

Zorginkoopbeleid

# Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen 2023



OHRA

 nationale  
nederlanden

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Visie van CZ groep op Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatische revalidatiezorg (GRZ) en Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)</b>	<b>3</b>
1.1	Trends en ontwikkelingen	3
<b>2</b>	<b>Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria</b>	<b>5</b>
2.1	Kern van het zorginkoopbeleid 2023	5
2.2	Inhoudelijk beleid	5
2.3	Toegankelijkheid van zorg	10
2.4	Innovatie en samenwerking	13
2.5	Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	13
<b>3</b>	<b>Proces contractering 2023</b>	<b>14</b>
3.1	Contractpartners	14
3.2	Bestaande zorgaanbieders	14
3.3	Nieuwe zorgaanbieders	14
3.4	Tijdpad	15
3.5	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	15
3.6	Bereikbaarheid	16
<b>Bijlage 1</b>	<b>Minimumeisen ELV, GRZ &amp; GZSP</b>	<b>19</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Uitsluitingen</b>	<b>20</b>

## Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving door OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep). Wijzigingen in wet- of regelgeving kunnen tot gevolg hebben dat we de inhoud van dit document moeten aanpassen. Als er onverhoopt een andere reden voor aanpassing is, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. Deze aanpassingen publiceren we zo spoedig mogelijk.

# Visie van CZ groep op Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatische revalidatiezorg (GRZ) en Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

## 1.1 Trends en ontwikkelingen

Ook de komende jaren staan we voor behoorlijke uitdagingen om de zorgvraag behapbaar en betaalbaar te houden. We zien een sterk stijgende zorgvraag (plus een mogelijke doorloop van inhaalzorg in 2023), een krappe arbeidsmarkt, oplopende zorgkosten en cliënten die met een steeds complexere zorgvraag zelfstandig wonen. Oplossingen om deze stijgende zorgvraag te tackelen, zien we vooral op het gebied van preventie, digitalisering en technologie.

De visie van CZ groep is dat zorg in de basis thuis (generalistisch) of in een medisch behandelcentrum (specialistisch) wordt geleverd. Dit sluit naadloos aan op onze visie Verantwoord en Dichtbij. Eerstelijnsverblijf en geriatische revalidatiezorg bieden hierin een tijdelijke oplossing.

Beide zijn dat voorzieningen die in deze keten een belangrijke rol spelen wanneer kwetsbare ouderen tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven. Het doel van de opname is dat cliënten hun dagelijkse handelingen weer zelfstandig of met beperkte hulp kunnen uitvoeren, zodat ze thuis kunnen blijven wonen. De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen sluit hierbij aan en biedt de huisarts ondersteuning bij de behandelingen van kwetsbare personen. Daarmee dragen GRZ, ELV en GZSP bij aan de doelstelling om mensen langer en met eigen regie thuis te laten wonen en om het beroep op zorg in de tweede lijn te verminderen.

In onze visie is er een duidelijk onderscheid tussen ELV laag complex en ELV hoog complex. ELV laag complex moet zo dicht mogelijk bij de cliënt worden aangeboden

en laagdrempelig bereikbaar zijn voor de verwijzer zoals de huisarts. ELV hoog complex en GRZ schuren qua inhoud dicht tegen elkaar aan en kenmerken zich door haalbare revalidatiedoelen. In de praktijk zijn dit communicerende vaten die nogal eens zorgen voor een grijs gebied. Door de inhoudelijke raakvlakken sturen we op geconcentreerde herstel- en revalidatieafdelingen waar beide aanspraken kunnen worden ingezet, afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag. Daarnaast kan een eerstelijnsverblijf worden ingezet voor cliënten 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, GRZ en GZSP binnen de keten ouderenzorg**

Met GRZ, ELV en GZSP kunnen we mensen langer verantwoord thuis laten verblijven en de rest van de zorgketen ontlasten. Het verminderen van crisisopnames en een onnodige ziekenhuisinstroom zijn hier mooie voorbeelden van. Cruciaal is wel dat we deze aanspraken binnen de keten goed integreren, zodat ze optimaal effect sorteren.

Voor een goede organisatie van ELV en GRZ in de regionale keten voor zorg aan kwetsbare ouderen zijn een 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. CZ groep verwacht dat de ziekenhuizen, huisartsen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg in een regio periodiek evalueren om de juistheid vast te stellen van de triage, van de transferkwaliteit en van de trends in de benodigde opnamecapaciteit. Wij vinden het bovendien wenselijk dat de organisatie van de zorgketen op regionaal niveau wordt afgestemd – wij noemen dit een regionale coördinatiefunctie – zodat ziekenhuizen en

huisartsen bijvoorbeeld niet hoeven te 'shoppen' wie er plaats heeft en mensen niet worden opgenomen terwijl dat niet nodig is.

### **Zelfredzaamheid en advance care planning (ACP)**

Door aandacht voor en focus op preventie kunnen crisissituaties en (her)opnames worden voorkomen. Een gedegen inzet van advance care planning speelt hierbij een belangrijke rol, zodat kwetsbare situaties tijdig kunnen worden herkend en aangepakt.

### **Focus op herstel- en revalidatie doelen**

Bij eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen is de zorg vraaggericht ingestoken, om de behandel- en revalidatiedoelstellingen te behalen die vooraf met de cliënt 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 vooropstaan dat de cliënt toewerkt naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Kortom, alles is revalidatie en herstel. Soms is het ook zinvol om een cliënt tijdens zijn zorgproces te helpen zijn zelfredzaamheid te versterken, 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. Tijdens het totale verblijf is er aandacht voor zelftraining, functionele training en de inzet van de mantelzorger als co-therapeut.

CZ groep wil dat de (revalidatie)behandeling in het eerstelijnsverblijf, de geriatrische revalidatiezorg en de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen volledig is georganiseerd rondom de cliënt. We merken dat meerdere zorgaanbieders al vooruitgang hebben geboekt met de inzet van hulpmiddelen en digitale zorg bij het herstel- en/of revalidatietraject. Daarmee hebben deze middelen een toegevoegde waarde voor zorgprofessionals, cliënten en mantelzorgers. Ook zien wij steeds vaker instellingen die hun blik naar buiten richten. Zij betrekken de omgeving van de cliënt (zoals de familie, de gemeente, de wijkverpleging en paramedici) zo veel mogelijk bij de behandeling en verplaatsen die behandeling indien mogelijk zelfs naar de extramurale setting. Het feit dat de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen nu onder de Zvw valt, helpt daarbij. Wij moedigen andere zorgaanbieders aan om dit goede voorbeeld te volgen.

# Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

## 2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2023

### 2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2023

#### Eerstelijnsverblijf

We vragen de net promotor score (NPS) van ELV in de maand mei uit via het Vecozo-portaal en voegen die als kwaliteitsindicator toe aan het waardemodel ELV.

#### Geriatrische revalidatiezorg

De primaire GRZ-indicatie is leidend bij de niet-belastbaarheid van de cliënt, tenzij we een andere keuze op inhoudelijke grondslagen kunnen billijken.

#### Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

- CZ groep stuurt gecontracteerde GZSP-zorgaanbieders een spiegelinformatieset bij het voorstel 2023.
- De prestatie 'geriatisch assessment' contracteren we uitsluitend bij zorgaanbieders met een GRZ-overeenkomst.
- CZ groep contracteert in 2023 geen nieuwe zorgaanbieders voor de dagbehandelingen van cliënten met een lichamelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel en van cliënten met de ziekte van Huntington).

