

Zorginkoopbeleid

Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg 2021



OHRA Direct
geregeld

 **nationale
nederlanden**

Versie	Datum publicatie	Toevoeging/wijziging	Pagina	Reden
1.0	1 april 2020	-	-	-
1.1	9 juli 2020	Verwijderen van de 'd' achter Advanced.	13 en 28	Er staat Advanced Care Planning, maar we bedoelen Advance Care Planning wat betekent de zorg vooruit plannen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Managementsamenvatting	5
1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2021	5
1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2021	5
1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst	5
2 Visie van CZ groep op ELV en GRZ	6
3 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	9
3.1 Kernwerkgebied	9
3.2 Minimumeisen	10
3.3 Doelgroepen	10
3.4 Observatie en diagnostiek	10
3.5 Samenhang GRZ en ELV met overige vormen van zorg	13
3.6 Coördinatiefunctie	14
3.7 Waardegedreven zorgcontractering	14
3.8 Financieel	18
3.9 Productieafspraken ELV en GRZ	18
3.10 Toegankelijkheid	18
3.11 CZ groep stimuleert innovatie	19
3.12 Zorgplicht	19
4 Proces contractering 2021	20
4.1 Contractpartners	20
4.2 Bestaande zorgaanbieders	20
4.3 Nieuwe zorgaanbieders	20
4.4 Het omzetplafond	21
4.5 Tijdpad	22
4.6 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	22
4.7 Bereikbaarheid	23
4.8 Controle van declaraties	23
5 Betrokkenheid van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	24
5.1 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	25
5.2 Specifiek beleid ELV en GRZ	25
Bijlage 1 Declaratie-aspecten	26
Bijlage 2 Nadere uitwerking coördinatiefunctie	28
Bijlage 3 Minimumeisen	29

Vorbehoud

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. In deze experimenteerregio's worden afspraken gemaakt die kunnen afwijken van de afspraken voor de reguliere zorginkoop.

Voorwoord

CZ groep wil dat iedere verzekerde toegang heeft tot zorg van goede kwaliteit. Tegelijkertijd willen we de zorgkosten voor de maatschappij beheersbaar houden. Dat is een flinke opgave! Bovendien staat de zorg voor grote uitdagingen, zoals arbeidstekorten, een snelle toename van multimorbiditeit en druk op de financiële middelen.

Daarom stimuleert CZ groep zorgaanbieders om hun zorg continu te verbeteren. Ontwikkelingen als data science, procesinnovatie en zelfmonitoring kunnen waardevol zijn voor onze verzekerden. Daarom zoeken we steeds meer de verbinding met zorgaanbieders. Dat doen we onder meer via onze zorgvisie, waarin we met het concept van Duurzame Coalities andere manieren van samenwerking onderzoeken – naast de traditionele zorginkoop.

Succesvolle innovaties en mooie resultaten vertaalt CZ groep naar landelijke inkoopvoorwaarden voor alle zorgaanbieders waarmee wij een contract afsluiten. Zo krijgen al onze verzekerden steeds betere en klantgerichtere zorg. In ons zorginkoopbeleid voor 2021 vindt u de actuele contractvoorwaarden.

‘Verantwoord en Dichtbij’ blijft ook dit jaar onze denkrichting voor het zorginkoopbeleid. Daarbij leggen we de lat voor alle zorgaanbieders weer nét iets hoger. Zo blijft de zorg voor iedereen toegankelijk én van goede kwaliteit.

Binnen het zorginkoopbeleid voor geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en eerstelijnsverblijf (ELV) focussen we ons op de toegang tot zorg. In onze visie is met name de toegang tot de juiste zorg op het juiste moment belangrijk, om langer thuis wonen mogelijk te maken. Door al vanaf het begin goed te selecteren welke mensen op welke plaats het beste af zijn, kunnen we de kwaliteit van leven voor verzekerden verhogen, én zijn we in staat het feitelijke probleem aan te pakken. Is er bijvoorbeeld een tekort aan eerstelijnsverblijf, zijn er te weinig verpleeghuisplaatsen, is er te weinig thuiszorg of is er een tekort aan revalidatieplaatsen? CZ groep spant zich maximaal in om een oplossing te realiseren voor het feitelijke probleem. Een belangrijke instrument om problemen in de toegang te reduceren is een goed functionerend coördinatiepunt. In zijn kernwerkgebieden zal CZ groep actief sturen op de totstandkoming hiervan.

Net als vorig jaar zetten wij de discussie over de kwaliteit van zorg in relatie tot de spreiding daarvan voort. Daarnaast besteden wij het komende jaar in de inkoop nog meer aandacht aan de prestaties van zorgaanbieders op eerstelijnsverblijf. Binnen de aanspraak GRZ focussen we op het inzichtelijk krijgen van de doelgroep ‘overige’, om te kijken of daarin specifieke groepen zijn die extra aandacht behoeven. 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.

Yvonne Hijnen

Manager zorginkoop V&V-Zvw

Managementsamenvatting

1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2021

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 voorgaande jaren 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;
- onze waardemodellen ELV en GRZ;
- focus op zorggebruik naast de kosten per patiënt;
- het stimuleren en helpen doorontwikkelen van een coördinatiefunctie in onze kernwerkgebieden.

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 door middel van een waardemodel. 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 2021

Voor 2021 voeren we een aantal wijzigingen door in ons zorginkoopbeleid:

- Voor de aanspraak ELV hebben we een waardemodel ontwikkeld. Dit modelgebruiken we bij het beoordelen van zorgaanbieders en bij het inkopen van zorg.
- We gaan differentiëren op tarieven en volume, op basis van uitkomsten van het waardemodel.
- We werken de coördinatiepunten en onze rol in de financiering daarvan, uit in beleid.
- We besteden meer aandacht aan de mogelijke substitutie van zorg vanuit het ziekenhuis naar het ELV.
- We gaan ons verdiepen in de doelgroep 'overig' binnen de GRZ en we gaan hierover een visie ontwikkelen.

