niet (tijdig) voldoen aan de minimumeisen en uitvoeringseisen betekent dat wij in 2026 geen overeenkomst met u aangaan.

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

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

## Budget- en tariefafspraken

### Integraal tarief

Bij Menzis hanteren we voor iedere zorgaanbieder een integraal tarief. Dit biedt de mogelijkheid om per zorgaanbieder een maatwerkafpraak te maken, die recht doet aan de zorg die door de individuele zorgaanbieder geleverd wordt en waarmee de administratieve lasten van de wijkverpleegkundige worden verminderd. De basis voor het integrale tarief 2026 is het tarief van het voorgaande jaar dat met u is overeengekomen, verhoogd met een indexering. Eventueel passen we hierop een correctie toe op basis van de resultaten van onze benchmark. In ons individuele aanbod lichten we dit verder toe. Zorgaanbieders met minder dan dertig cliënten in 2025 vallen buiten de benchmark en beoordelen we op de daadwerkelijke inzet.

### Budgetplafond en tussentijdse aanpassing

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

Een budgetafpraak mag noodzakelijke intensieve zorg in de palliatief terminale fase niet belemmeren. Daarom valt deze vorm van zorg vanaf 2026 niet onder het budgetplafond.

### Benchmark

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

## Inkoopproces

We maken onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Een bestaande zorgaanbieder is een zorgaanbieder die in 2025 een overeenkomst wijkverpleging met ons heeft en die in de loop van 2025 niet is beëindigd. Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders waarmee we in 2025 geen overeenkomst wijkverpleging hebben afgesloten.

### Bestaande zorgaanbieders

Bestaande aanbieders krijgen van ons een uitnodiging om in te schrijven voor een overeenkomst in 2026. Na ontvangst van de uitnodiging tot inschrijven, kunt u in VECOZO de vragenlijst doorlopen. Na bevestiging van de vragenlijst ontvangt u van ons de basisovereenkomst. Mogelijk aangevraagde addenda beoordelen we apart. Voor een voorspoedige afhandeling van de contractering is het actueel houden van uw instellingsgegevens bij Vektis van groot belang; vooral het e-mailadres van de contactpersoon.

Het budget en de tarieven nemen we op in de Budgetbrief Wijkverpleging, die we meesturen met de overeenkomst. De overeenkomst wordt pas definitief als u ook de Budgetbrief Wijkverpleging ondertekent. Indien u de overeenkomst wel ondertekend heeft, maar de Budgetbrief niet, dan is er dus geen overeenkomst voor 2026 tot stand gekomen. Ondertekening van de basisovereenkomst kan tot 1 november 2025. Tijdig ondertekenen van de contractstukken is van belang om op 12 november als gecontracteerde zorgaanbieder voor 2026 zichtbaar te zijn op onze [Zorgvinder](#).

### Nieuwe zorgaanbieders

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

U moet zich uiterlijk 6 juni 2025 melden via het [contactformulier](#). Vermeld bij de aanmelding alvast de naam van uw instelling, uw AGB-code, naam van de tekenbevoegde of gemachtigde, inclusief via het formulier geüpload bewijs van de machtiging, getekend door een tekenbevoegde bestuurder.

Na aanmelding ontvangt u uiterlijk 9 juni 2025 de vragenlijst via het VECOZO Zorginkoopportaal. Daarbij levert u de benodigde stukken ter beoordeling aan. De inschrijving bestaat uit een gecombineerde vragenlijst, waarmee u zowel voor Verpleging en Verzorging als voor Kortdurende Zorg kan inschrijven. De vragenlijst staat zes weken open. De inschrijving is pas definitief als deze volledig doorlopen en bevestigd is. Elke inschrijving beoordelen we op het voldoen aan de minimumeisen. Onvolledige inschrijvingen wijzen we af.

Wanneer we uw inschrijving positief hebben beoordeeld, ontvangt u van ons een basisovereenkomst en Budgetbrief Wijkverpleging. Om op 12 november als gecontracteerde zorgaanbieder voor 2026 zichtbaar te zijn op onze [Zorgvinder](#), moet u de basisovereenkomst en Budgetbrief uiterlijk 1 november 2025 ondertekend retour gestuurd hebben. Overeenkomsten getekend na 1 november worden zo spoedig mogelijk daarna toegevoegd.

## Addenda

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

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

## Medische kindzorg

Zorgaanbieders voor Medische kindzorg, die in aanmerking willen komen voor het addendum Medische kindzorg, zullen na het doorlopen van de vragenlijst in een beoordelingsronde belanden.