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

- De uitgangspunten van Zorgverzekeraars Nederland 'Individuele prestaties' en 'Zorg in een groep GZSP' maakten vorig jaar integraal onderdeel uit van het inkoopbeleid. We hebben ze nu expliciet als een minimumeis opgenomen.
- Van zorgaanbieders die de behandeling SGLVG (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt) aanbieden, verwachten wij dat zij zijn aangesloten bij het kennisnetwerk Expertisecentrum De Borg.

## 2.2 Inhoudelijk beleid

### 2.2.1 Kwaliteit van zorg

De aanspraken ELV, GRZ en GZSP hebben een breed aantal doelgroepen en/of diagnosegroepen. Door de (diagnose)groepen te classificeren en te specificeren, kunnen we beter de focus aanbrengen op het meten, verbeteren en transparant maken van de zorgkwaliteit. Voor het eerstelijnsverblijf onderscheiden we de doelgroepen aan de hand van de zorgvraag. Omdat de zorgvraag bij geriatrische revalidatiezorg al duidelijk is – namelijk revalideren – onderscheiden we daar de doelgroepen op basis van diagnosegroepen, met ieder hun eigen behandelinzet en zorgpaden. In beide gevallen is het verblijf nadrukkelijk gericht op een terugkeer naar de eigen woonomgeving (behalve bij het eerstelijnsverblijf in de palliatieve terminale zorg). Een juiste triage aan de voorkant zorgt ervoor dat een cliënt de juiste zorg op de juiste plaats ontvangt. Daarnaast kunnen we met een juiste triage oneigenlijk gebruik van zorg terugdringen. De uitstroom vanuit het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg naar de Wlz en het ziekenhuis blijft een punt van aandacht.

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met een (hoog)complexe problematiek. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of het gedragsvlak. De zorg is door de tijd heen dan ook interdisciplinair. De GZSP ondersteunt de huisarts bij specifieke zorgvragen en maakt onderdeel uit van een integraal zorgaanbod. Uit een eerdere marktconsultatie met ouderenorganisaties hebben we opgehaald, dat een regiebehandelaar is geholpen als hij kan beschikken over een volledig integraal zorgaanbod (regiefuncties én dagbehandelingen) voor GZSP. Vooral omdat de multidisciplinaire aanpak dan beter is geborgd. De geconsulteerde ouderenorganisaties benadrukken daarnaast het belang van een periodieke evaluatie van zorg aan een cliënt, om te bekijken of de zorgvraag nog steeds aansluit bij de dagbehandeling (individueel en in een groep). Onze visie is dat we de

dagbehandelingen voor ouderen binnen de GZSP (individueel en in een groep) het meest effectief kunnen inzetten wanneer we deze positioneren als een vorm van thuisrevalidatie, preventie en herstel, zoals we dat ook beogen met de geriatrische revalidatiezorg en het eerste-lijnsverblijf. We overwegen daarom om in de toekomst de dagbehandelingen voor kwetsbare ouderen enkel in te kopen bij instellingen met een GRZ-functie, zodat het multidisciplinaire karakter van de zorg optimaal is geborgd en op een afgestemde wijze herstel- en revalidatiezorg kan worden geboden.

Voor kwetsbare mensen met een verstandelijke beperking richten we ons vooral op de toegankelijkheid van de zorg. Specifiek voor de doelgroep licht verstandelijk beperkten (LVB) zijn we binnen de GZSP daarom een pilot gestart, omdat er signalen van toegangsproblemen binnen de GGZ voor deze doelgroep zijn (zie paragraaf 2.2.9).

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) biedt grote kansen om mensen langer thuis te laten wonen. Verbinding zoeken met andere zorgaanbieders is daarbij essentieel. Voor alle doelgroepen binnen de GZSP vinden we het belangrijk dat de zorg op de juiste plek wordt geboden. De zorg wordt beëindigd als de behandeldoelen zijn behaald, als er geen behandeldoelen meer zijn, als een indicatie voor de Wlz wordt afgegeven of als de betrokkene overlijdt.

### 2.2.2 Waardegedreven zorgcontractering GRZ, ELV en GZSP

CZ groep wil met zijn zorginkoopbeleid de waarde van de zorg vergroten. We willen dat de zorgdoelstellingen van de verzekerde worden gehaald, met een hoge kwaliteit van zorg en tegen lage kosten.

De afgelopen jaren hebben we continu gewerkt aan het inzichtelijk maken van de balans tussen kosten en kwaliteit. Het resultaat hiervan ontvangt u jaarlijks in de vorm van een waardemodel. Voor de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) doen we dit al lang en voor het eerstelijnsverblijf (ELV) vanaf 2021. Op basis van zijn prestaties op kwaliteit en kosten krijgt een aanbieder in het waardemodel een score A (goed), B (gemiddeld) of C (er zijn verbetermogelijkheden). Voor 2023 borduren we voort op deze modellen. De enige inhoudelijke wijziging betreft het toevoegen van de net promoter score (NPS) aan het waardemodel ELV.

Voor de aanspraak GZSP ligt onze focus vooral op een goede integratie binnen de keten. Nu is het niet haalbaar

om kwaliteit en kosten te koppelen. De instellingen die nu zijn gecontracteerd, ontvangen bij het productievoorstel 2023 voor het eerst een spiegelinformatieset. Deze set biedt instellingen inzichten in de gemiddelde kosten per cliënt (behandelintensiteit/zorgduur) van de geleverde zorg ten opzichte van het CZ-gemiddelde. Op zorgkantoorregioniveau presenteren we de instroomratio's van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP).

In de aanbiedingsbrief 2023 volgt conform voorgaande jaren een nadere toelichting op de waardemodellen en spiegelinformatiesets.

### 2.2.3 Coördinatiefunctie (CF)

CZ groep vindt dat de zorg voor ouderen nog beter kan worden georganiseerd. Wij richten ons op 3 belangrijke onderwerpen uit **onze visie**:

- de coördinatiefunctie;
- vroegsignalering;
- advance care planning (ACP).

We hebben voor deze onderwerpen gekozen, omdat die in veel regio's bijdragen aan de oplossing van de problemen met de in-, door- en uitstroom. Deze onderwerpen kunnen elkaar bovendien versterken. Wij zijn ervan overtuigd dat een goed werkende coördinatiefunctie bijdraagt aan een betere toegang, kwaliteit en doelmatigheid van zorg. CZ groep wil zeker geen blauwdruk geven voor iedere regio, omdat er grote regionale verschillen bestaan in de inrichting van de coördinatiefunctie. Wij sluiten zo veel mogelijk aan bij bestaande samenwerkingsverbanden en de al aanwezige infrastructuur. Grote kansen om de effectiviteit te vergroten zien we vooral op het vlak van digitalisering.

### Doelstellingen van de coördinatiefunctie

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

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

- een betere in-, door- en uitstroom van cliënten naar de juiste zorg én de juiste plaats;
- het ontstaan van één centrale plaats voor de verwijzing naar de juiste vervolgzorg. Hierdoor kunnen knelpunten in de acute zorgketen vroegtijdig worden gesignaleerd en aangepakt.

### **Verbreiding van de coördinatiefunctie met meerdere zorgsoorten over de domeinen heen**

Voor een goed werkende coördinatiefunctie is het nodig om andere soorten (vervolg)zorg op te schalen en te koppelen. Hierbij verwachten wij minimaal de aansluiting van respijtzorg (Wmo), ongeplande wijkverpleging en crisisbedden (Wlz). Voor een goed inzicht in de doorstroomopties en -capaciteit is het nodig dat alle vormen van zorg in beeld zijn. Daardoor kan de best passende vervolgzorg voor de cliënt worden ingezet.

