



Zorginkoopbeleid 2019

Geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf

OHRA Direct
geregeld

N nationale
nederlanden



Inhoudsopgave

Voorwoord	4	3.2 Afbakeningen kortdurend verblijf bij somatische problematiek	10	4.3 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	24
1 Managementsamenvatting	5	3.3 Doelgroepen	11	4.4 Bereikbaarheid	24
1.1 Kern van het zorginkoopbeleid ELV/GRZ 2019	5	3.4 Waardegedreven zorgcontractering	15	5 Betrekken van verzekerden bij het zorginkoopbeleid	25
1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid ELV/GRZ 2019	5	3.5 Financieel	18	5.1 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	25
1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst	5	3.6 Ruimte voor innovatief zorgaanbod	19	5.2 Specifiek beleid ELV en GRZ	26
2 Visie van CZ groep op ELV en GRZ	6	3.7 Toegankelijkheid	19	Bijlage 1: Declaratieaspecten GRZ	27
3 Uitgangspunten bij de inkoop van ELV en GRZ	9	3.8 Minimumeisen	19		
3.1 Wat is eerstelijnsverblijf (ELV)?	9	4 Proces contractering 2019	23		
		4.1 Contractpartners	23		
		4.2 Tijdpad	24		

Voorbehoud

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

CZ groep denkt mee over de toekomst van de zorg. Dat doen we door in onze zorginkoop aan te sluiten bij de regionale zorgbehoeften. Met inwoners, zorgverleners en andere betrokken partijen werken we samen aan betere en betaalbare zorg in de regio. In een aantal regio's experimenteren we met nieuwe organisatievormen om dat zo effectief mogelijk te doen. Zie hiervoor www.cz.nl/regie-regio. In deze experimenteerregio's worden afspraken gemaakt die kunnen afwijken van de afspraken voor de reguliere zorginkoop.

Voorwoord

De kostenbeheersing in de zorg stelt de samenleving voor grote uitdagingen. De afgelopen jaren bleven de kostenstijgingen redelijk beperkt, mede dankzij de diverse hoofdlijnenakkoorden. Inmiddels zien we dat de zorgkosten weer een belangrijk onderwerp zijn. Mensen worden steeds ouder en met de leeftijd komen de gebreken. Daarnaast zien we dat de medische technologie steeds meer mogelijkheden biedt. Maar zijn de steeds hogere kosten die we maken voor meer gezondheidswinst en gewonnen levensjaren wel gerechtvaardigd? Dat is een vraag die velen zich stellen vanuit macroperspectief. CZ groep zet zich ook in 2019 en verder in om onnodige zorgkosten te beperken. Denk daarbij aan: het kritisch zijn over inclusie van patiënten, gepast gebruik van zorg en het stimuleren van andere oplossingen dan formele zorg.

Door alle aandacht voor de zorgkosten lijkt de kwaliteit van de zorg soms op de achtergrond te raken. Maar niets is minder waar: CZ groep blijft zich inzetten om verschillen in de kwaliteit van de zorgverlening inzichtelijk te maken. Via interventies willen we de gecontracteerde zorg op een (nog) hoger niveau brengen. Ook werken we aan een visie waarin we beschrijven hoe we de komende jaren de zorg

voor onze verzekerden kunnen verbeteren. Dat doen we op meer manieren dan via contracten met zorgverleners. Ons motto is niet voor niets: 'Alles voor betere zorg'.

In het eerstelijnsverblijf (ELV) zoekt CZ groep die betere zorg door een goede positionering van het ELV in de regionale zorgketen. Het ELV kan een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van opnames in het ziekenhuis of op de spoedeisende hulp (SEH). Daarnaast is het ELV belangrijk voor een goede doorstroom na de opname in het ziekenhuis. Eenvoudige toegang, goede triage en een goed overzicht van de beschikbare plaatsen zijn hierin belangrijke voorwaarden. Ook voor de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is samenwerking binnen de keten cruciaal om ervoor te zorgen dat cliënten snel op de juiste plaats komen en zo snel mogelijk terug naar huis kunnen. Graag nodigen wij u uit om verder te lezen en samen met ons deze uitdaging aan te gaan.