1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

Voor 2021 voeren we 2 belangrijke wijzigingen door in de voorwaarden voor een overeenkomst:

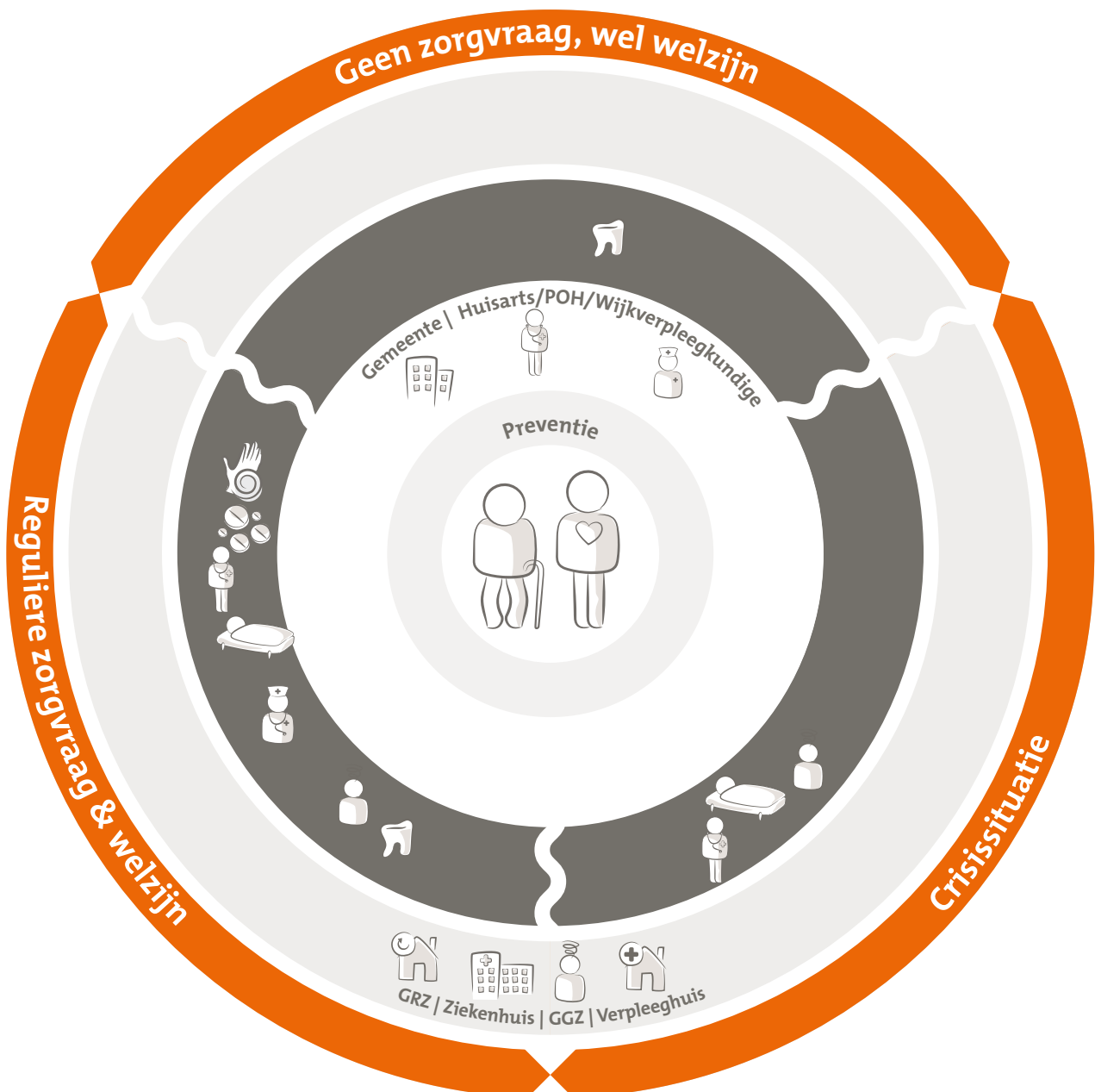
- We hebben minimumeisen geformuleerd om in aanmerking te komen voor financiering van een coördinatiefunctie.
- Inschrijving van nieuwe zorgaanbieders is niet meer gedurende het hele jaar mogelijk.

Visie van CZ groep op ELV en GRZ

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. Samen met deze zorgaanbieders zijn we in onze kernwerkgebieden hard aan de slag om onze visie op ouderenzorg in *co-makership* 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 2021 focussen we op het beschikbaar maken van een coördinatiepunt (breder dan ELV), om ouderen te triageren en te begeleiden naar de voor hen optimale zorg. Wij verwachten dat de zorgaanbieders in de regio hierin het voortouw nemen.

ELV en GRZ zijn voorzieningen die in deze keten een belangrijke rol spelen als kwetsbare mensen tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woon-omgeving 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 opname-capaciteit vast te stellen. Daarnaast verwachten we dat zij verbeterafspraken maken om de keten zo optimaal mogelijk te laten functioneren.

Zorg is gericht op zelfredzaamheid van de burger

Bij ELV en GRZ is de zorg vraaggericht ingestoken en volledig gericht op het behalen van de behandeldoelstellingen 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 en zelfredzaamheid. Kortom, alles

is revalidatie. Soms is het ook zinvol om een patiënt tijdens zijn zorgproces te helpen met het versterken van de zelfredzaamheid, bijvoorbeeld door uit te leggen hoe hij met beeldschermzorg om moet gaan of wat een goed leefritme is. 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 mantelzorger als cotherapeut.

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 3 jaar...

CZ groep wil dat de (revalidatie)behandeling in het ELV en de GRZ binnen 3 jaar volledig rondom de patiënt is georganiseerd. Tot onze blijdschap merken wij dat een aantal zorgaanbieders al werk maakt van het inzetten van hulpmiddelen en e-health om de revalidatie leuker en effectiever te maken. Daarmee hebben deze middelen een toegevoegde waarde voor zorgprofessionals. Ook zien wij steeds vaker instellingen die hun blik naar buiten richten. Zij betrekken de omgeving van de patiënt (zoals de familie, gemeente, wijkverpleging en de paramedie) zoveel mogelijk bij de behandeling en verplaatsen die behandeling, indien mogelijk, zelfs naar de extramurale setting. Het feit dat geneeskundige zorg voor specifieke patiënten (GZSP) nu onder de Zvw valt, helpt daarbij. Wij moedigen andere zorgaanbieders van harte aan om dit goede voorbeeld te volgen. Daarnaast zetten wij vooral in op de beschikbaarheid van een breed coördinatiepunt in de regio, waardoor er niet meer 'geleurd' hoeft te worden met een patiënt.

CZ groep wil graag dat patiënten die GRZ nodig hebben, straks niet meer eerst langs de SEH of het ziekenhuis hoeven, maar direct door de huisarts naar de SO kunnen worden doorverwezen voor een assessment. Voor ELV en GRZ vinden wij het belangrijk dat er breedgedragen (klinische) uitkomstindicatoren beschikbaar zijn. Daardoor kunnen patiënten, behandelaren, zorgaanbieders en zorgverzekeraars in een 'transparantieportaal' duidelijke informatie vinden over behandeluitkomsten, financiële parameters en patiënttevredenheid.

Regie in de regio

Deze visie op ELV en GRZ zetten wij in 2021 concreet om in uitgangspunten voor onze landelijke zorginkoop. Sommige regio's waarin CZ groep een groot marktaandeel 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 2021. 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 zo veel 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

Hieronder beschrijven we enkele voorbeelden uit de praktijk waarin sectoroverstijgend gedacht wordt om de zorg in de ELV en GRZ effectiever te maken.

Triagebedden

Na onze pilot met dit concept in Nijmegen zijn er inmiddels triagebedden ingericht in West-Brabant, Den Haag en Zuid-Limburg. Deze bedden zorgen voor minder 'geleur' met patiënten, ze voorkomen of verkorten de ziekenhuisopnames en zorgen voor een betere doorstroom in de keten. Inmiddels zijn in vrijwel alle regio's dergelijke triagebedden ingericht of gesprekken daarover gaande. CZ groep volgt ook de pilots van andere zorgverzekeraars met een vergelijkbare inhoudelijke doelstelling.

