



## Zorginkoopbeleid 2020

Geriatrische revalidatiezorg  
en eerstelijnsverblijf

**OHRA** Direct  
geregeld

**N** nationale  
nederlanden

# Inhoudsopgave

Voorwoord	4
<b>1 Managementsamenvatting</b>	5
1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2020	5
1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2020	5
1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst	5
<b>2 Visie van CZ groep op de GRZ en het ELV</b>	6
<b>3 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria</b>	9
3.1 Wat is ELV?	9
3.2 Doelgroepen	10
3.3 Samenhang GRZ en ELV met overige vormen van zorg	13
3.4 Waardegedreven zorgcontractering	13
3.5 Financieel	17
3.6 Ruimte voor innovatief zorgaanbod	18
3.7 Toegankelijkheid	18
3.8 Minimumeisen	18
<b>4 Proces contractering 2020</b>	23
4.1 Contractpartners	23
4.2 Tijdpad	24
4.3 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	25
4.4 Bereikbaarheid	25
<b>5 Betrekken van verzekerden bij het zorginkoopbeleid</b>	26
5.1 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	26
5.2 Specifiek beleid ELV en GRZ	26
<b>Bijlage 1: Declaratie-aspecten</b>	28

### Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving. Wijzigingen in wet- of 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. Dat doen we door in onze zorginkoop aan te sluiten bij de regionale zorgbehoeften. Met inwoners, zorgverleners en andere betrokken partijen werken we samen aan betere en betaalbare zorg in de regio. In een aantal regio's experimenteren we met nieuwe organisatievormen om dat zo effectief mogelijk te doen. Zie hiervoor [www.cz.nl/regie-regio](http://www.cz.nl/regie-regio). In deze experimenteerregio's worden afspraken gemaakt die kunnen afwijken van de afspraken voor de reguliere zorginkoop.

## Voorwoord

De rode draad door ons zorginkoopbeleid 2020 is ‘verantwoord en dichtbij’. In onze Zorgvisie 2020-2030 zien wij een toekomstbestendige zorg, waarbij we de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voor onze verzekerden kunnen garanderen. Daarbij willen we hen ondersteunen bij het maken van persoonlijke keuzes in hun zorgvraag.

Hoe geven wij invulling aan ‘verantwoord en dichtbij’? Deze kernbegrippen geven voor ons richting aan de contractering met u als zorgaanbieder. De twee begrippen moeten ook in onderlinge samenhang gezien worden, en hebben een feitelijke en een overdrachtelijke betekenis.

‘Verantwoord’ betekent dat CZ groep zorg wil contracteren die betaalbaar is en die aansluit bij onze **kwaliteitsvisie**. We hanteren daarbij passende, ambitieuze normen. ‘Dichtbij’ is het uitgangspunt van de zorgverlening: thuis of dicht bij huis als dat kan en verder weg als dat beter is voor de kwaliteit. Met ‘dichtbij’ bedoelen we daarnaast: dicht bij de wensen en keuzes van verzekerden wat betreft hun behandeling. Bijvoorbeeld via gezamenlijke besluitvormingstrajecten en de inzet van nieuwe (distributie)vormen van diagnostiek en digitale ondersteuning. Zo maken we behandelingen minder belastend én persoonsgerichter.

Binnen het zorginkoopbeleid voor geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en eerstelijnsverblijf (ELV) is ‘verantwoord en dichtbij’ zichtbaar op diverse plekken. Door een koppeling te maken tussen de hoogcomplexe ELV en de GRZ verwachten we dat het revalidatieklimaat verder toeneemt, waardoor patiënten sneller terug naar huis kunnen. Hierdoor moet een verzekerde soms nét wat verder reizen, maar daar staan een hogere kwaliteit en doelmatigheid van de zorg tegenover. Voor de laagcomplexe ELV-zorg maakt CZ groep juist de keuze om deze zo dicht mogelijk bij de verzekerde te organiseren. Zo kan een huisarts of een andere eerstelijnszorgverlener hier laagdrempelig gebruik van maken. Ook stimuleren we de bredere toepassing van het succesvolle experiment triagebedden, dat we samen met ZZG, CWZ en Kalorama in Nijmegen hebben ontwikkeld. Zo heeft de behandelaar een paar dagen de tijd om (samen met de patiënt) te beoordelen hoe en waar de zorg het beste kan plaatsvinden.

Voor de GRZ leggen we de kwaliteitslat hoog en stellen we voor bepaalde doelgroepen specifieke kwaliteitseisen, zoals deelname aan de regionale CVA-keten en de behandeling van minimaal 60 CVA-patiënten per jaar. Omdat dit beleid kan leiden tot minder aanbieders van deze zorg en CZ groep toegankelijkheid belangrijker vindt dan concentratie, stellen wij dat er binnen circa 25 kilometer of 30 minuten reisafstand minimaal één gecontracteerde locatie voor GRZ en ELV beschikbaar moet zijn. Onze norm voor de maximale reisafstand is afgestemd met onze verzekerden en wordt als positief ervaren. Op basis van deze norm kan CZ groep de afweging maken of de concentratie en de toegankelijkheid van het zorgaanbod met elkaar in evenwicht zijn.

Met ons zorginkoopbeleid 2020 geven we invulling aan ‘zorg die verder gaat’. Door te innoveren, samen te werken en te blijven werken aan structurele vooruitgang, verbeteren we de zorg continu. Wij dagen u uit om samen met ons de zorg in Nederland nóg beter te maken.

**Liselore Kindt**

Manager a.i. V&V-Zvw

## Kern van het zorginkoopbeleid 2020

### 1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2020

Met dit zorginkoopbeleid wil CZ groep de nadruk leggen op samenwerking in de keten, de patiënt op de juiste plaats en het belonen van toegevoegde waarde. Hiervoor zetten we grotendeels het beleid voort dat wij in 2019 hebben ingezet. De kern daarvan is de concentratie van complexe zorg, het transparant maken van resultaten en een juiste toeleiding. Dit doen wij onder andere door:

- volumenormen te stellen voor de geriatrische revalidatiezorg (GRZ);
- het concentreren van hoogcomplex eerstelijnsverblijf (ELV) bij aanbieders die ook GRZ leveren;
- het verstrekken van spiegelrapportages;
- ons waardemodel GRZ;
- focus op zorggebruik naast de kosten per patiënt.

We scherpen ons beleid op een aantal punten aan. Bijvoorbeeld wat betreft het gebruik van klinische uitkomstindicatoren in de GRZ en het belonen van doelmatige zorg in het ELV. Ook werken we het thema 'verantwoord en dichtbij' verder uit, onder meer met triagebedden, ELV PTZ (palliatief terminale zorg) in relatie tot Wijkverpleging PTZ en de substitutie van zorg vanuit het ziekenhuis.

### 1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2020

Voor 2020 voeren we een aantal wijzigingen door in ons zorginkoopbeleid:

- de Barthel-index wordt toegevoegd aan het waardemodel GRZ;
- beloning van doelmatige zorg in het ELV;
- triagebedden worden uitgebreid;
- meer aandacht voor mogelijke substitutie van zorg vanuit het ziekenhuis naar het ELV.

### 1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

Voor 2020 voeren we 2 belangrijke wijzigingen door in de voorwaarden voor een overeenkomst:

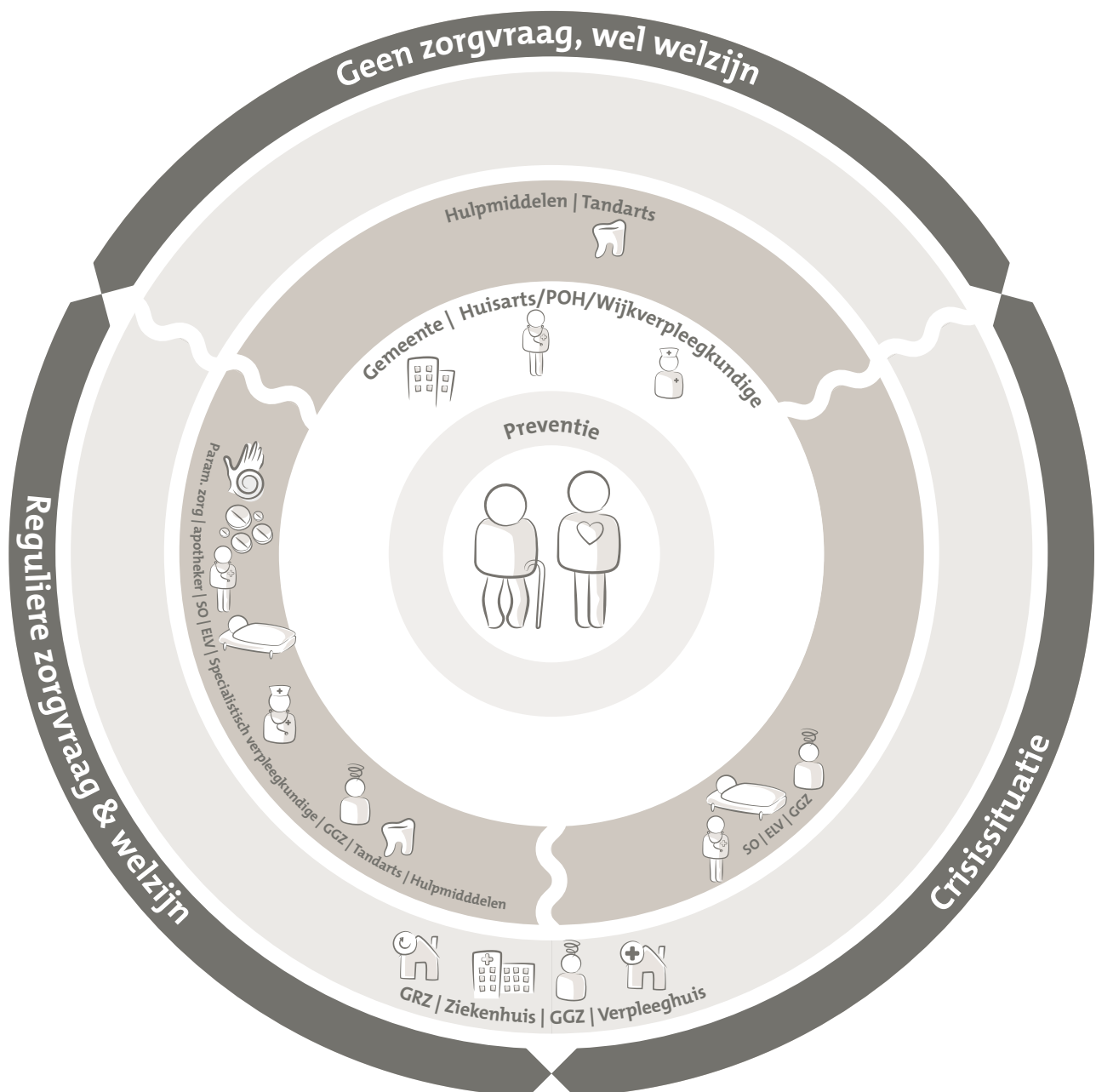
- De eis voor het aanleveren van de monitor ELV is komen te vervallen.
- We bieden bestaande zorgaanbieders ELV een overeenkomst aan voor 2 jaar.

