



Zorginkoopbeleid 2018

Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg

OHRA Direct
geregeld
delta lloyd



Inhoudsopgave

Voorwoord	4	3.1 Wat is eerstelijnsverblijf?	11	3.8 Minimumeisen	19
1 Missie van CZ groep en onze visie op zorg	5	3.2 Afbakeningen kortdurend verblijf i.v.m. somatische problematiek	12	4 Proces contractering 2018	24
1.1 Wie is CZ groep?	5	3.3 Doelgroepen	12	4.1 Contractpartners	24
1.2 CZ groep in cijfers	5	3.4 Waarde van zorg	16	4.2 Tijdpad	25
1.3 CZ groep als inkoper van zorg	6	3.5 Financieel	18	4.3 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	25
2 Visie van CZ groep op eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg	8	3.6 Ruimte voor innovatief zorgaanbod	19	4.4 Bereikbaarheid	25
3 Uitgangspunten bij de inkoop van ELV en GRZ	11	3.7 Toegankelijkheid	19	5 Betrekken van verzekerden bij het zorginkoopbeleid	26

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving. Wijzigingen in wet- en regelgeving kunnen tot gevolg hebben dat de inhoud van dit document moet worden aangepast. Als er onverhoopt een andere reden voor aanpassing zou zijn, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. Deze aanpassingen zullen zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden.

CZ groep denkt mee over de toekomst van de zorg. In regionale proeftuinen werken we samen met inwoners en alle betrokken partijen aan betere, betaalbare zorg. Zie hiervoor www.cz.nl/zorgaanbieder/regioregie. In iedere proeftuin vinden andere experimenten plaats. Hiervoor worden per proeftuinregio afspraken gemaakt. Die kunnen afwijken van de afspraken voor de reguliere zorginkoop.

Belangrijk: Er gaan geluiden dat de crisisregeling Wlz per 1 januari 2018 deel zal gaan uitmaken van de Zvw. Ten tijde van het schrijven van dit zorginkoopbeleid heeft het ministerie van VWS nog geen besluit genomen over deze overheveling. Indien VWS besluit tot overheveling, kan dit aanleiding geven tot aanpassingen van dit document, of tot het publiceren van aanvullend inkoopbeleid.

Voorwoord

Terugkijkend op de afgelopen maanden zien we een spannende periode. Er was opnieuw een transitie, ditmaal van het eerstelijnsverblijf naar de Zorgverzekeringswet. Daarnaast waren er veel discussies, onder andere over de groei van de zorgvraag, de steeds grotere personeelsproblematiek, de inzet van oplossingen zoals e-health en de afstemming van de Zorgverzekeringswet op de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet langdurige zorg. Ik ben er trots op dat we desondanks afspraken met elkaar hebben kunnen maken over de beste zorg voor onze verzekerden.

2017 belooft wederom een spannend, maar vooral ook mooi jaar te worden. De transitie is nu een feit, maar de echte transformatie nog niet. Hoe gaan we ervoor zorgen dat ouderen die dat willen prettig en verantwoord thuis kunnen blijven wonen en dat hun eigen regie en zelfredzaamheid centraal blijven staan? Vanuit het perspectief 'Alles voor betere zorg' wil CZ groep de verschillende zorgvormen voor kwetsbare ouderen beter met elkaar verbinden. Zo proberen we een antwoord te vinden op signalen over bijvoorbeeld overbelasting van huisartsen en ouderen die onterecht op de spoedeisende hulp van ziekenhuizen terecht komen. CZ groep heeft het afgelopen jaar hard gewerkt aan de inrichting van de zorg

rondom dementie, gespecialiseerde wondzorg en electieve orthopedie. Kleine bouwsteentjes die uiteindelijk bijdragen aan het creëren van waardevolle zorg voor onze verzekerden. Het spreekt dan ook voor zich dat bij de totstandkoming van dit beleid regelmatig contact is gezocht met verzekerden en patiëntorganisaties. Onze visie delen wij graag met u op onze website. Ook gaan we waar nodig in de regio met u in gesprek om te kijken hoe we onze visie kunnen vertalen naar de praktijk.

Dit zorginkoopbeleid voor 2018 moet gezien worden in de context van de verkiezingen en de coalitiebesprekingen. De Nederlandse samenleving spreekt zich uit over veel maatschappelijke thema's, waaronder 'de zorg'. CZ groep ziet weinig redenen om het huidige zorgstelsel te veranderen. Uiteraard zijn er verbeterpunten in de zorg, maar die kunnen wat ons betreft binnen het huidige stelsel worden opgelost. CZ groep wil de komende tijd goed feeling houden met de maatschappelijke wensen rondom de zorg. Daarom is ons beleid ambitieus, maar houden we wel de ruimte om mee te bewegen met de keuzes van de samenleving en de nieuwe regering. In dit document geeft CZ groep de contouren aan voor de (vooral zakelijke) wensen die inherent zijn aan ons zorgstelsel en de zorginkoop. Ondanks alle wijzigingen



die we komende periode verwachten in het systeem van bekostiging, wil CZ groep toch kijken welke ruimte er is voor meerjarenafspraken (als dat nodig is om bepaalde investeringen te kunnen waarborgen). Verder doen wij ons best om de administratieve lasten van het contracteren te beperken, door u een productievoorstel te sturen en door de inzet van digitaal contracteren. Begin november willen we onze verzekerden duidelijkheid geven over wie, wat en hoeveel er gecontracteerd is, zodat zij daarna een weloverwogen keuze kunnen maken voor een zorgaanbieder die past bij hun zorgvraag.

Tijdens de contracteerperiode kunt u contact met ons opnemen bij vragen of suggesties. Waar mogelijk nemen wij die mee in de afspraken. We vragen daarbij wel uw begrip voor het feit dat wij, met 32.500 contractanten, niet alle individuele aspecten van een zorgaanbieder kunnen honoreren in ons contracteerbeleid.

Wij gaan ervan uit dat wij u zakelijk én zorginhoudelijk voldoende faciliteiten kunnen bieden om wederom de grote uitdaging van 'de beste zorg' waar te kunnen maken.

Yvonne Hijnen
Manager V&V-Zvw

1 Missie van CZ groep en onze visie op zorg

1.1 Wie is CZ groep?

CZ groep is een niet op winst gerichte zorgverzekeraar met 3,6 miljoen verzekerden. Al sinds onze oprichting in 1930 hebben wij solidariteit hoog in het vaandel staan. Wij vinden het onze verantwoordelijkheid om de Nederlandse zorg goed, betaalbaar en beschikbaar te houden. In alles wat wij doen, willen we verantwoordelijk, daadkrachtig en betekenisvol zijn. Voor de maatschappij als geheel en voor onze verzekerden in het bijzonder. Het beleid van CZ groep kenmerkt zich door lef. Wij durven moeilijke onderwerpen bespreekbaar te maken en zijn niet bang om zorg echt anders te organiseren en om keuzes te maken. We zijn een organisatie met korte lijnen en een grote achterban. Een rasechte zorgverzekeraar met een duidelijke visie op zorg en de mogelijkheid snel beslissingen te nemen. We hebben kennis en kunde in huis en durven voorop te lopen. We willen het verschil in zorg maken en gaan discussies niet uit de weg. We geloven met heel ons hart dat het beter kan en zetten ons daarvoor in.

Alles voor betere zorg is onze missie

De divisie Zorg stuurt actief op de zorg om de kwaliteit te verhogen, de kosten te beheersen en de toegang tot zorg te waarborgen. Zo kunnen we onze verzekerden helpen om de best mogelijke zorg te krijgen tegen een stabiel lage premie. Onze missie dragen we uit in de maatschappij en naar al onze verzekerden.

We willen regisseur zijn

CZ groep wil de zorg nu en op lange termijn breed toegankelijk, goed en betaalbaar houden. Dit doen we door via onze zorginkoop bij zorgaanbieders te sturen op kwaliteit, kostenbewustzijn en innovatie. We maken concrete afspraken over kwaliteit, kosten en innovatie. Daarbij gebruiken we onder meer landelijk beschikbare kwaliteitsindicatoren en patiëntervaringsmetingen. Kwaliteit speelt zo een steeds belangrijkere rol binnen onze zorginkoop. We maken kwaliteit ook inzichtelijk op onze website, zodat onze verzekerden goed geïnformeerd kunnen kiezen. Wij willen hen actief begeleiden naar zorg die op basis van hun zorgvraag het meest effectief is. Verschillen maken we graag transparant. Het vergroten van transparantie is en blijft een belangrijk speerpunt om invulling te geven aan onze rol als regisseur.

1.2 CZ in cijfers

<p>Verzekerden</p>  <p>3,6 miljoen</p>	<p>Labels</p>   delta lloyd
<p>Medewerkers zorginkoop</p>  <p>120</p>	<p>Gecontracteerde zorgaanbieders</p>  <p>32.500</p>
<p>Zorgomzet</p> <p>9,5 miljard</p>	<p>Marktaandeel CZ groep</p>  <p>21%</p>