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.

Proeftuin Revalidatie & Herstel

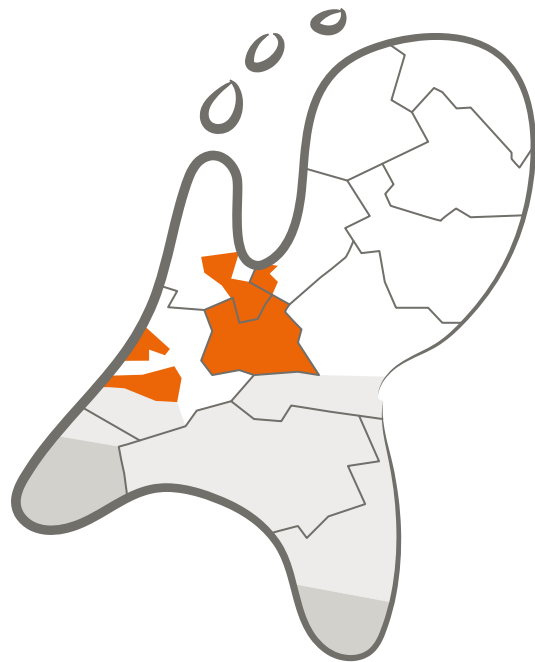
In de regio Nijmegen zijn ZZG Herstelcentrum en CZ groep een proeftuin rondom het thema Revalidatie en Herstel gestart. Gestreefd wordt naar een toekomstbestendige aanpak voor de revalidatie- en herstelzorg. De activiteiten binnen de proeftuin zijn gericht op het bieden van revalidatie- en herstelzorg op maat en het ontlasten van de spoedketen.

Inhoudelijke focus beleid en inkoopcriteria

3.1 Kernwerkgebied

Wij focussen vooral op onze kernwerkgebieden, waarin wij met zorgaanbieders samenwerken aan de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg. In deze kernwerkgebieden stimuleren we een goedwerkende coördinatiefunctie en investeren we in pilots, experimenten en het implementeren van de visie op ouderenzorg. De zorgaanbieders in de regio nemen hierin het voortouw. Experimenten en het vormgeven van duurzame coalities kunnen leiden tot andere afspraken dan opgenomen in dit inkoopbeleid. In de CZ zorgkantoorregio's is CZ groep als representant verantwoordelijk voor het maken van afspraken over het ELV-coördinatiepunt per regio.

Ook buiten onze kernwerkgebieden hebben wij een belangrijke rol. In deze buitengebieden richten we ons vooral op de toegankelijkheid van zorg in het kader van onze zorgplicht. Ten aanzien van bijzondere afspraken, zoals experimenten, triagebedden en de coördinatiefunctie, volgen we waar mogelijk de preferente zorgverzekeraar in de gemaakte afspraken.



Kernwerkgebieden

CZ groep in licht- en donkergrijs aangegeven: Zeeland, Zuid-Hollandse Eilanden, West-Brabant, Zuidoost-Brabant, Midden-Brabant, Noordoost-Brabant, Nijmegen, Limburg en Haaglanden. Regie in de regio vindt plaats in Zeeland en Zuid-Limburg (donkergrijs aangegeven).

Aandachtgebieden

CZ groep in oranje aangegeven: Rotterdam, 't Gooi, Utrecht en Amsterdam.

Buitengebieden

In wit aangegeven: Noord-Holland Noord, Zaanstreek/Waterland, Kennemerland, Amstelland-Meerlanden, Zuid-Holland Noord, Westland, Nieuwe Waterweg Noord, Waardenland, Midden-Holland, Flevoland, Midden-IJssel, Twente, Apeldoorn/Zutphen, Arnhem, Zwolle, Friesland, Groningen, Drenthe.

3.2 Minimumeisen

CZ groep biedt aparte overeenkomsten voor ELV en GRZ aan. Alle zorgaanbieders moeten aantoonbaar (blijven) voldoen aan de minimumeisen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen. De minimumeisen staan in bijlage 3.

3.3 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. In beide gevallen is het verblijf nadrukkelijk gericht op terugkeer naar de eigen woonomgeving (of in geval van hospicezorg: overlijden) en dus geen Wlz-verblijf.

3.4 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.

3.4.1 Triagebedden

CZ groep is zich ervan bewust dat er een kleine patiëntengroep is waarbij na de ziekenhuisbehandeling onduidelijkheid is over de leerbaarheid en de revalidatiedoelstellingen. 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 onze kernwerkwerkgebieden met één of enkele zorgaanbieders afspraken maken over triagebedden. Op 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 (experiment-)productieafpraak.

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 door CZ groep gecontracteerd zijn voor zowel ELV als GRZ.
- 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. Dit wil zeggen dat het verplegend personeel best in kleding van een bepaalde aanbieder mag rondlopen, maar dat zij aanmeldingen vanuit een andere zorgaanbieder niet mogen weigeren. Ook mogen zij 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. Buiten ons kernwerkgebied volgen we in principe de afspraken zoals gemaakt met de zorgverzekeraar in de betreffende regio, tenzij deze niet stroken met de inhoudelijke uitgangspunten van CZ groep en/of de gevraagde financiële bijdrage buitenproportioneel is.

3.4.2 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 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 behandeldoel, 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-zorgvraag).

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 de zorginzet én een tijdpad 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 patiënt, 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 ook.

3.4.3 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 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. 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 bijlage 2.

3.4.4 Substitutie wijkverpleging – ELV PTZ

CZ groep wil onnodige praktijkvariatie in de PTZ terugdringen. In 2019 hebben wij op basis van spiegelinformatie gesprekken gevoerd met zorgaanbieders die op basis van hun ureninzet en kosten ondoelmatige zorginzet vertoonden binnen de wijkverpleging. Met hen hebben we verbeterafspraken gemaakt. Om deze praktijkvariatie verder terug te dringen, hanteren wij sinds 2020 een maximumbedrag per dag voor hospices die minimaal 4 bedden gecentreerd aanbieden en zelf verpleegkundigen en verzorgenden in dienst hebben. Vanaf 2021 is het de bedoeling dat deze geclusterde 'extramuraal' gefinancierde hospicezorg volledig onder de prestatie ELV-PTZ gaat vallen. Eventueel maken we hiervoor afspraken over het verplaatsen van budget.

3.4.5 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.

De doelgroep CVA 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. Daarom is deze groep ook gebaat bij triagebedden (zie paragraaf 3.3.1). Aan de andere kant zorgen ontwikkelingen op het gebied van operaties en snelle interventie ervoor dat deze groep patiënten in de GRZ naar verwachting zal afnemen. 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.

3.4.6 Trauma

Veel patiënten binnen de GRZ hebben een trauma. Doordat 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 een 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.