Yvonne Hijnen,
Manager Sector V&V



1 Managementsamenvatting

1.1 Kern van het zorginkoopbeleid ELV/GRZ 2019

Met dit zorginkoopbeleid wil CZ groep de nadruk leggen op samenwerking in de keten, de patiënt op de juiste plaats en het revalidatieklimaat in het eerstelijnsverblijf (ELV) en de geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Hiervoor zet CZ groep grotendeels het beleid voort dat wij in 2018 hebben ingezet. We scherpen dit op een aantal punten aan. Het beleid van 2018 was gericht op de positionering van het ELV en het opdoen van ervaring hiermee.

Daarnaast wilden we een verdiepingsslag maken in de GRZ, onder meer via spiegelrapportages. De punten die we aanscherpen, liggen vooral op het gebied van verdergaande transparantie (verbreding en verdieping van de spiegelrapportages), verduidelijking van de rol van de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts, triagebedden, concentratie van ELV en aandacht in de tariefstelling voor doelmatigheid.

1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid ELV/GRZ 2019

CZ groep hecht veel waarde aan transparantie. Daarom stellen we, in navolging van de GRZ,

een spiegelrapportageset beschikbaar aan zorgaanbieders ELV. Deze set geeft zorgaanbieders inzicht in de prestaties van hun eigen organisatie ten opzichte van het totaal van CZ groep. Daarnaast hanteren we in 2019 ook voor ELV een CZ-basistarief waarop zorgaanbieders een prijsopslag of -afslag krijgen, afhankelijk van hun doelmatigheid. De rol van de specialist ouderengeneeskunde (SO) in het ELV en in de keten wordt in dit beleid meer benadrukt. CZ groep gaat hoogcomplexere ELV verder concentreren. Door een koppeling met GRZ verwachten we dat het revalidatieklimaat verder toeneemt, waardoor patiënten vaker en sneller terug naar huis kunnen. Tot slot willen we per regio een aantal triagebedden creëren, omdat er een groep patiënten is bij wie onduidelijkheid bestaat over de leerbaarheid en de revalidatiedoelstellingen. In de triageperiode kunnen diverse disciplines worden ingezet om snel te komen tot een juiste diagnose en een passend vervolgtraject.

1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

Voor de overeenkomst ELV zijn dit de belangrijkste wijzigingen:

- Voor de contractering voor de prestatie 'ELV hoog complex' geldt dat een zorgaanbieder zowel ELV als GRZ moet aanbieden. Uitzondering hierop vormen regio's waarin door niet-contracteren onacceptabel lange reisafstanden voor verzekerden zouden ontstaan (meer dan circa 25 kilometer of een halfuur reistijd). In deze gevallen maakt CZ groep afspraken over de manier waarop de zorgaanbieder de kwaliteit van de zorg kan borgen door een andere manier van samenwerking met andere organisaties. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid.
- De zorgaanbieder neemt deel aan een regionaal coördinatiepunt, waarin in ieder geval sprake is van één loket/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 is toegelaten voor verblijf met behandeling via een WTZi-beschikking. Bij ELV hoog complex zijn er 24/7 verpleegkundigen van niveau 4/5 aanwezig.

Voor de overeenkomst GRZ zijn er geen belangrijke wijzigingen in de voorwaarden.