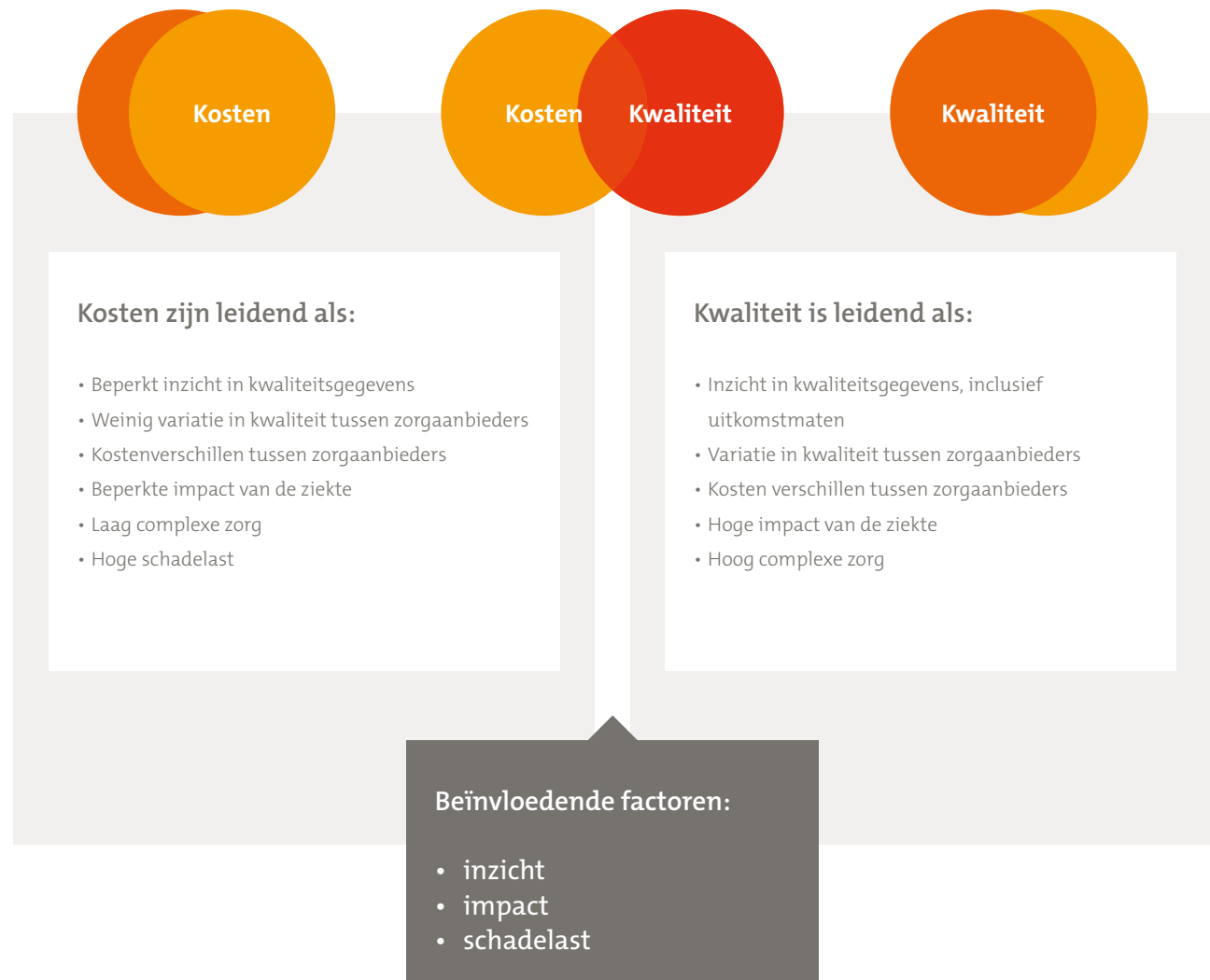
1.3 CZ groep streeft naar waardegedreven inkoop

In 2017 geeft de overheid bijna 69 miljard euro uit aan zorg. Hoewel de grote stijging van de zorguitgaven is afgevlakt, blijft de vraag naar zorg nog wel groeien. Om de zorg toegankelijk te houden voor de mensen die het nodig hebben, blijft het belangrijk om te letten op het huishoudboekje. Wij nemen onze verantwoordelijkheid en streven bij de inkoop van zorg steeds naar een goede balans tussen kosten, kwaliteit en toegankelijkheid. Daarbij zoeken we voortdurend naar innovaties die de zorg beter maken en betaalbaar houden, en onderzoeken we hoe nieuwe technologieën ingezet kunnen worden. Verderop in dit document leest u hoe we hier invulling aan geven.

Zorg die zo veel mogelijk waarde toevoegt voor onze verzekerden

CZ groep wil zorg inkopen die zo veel mogelijk waarde toevoegt voor de verzekerde. Het gaat hierbij met nadruk om de totale keten van zorg, gezien vanuit het perspectief van de patiënt. We willen daarom zorg inkopen die aansluit bij de behoefte van de patiënt, die op de juiste plek geleverd wordt, die van goede kwaliteit is – en dat alles tegen acceptabele kosten.

Het bepalen van waarde is niet eenvoudig. Om ervoor te zorgen dat we zo veel mogelijk waarde toevoegen, kijken we bij ons zorginkoopbeleid naar 4 aspecten. Het eerste is de behoefte van de patiënt. Die staat centraal. We kijken onder meer samen met de patiënt naar wat hij belangrijk vindt bij het ontvangen van zorg. In hoofdstuk 5 leest u hoe wij onze verzekerden hierbij betrekken.



Ten tweede brengen we de totale zorgketen in kaart en kijken we waar en wanneer de juiste zorg geleverd kan worden. Ten derde wil CZ groep de uitkomsten van zorg verbeteren. We streven naar steeds meer inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg, en kopen hier ook actief op in. Tot slot brengen we de kosten van de totale zorgketen in kaart en zetten we deze af tegen de geleverde kwaliteit. Zo krijgen we inzicht in de waarde van de geleverde zorg en kunnen prijs én kwaliteit een rol spelen binnen de zorginkoop. De mate waarin prijs of kwaliteit daarbij leidend is, hangt af van meerdere factoren, waaronder de mate van inzicht in kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders, de schadelast en de impact van de ziekte.

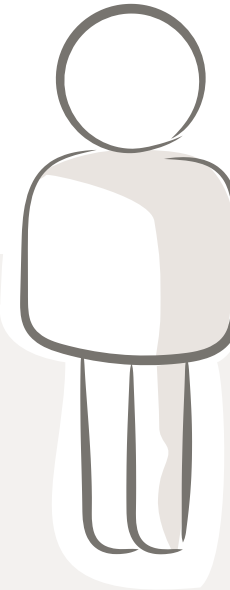
Vier patiëntgroepen uitgelicht

In **4 documenten** lichten wij toe hoe wij voor 4 patiëntgroepen waardegedreven inkopen. Dit doen wij voor dementie, complexe wonden, darmkanker en knie- en heupartrose. In deze documenten werken wij de genoemde aspecten (patiëntgericht, ketenzorg, uitkomsten en kostenbewust) verder uit. Ook beschrijven we de mate waarin prijs of kwaliteit leidend is in onze inkoop. Wij hebben er bewust voor gekozen om voor een beperkt aantal patiëntgroepen, samen met het veld, deze stappen te gaan zetten.

Inkopen op Waarde

Visie

CZ groep richt zich met zijn inkoop op het realiseren van de beste zorg voor zijn verzekerden. Hierbij zet CZ groep de behoefte van de cliënt centraal waarbij de kwaliteit en toegankelijkheid geborgd zijn, tegen acceptabele kosten.



Patiëntgericht

Patiënten worden betrokken bij de behandeling en de behandelkeuze. Patiëntervaringen met de zorg worden gemeten via de PREM en spelen een rol bij de zorginkoop.

Uitkomsten

Patiënten hebben een stem in de ontwikkeling en selectie van (uitkomst)indicatoren. Indicatoren focussen zoveel mogelijk op klinische uitkomstmaten en PROM's. Inkoop gebaseerd op beschikbare uitkomstindicatoren.

Ketenzorg

Zorg geleverd door meerdere zorgverleners, wordt in samenwerking, en waar mogelijk geïntegreerd, geleverd. Zorg wordt waar mogelijk integraal ingekocht.

Kosten

Kosten worden integraal gemeten en er wordt gestreefd naar zo realistisch mogelijke kosten.

2 Visie van CZ groep op eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg



Een sterke en goed georganiseerde eerste lijn waarin professionals (zoals wijkverpleegkundigen en huisartsen) wijkgericht met elkaar en met gemeenten, GGD en ziekenhuizen samenwerken, vergroot de kwaliteit van leven van onze thuiswonende verzekerden en stelt hen in staat zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Een zorgvraag thuis kan (tijdelijk) veranderen: er kunnen incidenten, exacerbaties, instabiele periodes of acute complicaties plaatsvinden. Het eerstelijnsverblijf (ELV) en de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) zijn voorzieningen die hierbij een belangrijke rol spelen om dan toch thuis te kunnen blijven wonen.

Eerstelijnsverblijf is bedoeld voor kwetsbare verzekerden die tijdelijk niet meer in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar voor wie geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling noodzakelijk is en voor wie een Wlz-indicatie uitgesloten is. In deze situaties is de huisarts de eerst-verantwoordelijke (in samenwerking met de wijkverpleegkundige) om de noodzakelijke zorg te verlenen. Die zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten geneeskundige observatie, diagnostiek of behandeling aangewezen is. In dergelijke gevallen kan een kortdurend verblijf buiten

het eigen huis, een 'verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' uitkomst bieden en onnodige spoedzorg of ziekenhuisopname voorkomen. Eerstelijnsverblijf is bedoeld voor patiënten die zicht hebben op herstel op korte termijn, kunnen terugkeren naar de eigen omgeving en geen medisch specialistische zorg nodig hebben.

Onder het eerstelijnsverblijf valt ook het verblijf voor patiënten die in de terminale levensfase opgenomen moeten worden, omdat de palliatief terminale zorg (PTZ) thuis niet meer afdoende kan worden gerealiseerd. Als er sprake is van PTZ, is terugkeren naar de eigen woonomgeving niet van toepassing. Daarom werkt CZ groep deze zorgsoort in paragraaf 3.3.3 apart uit.

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is multidisciplinaire revalidatiezorg die is gericht op het verwachte herstel van functioneren en de participatie van laag belastbare ouderen na een acute aandoening of een acute functionele achteruitgang. Deze zorg speelt een belangrijke rol in het voorkomen dat ouderen die in een kwetsbare positie zijn opgenomen in het ziekenhuis, vervolgens worden opgenomen in een verpleeghuis. Doel van de behandeling is dat patiënten hun dagelijkse handelingen weer

zelfstandig of met beperkte hulp kunnen uitvoeren zodat ze weer thuis kunnen wonen. Daarmee draagt geriatrische revalidatiezorg ook bij aan de doelstelling om mensen langer thuis en met eigen regie te laten wonen en het beroep op professionele zorg te verminderen. Deze zorg is volledig gericht op het behalen van de behandel-doelstellingen en wordt vraaggericht ingestoken. De behandeling is bijvoorbeeld gericht op 'post uit de brievenbus kunnen halen' in plaats van op algemene doelen als '20 meter kunnen wandelen'. Het deel van de revalidatie dat intramuraal plaatsvindt, moet nadrukkelijk gericht zijn op terugkeer naar huis. In de dagelijkse verzorging moet voorop staan dat de patiënt toewerkt naar zelfstandigheid. Kortom, alles is revalidatie. Hiermee is onlosmakelijk een therapeutisch klimaat verbonden. Niet alleen tijdens de behandelingen, maar tijdens het totale verblijf is er aandacht voor zelftraining, functionele training en de inzet van de mantelzorger als co-therapeut. De patiënt wordt gestimuleerd om zelf de tafel te dekken, zelf het bed op te maken et cetera.

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.