## Visie van CZ groep op de GRZ en het ELV

### ELV en GRZ is ketenzorg

Een sterke en goed georganiseerde keten voor kwetsbare ouderen vergroot de kwaliteit van leven en stelt hen in staat zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Daarvoor moeten zorgprofessionals zoals wijkverpleegkundigen en huisartsen wijkgericht samenwerken met elkaar én met gemeenten, de GGD, eerstelijnsparamedici,

apothekers, ziekenhuizen en zorgaanbieders binnen de Wlz. CZ groep is samen met deze zorgaanbieders hard aan de slag om onze visie op ouderenzorg in co-makship te implementeren om te komen tot een optimale keten om ouderen en mantelzorgers heen. Alleen zo werkt de zorgketen als een geïntegreerd en samenwerkend zorgcontinuüm.



In een aantal regio's waar wij een substantieel markt-aandeel hebben, werken wij samen met de regio aan een zorgcontinuüm. In 2019 en 2020 gaan we daar in overleg om de verzamelde knelpunten in de keten voor ouderenzorg op te lossen. De zorgaanbieders in de regio nemen hierbij het voortouw.

Het ELV en de GRZ zijn voorzieningen die in deze keten een belangrijke rol spelen als kwetsbare verzekerden tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven. Doel van de opname is dat patiënten hun dagelijkse handelingen weer zelfstandig of met beperkte hulp kunnen uitvoeren, zodat ze thuis kunnen blijven wonen. Daarmee dragen GRZ en ELV bij aan de doelstelling om mensen langer en met eigen regie thuis te laten wonen en het beroep op professionele zorg te verminderen. Daarnaast kan ELV ingezet worden voor patiënten die een levensverwachting hebben van minder dan 3 maanden (palliatief terminale zorg, PTZ), als de benodigde zorg thuis niet meer afdoende kan worden geleverd.

### **ELV en GRZ is afstemming**

Voor een goede organisatie van ELV en GRZ in de regionale keten voor zorg aan kwetsbare ouderen is goede triage en een tijdige en volledige overdracht naar de juiste discipline noodzakelijk. Elke schakel in de keten is ervoor verantwoordelijk dat de schakel na hem direct de juiste zorg kan leveren. Deze afstemming vindt op de achtergrond plaats, zodat de patiënt zo min mogelijk last ondervindt van de overgangen in de keten. CZ groep verwacht dat het ziekenhuis, de huisartsen en de instellingen voor ELV en GRZ in een regio periodiek evalueren om de juistheid van de triage, de kwaliteit van de transfer en de trends in de benodigde opnamecapaciteit vast te stellen. Daarnaast maken zij verbeterafspraken om de keten zo optimaal mogelijk te laten functioneren.

### **ELV en GRZ is behandelen**

Bij ELV en GRZ is de zorg vraaggericht ingestoken en volledig gericht op het behalen van de behandel-doelstellingen die vooraf met de patiënt zijn afgesproken. De behandeling is bijvoorbeeld gericht op 'post uit de brievenbus kunnen halen' in plaats van op algemene doelen als '20 meter kunnen wandelen'. In de dagelijkse verzorging moet voorop staan dat de patiënt toewerkt naar zelfstandigheid. Kortom, alles is revalidatie. Hieraan 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 mantelzorgers als co-therapeut. Iemand's 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 daarom belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.

CZ groep heeft ambitieuze doelstellingen voor ELV en GRZ. We zijn echter realistisch genoeg om te weten dat niet al onze ambities op dit moment passen binnen de bestaande regelgeving en doctrines. We gebruiken de komende jaren om te kijken of we manieren kunnen vinden om onze ideeën voor de middellange termijn in de praktijk te brengen. Zo hopen wij de zorg voor onze verzekerden op een kwalitatief (nog) hoger niveau te krijgen en tegelijkertijd betaalbaar te houden.

### **Over 4 jaar...**

CZ groep wil dat de (revalidatie)behandeling in het ELV en de GRZ over 4 jaar volledig rondom de patiënt is georganiseerd. Hierbij is het gebruik van ondersteunende hulpmiddelen zoals e-health vanzelfsprekend en een continue voedingsbodem voor innovatie. Deze hulpmiddelen maken de behandeling leuker en beter, en hebben daarmee een toegevoegde waarde naast de inzet van de zorgprofessionals. De behandelaren en het verpleegkundig personeel kijken door de muren van de instelling heen naar buiten. Dat doen zij om de zorg af te stemmen met de andere betrokken partijen (zoals de familie, de gemeente, de wijkverpleging en de paramedie) én om de revalidatiebehandeling zo veel mogelijk buiten de muren plaats te laten vinden.

Ambulante GRZ is verankerd in de zorgpaden. Crisis-opnames in het ELV zijn geminimaliseerd doordat risicopatiënten beter in kaart zijn gebracht via Advanced Care Planning (ACP), waardoor crises voorkomen worden. Er hoeft niet meer 'geleurd' te worden met een patiënt, want de plaatsen in de regio zijn inzichtelijk en er zijn triagemogelijkheden ingericht. Twijfelt een (huis)arts of wijkverpleegkundige, dan kan hij gemakkelijk consultatie aanvragen bij de specialist ouderengeneeskunde (SO). Dit kan telefonisch, via beeldcommunicatie of face-to-face. Ook kan de SO zo nodig bij de patiënt thuis langsgaan. Patiënten die GRZ nodig hebben, hoeven niet meer onnodig langs de SEH of het ziekenhuis, maar kunnen direct door de huisarts naar de SO worden doorverwezen voor een assessment. Voor ELV en GRZ zijn breed gedragen

(klinische) uitkomstindicatoren beschikbaar. Patiënten, behandelaren, zorgaanbieders en zorgverzekeraars halen hun informatiebehoefte uit een 'transparantieportaal', waarin informatie over behandeluitkomsten, financiële parameters en patiënttevredenheid duidelijk wordt teruggekoppeld.

### Regie in de regio

Deze visie op ELV en GRZ zetten wij in 2020 concreet om in uitgangspunten voor onze landelijke zorginkoop. Sommige regio's waarin CZ groep een groot markt-aandeel heeft, hebben te maken met een specifieke situatie. Een situatie die om een gerichte regionale afstemming vraagt van het sectorale inkoopbeleid. Regio's verschillen van elkaar zowel qua zorgvraag als qua zorgaanbod. Soms zijn de uitdagingen om de zorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief van goed niveau te houden daardoor zo groot, dat we alleen effectief beleid kunnen voeren vanuit een gedeelde regionale visie tussen zorgverzekeraar, (georganiseerde) zorgvragers en zorgaanbieders. Deze integrale aanpak noemen we 'regie in de regio'. Dit sluit aan bij het thema 'verantwoord en dichtbij' in ons zorginkoopbeleid 2020. De regie in de regio blijft niet beperkt tot de zorg (Zvw en Wlz). Zij kent verschillende gradaties en strekt zich waar nodig ook uit tot het sociale domein of zelfs daarbuiten. In deze situatie krijgt de rol van zorginkoop het karakter van co-makership. Co-makership in de regio veronderstelt dat de betrokken partners collectief verantwoordelijkheid nemen voor de regionale opgave. Om de gezondheidszorg duurzaam te maken, lijnen de partners de belangen zoveel mogelijk gezamenlijk op, ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid. Het sectorale zorginkoopbeleid zal dit co-makership faciliteren. Onder meer door het beleid van de meest relevante sectoren onderling af te stemmen in de regio. Maar ook waar nodig door regionaal maatwerk te leveren. In de Mijnstreek in Zuid-Limburg, in Zeeland en in West-Brabant wordt deze integrale aanpak al toegepast.

### Voorbeelden uit de praktijk

#### • Triagebedden

Na onze pilot met dit concept in Nijmegen zijn er inmiddels triagebedden ingericht in West-Brabant, Den Haag en Zuid-Limburg. Meer regio's volgen in 2019. Deze bedden zorgen voor minder 'geleur' met patiënten, ze voorkomen of verkorten de ziekenhuisopnames en zorgen voor een betere doorstroom in de keten. CZ groep volgt ook de pilots van Zilveren Kruis met dit concept.

#### • Logeerhuis Lieshout

In Lieshout is een logeerhuis geopend dat zich richt op patiënten met dementie. Het huis is tot stand gekomen in samenwerking met zorgaanbieders, CZ groep en gemeenten. Dit logeerhuis draagt bij aan het langer verantwoord thuis wonen, het voorkomt overbelasting bij mantelzorgers en de zorg wordt geleverd op de juiste plek. Het logeerhuis verleent met name respijtzorg en voorkomt hiermee crisissituaties en opnames in het ziekenhuis en het ELV. Een mooi voorbeeld van domeinoverstijgende samenwerking waarbij de gemeente medeverantwoordelijkheid neemt.



# Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

## 3.1 Wat is ELV?

ELV is sinds 1 januari 2017 een aanspraak onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). In dit hoofdstuk lichten wij toe wat CZ groep onder ELV verstaat. Dit doen wij specifiek voor ELV, omdat bij deze aanspraak er nog veel discussie bestaat over wat ELV nu eigenlijk inhoudt. Voor GRZ is dit al duidelijker.

Voor het maken van het onderscheid tussen ELV en andere zorgvormen in de praktijk, adviseert CZ groep het gebruik van het afwegingsinstrument ELV van Verenso als richtlijn. In afwijking van dit afwegingsinstrument vindt CZ groep dat er bij hoogcomplexiteit ELV ook revalidatiedoelstellingen kunnen zijn, maar dat de keuze tussen hoogcomplex eerste lijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ) meer afhangt van de intensiteit van de benodigde revalidatie in combinatie met multidimensionale revalidatiedoelen.

De aanspraak ELV is als volgt gedefinieerd: ELV 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'. ELV biedt dus 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en het verblijf is medisch noodzakelijk. Richting verzekerden communiceren wij ELV dan ook als 'kortdurend verblijf'. 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, de specialist ouderengeneeskunde (SO) of de arts verstandelijk gehandicapten (AVG). Binnen de samenhang van verblijf, geneeskundige zorg, verpleging en verzorging zijn verschillende zorgaanbieders actief. Ieder is verantwoordelijk voor zijn eigen inbreng.