Tijdens de beoordelingsronde controleren we of u voldoet aan alle gestelde eisen. Na een positieve beoordeling ontvangt u het addendum Medische kindzorg ter ondertekening via VECOZO. Nieuwe zorgaanbieders voor Medische kindzorg kunnen zich melden conform het eerder beschreven inkoopproces.

## Contracteerproces via VECOZO

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

## Planning van de zorginkoop

Vanaf 12 november 2025 maken wij op onze Zorgvinders bekend met welke zorgaanbieders we een contract hebben voor 2026. Deze Zorgvinders werken we regelmatig bij, zo weten onze klanten met welke zorgaanbieders we een overeenkomst hebben. Om onze klanten op tijd duidelijkheid te geven, willen we het contracteerproces uiterlijk op 1 november afronden. In uitzonderlijke gevallen kan de planning nog wijzigen. We informeren u hierover op dezelfde manier als over dit zorginkoopbeleid.

De planning van het zorginkoopproces 2026 ziet er als volgt uit:

Datum	Actie	Wie	Via
Uiterlijk 1 april 2025	Publicatie zorginkoopbeleid 2026	Menzis	<a href="#">Menzis website</a> en nieuwsbrief per mail
Uiterlijk 6 juni 2025	Aanmelden nieuwe zorgaanbieders	Zorgaanbieder	
9 juni 2025	Aanbieden vragenlijst Wijkverpleging en Kortdurende Zorg voor nieuwe zorgaanbieders	Menzis	VECOZO
21 juli 2025	Uiterste datum indiening vragenlijst nieuwe zorgaanbieders	Zorgaanbieder	VECOZO

Uiterlijk 15 september 2025	Aanbieden vragenlijst en (na indiening vragenlijst) overeenkomst 2026 aan bestaande zorgaanbieders en aanbidding overeenkomst nieuwe zorgaanbieders.	Menzis	VECOZO
1 november 2025	Overeenkomst ondertekend en retour ontvangen door Menzis en vanaf 12 november op Zorgvinder getoond. Overeenkomsten getekend na 1 november worden zo spoedig mogelijk daarna toegevoegd.	Zorgaanbieder	VECOZO
Vanaf 12 november 2025	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op Zorgvinder	Menzis	<u>Zorgvinder</u>

## Procedure aanvullende zorginkoop

Met aanvullende zorg inkopen bedoelen we 1) het inkopen van extra zorg door het verhogen van het budget bij bestaande contractanten en/of 2) het aangaan van contracten met extra zorgaanbieders. Als we gedurende het jaar 2026 aanvullende zorginkoop overwegen, dan is het beleid en de procedure als volgt:

### 1: Aanvullende zorginkoop bij bestaande contractanten

Als de zorgaanbieder tijdens het contractjaar voorziet dat het budget onvoldoende is, kan hij een verzoek indienen voor aanvullend budget. Dit kan gebeuren zodra de aanbieder 70% van zijn budget heeft bereikt. Het aanvragen gaat via het invullen van [het aanvraagformulier budgetophoging Wijkverpleging](#) op onze website. Wij toetsen de aanvraag aan doelmatigheid, budgetruimte bij andere zorgaanbieders, inzet van arbeidsbesparende maatregelen etc. en informeren de zorgaanbieder uiterlijk binnen een maand over het besluit. Indien er extra tijd nodig is voor de beoordeling laten we u dat schriftelijk weten. Een budgetafpraak mag noodzakelijke intensieve zorg in de palliatief terminale fase niet belemmeren, daarom valt deze vorm van zorg vanaf 2026 niet onder het budgetplafond.

### 2: Contractering nieuwe zorgaanbieders

We verwachten gedurende de looptijd van het zorginkoopbeleid geen aanvullende zorginkoop hoeven te doen bij zorgaanbieders die nog geen overeenkomst met ons hebben gesloten. Als dit onverwacht toch nodig blijkt te zijn, communiceren we dit op dezelfde manier als dit zorginkoopbeleid. We zullen dan ook aangeven welke termijnen gelden, hoe verzoeken voor aanvullende afspraken kunnen worden ingediend en welke minimumeisen van toepassing zijn. De minimumeisen en uitvoeringseisen voor deze aanvullende inkoopronde blijven gelijk aan die in dit zorginkoopbeleid (zie bijlagen).



## Bereikbaarheid

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

## Inspraak verzekerden en zorgaanbieders

In samenwerking met onze Ledenraad hebben we het Inspraakreglement Verzekerden opgesteld. Hierin is vastgelegd hoe, over welke onderwerpen en via welke kanalen onze verzekerden inspraak hebben conform de Wet Verzekereninvloed zorgverzekeringswet. Zo bespreken we met onze Ledenraad relevante thema's rond ons zorginkoopbeleid. Dit jaar hebben we het gehad over wachtlijstmanagement en zelfredzaamheid. U kunt het [uitgebreide verslag](#) hiervan vinden op onze website.