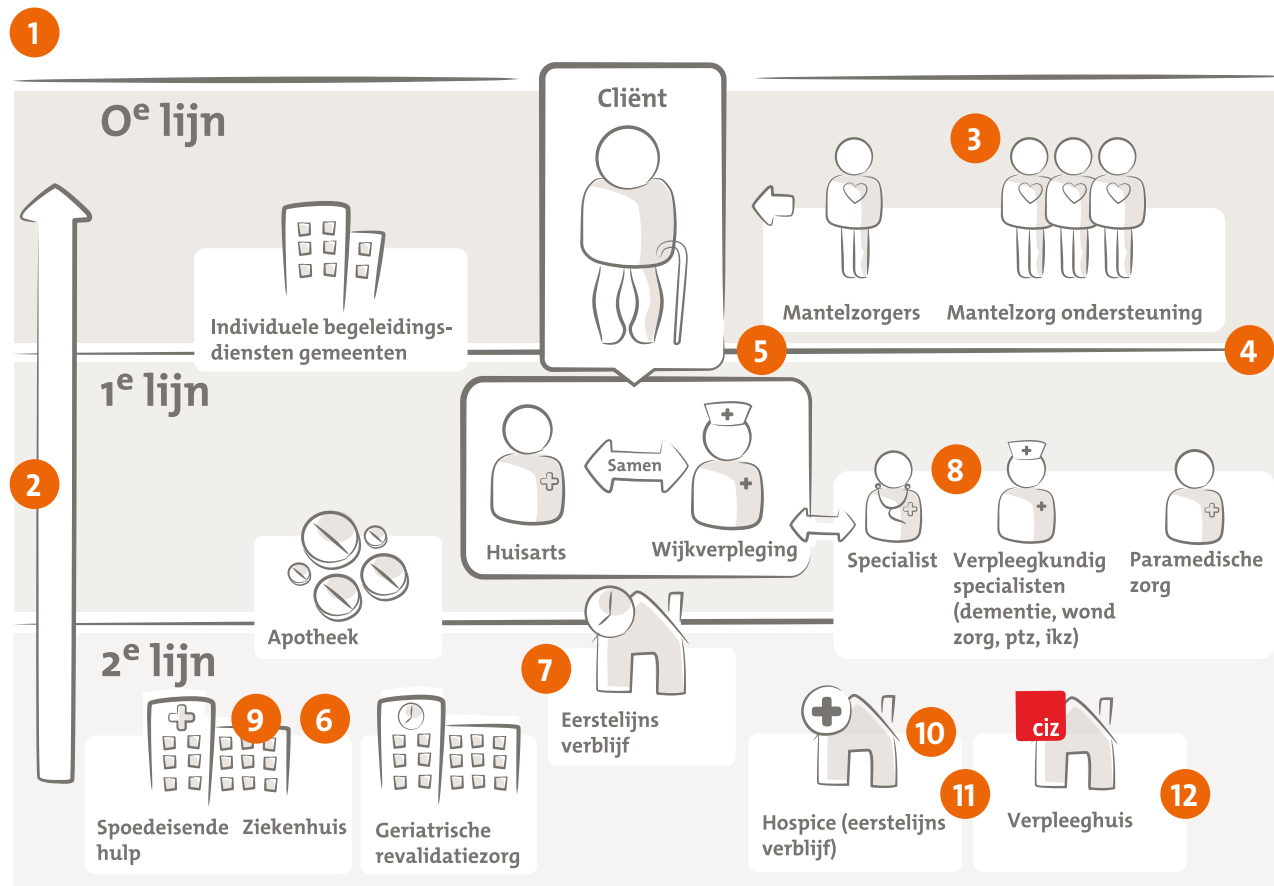
Wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg vormen belangrijke onderdelen van een

brede regionale keten voor ouderenzorg (waarin ook het ziekenhuis, de huisarts, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz) een belangrijke rol spelen). De visie van CZ groep op deze regionale keten staat beschreven in ons document **'Ouderenzorg nu en in de toekomst'**.

Vanaf 2018 werkt CZ groep het beleid voor eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg gezamenlijk uit. Met deze insteek benadrukt CZ groep het belang van

samenwerking voor 2 zorgaandachtsgebieden die binnen de keten nauw met elkaar zijn verbonden.

Eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg zijn een aanvulling op andere verblijfsvormen onder de Zvw, zoals (psychiatrische) ziekenhuizen en medisch specialistische revalidatie-instellingen. Een goede organisatie van het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg draagt bij aan de mogelijkheden om desgewenst, ondanks hoge leeftijd, aandoening of beperking, langer thuis te blijven wonen. Goede organisatie betekent dat deze voorzieningen niet op zichzelf staan, maar naadloos aansluiten op de regionale keten voor zorg aan kwetsbare ouderen (zie document **'Ouderenzorg nu en in de toekomst'**). CZ groep wil daarom met zijn beleid steeds meer de nadruk leggen op het functioneren van deze hele keten in een regio.



1. Inkopen van zinnige en zuinige zorg, goede waarde (kwaliteit/prijs)
2. Zorg zo laag mogelijk in de keten (bijv. (tijdelijke) ELV in plaats van GRZ, of thuis in plaats van ziekenhuis)
3. Zorgen voor voldoende respijtzorg voorzieningen bij de gemeente
4. Organiseren met gemeenten dat cliënten die zorg nodig hebben dit direct kunnen krijgen
5. Regionale afstemming en preventie
6. Bevorderen goede uitstroom en overdracht per regio (transmurale zorgbrug)
7. Minder herstellzorg, meer preventieve inzet
8. Verbeteren van kennisdeling tussen specialisten en huisarts/ wijkverpleegkundige
9. Voorkomen van spoedopnames op de SEH
10. Toegankelijke hospices waar nodig
11. Borging kwaliteit high care hospices (low care alleen nog maar extramuraal)
12. Voorkomen "oneigenlijk gebruik" GRZ en ELV voor patiënten die eigenlijk naar het verpleeghuis moeten

De partijen die daar een rol in hebben, werken (proactief) met elkaar samen, weten elkaar goed te vinden en voelen zich ook verantwoordelijk voor deze keten. Dit houdt onder andere in dat de zorg zo is georganiseerd dat de patiënt geen hinder ondervindt van verschillende overgangen. Daarvoor is goede triage en een tijdige en volledige overdracht naar de juiste discipline noodzakelijk. De medisch specialist moet de overdracht bij GRZ zó uitvoeren dat de specialist ouderengeneeskunde geen nadere informatie hoeft op te vragen. Een belangrijk onderdeel van de ontslagvoorbereiding is het inregelen van nazorg na de geriatrische revalidatiebehandeling.

De huisarts stemt zijn verwijzing dusdanig af met de medisch eindverantwoordelijke van het eerstelijnsverblijf dat er een gezamenlijk gedragen zorgplan met concrete doelstellingen opgemaakt kan worden. Overdracht naar en afstemming met de wijkverpleegkundige, eerstelijnsparamedici, de huisarts en de Wmo-consulent maken hier, indien van toepassing, deel van uit.

Het is belangrijk om aandacht te besteden aan het goed plaatsen van de patiënt in de regionale zorgketen. Daarom is CZ groep bij geriatrische revalidatiezorg voorstander van uniforme, onafhankelijke triage in het ziekenhuis door de specialist ouderengeneeskunde (SO), in overleg met de behandelend medisch specialist. We zien steeds meer regionale initiatieven ontstaan, waarin zorgaanbieders samenwerken om deze triage mogelijk te maken. CZ groep hoopt deze initiatieven in 2018 te vertalen naar landelijk beleid. Voor het eerstelijnsverblijf ziet CZ groep een nadrukkelijke rol voor de huisarts weggelegd.

Afhankelijk van de wijze waarop de patiënt instroomt in een eerstelijnsverblijf, moet de huisarts afstemming zoeken met de medisch eindverantwoordelijke van het eerstelijnsverblijf en de transferverpleegkundige (en vice versa). Het ziekenhuis, de huisartsen en de instellingen voor eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg in een regio evalueren periodiek de juistheid van de triage, de kwaliteit van de transfer en de trends in de benodigde opnamecapaciteit.

3 Uitgangspunten bij de inkoop van ELV en GRZ

3.1 Wat is eerstelijnsverblijf?

Omdat het eerstelijnsverblijf (ELV) nog relatief nieuw is in de Zvw, gaan wij hier dieper in op wat CZ groep onder eerstelijnsverblijf verstaat. Vervolgens zetten wij het onderscheid tussen de verschillende vormen van kortdurend verblijf uiteen. Voor het maken van dit onderscheid adviseert CZ groep het gebruik van het afwegingsinstrument ELV van Verenso als richtlijn. In afwijking van dit afwegingsinstrument is CZ groep van mening dat er bij hoogcomplex eerstelijnsverblijf ook revalidatie-doelstellingen kunnen zijn, maar dat de keuze tussen hoogcomplex eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg meer afhangt van de intensiteit van de benodigde revalidatie in combinatie met multiproblematiek.

De aanspraak eerstelijnsverblijf is als volgt geformuleerd: Eerstelijnsverblijf is 'een medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, waarbij 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid aanwezig is, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg'.

Het eerstelijnsverblijf biedt 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en het verblijf is medisch noodzakelijk.

De nadruk ligt op de medische zorg, maar ook op verpleegkundige zorg en toezicht. De geneeskundige zorg wordt uitgevoerd door een generalistische zorgverlener zoals de huisarts, specialist ouderengeneeskunde (SO) of arts verstandelijk gehandicapten (AVG). Binnen de samenhang van verblijf, geneeskundige zorg en verpleging en verzorging zijn verschillende zorgaanbieders actief. Iedere zorgaanbieder is verantwoordelijk voor zijn eigen inbreng. De medische regie en eindverantwoordelijkheid liggen bij een huisarts (niet per se de eigen huisarts). De huisarts kan een specialist ouderengeneeskunde (SO) dan wel een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) consulteren bij de zorg die hij verleent aan een patiënt in het eerstelijnsverblijf. Ook kan hij de behandeling in complexe situaties overdragen aan de SO en/of AVG.¹ De SO heeft een consultatie- en behandelrol binnen het eerstelijnsverblijf. Zowel de huisarts als de SO bieden generalistische zorg. Vaak draagt de huisarts de zorg om praktische redenen over aan de SO. Het is dan aan de betrokken huisarts en de SO om gezamenlijk zorginhoudelijke afspraken over de verantwoordelijkheid te maken en te bepalen op welk moment de huisarts de patiënt weer onder zijn hoede neemt. Ook dienen zij gezamenlijk een zorgplan op te stellen met als doel 'zo snel mogelijke terugkeer naar huis'.



Eerstelijnsverblijf bestaat uit geneeskundige zorg, verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. De beslissing voor opname neemt de huisarts in overleg met de (wijk)verpleegkundige en/of SO. Dit betekent dat zowel de medische diagnose en indicatiestelling als de verpleegkundige diagnose en indicatiestelling een rol spelen. Dit moet blijken uit de triage, de overdracht, het zorgplan en/of de uiteindelijke zorginzet. Het afwegingsinstrument kan hierbij ondersteuning bieden.² De verpleegkundige regie ligt bij de (wijk)verpleegkundige.