### **Gepaste inzet, juiste verwijzing en triage**

Bij een verwijzing naar een vorm van tijdelijk verblijf moet een individuele afweging worden gemaakt: welke zorgvorm past bij de zorgbehoefte van de cliënt? Eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg moeten hierbij in samenhang worden gezien met andere vormen van (tijdelijk) verblijf die worden gefinancierd vanuit de Zvw, de Wlz en de Wmo. Voor de juiste zorg op de juiste plaats, is goede triage cruciaal. Een juiste uitvoering van de coördinatiefunctie resulteert in:

- minder crisisopnames;
- minder verkeerde-bedproblematiek;
- minder onnodige ziekenhuisopnames en/of verwijzingen naar de spoedeisende hulp;
- kortere behandeltrajecten.

---

### **Landelijke uniformering van beleid voor de coördinatiefunctie**

We vinden het belangrijk dat iedere klant zo snel mogelijk de juiste zorg ontvangt. Coördinatiefuncties ondersteunen verwijzers zoals ziekenhuizen en huisartsen om zo goed mogelijk een zorginhoudelijke afweging te maken die resulteert in een toeleiding naar de juiste plek. Daarom streven verzekeraars naar de congruente inkoop van de coördinatiefunctie in 2023. Zorgverzekeraars zijn in ZN-verband met een aantal uitvoerders van coördinatiefuncties in gesprek over de gewenste toekomstige vorm en inhoud van deze functie. De basis voor dit gesprek is de eerder door ActiZ en ZN vastgestelde minimumset aan functionaliteiten. Op deze plek geven wij de actuele stand van zaken (dd. maart 2022). De landelijke afspraken vormen de basis voor onze inkoopafspraken voor 2023.

### **Minimumset van functionaliteiten vereist voor afspraak in 2023**

Recente uitvragen laten zien dat nog niet alle coördinatiefuncties voldoen aan de minimumset van functionaliteiten. Coördinatiefuncties zijn niet altijd in staat inzicht te

geven in het aantal meldingen, in de doorstroom naar het type verblijf en het aantal niet-succesvolle plaatsingen. Deze gegevens zijn nodig om het functioneren van een coördinatiefunctie te kunnen toetsen.

Voor de inkoop 2023 verwachten wij dat de coördinatorfuncties minimaal in staat zijn om inzicht te geven in de volgende gegevens:

- het aantal meldingen gespecificeerd naar het type tijdelijk verblijf;
- de instroom gespecificeerd naar het type tijdelijk verblijf;
- het aantal klanten dat niet kan worden geplaatst in de geadviseerde zorgvorm.

Als bij de uitvragen in 2022 blijkt dat coördinatiefuncties deze informatie niet aan kunnen leveren, kan dit een reden zijn om in 2023 geen overeenkomst meer aan te bieden.

### **We verwachten dat coördinatiefuncties actief de samenwerking op zoeken in de spoedzorgketen.**

Wij verwachten dat er in de keten zo veel mogelijk gebruikt wordt gemaakt van dezelfde infrastructuur om de spoedzorg voor ouderen te organiseren. Initiatieven kunnen apart van elkaar bestaan, maar moeten elkaar in de regio wel weten te vinden. Zo moet de coördinatiefunctie het aanspreekbare thuiszorgteam weten te vinden voor de ongeplande avond- en nacht zorg in de regio. Andersom moet het thuiszorgteam ook met de coördinatiefunctie kunnen overleggen. Als in 10 regio's pilots zorgcoördinatie lopen, moet daarbij een aantal coördinatiefuncties bij zijn aangesloten, zodat vanuit de huisartsenpost direct kortdurend verblijf kan worden georganiseerd en een ziekenhuisopname kan worden voorkomen.

### **We stimuleren en organiseren het gesprek over de mogelijkheden van digitale innovaties**

Het gebruik van digitale zorg is niet nieuw en kan ook voor coördinatiefuncties een uitkomst bieden. Het is belangrijk dat coördinatiefuncties ervaringen met elkaar uitwisselen over de inzet van digitaal contact of digitale consulten. Wij faciliteren dit gesprek en verwachten dat dit leidt tot een slimmere organisatie van bereikbaarheid, inzicht in capaciteit of informatie-uitwisseling.

### **We werken toe naar een optimale balans tussen de organisatievorm, het werkgebied en de kosten**

Wij zien in de praktijk ook nog grote verschillen in de organisatie, de schaalgrootte en de positionering van coördinatiefuncties tussen de ketens. Deze verschillen in

organisatie zijn (groten)deels te verklaren door regio-kenmerken. De keuze voor het werkgebied van een coördinatiefunctie is soms ontstaan vanuit de al bestaande samenwerkingen in de acute keten. In sommige regio's is het werkgebied van een coördinatiefunctie relatief klein en het aantal aanmeldingen minimaal. Afhankelijk van de gekozen organisatievorm (vooral digitaal of 'bemand') zijn de kosten niet in verhouding tot het aantal bemiddelingen. In andere regio's zien we dat er vooral weinig aanmeldingen zijn in de avond, nacht en het weekend. Maar er worden wel hoge kosten gemaakt voor de personele bezetting en de bereikbaarheid in deze uren. De schaalgrootte van de coördinatiefunctie is daarom essentieel.

Zorgverzekeraars gaan met coördinatiefuncties in gesprek over een effectieve organisatie. Hierbij kijken we naar:

- het adherentiegebied;
- de complexiteit van de regio versus de gekozen organisatievorm;
- de verhouding tussen de kosten en het aantal aanmeldingen.

Het is onze ambitie om op basis van bovenstaande criteria te komen tot uitlegbaar en uniform financieel beleid dat we congruent in de verschillende regio's kunnen toepassen.

We streven ernaar om lopende 2022 het financieel beleid te publiceren.

### 2.2.4 Inzet ELV voorafgaand aan en na afloop van een GRZ-traject

We zien dat regelmatig het eerstelijnsverblijf (ELV) wordt ingezet voorafgaand aan de geriatrische revalidatiezorg (GRZ), omdat de betreffende cliënten in de GRZ nog niet (goed) belastbaar zijn, óf juist als vervolgzorg. Wij wijzen erop dat in de diagnose-behandelcombinatie van de GRZ al rekening is gehouden met deze niet belastbare dagen. Dit is geen aanleiding om aanvullend op de diagnose-behandelcombinatie van de GRZ óók het eerstelijnsverblijf (ELV) in te zetten. In beginsel dient de primaire GRZ-indicatie leidend zijn. Hetzelfde geldt voor de inzet van ELV hoog complex na het sluiten van een GRZ-traject. De doelstelling van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is een terugkeer naar huis. ELV-vervolgzorg is zorginhoudelijk geen logische vervolgstap. De praktijk is weerbarstig en niet zo zwart-wit. Indien u op inhoudelijke gronden

hierop een uitzondering wilt maken, denken onze zorginkopers en/of medisch adviseurs graag mee.