3.4.7 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 2020 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 kopen we alleen in bij zorgaanbieders die jaarlijks minimaal 70 patiënten behandelen met de hoofddiagnose electieve orthopedie en trauma.

3.4.8 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 kopen we alleen in bij zorgaanbieders die jaarlijks minimaal 60 patiënten behandelen met de hoofddiagnose 'amputatie' of 'overig'.

3.4.9 Overig

Binnen deze doelgroep is een enorme diversiteit aan subgroepen en variatie tussen patiënten, zoals COPD, hartfalen en oncologie. 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. Vanwege de diversiteit is het voor deze groep nóg belangrijker om een behandelplan op te stellen dat specifiek gericht is op de patiënt. We zien dat de instroom van deze groep in de GRZ jaarlijks toeneemt, waarbij we grote verschillen zien tussen de regio's én tussen de zorgaanbieders. Deze stijging en verschillen zijn voor CZ groep reden om nader onderzoek te doen naar deze doelgroep, waarbij we samen optrekken met een aantal zorgaanbieders. We ontwikkelen analyses op basis van declaraties voor deze doelgroep. Ook gaan we met zorgaanbieders in gesprek die, in vergelijking met het landelijk beeld, een uitzonderlijk hoge instroom van deze groep patiënten hebben.

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 revalidatie¹.

GRZ op het gebied van overige aandoeningen kopen we alleen in bij zorgaanbieders die jaarlijks minimaal 60 patiënten behandelen met de hoofddiagnose 'amputatie' of 'overig'.

3.4.10 Specifieke comorbiditeit

Patiënten met dementie

Patiënten met psychogeriatrische beperkingen vragen speciale aandacht. Vaak is sprake van dementie of 'Mild Cognitive Impairment' als nevendiagnose, maar ook psychische stoornissen komen voor. Deze patiënten

¹ Behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie, 2018, IKNL.

moeten bij hun opname in ieder geval worden gescreend op het risicoprofiel dementie. Daarnaast kan het nuttig 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 voorkomen. Tijdens de zorgverlening moet de mantelzorger en/of casemanager geconsulteerd worden zodat de juiste bejegening wordt toegepast. Ook is extra aandacht nodig voor de voedings- en 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 zorgaanbieders² 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). Ook zien we 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.

3.5 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.

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 advance 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.

² Aanbieders van wijkverpleging waarbij CZ groep de regiefunctie complexe wondzorg inkoop, registreren alle complexe wonden in beeld en geschrikt.

3.6 Coördinatiefunctie

Een belangrijk speerpunt van CZ groep is het stimuleren en het doorontwikkelen van een goed functionerend regionaal coördinatiepunt. Wij zijn ervan overtuigd dat een goed functionerend coördinatiepunt bijdraagt aan het verbeteren van de toegang, kwaliteit en doelmatigheid van de geboden zorg. Conform de landelijke afspraak ligt onze focus op de regio's waarin CZ groep de aangewezen uitvoerder van de Wlz is. In de overige regio's volgen wij het beleid van de preferente zorgverzekeraar, mits dit voor ons zowel inhoudelijk als financieel acceptabel is. CZ groep wil nadrukkelijk geen blauwdruk voor iedere regio, omdat er grote regionale verschillen bestaan in de inrichting van de coördinatiefunctie. Wij sluiten zoveel mogelijk aan bij bestaande samenwerkingsverbanden en aanwezige infrastructuur.

3.6.1 Doelstellingen coördinatiefunctie

Verbetering van de toegang: zorg dichtbij én op de juiste plek

Door het verbeteren van het inzicht in de doorstroomopties en capaciteit kunnen cliënten worden doorverwezen naar de juiste zorg op de juiste plaats. Om dit inzicht te verbeteren dan wel te verkrijgen, maken we afspraken met uitvoerders van de coördinatiefunctie. CZ groep verwacht dat dit zal leiden tot:

- snellere doorstroom van cliënten naar de juiste zorg én juiste plaats;
- het ontstaan van 1 centrale plaats voor de verwijzing naar de juiste vervolgzorg. Hierdoor kunnen knelpunten in de acute zorgketen vroegtijdig worden gesignaleerd en aangepakt.

Verbreding coördinatiefunctie met meerdere zorgsoorten over domeinen heen

Voor een goedwerkende coördinatiefunctie is het opschalen en koppelen van andere zorgsoorten noodzakelijk. Hierbij verwachten wij minimaal de aansluiting van respijtzorg (Wmo) en crisisbedden (Wlz), maar ook het aanhaken van wijkverpleging en verpleeghuiszorg zou veel waarde toevoegen. Voor een goed inzicht in de doorstroomopties en capaciteit is het noodzakelijk dat alle vormen van zorg in beeld zijn. Daardoor kan de best passende vervolgzorg worden ingezet die aansluit bij de zorgvraag van de cliënt.

Gepaste inzet, juiste verwijzing en triage

Bij verwijzing naar een vorm van tijdelijk verblijf moet een individuele afweging worden gemaakt: welke zorgvorm past bij de zorgbehoefte van de cliënt? Het ELV en de GRZ moeten hierbij in samenhang worden gezien met andere vormen van tijdelijk verblijf die worden gefinancierd vanuit Wlz en Wmo. Voor de juiste zorg op de juiste plaats is goede triage cruciaal. Een juiste uitvoering van de coördinatiefunctie zal resulteren in:

- minder crisisopnames;
- minder verkeerde-bed-problematiek;
- minder onnodige ziekenhuisopnames en/of verwijzingen SEH;
- kortere behandeltrajecten.

Voor een uitgebreide toelichting over contractering, financiering, minimumeisen, verslaglegging et cetera verwijzen wij naar bijlage 2.

3.7 Waardegedreven zorgcontractering

CZ groep stuurt in het zorginkoopbeleid op het vergroten van de waarde van zorg. We willen dat de zorgdoelstellingen van de verzekerde 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.