# Bijlagen

## Bijlage 1. Minimumeisen

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

1. De zorgaanbieder verleent een integraal zorgaanbod verpleging en verzorging wat onder de zorgaanspraak Verpleging en Verzorging valt, en richt zich derhalve niet op één/enkele onderdeel/onderdelen van Verpleging en Verzorging, zoals bijvoorbeeld casemanagement of wijkgericht werken;
2. De zorgaanbieder garandeert zorgverlening gedurende 24/7;
3. De zorgaanbieder heeft in de periode van 1 maart 2024 tot 1 maart 2025 tenminste één verzekerde van Menzis/Anderzorg in zorg gehad (uitgezonderd zorgaanbieders die een combinatie van wonen en zorg aanbieden);
4. De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel dan wel een vergelijkbaar register in het buitenland per uiterlijk 1 januari 2026;
5. De zorgaanbieder is ingeschreven in het BIG-register als verpleegkundige (alleen voor ZZP'er);
6. De zorgaanbieder heeft het KIWA-keurmerk of HKZ\_NEN Keurmerk ZZP'er in Zorg & Welzijn (alleen voor ZZP'er);
7. De zorgaanbieder heeft zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders gemeld en heeft – indien de Wtza dat vereist – een vergunning voor het verlenen van de zorg en voldoet aantoonbaar aan de vereisten van de Wtza;
8. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de actueelste Governancecode ingevoerd (bij rechtspersonen) of kan aantonen hoe de zorgaanbieder de governance heeft ingericht (natuurlijke personen, VOF of eenmanszaak);
9. De zorgaanbieder beschikt over een meervoudig toezicht, die is vastgelegd in de statuten én het handelsregister (bij rechtspersonen);
10. De zorgaanbieder beschikt over een beoordelings- of controleverklaring met een goedkeurende strekking van een accountant over het verantwoordingsjaar 2023;
11. De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is alsmede gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit). In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders geïntegreerd en wordt gewerkt aan uitkomstindicatoren volgens het vigerende kwaliteitskader/kompas. De zorgaanbieder verantwoordt zich hierover in het jaardocument vóór 1 juni van het jaar volgend op het verslagjaar;
12. De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling openbare jaarverantwoording Wmg;
13. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van het bedrag dat in de branche gebruikelijk is of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2026 afgesloten;
14. De zorgaanbieder voldoet aan de vereisten die gesteld zijn in de geldende Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa;
15. De zorgaanbieder, zijn UBO en pseudo-UBO komen niet voor op enige nationale of internationale sanctielijst, waaronder in ieder geval de Nederlandse sanctielijst en de door de Europese Unie en de Verenigde Naties gehanteerde sanctielijsten worden begrepen;
16. De (pseudo-) UBO van de zorgaanbieder is bij Vektis geregistreerd;
17. De zorgaanbieder heeft geen verscherpt toezicht of bestuurlijke maatregel van de IGJ opgelegd gekregen;
18. Er is niet bij onherroepelijke en bindende rechterlijke of administratieve beslissing vastgesteld dat de zorgaanbieder niet voldoet aan zijn verplichtingen tot betaling van belastingen of sociale zekerheidspremies;
19. De zorgaanbieder verkeert niet in staat van faillissement of liquidatie, diens werkzaamheden zijn niet gestaakt, jegens hem geldt geen surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord. De zorgaanbieder

verkeert niet in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op hem van toepassing zijnde wet- en regelgeving;