### 2.2.5 Evenwichtig aanbod kortdurende zorg en 'GRZ overig'

Uit onze data blijkt dat er grote regionale verschillen zijn in de uitstroom vanuit ziekenhuizen richting de geriatrische revalidatiezorg en het eerstelijnsverblijf. Dit lijkt te worden veroorzaakt door een disbalans in een aantal regio's in het aanbod van kortdurende zorg. Hierdoor stromen cliënten onnodig uit naar bijvoorbeeld de geriatrische revalidatiezorg. Op regionaal niveau maken we deze verschillen inzichtelijk. Waar nodig zullen we hier regionaal het gesprek over voeren. Hetzelfde geldt in mindere mate voor ELV laag complex: het aanbod voor ELV laag complex lijkt steeds minder te worden. In onze ogen kan het tot minder crisisopnames leiden als deze bedden voor ELV laag complex in wijken laagdrempelig beschikbaar zijn en toegankelijk voor doorverwijzingen vanuit de huisarts. In 2023 zullen we gesprekken voeren met zorgaanbieders die hierin goede resultaten boeken, of juist geen of te weinig verantwoordelijkheid nemen.

#### GRZ overig

Daarnaast koppelen we jaarlijks via onze spiegelrapportage-set informatie terug over de diverse diagnosegroepen. Specifiek de groep "GRZ overig" heeft hierbij onze speciale aandacht. We zien dat de instroom van deze groep in de geriatrische revalidatiezorg jaarlijks toeneemt. Daarbij zien we onverklaarbaar grote verschillen tussen regio's én tussen zorgaanbieders. De verschillen spitsen zich vooral toe op de instroomratio van verschillende diagnosegroepen. Zo kan het zijn dat voor een bepaalde diagnosegroep in de ene regio niet of nauwelijks gebruik wordt gemaakt van geriatrische revalidatiezorg (bijvoorbeeld door de juiste inrichting van een zorgpad in de eerste lijn), terwijl deze groep in een andere regio wél instroomt in de GRZ. Wij zijn hierover in gesprek met ziekenhuizen en ELV- en GRZ-aanbieders in onze kernwerkgebieden om deze verschillen nader te duiden en om best practices uit andere regio's met eerstelijnszorgpaden onder de aandacht te brengen.

### 2.2.6 Bestaande ELV-experimenten/triagebedden

Voor een kleine cliëntengroep zijn de leerbaarheid en revalidatiedoelstellingen na de ziekenhuisbehandeling onduidelijk. Dit kan de transfer vanuit het ziekenhuis belemmeren. Het is immers nog niet duidelijk waar de cliënt het beste op zijn plaats is. Deze cliënten blijven nu vaak onnodig lang in het ziekenhuis liggen of worden



onterecht doorverwezen naar de geriatrische revalidatiezorg of het eerstelijnsverblijf. Dit kan ook gelden voor cliënten vanuit de thuissituatie.

De afgelopen jaren hebben we in onze kernwerkwerkgebieden met verschillende zorgaanbieders afspraken gemaakt over triagebedden. Op zo'n bed mag een cliënt maximaal 2 weken 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 cliënten sneller op de juiste plaats te krijgen met een juiste diagnose. De triagebedden zijn geen doel op zich, maar een middel binnen de keten om cliënten met een onduidelijke zorgvraag niet onnodig in het ziekenhuis te laten verblijven.

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. Een eerste landelijke analyse liet veel verschillen zien in de effectiviteit van de triagebedden, vooral ingegeven door de inbedding hiervan in de keten. Voor 2022 en 2023 ligt onze focus op het meten en verbeteren van de effectiviteit van de afspraken rondom triagebedden en niet op het verder uitbreiden van deze afspraken. Voor 2023 en verder onderzoekt de NZa in afstemming met zorgverzekeraars in hoeverre de afspraken rondom triagebedden een structureel karakter moeten krijgen en onder welke voorwaarden.

### **2.2.7 Positie en bekostiging van het geriatrisch assessment (GA)**

Zorginstituut Nederland, VWS en de NZa hebben zich in 2020 uitgesproken over de toegang tot de geriatrische revalidatiezorg zonder tussenkomst van een klinisch geriater of specialist ouderengeneeskunde. Dankzij deze uitspraak kan de specialist ouderengeneeskunde de diagnostiek of het geriatrisch assessment uitvoeren. Dit is belangrijk voor de zorgpaden naar de geriatrische revalidatiezorg, waar geen ziekenhuisopname aan voorafgaat.

Om dit in de praktijk mogelijk te maken, heeft Verenso een leidraad opgesteld en zorgpaden uitgewerkt, waarbij toegang tot de geriatrische revalidatiezorg zonder voorafgaande ziekenhuisopname mogelijk is. Verenso benadrukt dat een regionale afstemming voor een goede invulling van deze zorgpaden erg wenselijk is. CZ groep onderschrijft deze leidraad.

De NZa heeft vanaf 2022 twee prestaties binnen de aanspraak GZSP uitgegeven om het assessment te kunnen bekostigen, namelijk 'toegang tot geriatrische revalidatiezorg vanuit thuis' en 'toegang tot geriatrische revalidatie zorg vanuit het eerstelijnsverblijf'.

#### **Toegang tot geriatrische revalidatiezorg vanuit het eerstelijnsverblijf**

CZ groep vindt dat tijdens een opname ELV hoog complex genoeg ruimte is voor een specialist ouderengeneeskunde en een klinisch geriater om na diagnostiek te bepalen of een cliënt geriatrische revalidatiezorg nodig heeft. Een cliënt is namelijk een dusdanige periode onder zijn verantwoordelijkheid in zorg geweest, dat geen geriatrisch assessment hoeft te worden verricht om te beoordelen of de cliënt moet worden opgenomen in de geriatrische revalidatiezorg. Onderdeel van ELV hoog complex is immers om een cliënt in beeld te brengen en op basis van context, lichamelijk en psychisch welbevinden te beoordelen wat nodig is om weer veilig thuis te kunnen functioneren. Op basis van deze argumenten sluit CZ groep de prestatie 'toegang tot geriatrische revalidatie zorg vanuit het eerstelijnsverblijf' contractueel uit.

#### **Toegang tot geriatrische revalidatiezorg vanuit thuis**

Voor thuiswonende ouderen is er waarschijnlijk onvoldoende beeld bij de situatie en kan de specialist ouderengeneeskunde een assessment uitvoeren ten laste van de GZSP. Dit gebeurt op verzoek van de huisarts. De prestatie 'Toegang tot geriatrische revalidatiezorg vanuit thuis' wordt enkel bij instellingen met een GRZ-functie ingekocht.

### **2.2.8 Ambulantisering**

We merken dat ambulantisering vooral binnen de geriatrische revalidatiezorg maar mondjesmaat van de grond komt. De laatste jaren hebben we dit proberen te stimuleren door extra financiële ruimte te bieden, onder meer op de ambulante tarieven. In de praktijk zien we dat een klinische opname vaak wel kan worden verkort door het laatste deel van de revalidatie in de eigen omgeving van de cliënt voort te zetten. Het volledig ambulant aanbieden van een revalidatietraject, wat naar onze mening bij een aantal diagnosegroepen goed mogelijk is, komt niet of nauwelijks van de grond. Inmiddels zijn we met 3 zorgaanbieders in overleg om samen te onderzoeken welke barrières we daarvoor moeten wegnemen, op inhoud en op het vlak van wet- en regelgeving. Zeker met de overgang van de GZSP naar de Zvw zien wij hier mooie kansen. Uiteraard zijn we

bereid om hiervoor inhoudelijke experimenteeruimte en financiële ondersteuning te bieden.