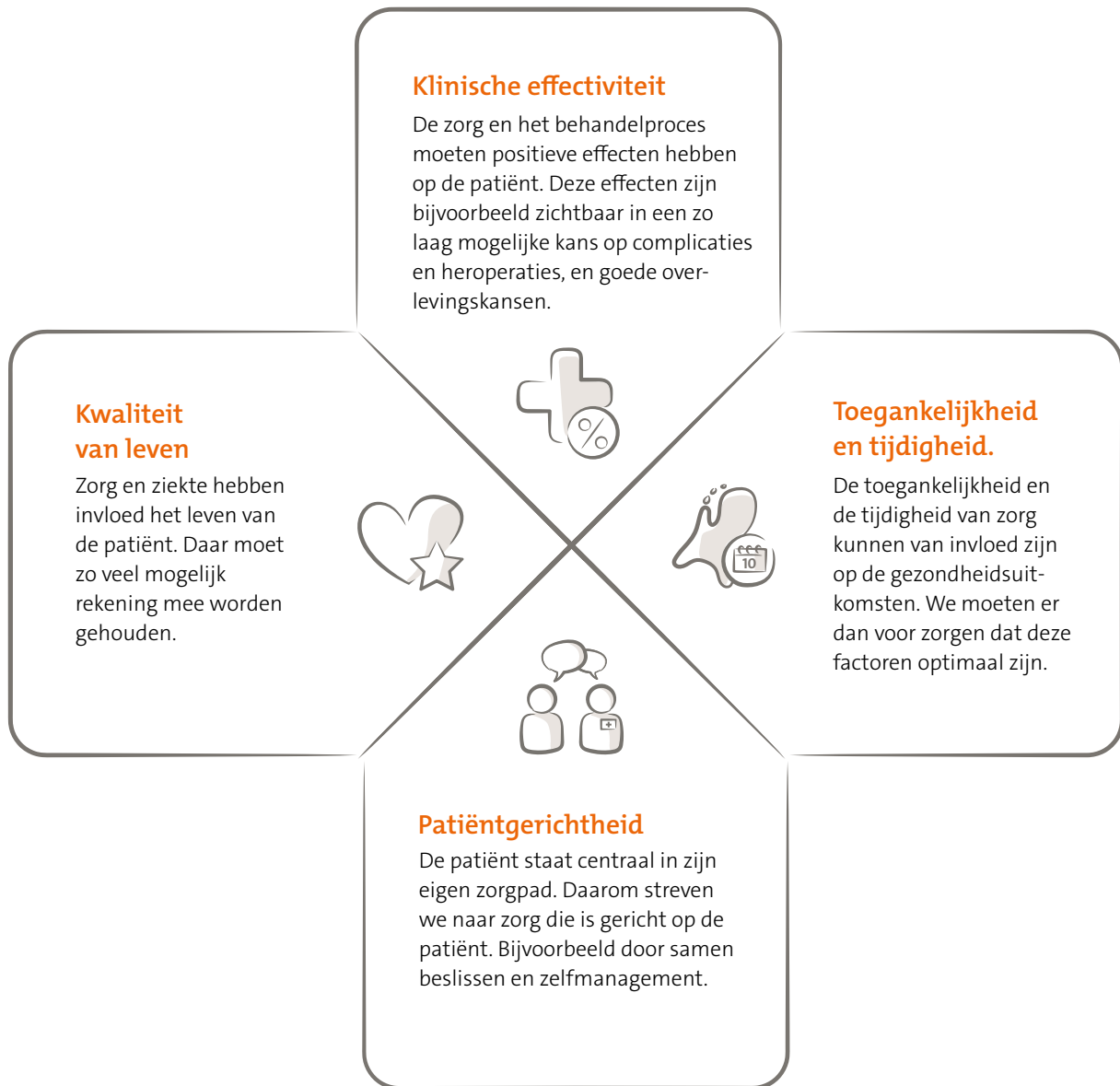
3.7.1 Kwaliteit

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 gebruikt³:

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

³ 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 IGJ ziet toe op de basisveiligheid. Wij voeren daarnaast evaluaties uit naar ongewenste en onverklaarde praktijkvariatie.

Kwaliteit van zorg



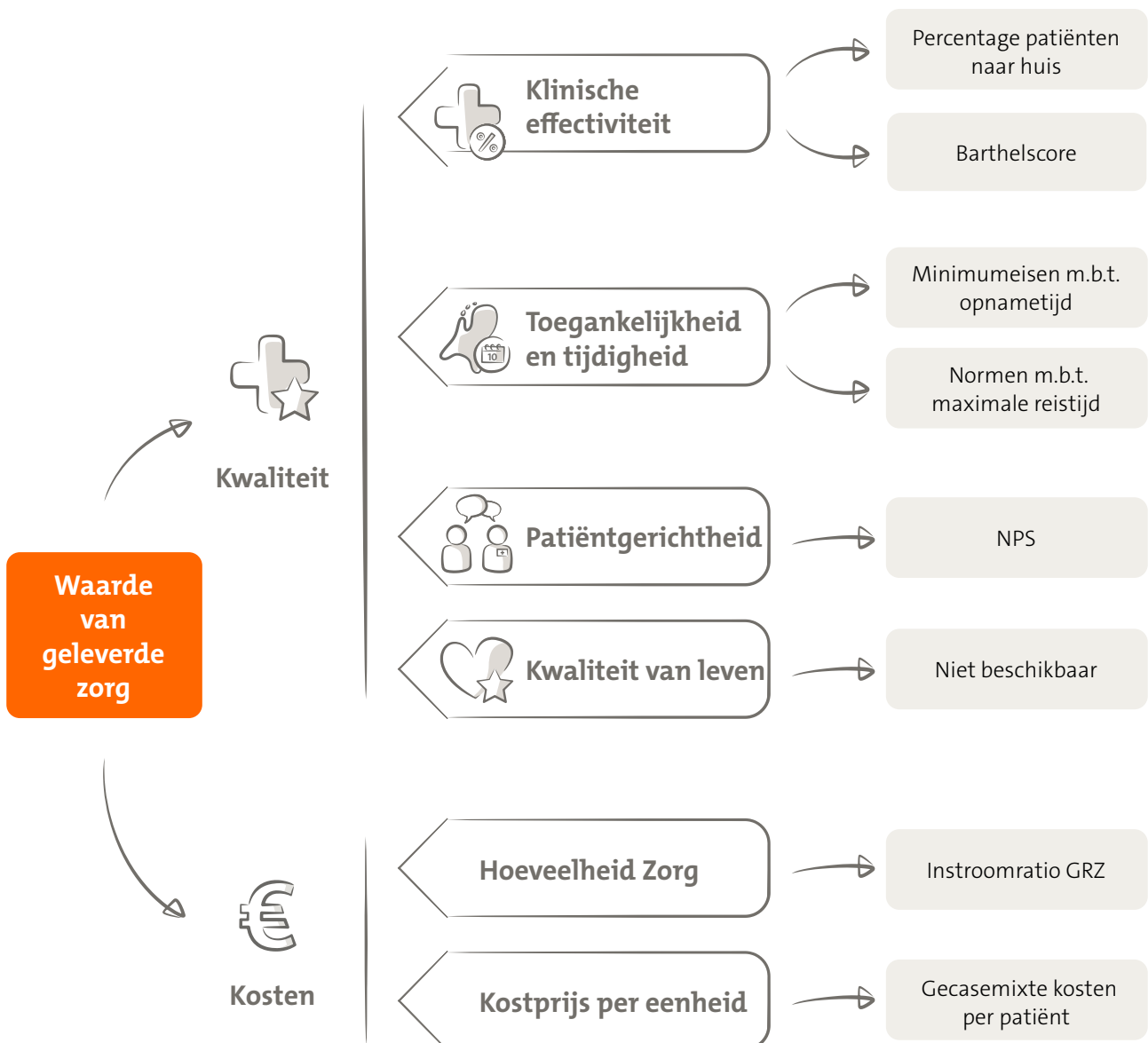
3.7.2 Kosten

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 2021 vertaalt CZ groep dit in het onderstaande waardemodel voor de GRZ:

Geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf



3.7.3 Waardegedreven zorginkoop GRZ

Klinische effectiviteit

Voor de klinische effectiviteit kijken we naar het resultaat van de behandeling. Dit 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% moet liggen.