Gedurende het eerstelijnsverblijf is er voor elke patiënt 1 multidisciplinair zorgplan met 1 coördinator. Het verblijf is kortdurend (maximaal 3 maanden met eventueel 3 maanden verlenging) en er is zicht op herstel. Het verblijf is nadrukkelijk gericht op terugkeer van de patiënt naar zijn eigen woonomgeving (geen Wlz-verblijfssetting). Een eerstelijnsverblijf is niet bedoeld als crisisbed, zoals benoemd in de Wlz.

¹ Waar SO staat gelieve ook te lezen "en/of AVG". Omwille van de leesbaarheid is gekozen om niet telkens de dubbele notatie te gebruiken.

² www.verenso.nl/wat-doen-wij/dossiers-s-3/eerste-lijn-2/afwegingsinstrument-eerstelijns-verblijf-gereed-2/#.WI-Ds_6Qz4Z

Eerstelijnsverblijf is nadrukkelijk niet aan de orde bij:

- ernstige psychiatrische problematiek;
- patiënten met een BOPZ-status;
- somatische problematiek waarvoor behandeling door de medisch specialist nodig is (MSZ);
- een haalbare intensieve multidisciplinaire revalidatiedoelstelling (GRZ of MSRZ);
- hoofdzakelijk sociale problemen (Wmo);
- respijtzorg³ zonder medische noodzaak (Wmo);
- een bestaande Wlz-indicatie;
- bij het vermoeden van een langdurige noodzaak voor opname zonder terugkeer naar huis (aanvragen Wlz indicatie).

3.2 Afbakeningen kortdurend verblijf i.v.m. somatische problematiek

GRZ en ELV versus medisch specialistische revalidatie

Het onderscheid tussen geriatrie revalidatiezorg/ eerstelijnsverblijf en medisch specialistische revalidatiezorg wordt in eerste instantie gevormd door de kwetsbaarheid en belastbaarheid van de patiënt. Geriatrie revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf zijn bedoeld voor laagbelastbare patiënten. De medisch specialistische revalidatiezorg is intensiever en bedoeld voor hoogbelastbare patiënten. Daarnaast bestaat er verschil in de behandeldoelstellingen. De doelstellingen binnen de geriatrie revalidatiezorg en het eerstelijnsverblijf zijn gericht op het weer zelfstandig thuis kunnen functioneren, terwijl medisch specialistische revalidatiezorg is gericht op participatie, zoals het oppakken van gezinstaken, terugkeer naar de werksituatie of het oppakken van hobby's, afhankelijk van de levensfase

van de patiënt. En tot slot verschilt de medische eindverantwoordelijkheid: voor de geriatrie revalidatiezorg ligt die bij de specialist ouderengeneeskunde en voor de medisch specialistische revalidatiezorg bij de revalidatiearts.

GRZ en ELV versus somatische verblijfsplaatsen langdurige zorg

Geriatrie revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf onderscheiden zich van somatische verblijfsplaatsen langdurige zorg op de waarschijnlijkheid dat de patiënt binnen afzienbare tijd (maximaal 3-6 maanden) weer terug naar huis kan. Daarnaast is geriatrie revalidatiezorg vaak een intensievere behandeling.

GRZ en ELV versus eerstelijns paramedische behandeling

Is er sprake van een revalidatiedoelstelling in combinatie met de noodzaak tot opname, dan is de paramedische behandeling onderdeel van het GRZ- of ELV-traject. Deze kan dan niet apart in rekening worden gebracht. Als er wel sprake is van een revalidatiedoelstelling, maar geen noodzaak tot opname, dan kan de patiënt gebruikmaken van een eerstelijns paramedische behandeling.

GRZ versus ELV

Geriatrie revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf worden beide gekenmerkt door een tijdelijke periode waarin 24-uurs toezicht of zorg nodig is. De patiënt is ernstig beperkt in het veranderen van lichaamshouding (transfers) en het verplaatsen binnenshuis, heeft overname van zorg nodig bij het wassen, kleden en de toiletgang, en heeft veelal hulp, toezicht en sturing nodig vanwege cognitieve problemen. Het verschil tussen geriatrie revalidatiezorg en het eerstelijnsverblijf is dat bij

geriatrie revalidatiezorg een behandelplan met intensievere behandeling op de voorgrond staat. Ook moet er bij geriatrie revalidatiezorg altijd sprake zijn van een zorgvraag die zó complex is dat er coördinatie, regie en supervisie nodig is van een multidisciplinair team.

3.3 Doelgroepen

Geriatrie revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf worden gekenmerkt door 8 doelgroepen:

- observatie;
- herstel;
- palliatief terminale zorg;
- CVA;
- trauma;
- electieve orthopedie;
- amputatie;
- overig.

Voor eerstelijnsverblijf worden de doelgroepen onderscheiden aan de hand van de zorgvraag. Omdat deze zorgvraag in de geriatrie revalidatiezorg al duidelijk is, namelijk revalideren, worden de doelgroepen voor geriatrie revalidatiezorg onderscheiden op basis van diagnosegroepen, met ieder hun eigen behandelinzet en zorgpaden.

³ CZ groep hanteert voor respijtzorg de volgende beschrijving: respijtzorg is vervangende mantelzorg en biedt mantelzorgers de mogelijkheid hun zorgtaken tijdelijk aan een ander over te dragen. Daardoor kunnen zij de zorg beter volhouden. Respijtzorg kan ook nodig zijn wanneer de mantelzorger uitvalt.

3.3.1 Observatie

Er zijn situaties waarin de gezondheid van een patiënt acuut slechter wordt en de huisarts een 'niet pluis-gevoel' heeft. Observatie in de eigen woonomgeving is dan niet altijd wenselijk of mogelijk en ziekenhuisopname niet altijd aangewezen. De huisarts kan in dat geval, in overleg met de specialist ouderengeneeskunde en (wijk)-verpleegkundige, bepalen dat er behoefte is aan een tijdelijke opname binnen een eerstelijnsverblijf. Door middel van observatie kan diagnostiek sneller plaatsvinden en kunnen exacerbaties thuis worden voorkomen.

CZ groep krijgt signalen dat de overplaatsing vanuit het ziekenhuis soms zo snel gaat, dat er onduidelijkheid is over de leerbaarheid en de revalidatiedoelstellingen. Daarom is CZ groep in 2017 een pilot gestart voor een observatieperiode na ziekenhuisopname. Zo gauw de meerwaarde van zo'n observatieperiode is aangetoond, nemen wij de resultaten mee in toekomstig beleid.

3.3.2 Herstel

De medisch specialist bepaalt of een patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis. Vervolgens kijkt de transfer-verpleegkundige welke voorziening passend is voor de patiënt en overlegt dit met de huisarts en de patiënt. De transverpleegkundige dient een advies met onderbouwing te geven dat ten minste de volgende onderdelen bevat:

- De medische noodzaak tot opname (en het behandel-doel) waaruit blijkt waarom de patiënt nog niet naar huis kan, maar wel ontslagen wordt.
- Er is goed gekeken of de patiënt nog terug kan naar huis en niet eigenlijk een Wlz-vraag heeft.

De eigen huisarts wordt betrokken bij de beslissing of een ELV-opname noodzakelijk en passend is. Hij kent de thuissituatie van de patiënt immers het beste. Vervolgens dient er, in samenspraak met de huisarts, een duidelijk zorgplan opgesteld te worden met haalbare doelstellingen, de zorginzet en een tijdpad waarin staat wanneer de patiënt terug naar huis kan. CZ groep gaat ervan uit dat er binnen de keten afspraken worden gemaakt om zo invulling te geven aan een werkbaar proces.

Na een GRZ-behandeling kunnen de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts, in samenspraak met de verzekerde, bepalen dat het ondanks de aanwezige zorg en ondersteuning onverantwoord is om al naar huis te gaan. Er is geen revalidatiedoel meer, dus het GRZ-traject is voorbij. De specialist ouderengeneeskunde kan dan, na overleg met de huisarts, naar een eerstelijnsverblijf verwijzen. Daarbij moet duidelijk de afbakening tussen eerstelijnsverblijf en respijtzorg worden gemaakt. De optie om een Wmo-indicatie voor verblijf aan te vragen bestaat dus ook.

Hoogcomplexe ELV of GRZ 'light'?

Verenso stelt in haar richtlijn dat er bij eerstelijnsverblijf geen revalidatievraag is, maar wel een zorgvraag die multidisciplinaire behandeling behoeft. Bij geriatrische revalidatiezorg is sprake van multidisciplinaire revalidatiezorg met intensievere behandeling. CZ groep is van mening dat er ook binnen het eerstelijnsverblijf hoog-complex behandeld en gerevalideerd kan worden. Er is pas sprake van geriatrische revalidatiezorg bij complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid.

3.3.3 Palliatief terminale zorg

Bij eerstelijnsverblijf in verband met palliatief terminale zorg kan de patiënt niet zonder toezicht alleen thuis zijn, op de momenten dat de (professionele) zorgverlener er niet is. Palliatief terminale zorg mag alleen in een hospice verleend worden, indien de levensverwachting van de patiënt bij opname korter is dan 3 maanden. Voor palliatief terminale zorg is een terminaliteitsverklaring van de geneeskundig behandelaar of huisarts noodzakelijk. CZ groep koopt palliatief terminale zorg niet bij iedere zorgaanbieder met een eerstelijnsverblijfsvoorziening in. Voor zorgaanbieders die eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg aanbieden gelden de volgende aanvullende eisen:

- Er is sprake van een setting met eenpersoonskamers.
- Er zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5 beschikbaar, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen palliatieve zorg van de V&VN).
- Een verpleegkundige met minimaal niveau 4 is de eerstverantwoordelijke verpleegkundige en dus ook het eerste aanspreekpunt voor de patiënt.
- De zorgaanbieder beschikt over een palliatief verpleegkundige die direct betrokken is bij het primaire proces. Huisartsen en/of SO uit het consultatieteam zijn ten minste gestart met de kaderopleiding Palliatieve zorg of de zogenaamde Cardiff-opleiding Palliatieve zorg. De zorgaanbieder maakt indien noodzakelijk aantoonbaar gebruik van deze consultatievoorziening, tenzij de eigen huisarts of SO deze opleiding volgt of heeft gevolgd.

- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ).
- De zorgaanbieder werkt volgens de Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0 en het Zorgpad Stervensfase.
- De zorgaanbieder werkt samen met het regionale team of maakt gebruik van subregionale consultatievoorzieningen (TOPZ: Team Ondersteuning Palliatieve Zorg).
- De zorgaanbieder maakt in het zorgleefplan, naast de fysieke, psychische en sociale aspecten, tevens zichtbaar dat hij de patiënt de gewenste geestelijke/spirituele zorg biedt en dat hij ook de naasten van de patiënt begeleiding en nazorg biedt.
- De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van de LESA-richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak) en, indien aanwezig binnen het werkgebied, de regionale transmurale afspraken (RTA) op het gebied van palliatieve zorg.
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers zich (bij)scholen op het gebied van palliatieve zorg.
- De zorgaanbieder zet, indien mogelijk, VPTZ-vrijwilligers in (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg). Zij bieden ondersteuning, rust en concrete hulp in de laatste levensfase.