### 2.2.9 Licht Verstandelijk Beperkten (LVB) en GZSP

Van diverse partijen in het veld horen wij dat de LVB-doelgroep problemen ervaart bij de toegang tot de GGZ. Exclusiecriteria op basis van IQ zijn discriminerend. Deze doelgroep heeft recht op zorg binnen de reguliere GGZ. Wij willen dat zorgverleners deze problematiek vroegtijdig (h)erkennen en de behandeling aanpassen aan het niveau van de cliënt, zoals opgenomen in de generieke module.<sup>1</sup> Wij verwachten dat GGZ-zorgaanbieders hun expertise voor deze doelgroep indien nodig verhogen door bijscholing en consultatie vanuit de verstandelijk-gehandicapten-sector (VG). GGZ-zorgaanbieders brengen op hun beurt weer specifieke GGZ-kennis over aan de VG-sector (zie hiervoor ook het Zorginkoopbeleid GGZ 2023).

Goede zorg voor cliënten met een licht verstandelijke beperking vereist ook een goede samenwerking op regionaal niveau tussen de eerstelijnszorg, gespecialiseerde zorg en het sociaal-maatschappelijk domein. CZ groep verwacht dat alle GGZ-aanbieders deze regionale samenwerking initiëren en/of ondersteunen. Wij streven ernaar dat op regionaal niveau in elk geval afspraken worden gemaakt over:

- de vroegsignalering van een licht verstandelijke beperking;
- het organiseren van een toegankelijk netwerk rond een cliënt met een licht verstandelijke beperking. Dit omvat afspraken over de zorg en de (sociaal-maatschappelijke) begeleiding voor LVB-cliënten in de nulde lijn tot aan SGLVG (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt).

Daarnaast start CZ groep met een aantal zorgaanbieders een pilot om de zorg aan licht verstandelijke beperkten in de huisartsenpraktijk te ondersteunen. Dit doen we door de consultatie én behandeling van gedragsdeskundigen en paramedici mogelijk te maken. We onderzoeken of de inzet van deze deskundigheid leidt tot een betere kwaliteit van leven van licht verstandelijke beperkten en/of GGZ-behandelingen voorkomen kunnen worden. We kunnen de pilot starten onder de huidige bekostigingsstructuur van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP). Omdat de pilot later start dan gepland, zijn nog geen gegevens beschikbaar die kunnen dienen als criteria voor het Inkoopbeleid 2023. De resultaten nemen we daarom mee in het Inkoopbeleid 2024.

Uitbreiding van de pilot met meer zorgaanbieders is momenteel niet noodzakelijk.

## 2.3 Toegankelijkheid van zorg

### 2.3.1 Balans tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

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 belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.

Tot 2040 groeit het aantal ouderen dat zorg en ondersteuning nodig heeft harder dan het aantal werkenden in de bevolking. Onze ambitie is om een goede balans te bereiken tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. We merken dat er een groter spanningsveld ontstaat om deze balans te behouden. Het wordt een steeds grotere uitdaging om de zorg aan ouderen nu en in de toekomst toegankelijk te houden. Dit heeft ook gevolgen voor CZ groep in het kader van onze zorgplicht. Daarom willen we vooral die toegankelijkheid van zorg borgen. Bijvoorbeeld door de zorg binnen de hierboven genoemde aanspraken zo efficiënt mogelijk (regionaal) te organiseren. Een goede visie op ouderenzorg, een optimale samenwerking binnen de keten en de doorontwikkeling van een regionale coördinatiefunctie zijn hierin cruciaal. Goede toegankelijkheid is een randvoorwaarde om daarnaast te kunnen kijken naar kwaliteit en kosten.

De inzet van wijkverpleegkundige en huisarts is essentieel om te voorkomen dat cliënten in een acute situatie in het ziekenhuis of het eerstelijnsverblijf terecht komen. Een groot deel van de cliënten in het eerstelijnsverblijf 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 cliënt met zijn behandelend arts of verpleegkundige zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg bespreekt en eventueel vastlegt. Hiermee lopen zij vooruit op een moment dat de cliënt zelf (tijdelijk) niet meer in staat is om beslissingen te nemen. Ook gerichte preventie zoals valpreventie is hierbij van belang.

<sup>1</sup> Introductie – Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB) | GGZ Standaarden

Ondanks de trend binnen het ELV om de zorg te verplaatsen van de tweede naar de eerste lijn, verwachten we met het huidige zorgaanbod voldoende zorg in te kopen om zorgplicht en keuzevrijheid te borgen. Dit geldt ook voor de geriatrische revalidatiezorg.

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) biedt mogelijkheden om de zorgketen te ondersteunen en om crisissen in individuele gevallen te voorkomen. CZ groep contracteert in 2023 geen nieuwe zorgaanbieders voor de dagbehandelingen van cliënten met een lichamelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel en cliënten met de ziekte van Huntington. We verwachten met het huidige zorgaanbod van deze specifieke doelgroep aan onze zorgplicht te kunnen voldoen en keuzevrijheid voor onze verzekerden te garanderen. Voor de overige functies (specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, gedragswetenschappers, dagbehandelingen voor kwetsbare patiënten en sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt hebben we in bepaalde regio's wel een witte vlek geconstateerd. Voor deze prestatie kunnen nieuwe zorgaanbieders zich wel inschrijven voor een overeenkomst om de toegankelijkheid van de GZSP te verbeteren. Voor meer informatie zie paragraaf 3.3.2.

### 2.3.2 Zorgplicht

Een cliënt die al zorg van een zorgaanbieder ontvangt, heeft recht op continuïteit van zorg, ook als de zorgaanbieder het omzetplafond heeft bereikt of als de zorgvraag verandert. CZ groep legt zorgaanbieders geen doorleververplichting op voor nieuwe cliënten.

Wij gaan ervan uit dat het omzetplafond passend is voor de hele zorgvraag. Als dit niet het geval is, hoeven nieuwe cliënten niet verplicht in zorg genomen te worden. Onze verwachting is dat het steeds verder ontwikkelen van de coördinatiefunctie ertoe zal leiden, dat de betreffende cliënt dan op een andere plek de benodigde zorg krijgt ofwel dat de regionale capaciteit optimaal wordt benut. In bijzondere en onvoorziene omstandigheden waardoor het regionale aanbod – ondanks de coördinatiefunctie – toch knelt, zijn wij bereid om het omzetplafond te bespreken en eventueel te verhogen. In paragraaf 2.3.7 staat beschreven hoe we dit doen. Een zorgaanbieder mag zonder expliciete schriftelijke toezegging niet rekenen op een ophoging daarvan.

### 2.3.3 Kosten van zorg

ELV en GRZ kopen wij gedifferentieerd in. Op deze manier willen we aan de voorkant recht doen aan de prestaties van de zorgaanbieders. Naast de reguliere indexatie van de NZa hechten we veel waarde aan de uitkomsten van het waardemodel ELV en GRZ. In onze waardemodellen verbinden we kwaliteit met doelmatigheid. Dat resulteert in een uitkomst (A,B,C-score benchmark). Deze score vertaalt zich in een voorstel. Zorgaanbieders zonder scorewaardemodel (door te laag volume CZ) ontvangen het CZ-basistarief. Daarnaast kunnen regionale omstandigheden en/of experimenten leiden tot andere tarieven.

### 2.3.4 Omzetplafond

#### ELV en GRZ

CZ Groep hanteert in de basis een omzetplafond voor het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg. Substitutie van de geriatrische revalidatiezorg naar het eerstelijnsverblijf is mogelijk indien deze substitutie een structureel karakter heeft.

#### GZSP

Ook voor 2022 hanteren wij voor de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) een omzetplafond om de zorgkosten te kunnen beheersen. Substitutie van het omzetplafond van het GZSP-contract met de zorgcontracten ELV en GRZ wordt niet toegestaan.