Toegankelijkheid en tijdigheid

CZ groep stelt de minimumeis dat iemand binnen 48 uur wordt 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 mantelzorgster terwijl een ander weer wil kunnen autorijden. Daarnaast is het belangrijk dat de informatievoorziening voldoende en begrijpelijk is, dat de behandeling aansluit bij de verwachtingen, dat de mantelzorgster 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 verbeteringscyclus 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 totale 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. Uiteraard zijn de instroomratio's wijkverpleging, ELV en GRZ communicerende vaten en ziet CZ groep dit in samenhang. Daarom wordt het instroompercentage ook regionaal inzichtelijk gemaakt en beoordeeld. De woonplaats van de patiënt is hierbij leidend.

Kostprijs per zorgseenheid

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 spiegelrapportage. De uitkomsten bespreken we tijdens de zorginkoopgesprekken in onze kernwerkgebieden en gebruiken we bij de bepaling van productieafspraken. Het waardemodel passen we alleen toe bij zorgaanbieders die een productieafpraak krijgen van meer dan € 100.000 en/of een minimaal aantal verzekerden in zorg hebben. Zorgaanbieders die voor 2020 een lagere productieafpraak hebben gekregen, beoordelen we niet omdat het volume te klein is voor een realistische score.

3.7.4 Waardegedreven zorginkoop ELV

Zoals al in het zorginkoopbeleid 2020 aangegeven, wil CZ groep voor 2021 ook voor de aanspraak ELV een waardemodel ontwikkelen. Deze ontwikkeling is momenteel in volle gang. Het waardemodel inclusief een uitgebreide toelichting zullen we medio augustus, samen met het voorstel 2021, aanbieden.

3.7.5 Spiegelrapportages

CZ groep wil zorgaanbieders stimuleren om te leren van elkaar op het gebied van kwaliteit en kosten. Dit doen we 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 spiegelrapportage 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 spiegelrapportage is onderdeel van het waardemodel en verzenden we samen met het productievoorstel aan de zorgaanbieders. Dit geldt voor zowel het ELV als de GRZ.

3.8 Financieel

De financiële middelen die voor 2021 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) 2021, maar is hier geen resultante van. Van de begroting reserveert CZ groep, net als in 2020, 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.

We merken dat de zorgvraag zich in sommige regio's anders ontwikkelt dan wij van tevoren hadden ingeschat, waardoor de toegankelijkheid van zorg in het geding kan komen. In die regio's is ons beleid om aanbieders die goed scoren in ons waardemodel meer ruimte te bieden voor groei.

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. Daarvoor is het wel nodig om de afzonderlijke afspraken te wijzigen. U kunt hiervoor 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 staan we substitutie van het ELV naar de GRZ niet toe.

3.9 Productieafspraken ELV en GRZ

CZ groep werkt ook in 2021 met CZ-tarieven. We stellen per prestatie (laagcomplex ELV, hoogcomplex ELV en ELV palliatief terminale zorg) een basistarief vast en voor de GRZ doen we dit per DBC. Op basis van de benchmark en de uitkomst van het waardemodel zal naar verwachting sprake zijn van een prijsopslag of prijsafslag.

De volumeafspraken baseren we onder meer op de doelmatigheid van de aanbieder, de uitkomst van het waardemodel en de prestaties van de regio. Een hoge opnameratio in een regio kan bijvoorbeeld resulteren in een regionale volumedaling. Zorgaanbieders die voor (extra) volumegroei in aanmerking willen komen, moeten inzichtelijk maken welke effecten dit heeft op de regionale keten. Denk bijvoorbeeld aan een besparing op de SEH. Dit geldt ook voor substitutievraagstukken waarbij de baten aantoonbaar in een andere sector landen.

In het voorstel 2021, dat u medio augustus 2020 kunt verwachten, lichten we dit nader toe.

3.10 Toegankelijkheid

Het doel van ons zorginkoopbeleid is dat er voor al onze verzekerden binnen 25 kilometer of 30 minuten reisafstand minstens 1 gecontracteerde locatie voor ELV en minstens 1 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 die hieraan voldoet, is het aan de aanbieder 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 gaan we dat in de toekomst wel doen.

3.10.1 Concentratie hoogcomplex(e) ELV en GRZ

CZ groep heeft de afgelopen jaren ingezet op meer concentratie van hoogcomplex ELV. 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 de periode 2017-2019 onderbouwt deze stelling. Zorgaanbieders die een combinatie hebben van hoogcomplex ELV en GRZ, hebben gemiddeld een kortere ligduur. Hierbij houdt CZ groep oog voor de reisafstand van verzekerden. Als een verzekerde niet binnen 25 kilometer of 30 minuten reistijd terecht kan voor hoogcomplex 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.

3.11 CZ groep stimuleert innovatie

Blijven innoveren is cruciaal om de kosten, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te verbeteren, voor nu maar zeker ook voor de toekomst. Heeft u een innovatief idee voor het verbeteren van zorg en/of het versterken van de positie van de klant binnen het zorgproces? CZ groep denkt graag mee. Stuur uw innovatievoorstel naar: grz@cz.nl of elv@cz.nl.

3.12 Zorgplicht

Een cliënt die al zorg ontvangt van een zorgaanbieder heeft recht op continuïteit van zorg, ook als de zorgaanbieder het omzetplafond heeft bereikt of als de zorgvraag verandert. Nieuwe patiënten hoeven niet verplicht in zorg te worden genomen, als de afspraken hiervoor niet toereikend zijn. De toenemende gevolgen van de arbeidsmarktproblematiek vragen om meer afstemming met de zorgaanbieders over de tijdigheidsnormen waarbinnen patiënten geplaatst dan wel doorbemiddeld worden. Uitstroom vanaf een ELV- of GRZ-bed geeft in toenemende mate problemen door te weinig capaciteit, onder andere in de wijkverpleging. We verwachten dat een goedwerkend coördinatiepunt deze problematiek zal reduceren.

Proces contractering 2021

4.1 Contractpartners

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

4.2 Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2020 een overeenkomst hebben met CZ groep en die op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. CZ groep biedt per zorgaanbieder en per aanspraak 1 overeenkomst aan. Bestaande zorgaanbieders voor ELV hebben voor 2020 een overeenkomst voor 2 jaar ontvangen, dus deze overeenkomst geldt ook voor 2021. Voor GRZ heeft CZ groep in 2019 met het overgrote deel van de aanbieders een meerjarige overeenkomst gesloten die nog van kracht is in 2021. Bestaande zorgaanbieders van wie de overeenkomst 2020 eindigt, krijgen voor 2021 een nieuwe eenjarige overeenkomst aangeboden.

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.

4.3 Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2020 geen overeenkomst met CZ groep hebben voor de betreffende zorgvorm, of die in 2020 geen zorgkosten hebben gedeclareerd.