3.3.4 CVA

De doelgroep CVA (cerebro vasculair accident) is een relatief grote groep, waarbij we onderscheid maken tussen wel en geen cognitieve beperkingen. Geriatrische revalidatiezorg maakt deel uit van het volledige zorgtraject voor patiënten met een CVA en is daarmee onderdeel van de CVA-zorgketen (ook wel stroke service genoemd).

CZ groep is voorstander van het meten van kwaliteit. Voor CVA-ketens is de CVAB 3.0 hiervoor geschikt en beschikbaar. De geleverde zorg moet in overeenstemming zijn met de Zorgstandaard CVA/TIA. De zorg voor CVA-patiënten is complex, mede door de grote verscheidenheid aan symptomen, het veel voorkomen van comorbiditeit, het veranderen van de zorgvraag gedurende het zorgtraject en de betrokkenheid van verschillende organisaties en disciplines. Naast het triage-instrument wordt de beslishulp 'Beroerte' gebruikt om te bepalen of een instelling voor geriatrische revalidatiezorg de juiste plaats is om te revalideren. Hierbij staat 'zorg op het laagst mogelijke niveau' centraal. De zorg vindt dus plaats in de thuissituatie als dit mogelijk is, in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg als dit aansluit bij de belastbaarheid en doelstellingen van de patiënt, in een eerstelijnsverblijf als er nog vraagtekens zijn bij de leerbaarheid en revalidatiedoelen en in het ziekenhuis als de patiënt voldoende belastbaar is en doelstellingen heeft die gangbaar zijn voor medisch specialistische revalidatie.

De doelgroep is niet alleen complex, maar ook interessant door de relatief hoge gemiddelde kosten per individueel traject. De triage van deze groep kan in het beginstadium nog lastig zijn, vanwege onduidelijkheid over leerbaarheid en revalidatiedoelstellingen. Daarom is CZ groep in 2017 een pilot gestart voor een observatieperiode voor aanvang van het daadwerkelijke revalidatietraject. Zo gauw de meerwaarde daarvan aangetoond is, nemen wij de resultaten mee in ons inkoopbeleid.

Geriatrische revalidatiezorg op het gebied van CVA wordt alleen ingekocht als de zorgaanbieder jaarlijks minimaal 60 patiënten met de hoofddiagnose CVA behandelt en als hij deel uitmaakt van de regionale CVA-keten.

3.3.5 Trauma

De meeste patiënten binnen de geriatrische revalidatiezorg hebben een trauma. Deze groep neemt, mede door de extramuralisering, sterk toe en is over het algemeen heel kwetsbaar. Zij hebben veelal last van een verstoring in de balans tussen de verschillende orgaanfuncties. Een juiste overdracht en nazorg is voor deze groep extra belangrijk, zodat heropnames worden voorkomen. De overdracht naar de wijkverpleging en het sociale domein dient tijdig en volledig plaats te vinden en er dienen samenwerkingsafspraken gemaakt te worden met de eerste lijn. Ter preventie zal de inzet van valpreventieprogramma's gestimuleerd worden in de wijkverpleging.

Geriatrische revalidatiezorg op het gebied van trauma wordt alleen ingekocht bij een zorgaanbieder als deze jaarlijks minimaal 70 patiënten behandelt die vallen onder de hoofddiagnoses electieve orthopedie en trauma.

3.3.6 Electieve orthopedie

ELV en GRZ voor de doelgroep electieve orthopedie maken deel uit van de zorgketen rondom artrose. Vanwege de hoge en toenemende prevalentie van artrose, de betreffende zorgkosten en de verschillen tussen zorgaanbieders, wil CZ groep de waarde van de artrosezorg over de hele zorgketen heen verhogen. Hiervoor hebben wij een specifieke visie op de zorg bij heup- en knieartrose ontwikkeld. Zie hiervoor ons document

'Waardegedreven zorginkoop bij heup- en knieartrose'.

vanuit hun verantwoordelijkheid specialistische kennis uit de integrale wondzorgketen inschakelen als er sprake is van een complexe wond. Door het inzetten van de juiste behandeling blijven patiënten niet onnodig lang met een wond zitten, wat een positief effect heeft op de kwaliteit van de zorg, de kwaliteit van leven en de kosten van de zorg. In het document **'Waardegedreven zorginkoop bij complexe wonden'** staat de uitgebreide visie van CZ groep op complexe wondzorg.

3.4 Waarde van zorg

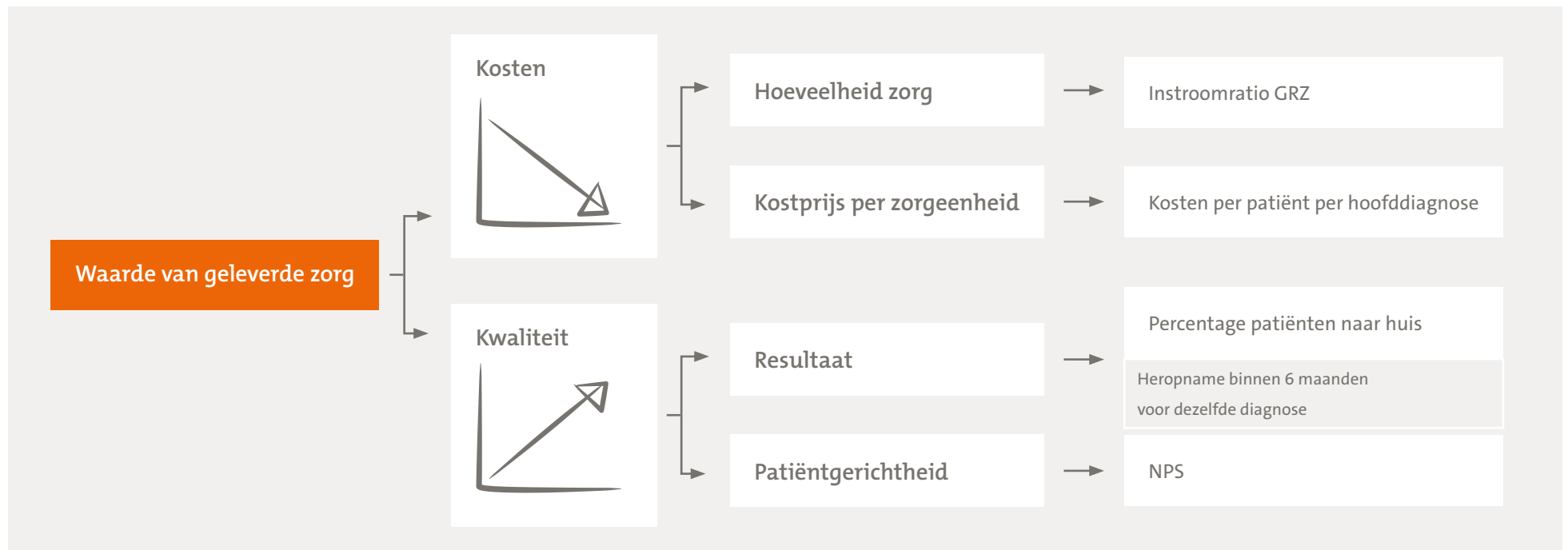
3.4.1 Waardegedreven zorginkoop van geriatrische revalidatiezorg

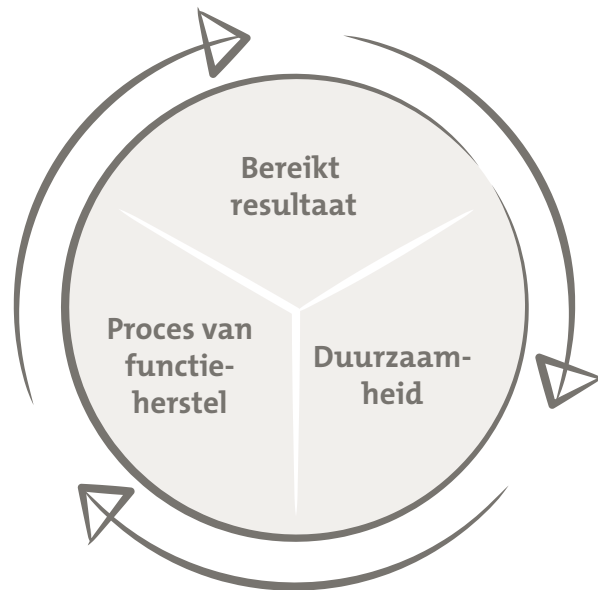
CZ groep stuurt in zijn inkoopbeleid op het vergroten van de waarde van zorg. We willen dat de zorgdoelstellingen van de verzekerde in het totale zorgtraject worden gehaald, met een hoge kwaliteit van zorg en tegen acceptabele kosten. Wij willen dus zorg inkopen bij zorgaanbieders die inzetten op hoge kwaliteit én kostenbeheersing. Dan is de waarde voor de verzekerde zo groot mogelijk. Voor 2018 vertaalt CZ groep dit in het onderstaande waardemodel voor de geriatrische revalidatiezorg

Kwaliteit

Bij geriatrische revalidatiezorg is de kwaliteit te vertalen naar een aantal aspecten, die gecategoriseerd kunnen worden volgens de niveaus van value-based healthcare van Michael E. Porter. Zie figuur op de volgende pagina.

Binnen de geriatrische revalidatiezorg is een behandeling van waarde als de patiënt weer langdurig en zo zelfstandig mogelijk thuis kan wonen, met een goede kwaliteit van leven en na een prettig verlopen herstelproces. Alle aspecten moeten aansluiten bij de unieke situatie van de patiënt, in termen van doelstelling en belastbaarheid. Voor de ene patiënt is het daarbij bijvoorbeeld van belang om een trap van 20 treden op te kunnen zonder hulp van een mantelzorgver.





Een andere patiënt wil zelfstandig naar het toilet kunnen. Het proces van functieherstel is van goede kwaliteit als de informatievoorziening voldoende en begrijpelijk is, de behandeling aansluit bij de verwachtingen, de mantelzorger wordt betrokken in het proces, de bejegening prettig is en de betrokken behandelaren elkaar versterken en gezamenlijk een beter resultaat verkrijgen.