Bij een eventueel knelpunt kan een verzoek voor bijcontractering worden ingediend. Voor meer informatie zie paragraaf 2.3.7.

### 2.3.5 Tarief

De tarieven ELV, GRZ en GZSP worden op de gebruikelijke wijze geïndexeerd middels het toepassen van de OVA. Voor een aantal regio's stellen we vast dat het aanbod ELV laag complex niet aansluit bij de behoefte in de praktijk. Graag gaan we hierover met de desbetreffende regio's en zorgaanbieders in overleg. Daarin nemen we ook het aanbiddingstarief mee.

Net als voorgaande jaren hanteren we de systematiek van het waardemodel voor de aanspraken ELV en GRZ. Afhankelijk van de uitkomsten in deze benchmark kan het tariefsvoorstel van deze aanspraken afwijken.

De tarieven ELV, GRZ en GZSP worden vermeld en nader toegelicht in de aanbiedingsbrief die we medio augustus aan u zullen sturen.

### 2.3.6 Voorstel productieafpraak

Zorgaanbieders die in 2022 een overeenkomst hebben met CZ groep en ook daadwerkelijk zorg hebben gedeclareerd, ontvangen automatisch een voorstel voor 2023 inclusief het waardemodel. Net als voorgaande jaren is het ons uitgangspunt om te komen tot realistische productieafspraken, waarbij wij van de zorgaanbieder verwachten dat die hierop gedurende het jaar stuurde.

### 2.3.7 Aanvullende zorginkoop

Wanneer de zorgaanbieder gedurende het jaar meent dat zijn omzetplafond door bijzondere en onvoorziene omstandigheden ontoereikend is, kan hij in september 2023 een verzoek indienen voor bijcontractering. In die aanvraag toont de zorgaanbieder aan dat hij voldoet aan de volgende voorwaarden:

- De zorgaanbieder heeft gedurende de looptijd van de overeenkomst aangetoond dat hij zijn zorgplicht is nagekomen voor bestaande cliënten die bij hem in zorg zijn. Dat wil zeggen: de zorg is niet stopgezet, omdat het omzetbudget op is, omdat de zorgvraag tussentijds is veranderd of omdat de verzekerde tijdelijk in het ziekenhuis heeft gelegen).
- Er is sprake van een evenredige spreiding van nieuwe cliënten over het hele jaar. De zorgaanbieder dient het verzoek in wanneer vóór 1 oktober 2023 tenminste 80 procent van het omzetbudget voor 2023 is bereikt en de verwachting is dat het omzetbudget ontoereikend is.
- De zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat er een verband is tussen een hogere omzet en een toename van de kosten voor bepaalde cliënten en/of dat er sprake is van verplaatsing van cliënten in de regio.
- De zorgaanbieder scoort bij voorkeur een A-status in het waardemodel.
- De doelmatigheid binnen het omzetmaximum in 2023 neemt niet af ten opzichte van voorgaande jaren.

CZ groep toetst aan de hand van de aanvraag of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor een aanvullende afspraak en zo ja, onder welke voorwaarden. Wij gaan op een verzoek tot bijcontractering in indien:

- de zorgaanbieder aan de voorwaarden voldoet voor een aanvullende afspraak (zie hierboven);
- in de regio sprake is van een zorgplichtprobleem. Dit blijkt uit signalen die CZ groep ontvangt van ofwel verwijzers, ofwel klanten (via CZ zorgteam) dat zij onvoldoende gecontracteerde passende zorg kunnen vinden. De aanvraag is gericht op het oplossen van dit probleem. CZ groep kan overigens ook zelf zorgaanbieders benaderen wanneer hij een zorgplichtprobleem constateert;

- de verzekerden voor die aandoeningen niet (meer) bemiddeld kunnen worden naar ander geschikt zorgaanbod.

Op onze website staat een aanvraagformulier voor bijcontractering. Deze kan de zorgaanbieder per e-mail indienen: [inkoopvvt.zvw@cz.nl](mailto:inkoopvvt.zvw@cz.nl)

#### Termijn

Als de aanvraag en de benodigde gegevens compleet zijn, krijgt de zorgaanbieder binnen 6 weken uitsluitel over de aanvraag. Wordt het verzoek gehonoreerd, dan maken we een aanvullende productieafpraak. De zorg die de zorgaanbieder levert tussen het moment van aanvragen van de extra productieruimte en het uitsluitel komt slechts voor vergoeding in aanmerking indien het productieplafond bij de zorgaanbieder op dat moment nog niet overschreden is.

Plafondaanpassingen die het gevolg zijn van fusies, overnames of faillissementen vormen een uitzondering op de hierboven benoemde regel, en kunnen afzonderlijk met CZ groep worden besproken.

Als de zorgaanbieder zich genooddaakt voelt om een zorgstop voor nieuwe cliënten in te voeren, moet hij de cliënten doorverwijzen naar het CZ zorgteam. Zij kunnen hen doorbemiddelen naar een andere zorgaanbieder. Wanneer het CZ zorgteam dit doet, gaan wij via een servicecall met de verzekerde na of hij ook daadwerkelijk is geholpen.

### 2.3.8 Meerjarenafspraken

Voor 2023 willen we graag verdergaan met het afsluiten van meerjarenafspraken. We zien ruimte voor 2 soorten meerjarenafspraken: met strategische en niet-strategische zorgaanbieders.

#### Strategische zorgaanbieders

Onder strategische zorgaanbieders verstaan we zorgaanbieders met een cruciale functie binnen de regionale keten en waar CZ groep een aanzienlijk marktaandeel heeft qua aantallen verzekerden. Daarnaast behaalt de strategische zorgaanbieder bij voorkeur een A-status in het waardemodel, maar ten minste een B-status. Het gesprek over meerjarenafspraken kan hier ruimte bieden voor stevige inhoudelijke afspraken voor een periode van bijvoorbeeld 3 jaar. Het voordeel van deze afspraken is dat we de focus volledig op de inhoud kunnen richten en we elkaar versterken in het proces met als doelstelling een houdbare en toekomstbestendige zorg. Inhoudelijke meerjarenafspraken maken we op de volgende pijlers:

- kwaliteit
- toegankelijkheid
- kosten
- personeel
- duurzaamheid

### **Niet-strategische zorgaanbieders**

Ook voor reguliere zorgaanbieders kan het onder bepaalde voorwaarden interessant zijn om te komen tot een meerjarenafspraak. Denk hierbij aan minder administratieve lasten en meer financiële zekerheid rondom tarief en volume. Zorgaanbieders die een voorkeur hebben voor het maken van een dergelijke afspraak kunnen zich wenden tot hun vaste contactpersoon.

## **2.4 Innovatie en samenwerking**

### **2.4.1 Digitale zorg**

Voor de visie en ambities van CZ op het gebied van digitale zorg en ook de afspraken die we op ZN-niveau met partijen hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen, [kijk hier](#).

### **2.4.2 Duurzaamheid**

De zorgsector is medeverantwoordelijk voor klimaatverandering en milieuvervuiling en dat heeft ernstige gevolgen voor de leefomgeving en de gezondheid. Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om – naast onze eigen verduurzaming – een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap. Daarom gaan we ons als zorgverzekeraars gezamenlijk inzetten om de verduurzaming van de zorgsector te versnellen.

Daartoe gaan we, in overleg met de verschillende zorgbranches, de inkoop van duurzame zorg verder uitwerken. Vooruitlopend daarop verwachten we van alle zorgaanbieders dat ze zich committeren aan de landelijke CO<sub>2</sub>-doelstellingen en, zoals afgesproken in het klimaatakkoord, hun CO<sub>2</sub>-routekaart ontwikkelen en aanleveren. Voor meer informatie, [kijk hier](#).