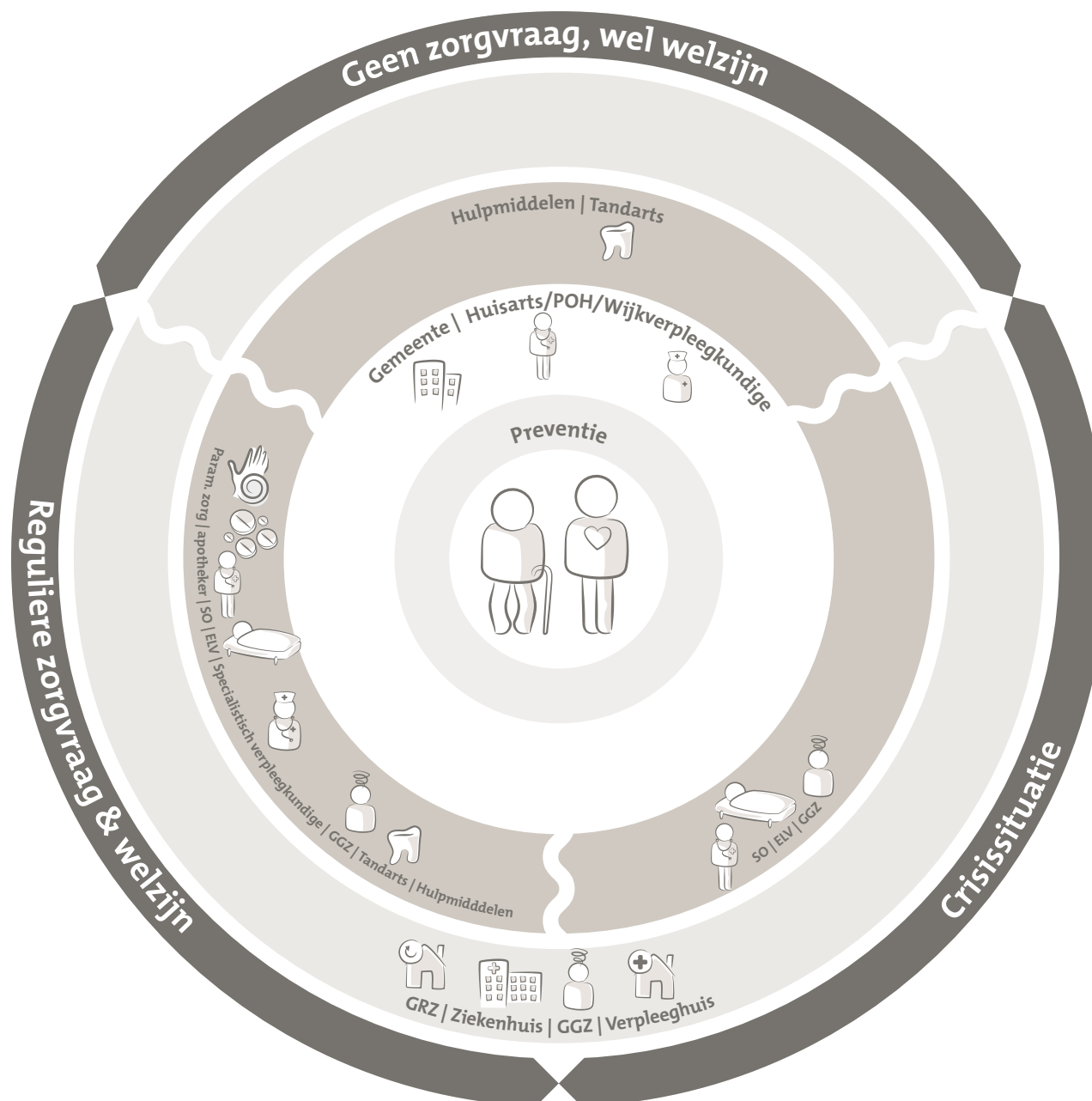
2 Visie van CZ groep op ELV en GRZ

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.

CZ groep heeft op 1 april 2017 zijn beleidsvisie **'Ouderenzorg nu en in de toekomst'** gepubliceerd. Daarin staat onze visie op de regionale keten, waarbij de nadruk ligt op de samenhang tussen verschillende vormen van zorg. Het uiteindelijke doel is een goede samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders, zodat een effectieve zorgketen voor (kwetsbare) ouderen ontstaat.

De afgelopen periode heeft CZ groep een nadere verdiepingsslag gemaakt op het organiseren van een integrale zorgketen. In het document **'Uitwerking van de integrale ketenzorg voor (kwetsbare) ouderen'** heeft CZ groep verder uitgewerkt hoe de integrale zorgketen georganiseerd zou kunnen worden om de ouderen en de mantelzorgers heen.



Daarbij zetten verschillende partijen hun specialisme in. Zij stemmen hun aanbod onderling zeer consequent en gedisciplineerd af en stellen de behoefte van de ouderen centraal. Alleen dan werkt de zorgketen als een zorgcontinuüm.

Een zorgvraag thuis kan (tijdelijk) veranderen: er kunnen incidenten, exacerbaties, instabiele periodes of acute complicaties plaatsvinden. Het ELV en de GRZ zijn voorzieningen die een belangrijke rol spelen wanneer kwetsbare verzekerden tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven. Doel van de opname is dat patiënten hun dagelijkse handelingen weer zelfstandig of met beperkte hulp kunnen uitvoeren, zodat ze thuis kunnen blijven wonen. Daarmee dragen GRZ en ELV bij aan de doelstelling om mensen langer en met eigen regie thuis te laten wonen en het beroep op professionele zorg te verminderen.