4.3.1 Ruimte voor innovatief zorgaanbod

CZ groep contracteert in principe geen nieuw aanbod, tenzij dit nieuwe aanbod innovatief is en een duidelijke toegevoegde heeft voor onze verzekerden. Hiermee bedoelen we aanbod dat op een vernieuwende manier invulling geeft aan witte vlekken, dat tot stand is gekomen in samenwerking met huisartsen, zorggroepen, intramurale zorgaanbieders, ziekenhuizen en gemeenten en dat bijdraagt 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.

4.3.2 Procedure en voorwaarden

Nieuwe zorgaanbieders moeten in aanvulling op het bovenstaande voldoen aan deze voorwaarden:

- De zorgaanbieder meldt zich apart voor een overeenkomst ELV of een overeenkomst GRZ. Deze inschrijvingen beoordelen we separaat.
- De zorgaanbieder heeft een toegevoegde waarde ten opzichte van de huidige zorgaanbieders door een vernieuwend zorgaanbod en/of een betere prijs-kwaliteitverhouding.
- De nieuwe zorgaanbieder voert minstens 50% van de geleverde zorg zelf uit. Hiermee bedoelen wij dat minimaal 50% van de zorg geleverd wordt zonder gebruik te maken van onderaannemers/zzp'ers.
- Inschrijven voor een overeenkomst ELV of GRZ 2021 kan in de periode november 2020 t/m juli 2021. Inschrijvingen die later binnen komen nemen we niet in behandeling.
- Een nieuwe zorgaanbieder mag zich maximaal 1 keer

per contractjaar inschrijven. Inschrijven kan door een digitale vragenlijst in VECOZO in te vullen. Om deze diensten te kunnen gebruiken, is een juist en geldig certificaat vereist (zie voor meer informatie: www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/).

De nieuwe zorgaanbieder heeft een verwachte zorgomzet van minimaal € 50.000 op jaarbasis voor GRZ of voor ELV (dus niet samen).

- 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 eenjarige overeenkomst. Hieraan gekoppeld kunnen we resultaatsafspraken maken.
- Een integriteitsonderzoek maakt deel uit van de beoordeling van nieuwe zorgaanbieders.

4.3.3 Uitsluitingen

Niet alle zorgaanbieders komen in aanmerking voor een overeenkomst 2021 met CZ groep. 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.

4.4 Het omzetplafond

CZ groep vergoedt de door de zorgaanbieder geleverde zorg tot het vastgelegde omzetplafond. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om dit overeengekomen volume te bewaken. Uitgangspunt bij de zorgcontractering is dat de zorg gespreid over het jaar wordt aangeboden. Zonder een vorm van spreiding is het risico op overschrijding van de budgetafspraken immers groot. Temporisering en/of een andere organisatie van bepaalde vormen van zorg is daarom soms onvermijdelijk. Vanzelfsprekend moeten de consequenties hiervan minimaal en algemeen aanvaardbaar zijn, en niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. De zorgaanbieder kan deze afwegingen, hoe lastig ook, het beste maken. Hij heeft zicht op de aard en urgentie van de zorgvraag.

CZ groep hanteert de volgende werkwijze bij het maken van productieafspraken:

- 1 Wij verwachten dat een zorgaanbieder stuurt op de budgetafpraak die we aan het begin van het jaar samen maken. Deze is gebaseerd op de realisatie in het voorafgaande jaar en de verwachtingen van beide partijen voor het komende jaar.
- 2 Daarnaast geldt dat CZ groep meer zorg contracteert wanneer onze zorgplicht in de regio daar aanleiding voor geeft. De hoogte van de vergoeding die de aanbieder daarvoor krijgt, is afhankelijk van zijn score in het waardemodel.
- 3 Tenslotte geldt dat zorgaanbieders die geen (aanvullende) productieruimte meer hebben (bijvoorbeeld omdat zij slecht scoren in het waardemodel) cliënten die zij niet in zorg kunnen nemen, kunnen doorverwijzen naar het **CZ Zorgteam**. Zo is er voor verzekerden altijd een passend aanbod beschikbaar.

Als de zorgaanbieder zich genooddaakt voelt om een zorgstop voor nieuwe cliënten in te voeren, dan kan hij de cliënten doorverwijzen naar het CZ Zorgteam om hen door te bemiddelen naar een andere zorgaanbieder.

4.5 Tijdpad

Planning	Activiteiten
1 april 2020	Publicatie zorginkoopbeleid ELV & GRZ
April en mei 2020	Regiobijeenkomsten (ten gevolge van Corona gaan deze niet door. Let op onze website voor nadere invulling)
Mei 2020	Invullen van de uitvraagmodule kwaliteitsinformatie VECOZO voor waardegedreven inkoop (zie paragraaf 3.7)
Medio augustus 2020	Verzending spiegelrapportages GRZ + productievoorstel 2020
Medio augustus 2020	Verzending spiegelrapportages ELV + productievoorstel 2020
Vóór 1 september 2020	Offertes GRZ in VECOZO
1 september t/m 30 oktober 2020	Onderhandelingen
12 november 2020	Publicatie gecontracteerd aanbod
1 november 2020 t/m juli 2021	Inschrijven nieuwe zorgaanbieders voor een overeenkomst ELV of GRZ 2021

4.6 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2020 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2021. 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 contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden.

4.7 Bereikbaarheid

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

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

Onderwerp vraag	ELV	GRZ
Contractering, monitoring en inschrijving	rz.eerstelijnsverblijf@cz.nl	rz.grz@cz.nl
Declaraties	poz.eerstelijnsverblijf@cz.nl	poz.grz@cz.nl
Inkoopbeleid	eerstelijnsverblijf@cz.nl	grz@cz.nl
Zorginhoudelijke vraag op verzekerdenniveau	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@nn-zorg.nl mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl

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

4.8 Controle van declaraties

Declaraties moeten voldoen aan de eisen vanuit de Zvw, andere relevante wet- en regelgeving en de contractafspraken tussen CZ groep en de zorgaanbieder. Vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid toetsen wij de declaraties aan de landelijke wet- en regelgeving, maar ook aan de regelgeving en standpunten van onder meer de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Deze controles voeren wij uit met inachtneming van de privacyregels. Om dit te waarborgen, voldoen we bij materiële controles aan het Protocol materiële controle.

Tijdens het declaratieproces controleren we zoveel mogelijk direct. Als controle vooraf of tijdens het declaratieproces niet mogelijk is, controleren we achteraf. Het algemeen controleplan publiceren we elk jaar op onze website. Gedurende het jaar kunnen hierin nog wijzigingen en/of toevoegingen worden aangebracht op basis van uitgevoerde risicoanalyses. Wij informeren de zorgaanbieder schriftelijk over onze controles. Bij materiële controles gaan wij eerst in gesprek om onze bevindingen toe te lichten. Op basis van onze bevindingen zoeken wij samen met de zorgaanbieder naar een verklaring, of bespreken we verbetermogelijkheden voor de toekomst.