Geriatrische revalidatiezorg is een onderdeel van het totale zorgproces dat een patiënt doorloopt. De kwaliteit ervan wordt daarom mede bepaald door de mate waarin deze zorg aansluit op de voorafgaande ziekenhuisopname en de opvolgende zorgverlening door bijvoorbeeld de wijkverpleging, de huisarts en paramedici. CZ groep beoordeelt een behandeling als duurzaam als ze voorkomt dat de patiënt binnen 6 maanden opnieuw wordt opgenomen in het ziekenhuis, een instelling voor

geriatrische revalidatiezorg of een verpleeghuis op basis van de oorspronkelijke diagnose.

CZ groep wil de 3 pijlers uit het model van Porter graag meewegen in het waardemodel. De pijler 'duurzaamheid' is op dit moment echter nog niet meetbaar te maken. Voor de overige 2 pijlers is dit wel het geval: bereikt resultaat meten we middels het percentage patiënten dat naar huis gaat en het proces van functieherstel middels de NPS.

Gezien de doelgroep van de geriatrische revalidatiezorg, zijn wij ons bewust van het feit dat een percentage patiënten dat naar huis gaat van 100% niet haalbaar is. Dit neemt echter niet weg dat wij vinden dat het percentage patiënten dat naar huis gaat wel degelijk een belangrijke indicator voor resultaat is. Gebaseerd op resultaten uit de sector is CZ groep van mening dat dit percentage boven de 80% zou moeten liggen. In de toekomst gaat CZ groep onderzoeken of we het functioneren van de patiënt voor de ziekenhuisopname en na het revalidatietraject als uitkomstindicator kunnen gaan gebruiken.

CZ groep kiest er bewust voor om de verschillende aspecten van het proces van functieherstel niet afzonderlijk te meten, maar de patiëntgerichtheid op een hoger niveau te meten. Middels de NPS wordt de totaalperceptie van de patiënt over de verschillende onderdelen in de beoordeling meegenomen. Wij gaan ervan uit dat de zorgaanbieder zelf wél een gedetailleerdere uitvraag naar patiënttevredenheid doet, om zijn verbetercyclus goed te kunnen inrichten.

Kosten

De totale kosten van geriatrische revalidatiezorg worden bepaald door het aantal patiënten dat deze zorg ontvangt (triage, instroom) en de kosten per patiënt (ligduur, behandelintensiteit).

Het aantal patiënten dat deze zorg ontvangt, wordt beoordeeld aan de hand van het instroompercentage. Het instroompercentage is het aantal verzekerden dat gebruik maakt van geriatrische revalidatiezorg gedeeld door het totaal aantal verzekerden boven de 65. De laatste jaren is dit percentage sterk toegenomen. Het instroompercentage zegt mede iets over de toegang tot de geriatrische revalidatiezorg en daarmee koppelt CZ groep dit ook nadrukkelijk aan de triage. CZ groep vindt dat triage en instroom onlosmakelijk verbonden zijn aan afstemming binnen de gehele zorgketen en daarmee ook een regionale verantwoordelijkheid zijn. Daarom wordt het instroompercentage ook regionaal inzichtelijk gemaakt en beoordeeld.

De kosten per patiënt zijn afhankelijk van de ligduur en de behandelintensiteit. Hoewel er zorgpaden zijn ontwikkeld en de gemiddelde kosten per patiënt de laatste jaren dalen, ziet CZ groep een grote praktijkvariatie voor wat betreft deze 2 parameters.

CZ groep wil deze praktijkvariatie terugdringen en daarmee ook de gemiddelde kosten per patiënt. Hierbij maken wij onderscheid tussen de 5 verschillende doelgroepen voor de geriatrische revalidatiezorg.

CZ groep publiceert de score van de zorgaanbieder op het waardemodel in de spiegelrapportageset.

3.4.2 Waarde eerstelijnsverblijf

CZ groep vindt het nu nog te vroeg om eerstelijnsverblijf waardegedreven in te kopen. Dit laat onverlet dat CZ groep zich ook voor wat betreft het eerstelijnsverblijf richt op het verbeteren van de kwaliteit en de doelmatige inzet van zorg. Voor het eerstelijnsverblijf sluit CZ groep aan bij de monitoringssystematiek van de geriatrische revalidatiezorg, met daarbij de focus op de gemiddelde doorlooptijd van opnamen. Onder andere de ligduur per doelgroep en de ontslagrichting wordt gevolgd/geïnterpreteerd en zo mogelijk ook teruggekoppeld naar de instellingen. CZ groep gaat het komende jaar ook een spiegelrapportage voor eerstelijnsverblijf ontwikkelen. Daarbij sluiten wij aan bij de landelijke ontwikkelingen rondom het kwaliteitskader ELV.

CZ groep spreekt de intentie uit om de komende jaren de ELV-overeenkomsten meer te gaan concentreren. CZ groep is van mening dat de cultuur van de geriatrische revalidatiezorg en de ervaring die daar de afgelopen jaren is opgedaan, een positieve invloed hebben op de wijze waarop het eerstelijnsverblijf wordt ingericht. Daarom gaan we onderzoeken of het haalbaar is om eerstelijnsverblijf alleen in te kopen bij zorgaanbieders die ook geriatrische revalidatiezorg leveren.

3.5 Financieel

De financiële middelen die voor 2018 beschikbaar zijn, worden bepaald door de begroting die CZ groep vaststelt voor geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf. In deze begroting houden wij rekening met huidige en toekomstige ontwikkelingen. De begroting wordt getoetst aan het Budgettair Kader Zorg (BKZ) 2018, maar is hier

geen resultante van. Van de begroting reserveert CZ groep, net als in 2017, een percentage voor niet gecontracteerde zorg. Daarnaast reserveren we een percentage voor knelpunten en innovaties.

De afspraken worden vormgegeven op basis van expliciete volume- en prijsafspraken (p x q), begrensd met een maximaal omzetplafond. Om substitutie van de geriatrische revalidatiezorg naar het eerstelijnsverblijf te bevorderen, staan wij toe dat er budget van het omzetplafond geriatrische revalidatiezorg naar het omzetplafond eerstelijnsverblijf wordt gesubstitueerd.

Het inkoopbeleid van CZ groep is gericht op een doelmatig gebruik van geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf. Daarmee bedoelen we dat de gemiddelde kosten per verzekerde niet hoger liggen dan het landelijk gemiddelde.

Productieafspraken eerstelijnsverblijf

Bij eerstelijnsverblijf is het uitgangspunt dat er sprake is van een samenhangend pakket aan zorg waarbij een integrale prestatie is vastgesteld, met uitzondering van farmaceutische zorg, individueel aangepaste hulpmiddelen, eerstelijnsdiagnostiek (voor zover die diagnostiek niet wordt uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde in een eerstelijnsverblijf) en de huisartsenzorg. Indien de huisarts zorg verleent in het kader van eerstelijnsverblijf, kan de huisarts dit apart declareren conform de beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.⁴ Gezien het feit dat er sprake is van een integraal tarief, kan de zorgaanbieder geen enkele verpleegkundige zorg gedurende de ELV-opname apart declareren. Specialistische vormen van verpleging,

die vergelijkbaar zijn met verpleging in het kader van medisch specialistische verpleging thuis, komen dus niet voor aparte declaratie in aanmerking.

Binnen het laagcomplexe eerstelijnsverblijf zetten zorgaanbieders in de meeste gevallen niet of slechts incidenteel paramedische zorg of behandeling door de specialist ouderengeneeskunde in. De hoofdbehandeling wordt meestal door de huisarts geleverd. CZ groep houdt hier rekening mee bij de tariefstelling. Indien een zorgaanbieder aannemelijk kan maken dat de inzet van paramedische zorg en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde in het laagcomplexe eerstelijnsverblijf bijdraagt aan een beter of sneller herstel van verzekerden en daarmee kosteneffectiever is én wanneer het landelijk budgettair kader voldoende ruimte biedt, zijn wij bereid om een (vaste) opslag op het tarief af te spreken.

CZ groep ontwikkelt het komende jaar per regio een spiegelrapportage waarin we de gemiddelde opnameduur en de gemiddelde opnameratio zullen meenemen. Om de omvang van de productieafspraken per zorgaanbieder te bepalen, verdeelt CZ groep de zorgaanbieders onder op basis van hun prestatie (die is afgeleid uit de benchmarkgegevens). Regio's met een hoge opnameratio zullen geen of minder volumegroei toegekend krijgen dan regio's met een lage opnameratio.

⁴ www.nza.nl/1048076/1048090/BR_REG_17172__Huisartsenzorg_en_multidisciplinaire_zorg_2017.pdf. Ervan uitgaande dat deze beleidsregel ook in 2018 wordt voortgezet.

Zorgaanbieders die voor volumegroei in aanmerking willen komen, moeten inzichtelijk maken welke effecten dit heeft op de regionale keten (denk hierbij bijvoorbeeld aan een besparing op de spoedeisende hulp). De uitwerking hiervan lichten we toe in de aanbiedingsbrief bij de productievoorstellen voor 2018.

Productieafsprake geriatrische revalidatiezorg

Voor het bepalen van de omvang van de productieafsprake per zorgaanbieder, baseert CZ groep zich op de realisatiecijfers uit 2015, 2016 en het eerste halfjaar van 2017. Om een passende contractafsprake te maken, gebruiken wij de benchmarkgegevens en de uitkomsten van het waardemodel. Dit kan inhouden dat er verschuivingen binnen een regio plaats vinden. CZ groep verstuurt, net als in 2017, spiegelrapportagesets met een productievoorstel naar de zorgaanbieders.

CZ groep gaat in 2018 werken met een basis CZ-tarief. Op dit CZ-tarief is een opslag van 1% te verdienen als wordt voldaan aan ten minste een van onderstaande criteria. Een opslag van 2% wordt toegekend als wordt voldaan aan alle onderstaande criteria:

- De zorgaanbieder heeft in 2016 de Monitor GRZ juist, volledig en tijdig aangeleverd bij CZ groep.
- De zorgaanbieder zet aantoonbaar e-health-toepassingen in die een bijdrage leveren aan het behalen van de revalidatiedoelstellingen. CZ groep denkt hierbij bijvoorbeeld aan apps die zelftraining ondersteunen (en niet aan een digitaal zorgdossier).
- De zorgaanbieder levert ambulante behandeling in de thuissituatie.

De uitwerking hiervan lichten we toe in de aanbiedingsbrief bij de productievoorstellen voor 2018. Innovaties worden gefinancierd door een tariefaanpassing (zie paragraaf 3.6).

3.6 Ruimte voor innovatief zorgaanbod

CZ groep wil ook in 2018 kansen bieden aan innovatief zorgaanbod dat een duidelijke toegevoegde waarde heeft voor onze verzekerden, dat op een vernieuwende manier invulling geeft aan witte vlekken en dat in samenwerking met huisartsen, zorggroepen, intramurale zorgaanbieders, ziekenhuizen en gemeenten tot stand is gekomen. Het innovatieve zorgaanbod moet bijdragen aan het oplossen van een lokaal of regionaal gezondheidszorgprobleem in een regio.