Daarnaast kan ELV ingezet worden voor patiënten die een levensverwachting hebben van minder dan 3 maanden (palliatief terminale zorg, PTZ), wanneer de benodigde zorg thuis niet meer afdoende kan worden gerealiseerd. Als er sprake is van PTZ, is een terugkeer naar de eigen woonomgeving niet van toepassing.

ELV en GRZ is afstemming

Voor een goede organisatie van ELV en GRZ in de regionale keten voor zorg aan kwetsbare ouderen is goede triage en een tijdige en volledige overdracht naar de juiste discipline noodzakelijk. Elke schakel in de keten is ervoor verantwoordelijk dat de schakel na hem direct de juiste zorg kan leveren. Deze afstemming vindt op de achtergrond plaats, zodat de patiënt zo min mogelijk

last ondervindt van de overgangen in de keten. CZ groep verwacht dat het ziekenhuis, de huisartsen en de instellingen voor ELV en GRZ in een regio periodiek evalueren om de juistheid van de triage, de kwaliteit van de transfer en de trends in de benodigde opnamecapaciteit vast te stellen. Daarnaast maken zij verbeterafspraken om de keten zo optimaal mogelijk te laten functioneren.

ELV en GRZ is behandelen

Bij ELV en GRZ is de zorg vraaggericht ingestoken en volledig gericht op het behalen van de behandel-doelstellingen die vooraf met de patiënt zijn afgesproken. De behandeling is bijvoorbeeld gericht op 'post uit de brievenbus kunnen halen' in plaats van op algemene doelen als '20 meter kunnen wandelen'. In de dagelijkse verzorging moet voorop staan dat de patiënt toewerkt naar zelfstandigheid. Kortom, alles is revalidatie. Hieraan is onlosmakelijk een therapeutisch klimaat verbonden. Niet alleen tijdens de behandelingen, maar tijdens het totale verblijf is er aandacht voor zelftraining, functionele training en de inzet van de mantelzorgers als co-therapeut. Iemand's levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop hij in contact wil staan met zorgverleners of zorg af wil nemen. CZ groep vindt het daarom belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.



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

Over 5 jaar...

CZ groep wil dat er in het ELV en de GRZ over 5 jaar een modus is bereikt waarin de (revalidatie)behandeling volledig rondom de patiënt is georganiseerd. Hierbij is het gebruik van ondersteunende hulpmiddelen zoals e-health vanzelfsprekend en een continue voedingsbodem voor innovatie. Deze hulpmiddelen maken de behandeling leuker en beter, en hebben daarmee een toegevoegde waarde naast de inzet van de zorgprofessionals. De behandelaren en het verpleegkundig personeel kijken door de muren van de instelling heen naar buiten. Dat doen zij om de zorg af te stemmen met de andere betrokken partijen (familie, gemeente, wijkverpleging, paramedie, et cetera) én om de revalidatiebehandeling zo veel mogelijk buiten de muren plaats te laten vinden. Ambulante GRZ is verankerd in de zorgpaden. Crisis-opnames in het ELV zijn geminimaliseerd doordat risicopatiënten beter in kaart zijn gebracht via Advanced Care Planning, waardoor wordt voorkomen dat er een crisis ontstaat.¹ Er hoeft niet meer 'geleurd' te worden met een patiënt, want de plaatsen in de regio zijn inzichtelijk en er zijn triagemogelijkheden ingericht.

In geval van twijfel bij de (huis)arts of de wijkverpleegkundige kan er gemakkelijk consultatie gevraagd worden bij de specialist ouderengeneeskunde (SO). Dit kan telefonisch, via beeldcommunicatie of face-to-face. Ook kan de SO zo nodig bij de patiënt thuis langsgaan. Patiënten die GRZ nodig hebben, hoeven niet meer onnodig langs de SEH of het ziekenhuis, maar kunnen direct door de huisarts naar de SO worden doorverwezen voor een assessment. Voor ELV en GRZ zijn breed gedragen (klinische) uitkomstindicatoren beschikbaar. Patiënten, behandelaren, aanbieders en zorgverzekeraars halen hun informatiebehoefte uit een 'transparantieportaal', waarin informatie over behandeluitkomsten, financiële parameters en patiënttevredenheid duidelijk wordt teruggekoppeld.

Deze visie op ELV en GRZ zetten wij in 2019 concreet om in de volgende uitgangspunten voor onze zorginkoop.

¹ Zie ook het onderzoek 'In een keer goed' van Vilans.