Betrokkenheid van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid

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

We krijgen beter inzicht in de wensen en behoeften van patiënten dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiëntenorganisaties en onze Ledenraad. Op basis van die input vormen en toetsen wij het zorginkoopbeleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we steeds of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben.

Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid van zorg en transparantie van zorginkoop, leest u [hier](#). Wat de sector Zorginkoop V&V-Zvw heeft bereikt door patiëntenorganisaties en verzekerden te betrekken bij het vormgeven van dit zorginkoopbeleid, 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. Hiervoor zijn de wijkverpleging, de GRZ en het ELV om en om 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 en de GRZ.

Patiëntenonderzoek GRZ

In 2019 heeft CZ groep onderzoek gedaan naar de ervaringen van onze verzekerden binnen de GRZ. Zo'n 200 patiënten hebben onze patiëntenenquête 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: de bezoektijden, de fysieke ruimte en de duidelijke doelstellingen.
- Patiënten zijn minder positief over: het eten, de uitleg en de betrokkenheid van de arts.
- 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.

Zorg op de juiste plaats in de ogen van de patiënt?

CZ groep ziet graag dat verzekerden betrokken worden bij het maken van een keuze voor de revalidatielocatie. Als de verzekerde graag zo dicht mogelijk bij huis revalideert, is dit een wens die de verwijzer moet meenemen. Helaas zien we in de praktijk nog te vaak dat verzekerden voor revalidatie uitstromen naar de zorgaanbieder met wie het ziekenhuis de kortste lijntjes heeft. CZ groep ontwikkelt analyses en patiëntonderzoeken om nader te onderzoeken of verzekerden revalideren op de plaats van voorkeur of in ieder geval betrokken waren bij de keuze voor de betreffende locatie.

Onderzoek Tranzo

In 2020 werken CZ groep en de Academische Werkplaats Ouderen (AWO) van Tranzo/Tilburg University samen om 10 GRZ-aanbieders kennis te laten maken met een verbeteringsinstrument voor GRZ-teams. De AWO ontwikkelde een instrument waarmee multidisciplinaire teams in de GRZ kunnen bediscussiëren en prioriteren welke succesfactoren van de GRZ zij willen verbeteren: wat gaat goed, wat kan beter en wat zijn verbeteracties? Het instrument met de succesfactoren is ontwikkeld in samenwerking met 3 GRZ-aanbieders (Janssen, Vos, & Luijkx, 2019) en is positief geëvalueerd. In 2020 kunnen 10 GRZ-aanbieders het instrument implementeren, onder begeleiding van de AWO en met een stimulering van CZ groep. Samen werken we aan meer mensgerichte 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 van maximaal 1 kalenderjaar. 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 zoveel 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.

Nadere uitwerking coördinatiefunctie

CZ groep heeft op 1 april 2017 voor het eerst zijn beleidsvisie 'Ouderenzorg nu en in de toekomst' gepubliceerd, waarin de nadruk ligt op de samenhang in de regionale zorgketen. Doel van deze visie is een optimale samenwerking tussen de verschillende sectoren, zodat een effectieve zorgketen voor (kwetsbare) ouderen ontstaat. In 2018 hebben we een nadere verdiepingsslag gemaakt en beschreven hoe de samenwerkingsafspraken eruit zouden moeten zien om te komen tot een optimale keten om de ouderen en mantelzorgers heen. CZ groep wil zich het komende jaar focussen op twee belangrijke aspecten uit onze visie, te weten coördinatiepunt en vroegsignalering/Advance Care Planning.

Per 1 april 2018 moet er een landelijk dekkend netwerk van coördinatiepunten zijn voor ELV. (Bijna) alle regio's hebben een coördinatiepunt, maar deze functioneren nog niet altijd zoals CZ groep dat graag ziet. Een regionaal coördinatiepunt vervult een belangrijke rol om kwetsbare ouderen zo lang mogelijk verantwoord thuis te kunnen laten wonen, maar ook om snel de juiste zorg op de juiste plaats te kunnen verlenen. Daarnaast vervult het coördinatiepunt een belangrijke rol om 24/7 inzicht te hebben in de beschikbaarheid van de juiste zorg, zodat de verwijzer de overdracht zo simpel mogelijk kan regelen. Landelijk is er een minimale set met vereisten gericht op de doorontwikkeling coördinatiefuncties gepubliceerd, zie **Actiz en Zorgverzekeraars Nederland**. CZ groep verwacht van zorgaanbieders dat zij zich inspannen om uiterlijk op 31 december 2021 een werkend coördinatiepunt in de regio te hebben dat door de zorgaanbieders (ziekenhuis, VVT-instellingen en de huisartsen) gebruikt wordt.

Met wie maakt CZ groep afspraken voor de coördinatiefunctie?

- We maken aparte afspraken voor de coördinatiefunctie, door middel van een aanvullend addendum op de standaardovereenkomst.
- We maken de afspraken met gecontracteerde zorgaanbieders voor de aanspraak ELV.
- Er is een uniforme betaaltitel beschikbaar waarop we de financiële afspraak maken (A0011).
- We maken afspraken voor de coördinatiefunctie in regio's waar CZ groep tevens uitvoerder is van de Wlz⁴.
- De financiële afspraken coördinatiefunctie maken we uitsluitend voor eigen verzekerden, vallend onder de CZ groep.
- In niet-CZ groep/Wlz-regio's handelen we congruent met de gemaakte afspraken van de preferente verzekeraar, mits de inhoud en gevraagde financiële bijdrage in lijn zijn met de visie van CZ groep.
- Een inhoudelijke onderbouwing in de vorm van een businesscase en een begroting maken onderdeel uit van de aanvraag/volgverzoek.
- Specifieke afspraken en af te spreken KPI's nemen we op in het addendum.

Minimumeisen

- De zorgaanbieder beschikt over een overeenkomst ELV 2020
- De coördinatiefunctie dient te voldoen aan de minimale set van functionaliteiten zoals landelijk overeengekomen tussen Actiz en ZN.
- De regionale samenwerking staat duidelijk beschreven.
- Er is commitment in de regio. Dit houdt in dat de afspraken worden onderschreven door de belangrijkste verwijzers in de regio, waaronder huisartsen en ziekenhuizen.
- Een inhoudelijke onderbouwing in de vorm van een businesscase en een begroting maken onderdeel uit van de aanvraag/volgverzoek.

⁴ Regio's: Zuidoost-Brabant, Zuid-Limburg, Zuid-Hollandse Eilanden, Zeeland, West-Brabant en Haaglanden.

Minimumeisen

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 hoogcomplex 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 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 ⁵ .
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.
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.
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"> • 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.

⁵ Dan wel de bij invoering van de Wtza-relevante regelingen.

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 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'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 Samenwerkingsafspraken) 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.

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

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, DLG of OHRA) moet daarvoor een van de volgende e-mailadressen worden gebruikt:

- mbz.specialistenhulp@cz.nl
- mbz.specialistenhulp@nn-zorg.nl
- mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl

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.



Zorg die verder gaat