ELV is nadrukkelijk niet aan de orde bij:

- ernstige psychiatrische problematiek;
- somatische problematiek waarvoor behandeling door

- een medisch specialist nodig is (MSZ);
- een haalbare intensieve multidisciplinaire revalidatiedoelstelling (GRZ of MSZ);
- hoofdzakelijk sociale problemen (Wmo);
- respijtzorg<sup>1</sup> zonder medische noodzaak (Wmo);
- een bestaande Wlz-indicatie;
- het vermoeden van een langdurige noodzaak voor opname zonder terugkeer naar huis (aanvragen Wlz-(crisis)indicatie).

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

De medische regie en eindverantwoordelijkheid liggen in eerste instantie bij een huisarts (niet per se de eigen huisarts). De huisarts kan een SO of AVG consulteren bij de zorg die hij verleent aan een patiënt in het ELV. Ook kan hij de behandeling en eindverantwoordelijkheid in complexe situaties overdragen aan de SO en/of AVG. De SO heeft een consultatie- en behandelrol binnen het ELV. Vaak draagt de huisarts de zorg om praktische redenen over aan de SO. Het is dan aan de betrokken huisarts en de SO om samen zorginhoudelijke afspraken te maken over de verantwoordelijkheid en te bepalen op welk moment de huisarts de patiënt weer onder zijn hoede neemt. Ook moeten zij gezamenlijk een zorgplan opstellen met als doel 'een zo snel mogelijke terugkeer naar huis'.

<sup>1</sup> 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 mantelzorg uitvalt.'

<sup>2</sup> [www.verenso.nl/dossiers/financiering\\_producten/eerstelingsverblijf](http://www.verenso.nl/dossiers/financiering_producten/eerstelingsverblijf)

Gedurende het ELV-traject is er voor elke patiënt één multidisciplinair zorgplan met één coördinator. Het is belangrijk dat dit zorgplan in samenspraak met de patiënt wordt opgesteld en dat hij daarbij betrokken blijft. Belangrijk onderdeel van het zorgplan zijn de doelen en de voorlopige ontslagdatum. Het verblijf is kortdurend (maximaal 3 maanden met eventueel 3 maanden verlenging) en er is zicht op herstel. Het verblijf is gericht op terugkeer van de patiënt naar zijn eigen woonomgeving (geen Wlz-verblijfssetting).

## 3.2 Doelgroepen

GRZ en ELV worden gekenmerkt door 9 doelgroepen:

- observatie en diagnostiek;
- herstel en behandeling;
- palliatief terminale zorg;
- CVA;
- trauma;
- electieve orthopedie;
- amputatie;
- specifieke comorbiditeit;
- overig.

Voor ELV worden de doelgroepen onderscheiden aan de hand van de zorgvraag. Omdat de zorgvraag in de GRZ al duidelijk is – namelijk: revalideren – worden de doelgroepen voor GRZ onderscheiden op basis van diagnosegroepen, met ieder hun eigen behandelinzet en zorgpaden.

### 3.2.1 Observatie en diagnostiek

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

### Triagebedden

CZ groep is zich ervan bewust dat er een kleine patiëntengroep is waarbij na de ziekenhuisbehandeling onduidelijkheid is over de leerbaarheid en de revalidatie-doelstellingen. Dit kan de transfer vanuit het ziekenhuis belemmeren, omdat niet duidelijk is waar de patiënt het beste op zijn plaats is. Deze patiënten blijven nu vaak

onnodig lang in het ziekenhuis liggen of worden onterecht doorverwezen naar de GRZ of het ELV. Dit kan ook gelden voor patiënten vanuit de thuissituatie.

We willen in een beperkt aantal regio's met één of enkele zorgaanbieders afspraken maken over triagebedden. In zo'n bed mag een patiënt tijdelijk worden opgenomen zonder dat de diagnose al volledig is gesteld of zonder dat het vervolgtraject volledig bekend is. De doelstelling van deze triagebedden is om patiënten sneller op de juiste plaats te krijgen met een juiste diagnose. Met de zorgaanbieders die deze triagebedden hebben, maakt CZ groep een aanvullende productieafpraak voor het experiment.

Om voor afspraken over triagebedden in aanmerking te komen, zijn de volgende criteria opgesteld:

- Voor de triage geldt een maximale termijn van 14 dagen. De gemiddelde termijn is significant korter.
- Triagebedden worden alleen afgesproken bij zorgaanbieders die ELV én GRZ leveren.
- In de keten zijn samenwerkingsafspraken gemaakt over snelle doorstroom na diagnose, met onder meer Wlz-zorgaanbieders, CIZ, ziekenhuizen en andere ketenpartners, zoals de gemeente.
- Triagebedden hebben een regionale functie en worden white label aangeboden. D.w.z. het verplegend personeel mag best in kleding van een bepaalde aanbieder rondlopen, maar zij mogen aanmeldingen vanuit een andere instelling niet weigeren en ook niet alleen naar het eigen aanbod doorverwijzen.
- De beschikbaarheid van de triagebedden moet gekoppeld zijn aan een (sub)regionaal coördinatiepunt.

In principe benadert CZ groep zelf zorgaanbieders om tot afspraken te komen over triagebedden in regio's waar dit als knelpunt is aangemerkt. Door de maximale triageduur van 14 dagen is er sprake van een hoge turnover. Het aantal triagebedden dat per (sub)regio wordt afgesproken, is daarom zeer beperkt en afhankelijk van regionale kenmerken. De doelstelling van CZ groep is om een dekkend netwerk te realiseren in ons kernwerkgebied. Goede initiatieven buiten dat gebied willen we uiteraard wel ondersteunen als de preferente zorgverzekeraar hiervoor aparte inkoopafspraken heeft gemaakt.

### 3.2.2 Herstel en behandeling

De medisch specialist bepaalt of een patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis. Vervolgens kijkt de transferverpleegkundige welke voorziening passend is voor de patiënt. Zij overlegt dit zo nodig met de huisarts en/of

de SO en de patiënt. De transferverpleegkundige geeft een advies met een onderbouwing die ten minste de volgende onderdelen bevat:

- de medische noodzaak voor de opname (en het behandel doel), waaruit blijkt waarom de patiënt nog niet naar huis kan, maar wel ontslagen wordt;
- de waarschijnlijkheid van terugkeer naar de thuissituatie (uitsluiten van een Wlz-vraag).

De eigen huisarts en/of SO wordt zo nodig betrokken bij de beslissing of een ELV-opname noodzakelijk en passend is. Vervolgens wordt er, in samenspraak met de huisarts en/of de SO, een duidelijk zorgplan opgesteld met haalbare doelstellingen. Daarin staan verder de zorginzet én een tijdspad voor de terugkeer van de patiënt naar huis. Afhankelijk van de zorgvraag kan er bij deze doelgroep een meer of minder intensieve behandeling worden ingezet. 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 SO 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 dan geen revalidatiedoel meer, dus het GRZ-traject is voorbij. De SO kan dan, na overleg met de huisarts, naar een ELV verwijzen. Daarbij moet duidelijk de afbakening worden gemaakt tussen ELV en respijtzorg. De optie om een Wmo-indicatie voor verblijf aan te vragen bestaat dus ook.

### 3.2.3 Palliatief terminale zorg (PTZ)

Het kwaliteitskader 'Palliatieve zorg' uit 2017 vormt de basis voor het zorginkoopbeleid van CZ groep voor palliatief terminale zorg (PTZ). Dit kwaliteitskader is richtinggevend geschreven en moet bijdragen aan een landelijk, eenduidig beleid om de palliatieve zorg te verbeteren. Hierbij wordt geredeneerd vanuit de wensen en zorgvragen van de patiënt en diens naasten op fysiek, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak. Vaak zijn meerdere zorgaanbieders betrokken bij de palliatieve zorg aan een patiënt. In het regionaal netwerk Palliatieve Zorg werken zorgaanbieders samen aan goede palliatieve zorg door afstemming binnen de keten. Bijvoorbeeld over reguliere doorstroom, triage, opnamecapaciteit en zorgduur. Dit kan namelijk niet alléén vanuit het ziekenhuis, het ELV of de thuiszorg worden bekeken. Bij ELV in verband met PTZ kan de patiënt niet zonder toezicht alleen thuis zijn op de momenten dat de (professionele) zorgverlener er niet is. PTZ mag alleen in een ELV-setting verleend worden als de levensverwachting van de patiënt bij opname minder dan 3 maanden is. Voor PTZ is een terminaliteitsverklaring

van de geneeskundig behandelaar of huisarts noodzakelijk. CZ groep koopt PTZ niet bij iedere zorgaanbieder met een ELV-voorziening in. Voor ELV PTZ gelden aanvullende kwaliteitseisen. Deze staan genoemd in de minimumvoorwaarden in paragraaf 3.8.

### Substitutie wijkverpleging – ELV PTZ

CZ groep wil onnodige praktijkvariatie in de wijkverpleging PTZ terugdringen. In 2018 hebben wij op basis van spiegelinformatie gesprekken gevoerd met zorgaanbieders die op basis van hun ureninzet en kosten ondoelmatige zorginzet vertoonden. Met hen hebben we verbeterafspraken gemaakt. We zien dat deze praktijkvariatie versterkt wordt door de financiering van hospicezorg onder de aanspraak wijkverpleging daar waar ook de prestatie ELV-PTZ beschikbaar is. Om deze praktijkvariatie verder terug te dringen, hanteren wij voor 2020 een maximumbedrag per dag voor hospices die minimaal 4 bedden gecentreerd aanbieden en zelf verpleegkundigen en verzorgenden in dienst hebben. De zorgaanbieder kan ook (op verzoek en mits hij voldoet aan de voorwaarden voor een overeenkomst ELV) zijn deel van het budget overhevelen en gebruikmaken van de prestatie ELV-PTZ.

### 3.2.4 CVA

De doelgroep CVA is een afgebakende groep, waarbij we onderscheid maken tussen wel en geen cognitieve beperkingen. GRZ 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.