20. De zorgaanbieder heeft niet conform artikel 7 lid 3 en/of artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering niet meegewerkt aan een onderzoek, zoals bedoeld in artikel 7 lid 4 Regeling zorgverzekering;
21. De zorgaanbieder heeft niet blijkegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een eerdere overeenkomst met de zorgverzekeraar waardoor dit heeft geleid tot vroegtijdige beëindiging van de overeenkomst of tot schadevergoeding of andere vergelijkbare sancties;
22. De zorgaanbieder heeft alle vorderingen die Menzis op hem heeft voldaan binnen de daarvoor gestelde betaaltermijnen, dan wel is er een betalingsregeling afgesproken;
23. De zorgaanbieder heeft voldoende (BIG-geregistreerde) en bekwame mbo- en hbo-verpleegkundigen (minimaal niveau 3) met een specifieke deskundigheid in dienst of huurt deze in via onderlinge dienstverlening, om te allen tijde de zorg te kunnen verlenen die nodig is om aan de zorgbehoefte van de cliënt te kunnen voldoen, ook als deze zorg op onplanbare momenten nodig heeft (24/7);
24. De zorgaanbieder heeft minimaal één fte hbo-verpleegkundige niveau 5 op gemiddeld 55 cliënten in vaste dienst. Minimaal één van deze hbo-verpleegkundigen is geregistreerd in het AGB-register met een eigen AGB-code en gekoppeld aan de instellings-AGB (bij instellingen) of is de eigen AGB-code (ZZP'er);
25. De zorgaanbieder heeft voor zijn verpleegkundigen en verzorgenden contractafspraken (telefoonnummers, overlegmomenten, sociale kaart) beschikbaar met zorgpartners (ziekenhuis, huisarts, apotheek), gemeenten (het sociaal domein) en zorgaanbieders in de Wlz (Wet langdurige zorg) in de regio waar de zorgaanbieder actief is ten behoeve van contact in de keten;
26. De zorgaanbieder geeft op zijn website aan op welke wijze de zorgaanbieder samenwerkt met mantelzorgers en de mantelzorg ondersteunt bij de zorg aan de cliënt.

## Bijlage 2. Uitvoeringseisen

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

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

12. De zorgaanbieder conformeert zich aan de richtlijnen en standaarden, zoals genoemd in de zorgstandaard Dementie en levert of organiseert passende casemanagement Dementie. Dit wordt afgestemd met huisarts/POH-O en het sociaal domein. De zorgaanbieder sluit zich aan bij het lokale ketennetwerk;
13. De zorgaanbieder maakt het mogelijk dat zijn wijkverpleegkundigen in staat zijn de samenwerking in de wijk en de regio in te vullen. Er wordt ruimte gegeven voor scholing en intervisie. Er is ruimte om contact te zoeken met andere hulpverleners in de wijk en de zorgaanbieder neemt de verantwoordelijkheid om werkafspraken te maken met onder andere gemeenten;
14. De zorgaanbieder die ziekenhuisverplaatste zorg levert, heeft hiervoor schriftelijk vastgelegde afspraken met tenminste één ziekenhuis. De gemaakte afspraken voldoen aan het 'toetsingskader ziekenhuisverplaatste zorg' van Menzis;
15. De zorgaanbieder die palliatieve zorg levert, doet dit generalistisch waar het kan en specialistisch waar het moet met bevoegde en bekwame verpleegkundigen en verzorgenden:
  - De vaststelling van de palliatief terminale fase gebeurt altijd en aantoonbaar in overleg met de (huis)arts. U maakt in het zorgplan naast de fysieke, psychische en sociale aspecten tevens zichtbaar dat uw cliënt de gewenste geestelijke/spirituele zorg wordt aangeboden en dat waar nodig de naasten van de cliënt begeleiding en nazorg geboden wordt. U verwijst door wanneer de begeleidingsvraag niet past binnen het verpleegkundig domein;
  - Daarbij participeert u actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en werkt conform de afspraken die binnen het Netwerk zijn gemaakt;
  - De zorgaanbieder werkt met Advance Care Planning. U werkt volgens het kwaliteitskader Palliatieve zorg;
  - De zorgaanbieder maakt actief gebruik van mantelzorg en vrijwilligers (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg) bij de inzet van 24 uren toezicht;
16. Aanvullende eisen Medische Kindzorg:
  - Kinderverpleegkundige zorg wordt altijd uitgevoerd door een kinderverpleegkundige. Onder kinderverpleegkundige wordt verstaan: een verpleegkundig niveau 4 of 5/6 met kinderaantekening of een verpleegkundige die in 2026 ingeschreven staat voor de opleiding tot kinderverpleegkundige en reeds ruime ervaring heeft met het verplegen van zieke kinderen. Aanbieders dienen hier aantoonbaar aan te voldoen bij het aan gaan van het contract;
  - Het indiceren en organiseren van zorg buiten het ziekenhuis wordt altijd gedaan door een kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist;
  - Aanvullend op het Normenkader Indicatieproces voor verpleegkundige indicatiestelling wordt er door kinderverpleegkundigen gebruikgemaakt van de Handreiking Indicatieproces Kindzorg.
  - Tijdens het indicatieproces en gedurende de zorgperiode, dient de zorgaanbieder structurele aandacht te hebben voor signalen van kindermishandeling en indien nodig hierop te anticiperen. Tevens moet er worden afgewogen of de omgeving, waarin het kind zorg ontvangt, voldoende veilig is.