Het projectvoorstel voor de innovatie wordt via de zorginkoper ingediend en bestaat minimaal uit een beschrijving van de innovatie, het beoogde en meetbare resultaat, de begroting en de implementatieplanning. Als de ontvangen innovatievoorstellen het budget overstijgen, maakt CZ groep een selectie op basis van de impact voor zijn verzekerden, het vernieuwende karakter en het beoogde resultaat in verhouding tot de kosten.

3.7 Toegankelijkheid

Het doel van ons zorginkoopbeleid is dat er voor al onze verzekerden binnen circa 25 kilometer of 30 minuten reisafstand minstens één gecontracteerde locatie voor

eerstelijnsverblijf en minstens één gecontracteerde locatie voor geriatrische revalidatiezorg beschikbaar is. Binnen de geriatrische revalidatiezorg geldt de eis dat een patiënt na de triage binnen 48 uur wordt opgenomen in een instelling. Voor eerstelijnsverblijf hanteren we hetzelfde streven, maar moeten we nog bekijken of dit in de praktijk ook echt haalbaar is.

CZ groep heeft aanwijzingen dat het concentreren van ELV op locaties waar ook GRZ wordt geleverd, leidt tot betere uitkomsten. Zoals eerder aangegeven, gaan we onderzoeken op welke manier we eerstelijnsverblijf meer geconcentreerd kunnen inkopen. Voorsnog komen ELV-aanbieders zonder GRZ-overeenkomst niet in aanmerking voor groei ruimte.

3.8 Minimumeisen

CZ groep biedt de overeenkomst eerstelijnsverblijf en de overeenkomst geriatrische revalidatiezorg apart aan. Alle zorgaanbieders moeten aantoonbaar (blijven) voldoen aan de eisen op de volgende pagina om voor een overeenkomst in aanmerking te komen:

ELV-aanbieders	GRZ-aanbieders
De zorgaanbieder is een rechtspersoon.	De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling via een WTZi-beschikking. Er zijn 24/7 verpleegkundige(n) aanwezig van niveau 4/5.	De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling via een WTZi-beschikking. Er zijn 24/7 verpleegkundige(n) aanwezig van niveau 4/5.
	De zorgaanbieder beschikt over een specialist ouderengeneeskunde, die bij voorkeur is opgeleid tot kaderarts geriatrische revalidatie. (Vanaf 2020 zal CZ groep de beschikbaarheid van een kaderarts verplicht stellen.)
De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (handelen volgens binnen de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen en protocollen zoals de NHG-standaarden).	
De zorgaanbieder beschikt over een opnameprotocol conform de voorwaarden voor eerstelijnsverblijf.	
De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit via de Plan-Do-Check-Act-cyclus. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit).	De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit via de Plan-Do-Check-Act-cyclus. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit).
De zorgaanbieder beschikt over een uitgewerkt zorgpad voor de doelgroepen aan wie hij eerstelijnsverblijf wil verlenen.	De zorgaanbieder beschikt over een uitgewerkt zorgpad voor de doelgroepen aan wie hij geriatrische revalidatiezorg wil verlenen.
De zorgaanbieder heeft samenwerkingsafspraken over triage, kennisoverdracht en overdracht van patiënten gemaakt met huisartsen, ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en gemeenten.	De zorgaanbieder heeft samenwerkingsafspraken over triage, kennisoverdracht en overdracht van patiënten gemaakt met huisartsen, ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en gemeenten.
	De zorgaanbieder neemt deel aan de lokale CVA-keten (in het geval van CVA).
De zorgaanbieder garandeert de beschikbaarheid van medische zorg bij spoed, conform de richtlijn van de LHV ⁵ : de aanrijtijd van een medisch verantwoordelijke is maximaal 15 minuten en binnen 30 seconden moet er een reactie (middels telefoon, ICT, beeldbellen) zijn.	
De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties voor eerstelijnsverblijf.	De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties (per doelgroep) voor geriatrische revalidatiezorg.
De zorgaanbieder maakt afspraken (in ieder geval met de eigen huisarts) over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen ziekenhuis en het eerstelijnsverblijf bij opname en ontslag.	De zorgaanbieder volgt in zijn opnamebeleid het triageprotocol.

⁵ LHV Update van de richtlijnen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de voorziening huisartsenzorg 2013.

ELV-aanbieders	GRZ-aanbieders
	De opnamemogelijkheden zijn afgestemd op het transferbeleid van het verwijzende ziekenhuis en instroom via het geriatrisch assessment. De opnamemogelijkheden zijn zodanig dat een patiënt binnen 48 uur kan worden opgenomen als de medisch specialist heeft geoordeeld dat de patiënt kan starten met geriatrische revalidatiezorg
De zorgaanbieder levert transparantie op het gebied van kwaliteit en kosten (indicatoren).	De zorgaanbieder levert transparantie op het gebied van kwaliteit en kosten (indicatoren) door het tijdig en volledig aanleveren van het formulier realisatie geriatrische revalidatiezorg, conform het proces zoals beschreven op de website van de zorgverzekeraar.
De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met de cliëntenraad verbeterplannen op.	De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met de cliëntenraad verbeterplannen op.
De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Zorgbrede Governancecode ingevoerd.	De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Zorgbrede Governancecode ingevoerd.
De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.	De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi.	De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi.
De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.	De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.
De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.	De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
	<p>Een zorgaanbieder moet minimaal 60 CVA-patiënten en/of 70 orthopediepatiënten (electief en trauma) en/of 60 patiënten met een overige diagnose behandelen. Daar staat tegenover dat CZ groep vindt dat er in Nederland binnen een acceptabele reisafstand (circa 25 km of een halfuur reistijd) een aanbod moet zijn van geriatrische revalidatiezorg. Als het aanbod in een regio de minimale volumennormen niet haalt, kunnen we hierop een uitzondering maken. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid.</p> <p>Als we zo'n uitzondering maken, moet het ontwikkelen van ervaring en kennis geborgd worden. De aanbieders van GRZ in de regio moeten met elkaar samenwerken. Wij hanteren daarvoor de volgende voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is sprake van een locatie-overstijgend behandelteam. Dit houdt in ieder geval in dat het hele behandelteam inzetbaar is op alle locaties. • Er is sprake van gelijke behandelprotocollen en zorgpaden. • Er is sprake van een gezamenlijk MDO. • Er is sprake van een gezamenlijk scholingsprogramma en gezamenlijke intervisiemogelijkheden.

ELV-aanbieders	GRZ-aanbieders
<p>Voor zorgaanbieders die eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg aanbieden gelden de aanvullende eisen zoals genoemd in paragraaf 3.1.7.</p>	<p>Uitzondering maximale duur van 6 maanden</p> <p>In bijzondere gevallen kan CZ (groep) afwijken van de aanspraak van geriatrische revalidatiezorg in de Zvw. De behandelaar kan de individuele casuïstiek ter beoordeling aan ons voorleggen. Een casusbeschrijving en een onderbouwing voor de gevraagde afwijking van de aanspraak moeten onderdeel zijn van de aanvraag. Afhankelijk van de verzekeraar (CZ, DLG of OHRA) moet daarvoor een van de volgende e-mailadressen worden gebruikt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mbz.specialistenhulp@cz.nl • mbz.specialistenhulp@zorg-deltalloyd.nl • mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl

De volgende uitsluitingsgronden zijn niet van toepassing op de zorgaanbieder (zowel voor geriatrische revalidatiezorg als eerstelijnsverblijf):

- Er jegens deze zorgaanbieder bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling is uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 177a, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht;
- 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;
- jegens wie een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde volgens de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie is gedaan, waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met zijn beroepsgedragsregels;
- die in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout heeft begaan, vastgesteld op een grond die de zorgverzekeraar aannemelijk kan maken;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- 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 ernstig 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.

4 Proces contractering 2018

4.1 Contractpartners

CZ groep maakt bij het sluiten van een overeenkomst met (potentiële) contractpartners voor eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg een onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders.

Bestaande zorgaanbieders

Dit zijn zorgaanbieders die in 2017 een overeenkomst hebben met CZ groep en die op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. CZ groep biedt per zorgaanbieder één overeenkomst aan voor eerstelijnsverblijf en één overeenkomst aan voor geriatrische revalidatiezorg.

CZ groep biedt bestaande zorgaanbieders in 2018 een eenjarige overeenkomst voor eerstelijnsverblijf aan, mits wordt voldaan aan het inkoopbeleid en onder voorbehoud van landelijke besluitvorming en de NZa-beleidsregels. Voor geriatrische revalidatiezorg biedt CZ groep in principe een meerjarenovereenkomst aan, tenzij er redenen zijn om dat niet te doen, bijvoorbeeld financiële of kwalitatieve instabiliteit of het zijn van een nieuwe aanbieder. CZ groep hanteert het principe high trust high penalty. Dit betekent dat we, als we gedurende de looptijd van de overeenkomst constateren dat aan een of meer voorwaarden of vereisten

niet wordt voldaan, ons het recht voorhouden om maatregelen te treffen, met als ultimatum remedium: ontbinding van de overeenkomst.

Nieuwe zorgaanbieders

In aanvulling op het bovenstaande moeten nieuwe zorgaanbieders (die in 2017 geen overeenkomst met CZ groep hebben voor de desbetreffende zorgvorm) voldoen aan deze voorwaarden:

- De zorgaanbieder heeft een toegevoegde waarde ten opzichte van de huidige zorgaanbieders door een vernieuwend zorgaanbod en een betere prijs-kwaliteit-verhouding.
- De zorgaanbieder wil geriatrische revalidatiezorg gaan leveren op een locatie waar een onacceptabel gebrek aan zorgaanbod is. Momenteel kent CZ groep geen locaties waar dit het geval is.

Vernieuwend vinden wij bijvoorbeeld e-health-toepassingen om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren en het aanbieden van zorg die nog niet of onvoldoende gecontracteerd is bij bestaande zorgaanbieders. CZ groep hanteert geen inschrijvings-termijn. Nieuwe zorgaanbieders kunnen het gehele jaar door een digitale vragenlijst in VECOZO invullen.



Deze vragenlijst is vanaf 1 juni 2017 beschikbaar. Om deze diensten te kunnen gebruiken, is een juist en geldig certificaat vereist (zie voor meer informatie: www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/). Een integriteitsonderzoek kan deel uitmaken van de beoordeling van nieuwe zorgaanbieders.