Deze doelgroep is niet alleen complex, maar ook organisatorisch interessant. De aard van de problematiek biedt de mogelijkheid om (een deel van) de revalidatie ambulante te organiseren. De triage van deze patiënten kan in het beginstadium nog lastig zijn, vanwege onduidelijkheid over de leerbaarheid en de revalidatiedoelstellingen. Deze groep is daarom ook gebaat bij triagebedden (zie paragraaf 3.2.1). Aan de andere kant zorgen ontwikkelingen op het gebied van operaties en snelle interventie ervoor dat deze groep patiënten in de GRZ naar verwachting af zal nemen. GRZ op het gebied van CVA kopen we alleen in als de zorgaanbieder jaarlijks minimaal 60 patiënten met de hoofddiagnose CVA behandelt en deel uitmaakt van de regionale CVA-keten.

### 3.2.5 Trauma

De meeste patiënten binnen de GRZ hebben een trauma. Doordat kwetsbare ouderen langer thuis blijven wonen, neemt deze groep toe. Deze mensen zijn over het algemeen heel kwetsbaar. Zij hebben vaak al hulp voorafgaand aan de opname, zoals wijkverpleging. De overdracht van en naar de wijkverpleging en het sociaal domein moet tijdig en volledig plaatsvinden. Ook moeten er samenwerkingsafspraken worden gemaakt met de eerste lijn. Om trauma te voorkomen, stimuleert CZ groep de inzet van valpreventieprogramma's in de wijkverpleging. GRZ op het gebied van trauma kopen we alleen in bij zorgaanbieders die jaarlijks minimaal 70 patiënten behandelen met de hoofddiagnose electieve orthopedie en trauma.

### 3.2.6 Electieve orthopedie

In 2017 is CZ groep gestart met waardegedreven zorgcontractering bij heup- en knieartrose. We willen dat patiënten na een heup- of knie vervanging kwalitatief goede en passende zorg krijgen. GRZ en ELV hebben een belangrijke rol in de nazorg voor deze patiënten. Uit een analyse blijkt dat er grote regionale verschillen zijn in het gebruik van nazorg en de uitstroom uit ziekenhuizen richting de GRZ en het ELV. Ook zijn er grote verschillen in de doorlooptijden in de GRZ. Wij gaan in 2019 met ziekenhuizen, ELV- en GRZ-aanbieders in onze kernwerkgebieden in gesprek om deze verschillen te duiden.

Er is een kleine groep patiënten die na een heupoperatie de eerste periode (maximaal 6 weken) onbelastbaar is, maar waarvoor daarna een GRZ-traject toepasselijk is. Wij bieden zorgaanbieders in ons kernwerkgebied de mogelijkheid om voor deze groep patiënten een aparte afspraak te maken voor de instroom in de GRZ na het ELV. GRZ op het gebied van electieve orthopedie wordt alleen ingekocht bij zorgaanbieders die jaarlijks minimaal 70 patiënten behandelen met de hoofddiagnose electieve orthopedie en trauma.

### 3.2.7 Amputatie

De doelgroep amputatie is zó klein dat zorgaanbieders moeilijk ervaring en expertise kunnen opbouwen. Daarom vindt CZ groep regionale kennisnetwerken wenselijk. Zo'n netwerk moet zo eenvoudig mogelijk worden georganiseerd en heeft als voornaamste doel dat behandelaren elkaar kunnen consulteren en adviseren. De omvang van het netwerk moet werkbaar zijn en passen bij de regionale structuur. De nazorg voor deze doelgroep moet goed geregeld zijn. Vaak zijn bijvoorbeeld woningaanpassingen nodig. Het is belangrijk dat deze tijdig worden aangevraagd,

zodat een patiënt na zijn revalidatie direct naar huis kan. GRZ op het gebied van amputatie wordt alleen ingekocht bij zorgaanbieders die jaarlijks minimaal 60 patiënten behandelen met de hoofddiagnose 'amputatie' en 'overig'.

### 3.2.8 Overig

Binnen deze doelgroep is een enorme diversiteit aan subgroepen en variatie tussen patiënten, zoals COPD, hartfalen en oncologie. We zien dat de instroom van deze groep in de GRZ toeneemt. De triage door de SO, die eventueel in het ziekenhuis plaatsvindt, is bij deze groep extra belangrijk. De betrokken medisch specialisten hebben immers minder ervaring met het inschatten van de revalideerbaarheid. CZ groep gaat met zorgaanbieders in gesprek die in vergelijking met het landelijk beeld een uitzonderlijk hoge instroom van deze groep patiënten hebben. Vanwege de diversiteit is het voor deze groep nóg belangrijker om een behandelplan op te stellen dat specifiek gericht is op de unieke patiënt. Als apart speerpunt wil CZ groep meer focus op het invoeren van 'samen beslissen' voorafgaand aan GRZ voor oncologische patiënten. Deze wens komt mede voort uit onze gesprekken met patiëntenorganisaties en het nieuw ontwikkelde behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie.<sup>3</sup> GRZ op het gebied van overige aandoeningen wordt alleen ingekocht bij zorgaanbieders die jaarlijks minimaal 60 patiënten behandelen met de hoofddiagnose 'amputatie' en 'overig'.

### 3.2.9 Specifieke comorbiditeit

#### Patiënten met dementie

Patiënten met psychogeriatrische beperkingen vragen speciale aandacht. Dementie of 'Mild Cognitive Impairment' speelt hierbij veelal als nevendiagnose, maar ook psychische stoornissen komen voor. Deze patiënten moeten bij hun opname ten minste worden gescreend op het risicoprofiel dementie. Daarnaast kan het wenselijk zijn om een apart zorgpad te ontwikkelen en geriatrische revalidatieplaatsen in te richten voor deze patiënten. Denk daarbij aan een kamer en een afdeling die zó zijn ingericht dat ze de oriëntatie bevorderen, specifieke nachtverlichting hebben, het dag-nachtritme bewaken en fixatie vermijden. Tijdens de zorgverlening moet de mantelzorger en/of casemanager geconsulteerd worden zodat de juiste bejegening wordt toegepast. Ook is er extra aandacht nodig voor de voedings- en

<sup>3</sup> Behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie, 2018, IKNL.

vochtinname, de pijnmeting en de medicatie. Omdat de meerderheid van de aanbieders van GRZ beschikt over een psychogeriatrische afdeling, gaat CZ groep ervan uit dat het behandelend en verzorgend personeel voldoende kennis heeft. Wel kan het zijn dat complexe problematiek in een extra gespecialiseerde (gesloten) setting moet worden behandeld.

#### **Patiënten met wonden**

In de GRZ en het ELV komen ook patiënten met complexe wonden voor. CZ groep vindt het belangrijk dat er een integrale wondzorgketen in de regio is, waarin verschillende zorgaanbieders samenwerken om goede complexe wondzorg op een doelmatige manier te leveren (stepped care). Dat deze aanpak werkt, blijkt uit de aangeleverde data van de gecontracteerde zorgaanbieders over de uitkomsten van de complexe wondzorg. De grootste winst zit in de tijd tussen het ontstaan van een complexe wond en de daadwerkelijke start van de behandeling. Deze is sinds 2016 met minimaal 40 dagen afgenomen voor de leg ulcer (ulcus cruris). Deze aanpak heeft ook een positieve invloed op het genezingsproces. We zien dat de sluitingstijd van complexe wonden afneemt.

Wij verwachten dat instellingen die GRZ en ELV leveren bij complexe wonden zo nodig specialistische kennis inschakelen uit de integrale wondzorgketen. Door de juiste behandeling blijven patiënten niet onnodig lang met een wond zitten, wat een positief effect heeft op de kwaliteit van de zorg, het verdere herstel van de patiënt op andere terreinen, de kwaliteit van leven en op de kosten van de zorg. In het **visiedocument complexe wondzorg** gaan we hier dieper op in.

### **3.3 Samenhang GRZ en ELV met overige vormen van zorg**

Afgelopen jaren is gebleken dat het voor zorgaanbieders soms moeilijk is om te bepalen wat de juiste plaats is voor de behandeling van een specifieke patiënt. CZ groep heeft in het zorginkoopbeleid 2019 de verschillen toegelicht tussen de diverse soorten kortdurend verblijf. Vanwege de leesbaarheid van dit document verwijzen we voor meer informatie naar ons **zorginkoopbeleid GRZ en ELV 2019**.

Het aanbieden van de juiste zorg op de juiste plek vraagt ook van ziekenhuizen dat zij samenwerkingsafspraken maken met zorgaanbieders van GRZ, ELV en wijkverpleging.

Tijdig en goed zicht op welke vervolgzorg patiënten nodig hebben, vereist immers een goede samenwerking. Daarbij is gedeelde professionele kennis vanuit het ziekenhuis en VVT-instellingen onmisbaar. Tegelijkertijd moet er oog zijn voor eventuele (tijdelijke) capaciteitsproblemen bij zorgaanbieders verderop in de keten, bijvoorbeeld door personeelstekorten. Om het zorgproces optimaal te laten verlopen, is het belangrijk dat de regionale zorgverleners continu met elkaar in contact staan over de benodigde vervolgzorg.

Het ziekenhuis is niet de juiste plek voor patiënten die medisch gezien zijn uitbehandeld, maar er zitten ook grenzen aan (versneld) ontslag. De vervolgzorg moet niet zó complex zijn dat de kwaliteit ervan onder druk komt te staan. Bijvoorbeeld doordat gespecialiseerde verpleegkundigen niet voorhanden zijn of doordat de vervolgzorg te complex is of (vele malen) duurder dan de zorg in het ziekenhuis. Momenteel onderzoeken wij de mate van variatie in de vervolgzorg na een opname in het ziekenhuis. Over opmerkelijke zaken gaan wij graag in overleg.

De inzet van de wijkverpleegkundige en de huisarts is cruciaal om te voorkomen dat patiënten in een acute situatie in het ziekenhuis of het ELV terechtkomen. Een groot deel van de patiënten in het ELV ontvangt al wijkverpleging. Hier ligt dus een kans om (acute) opnames te voorkomen. Dat begint bij de inzet van advanced care planning (ACP). Dit is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts of verpleegkundige zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op een moment dat de patiënt zelf (tijdelijk) niet meer in staat is om beslissingen te nemen. Ook gerichte preventie, zoals valpreventie, is hierbij van essentieel belang.

### **3.4 Waardegedreven zorgcontractering**

CZ groep stuurt in het zorginkoopbeleid 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 lage kosten. We willen dus zorg inkopen bij zorgaanbieders die inzetten op hoge kwaliteit én kostenbeheersing. Dan is de waarde voor onze verzekerden zo groot mogelijk.