### **2.4.3 Regie in de regio**

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'. Zij sluit aan bij het thema 'verantwoord en dichtbij' in ons zorginkoopbeleid 2023. 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*.

De wettelijke zorginkooprol van de zorgverzekeraar impliceert dat deze als regioregisseur verantwoordelijkheid neemt om de niet-vrijblijvende regionale samenwerking op basis van *co-makership* met de partners aan te sturen. De betrokken partners maken samen een analyse van de situatie in de regio en stellen vast welke knelpunten zich nu en in de toekomst aandienen (*regiobeeld*). De partners formuleren een gezamenlijke regionale opgave, waaraan de partners zich committeren. De *regionale opgave* impliceert zowel een collectieve als een individuele verantwoordelijkheid voor de partners.

In de regio's waar dit speelt, kan er een reden zijn om afspraken te maken die afwijken van de generieke doelstellingen zoals beschreven in dit inkoopdocument.

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

We krijgen beter inzicht in de wensen en behoeften van onze verzekerden dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiënten(organisaties), ervaringsdeskundigen en onze Ledenraad. Ook betrekken we mensen steeds vaker bij regionale vraagstukken. 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. Daarnaast implementeren we veranderingen in de zorg op basis van de vraag van onze verzekerden. Hoe wij onze verzekerden hebben betrokken en wat dit oplevert bij de zorginkoop maken we transparant in het document **Zo betrekken we onze verzekerden**.

## Proces contractering 2023

### 3.1 Contractpartners

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

### 3.2 Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2022 een overeenkomst hebben met CZ groep (een overeenkomst die gedurende 2022 niet is opgezegd) en die op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. CZ groep biedt voor 2023 per verstrekking automatisch één aparte overeenkomst aan.

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 houdt in, dat wij aan de voorkant geen algemene controle uitvoeren of bestaande aanbieders voldoen aan de voorwaarden uit de overeenkomst en de minimumeisen. Wij behouden ons wel het recht voor om maatregelen te treffen als we gedurende de looptijd van de overeenkomst constateren dat u aan één of meer voorwaarden of vereisten niet meer voldoet. Dit leidt in het uiterste geval tot beëindiging van de overeenkomst.

Aanvullend op deze werkwijze willen we voor 2023 meer variatie aanbrengen in de contractuele afspraken. Dit op basis van wat de zorgaanbieder aan zorg levert, zijn rol binnen de regionale keten en op basis van de uitkomsten van het waardemodel. Wij informeren de zorgaanbieders hierover in de toelichting bij het voorstel voor het omzetplafond.

### 3.3 Nieuwe zorgaanbieders

U bent een nieuwe zorgaanbieder indien u in 2022 geen overeenkomst ELV, GRZ en/of GZSP met CZ groep heeft.

#### 3.3.1 ELV en GRZ

CZ groep contracteert in beginsel geen nieuwe zorgaanbieders ELV en GRZ voor 2023. CZ groep heeft voldoende zorgaanbod gecontracteerd en daarmee is de toegankelijkheid, de keuzevrijheid van de cliënt en derhalve de zorgplicht geborgd. Indien de zorgplicht in het geding komt of er een zorgaanbieder is met een innovatief zorgaanbod, zullen we uiteraard wel aanvullend contracteren. De inschrijfmodule staat voor nieuwe zorgaanbieders gewoon open.

#### 3.3.2 GZSP

CZ groep contracteert in 2023 geen nieuwe zorgaanbieders voor de dagbehandelingen 'cliënten met een lichamelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel' en 'ziekte van Huntington'. We verwachten met het huidige aanbod van deze behandelingen aan onze zorgplicht te kunnen voldoen en keuzevrijheid voor onze verzekerden te garanderen.

Gezien de personeelskrapte kunnen nieuwe zorgaanbieders zich wel inschrijven voor de individuele prestaties 'behandeling door specialist ouderengeneeskunde', 'behandeling door arts voor verstandelijk gehandicapten' en 'behandeling door gedragswetenschapper'. Ook hebben we in bepaalde regio's een leemte van zorgverlening voor de dagbehandelingen 'kwetsbare patiënten' en 'sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt' vastgesteld. Ook voor deze prestaties kunnen nieuwe zorgaanbieders in aanmerking komen voor een overeenkomst 2023. Zie hiervoor de minimumeisen GZSP in bijlage 1.

We behouden ons het recht voor om nieuw zorgaanbod te contracteren op het moment dat onze zorgplicht in het geding dreigt te komen.

### 3.3.3 Uitgangspunten voor het contracteren van nieuwe zorgaanbieders

- Nieuwe zorgaanbieders ELV/GRZ/GZSP kunnen zich in de periode van 1 november 2022 tot 31 maart 2023 inschrijven voor een overeenkomst 2023. Inschrijvingen die later binnenkomen, nemen we niet in behandeling. Een overeenkomst geldt nooit met terugwerkende kracht.
- Een nieuwe zorgaanbieder mag zich maximaal 1 keer per contractjaar inschrijven. Dit doet hij door een digitale vragenlijst in VECOZO in te vullen. Om deze diensten te kunnen gebruiken, is een juist en geldig certificaat vereist (zie [www.vecozo.nl/zorginkoop-portaal/voorbereiden/](http://www.vecozo.nl/zorginkoop-portaal/voorbereiden/)). De nieuwe zorgaanbieder heeft een onderbouwde verwachte zorgomzet van minimaal € 50.000 op jaarbasis bij CZ groep.
- CZ groep contracteert voor 2023 alléén nieuwe aanbieders voor de GZSP als zij een duidelijke toegevoegde waarde laten zien ten opzichte van het zorgaanbod dat we al gecontracteerd hebben. Bijvoorbeeld omdat zij een witte vlek invullen. Nieuwe zorgaanbieders ontvangen in principe een eenjarige overeenkomst.
- Een integriteitsonderzoek is onderdeel van de beoordelingsprocedure.
- De inschrijving van een zorgaanbieder die we in het voorgaande jaar hebben afgewezen vanwege onvoldoende toegevoegde waarde en die zich opnieuw inschrijft zonder dat hij deze toegevoegde waarde nu wel kan aantonen, nemen wij niet in behandeling.
- De (geheel) nieuwe zorgaanbieder beschikt al over een toelating of heeft een melding gedaan bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of een vergunning aangevraagd als nieuwe zorgaanbieder. Hij levert de ingevulde vragenlijst van de IGJ bij zijn inschrijving aan en/of geeft aan wat de status is van de melding.
- Met nieuwe zorgaanbieders sluiten we standaard een eenjarige overeenkomst. Hieraan gekoppeld kunnen we resultaatsafspraken maken.

Wij streven ernaar om de zorgaanbieder binnen 2 maanden na inschrijving te laten weten of we hem een overeenkomst aanbieden.