4.2 Tijdpad

Activiteiten	Planning ELV	Planning GRZ
Publicatie van het inkoopbeleid	1 april 2017	1 april 2017
Regiobijeenkomsten zorgaanbieders: zie voor meer informatie: www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgaanbieders/wijkverpleging	April, mei en juni	April, mei en juni
Vragenlijst nieuwe zorgaanbieders beschikbaar in VECOZO	Vanaf 1 juni	Vanaf 1 juni
Contractering	Augustus t/m oktober	Augustus t/m oktober
Bekendmaking productievoorstellen	September	Vóór 1 augustus
Indienen offerte (Vecozo)		Vóór 15 augustus
Ondertekening van de overeenkomst	Vóór 1 november	Vóór 1 november
Communicatie over gecontracteerde zorgverleners op Zorgvinder	12 november	12 november

4.3 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2018. 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.

4.4 Bereikbaarheid

Via de website van CZ groep, www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgaanbieders/huisartsenzorg/eerstelijnsverblijf en

www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgaanbieders/medisch-specialistische-zorg/geriatrische-revalidatiezorg informeren wij u steeds over de laatste stand van zaken.

Voor vragen kunt u ons bereiken via onderstaande e-mailadressen. Wij proberen uw vragen binnen 5 werkdagen inhoudelijk te beantwoorden.

Onderwerp vraag	Eerstelijnsverblijf	Geriatrische revalidatiezorg
Contractering, monitoring en inschrijving	rz.eerstelijnsverblijf@cz.nl	rz.grz@cz.nl
Declaraties	poz.eerstelijnsverblijf@cz.nl	poz.grz@cz.nl
Inkoopbeleid en relatiebeheer	eerstelijnsverblijf@cz.nl	grz@cz.nl
Zorginhoudelijke vragen op verzekerdeniveau	zorgteam@cz.nl	zorgteam@cz.nl
Individuele casuïstiek voor machtigingen ter beoordeling aan ons voorleggen.		Afhankelijk van de verzekering van de patiënt: mbz.specialistenhulp@cz.nl mbz.specialistenhulp@zorg-deltalloyd.nl mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl

5 Betrekken van verzekerden bij het zorginkoopbeleid

Samen maken we de zorg nog beter. CZ groep wil zorg inkopen die in het belang van onze verzekerden is. Dat doen we door verzekerden en patiëntenorganisaties actiever en structureler te betrekken bij onze zorginkoop. Onze zorginkopers checken zo of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die de verzekerden zoeken en nodig hebben. Verzekerden moeten inspraak hebben op ons zorginkoopbeleid. Dankzij de ervaringen van verzekerden en patiëntenorganisaties kunnen wij ons zorginkoopbeleid aanpassen, zodat het nog beter aansluit bij hun wensen. We informeren onze verzekerden ook beter over ons beleid. Zo helpen we hen om de beste zorg te kiezen.

We betrekken de verzekerden op verschillende manieren:

- Via patiëntenorganisaties: In Nederland bestaan globaal 4 typen patiëntenorganisaties: categorale patiëntenverenigingen, cliëntenraden, (regionale) zorgbelangorganisaties en landelijke koepels. Afhankelijk van hun rol en doelgroep, betrekken we deze partijen bij ons zorginkoopbeleid. Afgelopen jaar organiseerden we onder andere 3 themabijeenkomsten waarin we met verschillende patiëntenorganisaties afstemden hoe we samen kunnen werken aan betere zorg.

Ook hanteerden we een checklist met 10 wensen van patiëntenorganisaties bij het inkopen van patiëntgerichte zorg.

- Via de Ledenraad: De Ledenraad is ons hoogste bestuursorgaan, dat bestaat uit 21 verzekerden van CZ groep. Als voorbereiding op het zorginkoopbeleid nodigden we de Ledenraad uit voor bijeenkomsten die we voor verzekerden organiseerden. Daarnaast zijn ze betrokken bij de evaluatie van het zorginkoopbeleid. We betrekken de Ledenraad hier graag nog meer bij.
- Via onze verzekerden: We betrekken verzekerden door zorg meer in te kopen op waarde en door daarbij kwaliteitsindicatoren te gebruiken die hun ervaringen meten. Daarnaast vragen we naar hun ervaringen via tevredenheidsonderzoeken, panelgesprekken en een-op-een interviews.

Ook ontvangen we signalen uit de media en uit gesprekken met verschillende organisaties die raakvlakken hebben met patiëntenbelangen. Deze signalen pakt de afdeling Patiëntenparticipatie op. Zij stemmen dit waar nodig af met de betreffende inkoopsector.



We betrekken graag verzekerden die eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg nodig hebben. Er zijn echter geen specifieke patiëntenorganisaties die zich hierop richten. Daarom hechten wij veel waarde aan regelmatig overleg met Zorgbelang. Zorgbelang is een regionale organisatie die de algemene patiëntenbelangen in een regio behartigt. CZ groep heeft al meer dan 10 jaar een samenwerkingsovereenkomst met 5 Zorgbelangorganisaties in Gelderland, Limburg, Noord-Brabant, Zeeland en Zuid-Holland; de regio's waar we de meeste verzekerden hebben. Komend jaar gaan we actief samen achterhalen welke zaken extra aandacht nodig hebben bij het inkopen van zorg. Daarnaast wil CZ groep in 2017 en 2018 spiegelgesprekken voeren met patiënten bij instellingen zelf. Wij benaderen hier zelf instellingen voor, maar staan altijd open voor aanmeldingen van instellingen zelf. De uitkomsten van deze gesprekken vormen de input voor het zorginkoopbeleid.

Bijlage 1: Declaratieaspecten GRZ

Kwaliteit van de declaraties

CZ groep is in 2015 gestart met het analyseren van de kwaliteit van de declaraties. Hierbij besteden we specifiek aandacht aan de correcties die ons worden aangeboden. Vooral de correcties waarbij het eigen risico van de verzekerden verrekend wordt, zorgen voor veel administratieve lasten, bij de zorgaanbieder en bij CZ groep. Daarnaast zorgt het voor veel onduidelijkheid bij onze verzekerden. CZ groep gaat inzichtelijk maken waar de kwaliteit van de declaraties verbeterd kan worden. We verwachten dat we door een gezamenlijke inspanning het percentage correcties zo laag mogelijk kunnen krijgen en houden.

Participatie van verzekerden

CZ groep vraagt haar verzekerden actief bij te dragen aan het controleren van de verwerkte declaraties. Zij kunnen ons om aanvullende uitleg vragen en onjuistheden in de declaratie melden. Soms hebben wij echter gerichte informatie van de zorgaanbieder nodig om de juistheid van de declaratie vast te stellen. Een specifiek hiervoor ingerichte backoffice neemt in die situaties contact op met de zorgadministratie van de zorgaanbieder. Uiteraard rekenen wij op een coöperatieve opstelling en verwachten wij hierbij de volledige medewerking van de zorgaanbieder.

Eigen risico na verlopen indientermijn

In artikel 19 lid 4 van de Zorgverzekeringswet staat dat het verplicht eigen risico in rekening mag worden gebracht wanneer de declaratie door de zorgverzekeraar is ontvangen, uiterlijk in het opvolgende kalender jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft. Om ook voor onze verzekerden de zorgkosten snel inzichtelijk te hebben, is in de overeenkomst een indientermijn opgenomen waarbinnen uw declaraties ingediend moeten worden. Indien wij declaraties ontvangen na de vastgelegde indientermijn en wij het verplicht eigen risico niet meer kunnen innen bij onze verzekerden, zullen wij het niet te innen bedrag verhalen op de zorgaanbieder.

Voorschot

Zorgaanbieders die declareren via DBC-zorgproducten, kunnen een verzoek tot bevoorschotting indienen om het onderhanden werk (OHW) te financieren. Het OHW bestaat uit DBC's die nog niet zijn afgesloten. Als de DBC's zijn afgesloten, maar nog niet zijn gedeclareerd, vallen ze onder het OHW plus. Dat wordt niet bevoorschot.

CZ groep stelt bepaalde voorwaarden aan het verstrekken van een voorschot. Die leggen we vast in een bevoorschottingsovereenkomst 2018. Enkel zorgaanbieders

die een overeenkomst met CZ groep hebben gesloten, of waarmee CZ groep voornemens is die te sluiten, komen in aanmerking voor een bevoorschottingsovereenkomst.

Raamwerkovereenkomst

CZ groep werkt sinds 2015 met een 'raamwerkovereenkomst bevoorschotting' en een jaarlijks af te sluiten addendum bij de overeenkomst. In de raamwerkovereenkomst staan de algemene afspraken rondom bevoorschotting. In het addendum worden de specifieke afspraken voor dat jaar vastgelegd, zoals de hoogte van het voorschot. De raamwerkovereenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde tijd en kan eindigen op de momenten die daarin genoemd staan. Het addendum zal jaarlijks worden overeengekomen. Beide documenten moeten ondertekend zijn voordat een instelling in aanmerking komt voor een voorschot. Als de instelling aan de voorwaarden voldoet, wordt het voorschot berekend op maximaal honderd procent van het OHW. Het percentage wordt naar beneden bijgesteld als blijkt dat er niet wordt voldaan aan een of meerdere voorwaarden.

Add-on

In 2016 zijn er voor het eerst Add-ons opgenomen in de productstructuur voor de GRZ. Indien er sprake is van het

gebruik van een Add-on binnen een instelling, kan deze Add-on aan de bestaande overeenkomst worden toegevoegd. Dit gebeurt via een wijziging van de overeenkomst in Vecozo.

Controles

De huidige bekostigingssystematiek is complex. Daarom is een goede controle op de ingediende declaraties van groot belang. In de afgelopen jaren hebben wij onze controles fors uitgebreid.

Vooraf en achteraf controleren

Wij voeren de controles zo veel mogelijk uit tijdens de verwerking van de ingediende declaratie. Omdat dit niet altijd mogelijk is, voeren wij ook controles uit na de verwerking, de zogenoemde achterafcontroles. Aan het begin van elk jaar informeren wij zorgaanbieders op hoofdlijnen over de voorgenomen controles. In de praktijk krijgt niet elke zorgaanbieder te maken met iedere controle; enkel de zorgaanbieders die (mogelijk) onjuist declareren, vragen wij om een reactie.

Daarnaast kunnen wij andere controles aan het plan toevoegen als nieuwe ontwikkelingen in de loop van het jaar daarom vragen. Alle controles worden echter vooraf aangekondigd en wij geven de gelegenheid voor hoor-wederhoor voordat we een conclusie trekken. In lijn met de focus van de NZa zullen we de komende jaren meer aandacht besteden aan de materiële controles, onder andere op basis van dossieronderzoek. In dat verband willen wij benadrukken dat we veel belang hechten aan een complete registratie van verwijzingen, diagnostische onderzoeken, bevindingen en behandelingen in het medisch dossier.

Bij de uitvoering van de materiële controles neemt CZ groep de regels in acht die worden gesteld in artikel 87 van de Zvw, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en het 'Protocol materiële controles' van Zorgverzekeraars Nederland.



Alles voor betere zorg