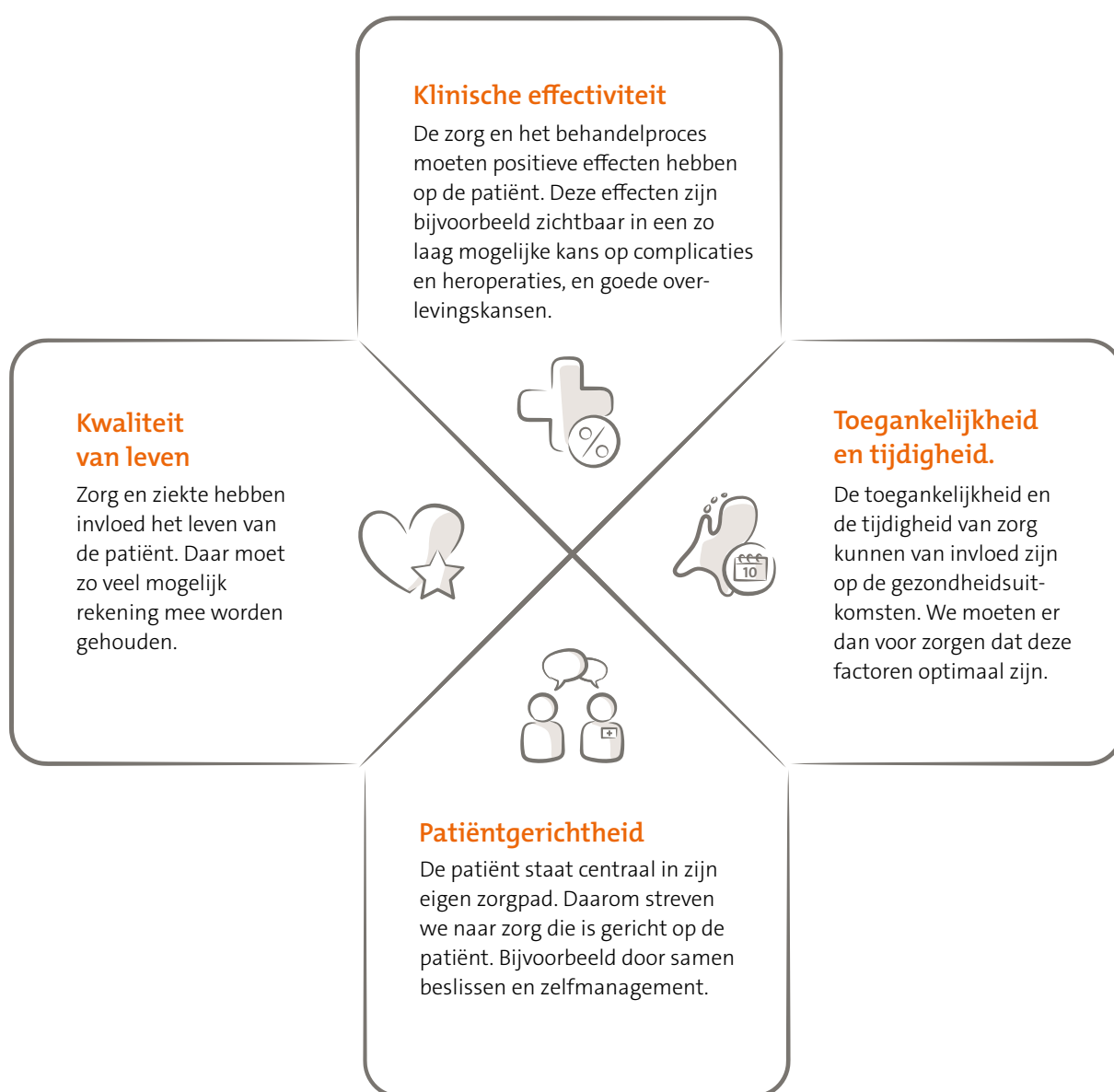
### 3.4.1 Kwaliteit

Een behandeling binnen de GRZ en het ELV is van goede kwaliteit als de patiënt weer langdurig en met een redelijke mate van zelfstandigheid thuis kan wonen, met een goede kwaliteit van leven en na een prettig verlopen herstelproces. CZ groep heeft de kwaliteit van zorg uitgewerkt in een kwaliteitsmodel. Dit is geclusterd in 4 dimensies, geïnspireerd op de indeling die in

verschillende ICHOM-sets wordt gebruikt:<sup>5</sup>

- 1 klinische effectiviteit;
- 2 toegankelijkheid en tijdigheid;
- 3 patiëntgerichtheid;
- 4 kwaliteit van leven.

## Kwaliteit van zorg



<sup>5</sup> Veiligheid en de juiste indicatiestelling zien we als basisvoorwaarden om zorg in te kopen bij een zorgaanbieder. Als de zorg niet veilig of inhoudelijk onvoldoende gemotiveerd is, dan kopen we deze zorg niet in en vergoeden we deze niet. Daarom vallen veiligheid en indicatiestellingen buiten onze definitie van het begrip 'kwaliteit van zorg'. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de basisveiligheid. Wij voeren daarnaast evaluaties uit naar ongewenste en onverklaarde praktijkvariatie.

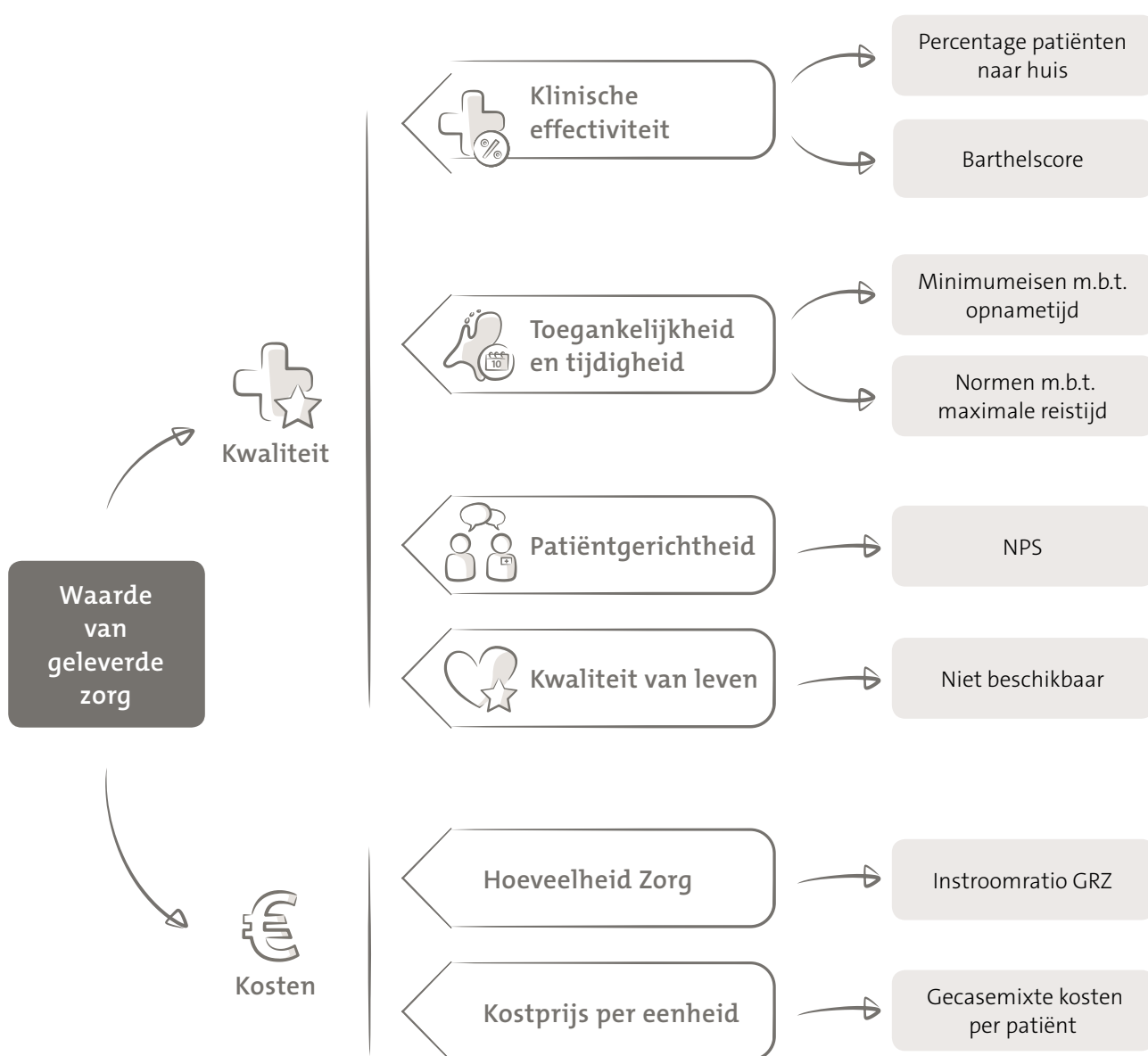
### 3.4.2 Kosten

De kosten voor CZ groep worden bepaald door 2 elementen: de kosten per patiënt en het aantal patiënten. Beide elementen zijn even belangrijk, waarbij we wel onderscheid maken naar het niveau van beoordeling. De kosten per patiënt kunnen wij goed zichtbaar maken en relateren aan de individuele zorgaanbieder. Het aantal patiënten in zorg is niet zo

makkelijk direct te relateren aan de individuele zorgaanbieder, maar maken wij zichtbaar op regioniveau. Wij houden aanbieders in een regio gezamenlijk verantwoordelijk voor het aantal patiënten die zorg ontvangen.

Voor 2020 vertaalt CZ groep dit in het onderstaande waardemodel voor de GRZ:

## Geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf



### 3.4.3 Waardegedreven zorginkoop GRZ

#### Klinische effectiviteit

Voor de klinische effectiviteit kijken we naar het resultaat van de behandeling. Dat bestaat uit 2 pijlers: Hoe is het functioneren van de patiënt vooruit gegaan? En is het uiteindelijke doel van de behandeling behaald, namelijk dat een patiënt weer thuis kan functioneren? De vooruitgang van het functioneren beoordelen wij via de delta-Barthel. Het behalen van het uiteindelijke doel beoordelen wij via het percentage patiënten dat naar huis gaat. We begrijpen dat een percentage van 100% niet haalbaar is, gezien de complexe doelgroep van de GRZ. Toch is het percentage patiënten dat naar huis gaat wel degelijk een belangrijke indicator voor het resultaat. Gebaseerd op de resultaten uit de sector, vinden wij dat dit boven de 80% zou moeten liggen.