## 3.4 Tijdpad

Planning	Activiteiten
1 april 2022	Publicatie van dit zorginkoopbeleid
Uiterlijk 31 mei 2022	Invullen van de uitvraagmodule kwaliteitsinformatie van VECOZO voor waardegedreven inkoop (zie paragraaf 3.4)
Uiterlijk 31 augustus 2022	Verzending waardemodellen/ spiegelrapportagesets ELV en GRZ inclusief productievoorstel 2023
Uiterlijk 31 augustus 2022	Verzending spiegelrapportages GZSP inclusief productievoorstel 2023
Vóór 15 september 2022	Offertes GRZ in VECOZO
1 september t/m 30 oktober 2022	Onderhandelingen
12 november 2022	Publicatie gecontracteerd aanbod
1 november 2022 tot 31 maart 2023	Inschrijven nieuwe zorgaanbieders voor een overeenkomst ELV, GRZ en GZSP 2023

## 3.5 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2022 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2023. 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 etalage-informatie die u zelf invult en beheert in Mijn Zorgaanbod;
- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden;
- de wachttijden (indien beschikbaar);

- kwaliteitsinformatie, waaronder de selectieve inkoopresultaten (indien beschikbaar);
- patiëntervaringen (indien beschikbaar).

Let op dat u geen verzekerdengegevens meestuurt naar de algemene e-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.

### 3.6 Bereikbaarheid

Via de website van CZ groep informeren wij u steeds over de laatste stand van zaken.

[www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/eerstelijnsverblijf](http://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/eerstelijnsverblijf), Geneeskundige Zorg voor Specifieke Cliëntgroepen (GZSP) – CZ

[www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/geriatriesche-revalidatiezorg](http://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/geriatriesche-revalidatiezorg)

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

Onderwerp vraag	ELV	GRZ	GZSP
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>	<a href="mailto:rz.gzsp@cz.nl">rz.gzsp@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>	<a href="mailto:decl.GZSP@cz.nl">decl.GZSP@cz.nl</a>
Zorginkoopbeleid	<a href="mailto:inkoopvvt.zvw@cz.nl">inkoopvvt.zvw@cz.nl</a>	<a href="mailto:inkoopvvt.zvw@cz.nl">inkoopvvt.zvw@cz.nl</a>	<a href="mailto:inkoopvvt.zvw@cz.nl">inkoopvvt.zvw@cz.nl</a>
Zorginhoudelijke vraag op verzekerdeniveau	<a href="mailto:zorgteam@cz.nl">zorgteam@cz.nl</a>	<a href="mailto:zorgteam@cz.nl">zorgteam@cz.nl</a>	<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 cliënt: <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>	



## Minimumeisen ELV, GRZ & GZSP

### Minimumeisen ELV

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling via een Wtza-beschikking. Bij hoog-complexe ELV zijn er 24/7 verpleegkundigen van niveau 4/5 aanwezig.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZia.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (handelt volgens binnen de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen en protocollen, zoals de NHG-standaarden).
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit).
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties per doelgroep ELV.
- De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met de cliëntenraad verbeterplannen op.
- Bij een wijziging van locatie levert de zorgaanbieder de locatiebijlage ELV tijdig en volledig in.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governance-code Zorg ingevoerd.
- Voor de contractering voor de prestatie hoogcomplex ELV geldt dat een zorgaanbieder een aanbod van geriatrische revalidatiezorg én eerstelijnsverblijf 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.

- De zorgaanbieder neemt deel aan een regionale coördinatiefunctie, waarin in ieder geval sprake is van 1 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 specialist ouderengeneeskunde.
- De zorgaanbieder maakt afspraken over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen het ziekenhuis en het eerstelijnsverblijf en tussen de huisarts en het eerstelijnsverblijf bij opname en ontslag.

### Aanvullende eisen palliatief terminale zorg binnen ELV

Voor zorgaanbieders die het eerstelijnsverblijf aanbieden voor palliatief terminale zorg, 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 cliënt.
- De zorgaanbieder beschikt over een palliatief verpleegkundige die direct betrokken is bij het primaire proces. Huisartsen en/of specialisten ouderengeneeskunde 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 specialist ouderengeneeskunde 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 cliënt de gewenste geestelijke en spirituele zorg biedt, en dat hij ook de naasten van de cliënt 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 (vrijwilligers palliatieve terminale zorg). Zij bieden ondersteuning, rust en concrete hulp in de laatste levensfase.

#### **Aanvullende eisen triagebedden binnen ELV**

Voor zorgaanbieders die triagebedden binnen het eerstelijnsverblijf aanbieden, gelden de volgende aanvullende eisen:

- 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 zijn gecontracteerd voor het eerstelijnsverblijf én voor geriatrische revalidatiezorg.
- In de keten zijn samenwerkingsafspraken gemaakt over een snelle doorstroom na de 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 in kleding van een bepaalde zorgaanbieder mag rondlopen, maar dat aanmeldingen vanuit een andere zorgaanbieder niet geweigerd mogen worden. Ook mag niet alleen naar het eigen aanbod doorverwezen worden.
- De beschikbaarheid van de triagebedden moet gekoppeld zijn aan een (sub)regionale coördinatiefunctie.

#### **Minimumeisen GRZ**

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- 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 voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (handelt volgens binnen de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen en protocollen, zoals de NHG-standaarden).
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit).
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties (per doelgroep) voor geriatrische revalidatiezorg.
- De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met de cliëntenraad verbeterplannen op.
- Bij een wijziging van locatie levert de zorgaanbieder de locatiebijlage GRZ tijdig en volledig in.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governance-code Zorg ingevoerd.
- 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.
- De zorgaanbieder beschikt over een specialist ouderengeneeskunde, die bij voorkeur is opgeleid tot kaderarts geriatrische revalidatie.
- 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 de instroom vanuit huis. De opnamemogelijkheden zijn

zodanig dat een cliënt binnen 48 uur kan worden opgenomen als de medisch specialist heeft geoordeeld dat de cliënt kan starten met geriatrische revalidatiezorg.

- Een zorgaanbieder behandelt minimaal 60 CVA-cliënten en/of 70 orthopediecliënten (electief en trauma) en/of 60 cliënten 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 worden geborgd. De aanbieders van geriatrische revalidatiezorg in de regio moeten met elkaar samenwerken. Wij hanteren daarvoor de volgende voorwaarden:
  - Er is sprake van een locatieoverstijgend 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 multidisciplinair overleg.
  - Er is sprake van een gezamenlijk scholingsprogramma en gezamenlijke intervisiemogelijkheden.
- 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

### **Aanvullende eisen CVA binnen GRZ**

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

### **Minimumeisen GZSP**

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder beschikt over een WTZa-toelating voor een instelling voor verblijf met behandeling.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.

- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZa.
- 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 beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (handelt volgens binnen de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen en protocollen, zoals de NHG-standaarden).
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit).
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- Aan de zorgaanbieder is ten minste een specialist ouderengeneeskunde en/of een arts verstandelijk gehandicapten verbonden.<sup>2</sup>
- De zorgaanbieder voldoet aan Uitgangspunten ZN 'Individuele prestaties' en 'Zorg in een groep' GZSP (zie bijlage 2).

### **Aanvullende eis SGLVG/GZSP**

- Een zorgaanbieder, die de behandeling SVGLV aanbiedt, is aangesloten bij het samenwerkingsverband 'Expertisecentrum De Borg'.

<sup>2</sup> Naast de specialist ouderengeneeskunde (SO) en de arts verstandelijk gehandicapten (AVG) kan een BIG-geregistreerde gedragswetenschapper ook als regiebehandelaar fungeren. Dit gebeurt in de GZSP-praktijk bij multidisciplinaire programma's met een erkend keurmerk, zoals Hersenz of FACT LVB. Zorgaanbieders die deelnemen aan een multidisciplinair programma van Hersenz of FACT LVB maar geen zorg leveren zoals een SO of AVG en zich dus enkel richten op zorg zoals gedragswetenschappers bieden, zijn vrijgesteld van deze minimeisen.

## Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2023 met CZ groep komt de zorgaanbieder:

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



**Zorg die verder gaat**