#### Toegankelijkheid en tijdigheid

CZ groep stelt de minimumeis dat iemand binnen 48 uur kan worden opgenomen als de medisch specialist heeft geoordeeld dat diegene kan starten met GRZ. In aansluiting hierop nemen steeds meer instellingen ook op zaterdag patiënten op, wat wij een goede ontwikkeling vinden. Daarnaast stelt CZ groep zichzelf de norm dat er een gecontracteerd GRZ-aanbod is binnen 25 kilometer of 30 minuten reistijd van de patiënt. Deze eis prevaleert boven onze minimale volumennormen, maar het vereist wel dat als de minimale volumennorm niet gehaald wordt, de zorgaanbieder via samenwerking met anderen/andere locaties de benodigde kennis en kunde in huis heeft.

#### Patiëntgerichtheid

Het is belangrijk dat alle aspecten van de zorg aansluiten bij de unieke situatie van de patiënt, in termen van doelstelling en belastbaarheid. De ene patiënt wil bijvoorbeeld een trap van 20 treden op kunnen zonder de hulp van een mantelzorger. Een ander wil weer auto kunnen rijden. Daarnaast is het belangrijk dat de informatievoorziening voldoende en begrijpelijk is, dat de behandeling aansluit bij de verwachtingen, dat de mantelzorger wordt betrokken in het proces en dat de bejegening prettig is. Ons patiëntenonderzoek in de GRZ laat zien dat er niet één item is dat zwaarder weegt, maar dat het totaalpakket belangrijk is. Daarom maakt CZ groep bewust de keuze om de patiënttevredenheid op het niveau van de NPS mee te nemen. We gaan ervan uit dat de zorgaanbieder zelf wél een meer gedetailleerde uitvraag naar de patiënttevredenheid doet om zijn verbetercyclus goed in te kunnen richten.

#### Kwaliteit van leven

Op dit moment is de kwaliteit van leven – en het effect van de GRZ-behandeling daarop – nog niet op een landelijk uniforme manier meetbaar en inzichtelijk. Wij vinden dat een goede GRZ-behandeling de kwaliteit van leven van een patiënt zo veel mogelijk gelijk moet houden aan de situatie vóór de ziekenhuisopname.

#### Hoeveelheid zorg

De totale kosten van de GRZ worden bepaald door het aantal patiënten dat deze zorg ontvangt (afhankelijk van de triage en de instroom) en de kosten per patiënt (afhankelijk van de ligduur en de behandelintensiteit). Het aantal patiënten dat deze zorg ontvangt, wordt beoordeeld aan de hand van het instroompercentage. Dit is het aantal verzekerden uit een regio dat gebruik maakt van GRZ gedeeld door het totaal aantal verzekerden ouder dan 75 jaar in dezelfde regio. Het instroompercentage zegt mede iets over de toegang tot de GRZ en daarmee koppelt CZ groep dit ook nadrukkelijk aan de triage. Wij vinden dat de triage en de instroom onlosmakelijk verbonden zijn met afstemming binnen de hele zorgketen en daarmee ook een regionale verantwoordelijkheid zijn. Daarom wordt het instroompercentage ook regionaal inzichtelijk gemaakt en beoordeeld. De woonplaats van de patiënt is hierbij leidend.

#### Kostprijs per zorgeenheid

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 nog steeds een grote praktijkvariatie binnen deze 2 parameters. Wij willen deze praktijkvariatie terugdringen en daarmee ook de gemiddelde kosten per patiënt. Hierbij maken wij onderscheid tussen de 5 verschillende doelgroepen voor de GRZ (zie paragraaf 3.2). CZ groep publiceert de score van de zorgaanbieder op de verschillende onderdelen van het waardemodel in de spiegelrapportageset. De uitkomsten worden besproken tijdens de zorginkoopgesprekken en gebruikt bij de bepaling van productieafspraken.

### 3.4.4 Waardegedreven zorginkoop ELV

Voor het ELV zijn er op dit moment nog geen goede indicatoren voor de geleverde kwaliteit. De NPS wordt voor ELV in de meeste gevallen nog niet specifiek gemeten. Het is hierdoor voor de aanspraak ELV helaas te vroeg om een waardemodel te ontwikkelen waarin we de kosten en de kwaliteit in kaart brengen. Wij streven ernaar om hiervoor in de toekomst wel een waardemodel



te ontwikkelen. Hier zit echter wel een landelijke afhankelijkheid in wat betreft de beschikbaarheid van kwaliteitsindicatoren.

### 3.4.5 Spiegelrapportages

CZ groep wil zorgaanbieders stimuleren om te leren van elkaar op het gebied van kwaliteit en kosten. Dit doen wij onder meer via spiegelrapportages voor ELV en GRZ. Deze worden ook gebruikt om verbeterafspraken te maken met zorgaanbieders die ondoelmatige zorginzet vertonen. Input voor de spiegelrapportage komt uit de declaratiegegevens en andere informatiebronnen, waaronder Vektis. De set geeft zorgaanbieders inzicht in de gemiddelde doorlooptijd van opnamen; we koppelen onder meer de ligduur per doelgroep en de ontslagrichting terug. Zorgaanbieders zien in deze set hun eigen prestaties afgezet tegen het gemiddelde van CZ groep. De spiegelrapportageset wordt samen met het productievoorstel aan de zorgaanbieders verzonden en vormt de basis voor het zorginkoopgesprek.

## 3.5 Financieel

De financiële middelen die voor 2020 beschikbaar zijn, worden bepaald door de begroting die CZ groep vaststelt voor GRZ en ELV. Daarin houden wij rekening met huidige en toekomstige ontwikkelingen. De begroting wordt getoetst aan het Budgettair Kader Zorg (BKZ) 2020, maar is hier geen resultante van. Van de begroting reserveert CZ groep, net als in 2019, 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 ( $p \times q$ ), begrensd met een maximaal omzetplafond. In uitzonderlijke gevallen spreken we met zorgaanbieders een indicatief volume af, dat kan worden aangepast als de situatie in de regio daar aanleiding toe geeft. Zorgaanbieders die voor zo'n afspraak in aanmerking komen, laten goede resultaten zien op het gebied van de kwaliteit en de prijs van zorg, vervullen een voortrekkersrol in de regionale zorgketen voor ouderen en staan bij CZ groep bekend als een betrouwbare en stabiele contractpartij.

Om substitutie van de GRZ naar het ELV te bevorderen, staan wij toe dat er budget van het omzetplafond GRZ wordt overgeheveld naar het omzetplafond ELV. Wanneer een zorgaanbieder wil substitueren, is het wel nodig om

de afzonderlijke afspraken te wijzigen. Hiervoor kunt u contact opnemen met de zorginkoper. Het zorginkoopbeleid van CZ groep is gericht op een doelmatig gebruik van de GRZ en het ELV. Daarmee bedoelen we dat de gemiddelde kosten per verzekerde niet hoger liggen dan het landelijk gemiddelde. Daarom wordt substitutie van het ELV naar de GRZ niet toegestaan.

### Productieafpraak ELV

ELV bestaat uit 3 integrale prestaties, waarbinnen een samenhangend pakket aan zorg en diensten geleverd wordt. Uitzondering hierop zijn farmaceutische zorg, individueel aangepaste hulpmiddelen, eerstelijnsdiagnostiek (niet uitgevoerd door de SO) en de huisartsenzorg. Als de huisarts zorg verleent in het kader van ELV, dan kan hij dit apart declareren conform de NZa-beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Omdat er sprake is van een integraal tarief, kan de zorgaanbieder geen enkele (wijk)verpleegkundige zorg apart declareren gedurende de ELV-opname. Specialistische vormen van verpleging, die vergelijkbaar zijn met medisch specialistische verpleging thuis, komen dus niet voor aparte declaratie in aanmerking.

Binnen het laagcomplexe ELV zetten zorgaanbieders in de meeste gevallen niet of slechts incidenteel paramedische zorg of een behandeling door de SO in. De hoofdbehandeling wordt meestal door de huisarts geleverd. CZ groep houdt hier rekening mee bij de tariefstelling.

### Volume

Om de omvang van de productieafpraak per zorgaanbieder te bepalen, verdeelt CZ groep de zorgaanbieders op basis van hun prestatie (die is afgeleid uit de benchmarkgegevens). Regio's met een hoge opnameratio krijgen geen of minder volumegroei toegekend dan regio's met een lage opnameratio. Zorgaanbieders die voor volumegroei in aanmerking willen komen, moeten inzichtelijk maken welke effecten dit heeft op de regionale keten. (Denk hierbij onder meer aan een besparing op de SEH.) De uitwerking hiervan lichten we toe in de aanbiedingsbrief bij de productievoorstellen. CZ groep houdt bij het productievoorstel ook rekening met de ligduur van patiënten bij een bepaalde zorgaanbieder. De ligduur heeft immers een belangrijk effect op de gemiddelde zorgkosten.

### Tarief

We gaan in 2020 werken met een basis CZ-tarief per prestatie. Daarbij differentiëren we in het tarief op basis

van doelmatigheid, gerelateerd aan de gemiddelde ligduur. Hoe we dit vorm en inhoud gaan geven, wordt nader uitgewerkt. Naar verwachting is er sprake van een prijsopslag of prijsafslag van het tarief op basis van doelmatigheid. De uitwerking hiervan lichten we toe in de aanbiedingsbrief bij de productievoorstellen.

#### **Productieafspraken GRZ**

Voor het bepalen van de omvang van de productieafspraken per zorgaanbieder, baseert CZ groep zich op de realisatiecijfers uit 2017 en 2018. Om een passende contractafspraken te maken, gebruiken wij de benchmarkgegevens uit de spiegelrapportage en de uitkomsten van het waardemodel. Dit kan inhouden dat er verschuivingen plaatsvinden binnen een regio.

Wij mailen de zorgaanbieders, net als in 2018, de spiegelrapportagesets met een productievoorstel. Zorg daarom dat uw e-mailadres bij ons bekend is door dit correct in te vullen in de realisatiemonitor GRZ van juni 2019.

CZ groep werkt met CZ-tarieven. Omdat de meeste aanbieders inmiddels ambulante GRZ en e-health leveren, stoppen wij met het differentiëren op deze punten. De hoogte van het tarief is afhankelijk van de prestaties van de aanbieder op het waardemodel.

### **3.6 Ruimte voor innovatief zorgaanbod**

CZ groep wil ook in 2020 kansen bieden voor innovatief zorgaanbod dat onze verzekerden een duidelijke toegevoegde waarde biedt, dat op een vernieuwende manier invulling geeft aan witte vlekken en dat tot stand is gekomen in samenwerking met huisartsen, zorggroepen, intramurale zorgaanbieders, ziekenhuizen en gemeenten. Dit innovatieve zorgaanbod moet bijdragen aan het oplossen van een lokaal of regionaal gezondheids(zorg) probleem. 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. CZ groep geeft voorrang aan innovatievoorstellen die passen binnen de speerpunten in onze vijfjarenvisie:

- de juiste patiënt op de juiste plaats;
- e-health;
- het vergroten van de zelfredzaamheid;
- ambulante GRZ;
- transparantie.

### **3.7 Toegankelijkheid**

Het doel van ons zorginkoopbeleid is dat er voor al onze verzekerden binnen 25 kilometer of 30 minuten reisafstand minstens één gecontracteerde locatie voor ELV en minstens één gecontracteerde locatie voor GRZ beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat een patiënt na de triage binnen 48 uur wordt opgenomen in een instelling, tenzij in overleg met het ziekenhuis of de huisarts iets anders wordt overeengekomen. Wanneer een zorgaanbieder geen zorg kan leveren binnen de Treeknorm, is het aan hem om een passende oplossing voor de verzekerde te zoeken. Waar nodig kan de aanbieder hiervoor in overleg treden met het CZ Zorgteam.

Wij vinden het wenselijk dat de opnamemogelijkheden van GRZ en ELV zo ruim mogelijk zijn vormgegeven. We juichen opnamemogelijkheden in het weekend dan ook toe. Op dit moment is het nog te vroeg om dit als minimumeis op te nemen, maar mogelijk gebeurt dit wel in toekomstig beleid.

#### **Concentratie hoogcomplexen ELV en GRZ**

CZ groep wil de komende jaren de hoogcomplexen ELV meer gaan concentreren. Wij vinden dat de (revalidatie) cultuur van de GRZ en de ervaring die daar de afgelopen jaren is opgedaan, een positieve invloed heeft op de manier waarop het ELV wordt ingericht. Een analyse van de declaratiegegevens over 2017 en 2018 onderbouwt deze stelling. Zorgaanbieders die een combinatie hebben tussen ELV en GRZ, hebben gemiddeld een kortere ligduur. Hierbij houdt CZ groep oog voor de reisafstand van zijn verzekerden. Als er gebieden zijn waar de verzekerde niet binnen circa 25 kilometer of een halfuur reistijd terecht kan bij het ELV, dan kunnen we hierop een uitzondering maken, onder de voorwaarde dat de kwaliteit door een andere manier van samenwerken met andere organisaties geborgd is. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid.

### **3.8 Minimumeisen**

CZ groep biedt de overeenkomsten voor ELV en GRZ apart aan. Alle zorgaanbieders moeten aantoonbaar (blijven) voldoen aan de volgende eisen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen:

## Algemene minimumeisen

### ELV

### GRZ

De zorgaanbieder is een rechtspersoon.	De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling via een WTZi-beschikking. Bij hoogcomplexe ELV zijn er 24/7 verpleegkundigen van niveau 4/5 aanwezig.	De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling via een WTZi-beschikking. Er zijn 24/7 verpleegkundigen van niveau 4/5 aanwezig.
De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit via de Plan-Do-Check-Act-cyclus en 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 en 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 ELV verleent.	De zorgaanbieder beschikt over een uitgewerkt zorgpad voor de doelgroepen aan wie hij GRZ verleent.
De zorgaanbieder heeft samenwerkingsafspraken over triage, kennisoverdracht en overdracht van patiënten met huisartsen, ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en gemeenten.	De zorgaanbieder heeft samenwerkingsafspraken over triage, kennisoverdracht en overdracht van patiënten met huisartsen, ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en gemeenten.
De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties per doelgroep ELV.	De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties (per doelgroep) voor GRZ.
De zorgaanbieder voert periodiek een patiënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de patiëntenraad en stelt gezamenlijk met de patiëntenraad verbeterplannen op.	De zorgaanbieder voert periodiek een patiënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de patiëntenraad en stelt gezamenlijk met de patiëntenraad verbeterplannen op.
Bij een wijziging van locatie levert de zorgaanbieder de locatiebijlage ELV tijdig en volledig in.	Bij een wijziging van locatie levert de zorgaanbieder de locatiebijlage GRZ tijdig en volledig in.
De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.	De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg 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. <sup>6</sup>

<sup>6</sup> Dan wel de bij invoering van de Wtza relevante regelingen.

## Algemene minimumeisen

ELV	GRZ
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.
Voor de contractering voor de prestatie hoogcomplex ELV geldt dat een zorgaanbieder een aanbod van GRZ én ELV heeft. Uitzondering hierop vormen regio's waar door niet-contracteren een onacceptabel lange reisafstand voor verzekerden ontstaat (meer dan circa 25 kilometer of meer dan een halfuur reistijd). In die gevallen maakt CZ groep afspraken over de manier waarop de zorgaanbieder de kwaliteit van zorg kan borgen door een andere manier van samenwerken met andere organisaties. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid.	Een zorgaanbieder behandelt minimaal 60 CVA-patiënten en/of 70 orthopediepatiënten (electief en trauma) en/of 60 patiënten met een overige diagnose. Uitzondering daarop vormen zorgaanbieders in regio's waar door niet-contracteren een onacceptabel lange reisafstand voor verzekerden ontstaat (meer dan circa 25 kilometer of meer dan een halfuur reistijd). Als het aanbod in deze regio's de minimale volumennormen niet haalt, kunnen we hierop een uitzondering maken. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid. 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: <ul style="list-style-type: none"><li>• Er is sprake van een locatie-overstijgend behandelteam. Dit houdt in ieder geval in dat het hele behandelteam inzetbaar is op alle locaties.</li><li>• Er is sprake van gelijke behandelprotocollen en zorgpaden.</li><li>• Er is sprake van een gezamenlijk MDO.</li><li>• Er is sprake van een gezamenlijk scholingsprogramma en gezamenlijke intervisiemogelijkheden.</li></ul>

## Specifieke minimumeisen voor GRZ en ELV

### ELV

Voor zorgaanbieders die ELV voor PTZ aanbieden, gelden de volgende aanvullende eisen:

- Er is een setting met eenpersoonskamers.
- Er zijn 24/7 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).
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers zich (bij) scholen op het gebied van palliatieve zorg.
- Een verpleegkundige met minimaal niveau 4 is de eerst-verantwoordelijke 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's uit het consultatieteam zijn ten minste gestart met de kaderopleiding Palliatieve zorg of de zogeheten Cardiff-opleiding Palliatieve zorg. De zorgaanbieder maakt indien nodig 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, ook zichtbaar dat hij de patiënt de gewenste geestelijke en spirituele zorg biedt, en dat hij ook de naasten van de patiënt begeleiding en nazorg biedt.
- Nazorg is onderdeel van de palliatieve zorg. Het gaat hierbij concreet om 1 of 2 gesprekken of telefoontjes met de nabestaanden over het verloop van de palliatieve fase van de overledene en over hoe zij de begeleiding daarvan hebben ervaren.
- De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van de LESA-richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak) en de regionale transmurale afspraken (RTA) op het gebied van palliatieve zorg (als die aanwezig zijn binnen het werkgebied).
- De zorgaanbieder maakt gebruik van VPTZ-vrijwilligers in (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg). Zij bieden ondersteuning, rust en concrete hulp in de laatste levensfase.

### GRZ

#### Maximale duur van 6 maanden

Een GRZ-opname duurt maximaal 6 maanden.

In bijzondere gevallen kan CZ groep afwijken van de aanspraak van GRZ 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 zorgverzekeraar (CZ, Nationale Nederlanden of OHRA) moet daarvoor een van de volgende e-mailadressen worden gebruikt:

- [mbz.specialistenhulp@cz.nl](mailto:mbz.specialistenhulp@cz.nl)
- [mbz.specialistenhulp@nn-zorg.nl](mailto:mbz.specialistenhulp@nn-zorg.nl)
- [mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl](mailto:mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl)

## Specifieke minimumeisen voor GRZ en ELV

### ELV

De zorgaanbieder neemt deel aan een regionaal coördinatiepunt, waarin in ieder geval sprake is van één telefoonnummer voor huisartsen en ziekenhuizen die ELV in willen zetten. Verder is de actuele beschikbaarheid van bedden duidelijk. Ook is er een consultatiefunctie ingericht voor de SO.

De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (volgens richtlijnen en protocollen die binnen de beroepsgroep worden gehanteerd, zoals de NHG-standaarden).

De zorgaanbieder maakt afspraken over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen het ziekenhuis en het ELV en tussen de huisarts en het ELV bij opname en ontslag.

### GRZ

De zorgaanbieder levert transparantie op het gebied van kwaliteit en kosten (indicatoren) door het tijdig en volledig aanleveren van het formulier realisatie GRZ, conform het proces dat is beschreven op de website van CZ groep.

Als er in 2019 landelijk afspraken gemaakt worden over het anders aanleveren/opleveren van de gevraagde informatie, dan kan deze minimumeis komen te vervallen.

De zorgaanbieder beschikt over een SO, die bij voorkeur is opgeleid tot kaderarts geriatrische revalidatie.

De zorgaanbieder neemt deel aan de lokale CVA-keten (in het geval van CVA).

De zorgaanbieder volgt in zijn opnamebeleid het triageprotocol en heeft een geriatrisch assessment uitgevoerd als er geen sprake is van voorafgaande ziekenhuisopname.

De opnamemogelijkheden zijn afgestemd op het transferbeleid van het verwijzende ziekenhuis en instroom vanuit thuis. 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 GRZ.

## Proces contractering 2020

### 4.1 Contractpartners

CZ groep maakt bij het sluiten van een overeenkomst met contractpartners voor ELV en GRZ onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders.

#### Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2019 een overeenkomst hebben met CZ groep en die op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. CZ groep biedt per zorgaanbieder en per aanspraak één overeenkomst aan. Bestaande zorgaanbieders voor ELV bieden we standaard een overeenkomst voor 2 jaar aan, mits zij voldoen aan de eisen uit paragraaf 3.8 en er geen zwaarwegende argumenten zijn om dit niet te doen. Voor GRZ heeft CZ groep in 2018 met het overgrote deel van de aanbieders een meerjarige overeenkomst gesloten.

De zorgaanbieder is verplicht om CZ groep tijdig te informeren over wijzigingen die betrekking hebben op de voorwaarden waaronder de overeenkomst is afgesloten. We hanteren het principe high trust, high penalty. Dit betekent dat wij geen algemene controle uitvoeren op het voldoen aan de voorwaarden uit de overeenkomst, maar dat we ons het recht voorhouden om maatregelen te treffen als we gedurende de looptijd van de overeenkomst constateren dat aan één of meer voorwaarden of vereisten niet wordt voldaan. Dit leidt in het uiterste geval tot beëindiging van de overeenkomst.

#### Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2019 geen overeenkomst met CZ groep hebben voor de betreffende zorgvorm, of die in 2019 geen zorgkosten hebben gedeclareerd. Zij moeten in aanvulling op het bovenstaande voldoen aan deze voorwaarden:

- De zorgaanbieder heeft een toegevoegde waarde ten opzichte van de huidige zorgaanbieders door een vernieuwend zorgaanbod en/of een betere prijs-kwaliteitverhouding.
- De zorgaanbieder wil GRZ en/of ELV leveren op een

locatie waar een onacceptabel gebrek aan zorgaanbod is. Momenteel zijn bij CZ groep geen locaties bekend waar dit het geval is.

- Met nieuwe zorgaanbieders sluiten we standaard een overeenkomst voor de duur van 1 jaar. Hieraan gekoppeld kunnen resultaatsafspraken worden gemaakt.

Bij een vernieuwend zorgaanbod vinden wij het belangrijk dat de innovaties zich richten op de volgende thema's:

- de juiste patiënt op de juiste plaats (in het verlengde van het KPMG-onderzoek 'De juiste zorg op de juiste plek');
- e-health;
- het vergroten van de zelfredzaamheid;
- ambulante GRZ;
- transparantie.

CZ groep hanteert geen inschrijvingstermijn. Nieuwe zorgaanbieders kunnen het hele jaar door een digitale vragenlijst invullen in VECOZO. Om deze diensten te kunnen gebruiken, is een juist en geldig certificaat vereist (zie voor meer informatie:

[www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden](http://www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden)). Een integriteitsonderzoek maakt deel uit van de beoordeling van nieuwe zorgaanbieders.

#### Uitsluitingen

Niet alle zorgaanbieders komen in aanmerking voor een overeenkomst met CZ groep voor 2020. Dit geldt in ieder geval voor de zorgaanbieder:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
-



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

## 4.2 Tijdpad

Planning	Activiteiten
1 april 2019	Publicatie zorginkoopbeleid ELV & GRZ
5 augustus	Verzending spiegelrapportages GRZ + productievoorstel 2020
5 augustus	Verzending spiegelrapportages ELV + productievoorstel 2020
Vóór 1 september	Offertes GRZ in VECOZO
1 september t/m 30 oktober	Onderhandelingen
12 november 2019	Publicatie gecontracteerd aanbod



## 4.3 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk op 12 november presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2020. Op [www.cz.nl/zorgvinder](http://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 contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden;

## 4.4 Bereikbaarheid

Via de website van CZ groep, [www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/eerstelijnsverblijf](http://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/eerstelijnsverblijf) en [www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/geriatrische-revalidatiezorg](http://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/geriatrische-revalidatiezorg), informeren wij u steeds over de laatste stand van zaken.

Vragen kunt u – afhankelijk van het onderwerp – mailen naar een van de volgende mailadressen:

Onderwerp vraag	ELV	GRZ
Contractering, monitoring en inschrijving	<a href="mailto:rz.eerstelijnsverblijf@cz.nl">rz.eerstelijnsverblijf@cz.nl</a>	<a href="mailto:rz.grz@cz.nl">rz.grz@cz.nl</a>
Declaraties	<a href="mailto:poz.eerstelijnsverblijf@cz.nl">poz.eerstelijnsverblijf@cz.nl</a>	<a href="mailto:poz.grz@cz.nl">poz.grz@cz.nl</a>
Inkoopbeleid en relatiebeheer	<a href="mailto:eerstelijnsverblijf@cz.nl">eerstelijnsverblijf@cz.nl</a>	<a href="mailto:grz@cz.nl">grz@cz.nl</a>
Zorginhoudelijke vraag op verzekerdeniveau		<a href="mailto:zorgteam@cz.nl">zorgteam@cz.nl</a>
Individuele casuïstiek voor machtigingen ter beoordeling aan ons voorleggen		Afhankelijk van de verzekering van de patiënt: <a href="mailto:mbz.specialistenhulp@cz.nl">mbz.specialistenhulp@cz.nl</a> <a href="mailto:mbz.specialistenhulp@nn-zorg.nl">mbz.specialistenhulp@nn-zorg.nl</a> <a href="mailto:mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl">mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl</a>

Let op dat u geen verzekerdengegevens meestuur naar de algemene mailadressen! Naar de adressen van [zorgteam@cz.nl](mailto:zorgteam@cz.nl) en [mbz.specialistenhulp@cz.nl](mailto:mbz.specialistenhulp@cz.nl) is dit wel toegestaan.

## Betrekken van verzekerden bij het zorginkoopbeleid

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

CZ groep wil zorg inkopen die in het belang van onze verzekerden is. Dat doen we door verzekerden en hun vertegenwoordigers actief en structureel te betrekken bij onze zorginkoop.

#### Luisteren naar de patiënt verbetert de zorginkoop

Dankzij patiëntenervaringen<sup>7</sup> en betrokkenheid van patiëntenorganisaties en onze Ledenraad krijgen we beter inzicht in de wensen en behoeften van patiënten. Op basis van hun input vormen en toetsen wij het zorginkoopbeleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben.

Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid van zorg en/of transparantie van zorginkoop leest u [hier](#). In welke mate de sector ELV en GRZ patiëntenorganisaties en verzekerden betreft bij het vormgeven van het zorginkoopbeleid voor 2020 en wat hiermee bereikt is, leest u hieronder in paragraaf 5.2.

### 5.2 Specifiek beleid ELV en GRZ

We betrekken graag verzekerden die ELV en GRZ nodig hebben. Er zijn echter geen patiëntenorganisaties die zich specifiek hierop richten. Daarom voert CZ groep periodiek een patiëntenonderzoek uit, waarbij wij patiënten via een enquête bevragen over hun ervaringen met de zorg die zij hebben gehad. Om en om zijn de

wijkverpleging, de GRZ en het ELV hiervoor aan de beurt. In 2019 heeft dit onderzoek plaatsgevonden voor de GRZ. Daarnaast hechten wij veel waarde aan regelmatig overleg met 5 Zorgbelang-organisaties in Gelderland, Limburg, Noord-Brabant, Zeeland en Zuid-Holland; de regio's waar we de meeste verzekerden hebben. De input die Zorgbelang heeft geleverd en de uitkomsten van het patiëntenonderzoek nemen we mee bij het opstellen van het zorginkoopbeleid.

Uit onderzoek van Zorgbelang bleek bijvoorbeeld dat ACP veel eerder ingezet moet worden om inzicht te krijgen in de normen, waarden en toekomstverwachtingen van onze verzekerden. Door tijdig het gesprek hierover aan te gaan, kan de verpleegkundige ook langs deze weg de eigen regie van mensen versterken en bevorderen, en voorkomen dat verzekerden vanuit crisissituaties in de Wlz of het ELV belanden. Daarom besteden we in dit zorginkoopbeleid opnieuw aandacht aan het gebruik van ACP voorafgaand aan het ELV.

#### Patiëntenonderzoek GRZ

Afgelopen jaar heeft CZ groep ook zelf onderzoek gedaan naar de ervaringen van onze verzekerden binnen de GRZ. Zo'n 200 patiënten hebben onze patiënten-enquête ingevuld. Dit zijn de belangrijkste uitkomsten van dit onderzoek:

- De normen voor toegankelijkheid en bereikbaarheid passen bij de wensen van de patiënten.
- De NPS is met 8% positief. In de GRZ-monitor staan wel significant hogere NPS scores.
- Patiënten zijn positief over: bezoektijden, de fysieke ruimte en duidelijke doelstellingen.
- Patiënten zijn minder positief over: het eten, de uitleg en de betrokkenheid van de arts.

<sup>7</sup> Voor de leesbaarheid hebben we gekozen voor de term 'patiënt'. Dit woord staat ook voor zorggebruiker, naaste, ervaringsdeskundige en patiëntvertegenwoordiger.

- De detailstellingen over hoe het verblijf is ervaren (Was er bijvoorbeeld genoeg ruimte voor bezoek?) correleren op zichzelf niet sterk met de NPS.
- De detailstellingen over hoe het verblijf is ervaren, samengenomen in een somscore, correleren redelijk sterk met de NPS.
- We zien dat mensen vaak hogere scores geven als zij zijn opgenomen op de locatie van hun eerste voorkeur, als ze jonger zijn, en als zij zelf de vragenlijst invullen.
- Bijna 85% van de patiënten weet niet wat zijn behandeling heeft gekost.
- 25% van de respondenten geeft aan geen inspraak te hebben gehad in het behandelplan en 15% geeft aan überhaupt geen behandelplan te hebben gehad.

Deze conclusies ondersteunen ons beleid rondom toegankelijkheid en het gebruik van de NPS als uitkomstmaat voor patiënttevredenheid. Vanwege het lage kostenbewustzijn bij patiënten blijft CZ groep zich verantwoordelijk voelen voor het betaalbaar houden van de GRZ. Wij blijven ons dus ook sterk richten op de doelmatige inzet van GRZ.



## Declaratie-aspecten

### 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 én 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 zijn verzekerden om 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 specifieke 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. Enkel zorgaanbieders die een overeenkomst GRZ met CZ groep hebben gesloten, of waarmee wij die nog willen sluiten, komen in aanmerking voor een bevoorschottings-overeenkomst voor GRZ.

### Raamwerkovereenkomst

CZ groep werkt sinds 2015 met een 'raamwerkovereenkomst bevoorschotting' voor GRZ 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

wordt jaarlijks 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 100% van het onderhanden werk (OHW). Het percentage wordt naar beneden bijgesteld als blijkt dat de instelling niet voldoet aan een of meer voorwaarden.

### 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 kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft. Om ook voor onze verzekerden de zorgkosten snel inzichtelijk te hebben, is in de overeenkomst een termijn opgenomen waarbinnen uw declaraties ingediend moeten worden. Als wij declaraties ontvangen na de vastgelegde indientermijn en wij het verplicht eigen risico niet meer kunnen innen bij onze verzekerden, verhalen wij het niet te innen bedrag op de zorgaanbieder.

### Voorschot

Zorgaanbieders die declareren via DBC-zorgproducten voor GRZ, kunnen een verzoek tot bevoorschotting indienen om het 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 2020.

### Add-on

In 2016 is er voor het eerst een add-on opgenomen in de productstructuur voor de GRZ. Als een instelling een add-on gebruikt, kan deze 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 van de ingediende declaraties van groot belang. 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 declaraties. 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 en wederhoor voordat we een conclusie trekken. In lijn met de focus van de NZa besteden we de komende jaren meer aandacht aan de materiële controles, onder meer op basis van dossieronderzoek. Wij willen hierbij 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.



**Zorg die verder gaat**