3 Uitgangspunten bij de inkoop van ELV en GRZ

3.1 Wat is eerstelijnsverblijf (ELV)?

ELV is vanaf 1 januari 2017 een aanspraak onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). In dit hoofdstuk gaan wij in op wat CZ groep onder ELV verstaat. Vervolgens zetten wij het onderscheid tussen de verschillende vormen van kortdurend verblijf uiteen. Voor het maken van dit onderscheid, adviseert CZ groep het gebruik van het afwegingsinstrument ELV van Verenso als richtlijn. In afwijking van dit afwegingsinstrument vindt CZ groep dat er bij hoogcomplex ELV ook revalidatiedoelstellingen kunnen zijn, maar dat de keuze tussen hoogcomplex eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ) meer afhangt van de intensiteit van de benodigde revalidatie in combinatie met multidimensionale revalidatiedoelen.

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

Het ELV biedt dus 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en het verblijf is medisch noodzakelijk. De nadruk ligt op de medische zorg, maar ook op verpleegkundige zorg en toezicht. De geneeskundige zorg wordt uitgevoerd door een generalistische zorgverlener, zoals de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde (SO) of de arts verstandelijk gehandicapten (AVG). Binnen de samenhang van verblijf, geneeskundige zorg, verpleging en verzorging zijn verschillende zorgaanbieders actief. Ieder is verantwoordelijk voor zijn eigen inbreng.

ELV is nadrukkelijk niet aan de orde bij:

- ernstige psychiatrische problematiek;
- somatische problematiek waarvoor behandeling door de medisch specialist nodig is (MSZ);
- een haalbare intensieve multidisciplinaire revalidatiedoelstelling (GRZ of MSRZ);
- hoofdzakelijk sociale problemen (Wmo);
- respijtzorg² zonder medische noodzaak (Wmo);
- een bestaande Wlz-indicatie inclusief behandeling;
- bij het vermoeden van een langdurige noodzaak voor opname zonder terugkeer naar huis (aanvragen Wlz-indicatie).

ELV bestaat uit geneeskundige zorg, verpleging, verzorging, psychologische zorg en paramedische zorg. De huisarts en/of SO neemt de beslissing voor opname, in overleg met de (wijk)verpleegkundige. Dit betekent dat de medische diagnose en indicatiestelling én de verpleegkundige diagnose en indicatiestelling een rol spelen. Dit moet blijken uit de triage, de overdracht, het zorgplan en de uiteindelijke zorginzet. Het afwegingsinstrument kan hierbij ondersteuning bieden³.

² CZ groep hanteert voor respijtzorg de volgende beschrijving: 'Respijtzorg is vervangende mantelzorg en biedt mantelzorgers de mogelijkheid hun zorgtaken tijdelijk aan een ander over te dragen. Daardoor kunnen zij de zorg beter volhouden. Respijtzorg kan ook nodig zijn wanneer de mantelzorger uitvalt.'

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

De medische regie en eindverantwoordelijkheid liggen in eerste instantie bij een huisarts (niet per se de eigen huisarts). De huisarts kan een SO of AVG consulteren bij de zorg die hij verleent aan een patiënt in het ELV. Ook kan hij de behandeling en eindverantwoordelijkheid in complexe situaties overdragen aan de SO en/of AVG.⁴ De SO heeft een consultatie- en behandelrol binnen het ELV. Vaak draagt de huisarts de zorg om praktische redenen over aan de SO. Het is dan aan de betrokken huisarts en de SO om samen zorginhoudelijke afspraken te maken over de verantwoordelijkheid en te bepalen op welk moment de huisarts de patiënt weer onder zijn hoede neemt. Ook moeten zij gezamenlijk een zorgplan opstellen met als doel 'een zo snel mogelijke terugkeer naar huis'.

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

3.2 Afbakeningen kortdurend verblijf bij somatische problematiek

Afgelopen jaar is gebleken dat het voor zorgaanbieders soms moeilijk is om te bepalen wat de juiste plaats is voor de behandeling van een specifieke patiënt. Daarom besteedt CZ groep in dit zorginkoopbeleid nogmaals

aandacht aan de afbakening van ELV en GRZ ten opzichte van andere vormen van kortdurend verblijf.

ELV en GRZ versus medisch specialistische revalidatie

Het onderscheid tussen ELV/GRZ en medisch specialistische revalidatiezorg wordt in eerste instantie gevormd door de kwetsbaarheid en belastbaarheid van de patiënt. GRZ en ELV zijn geschikt voor laagbelastbare patiënten. De medisch specialistische revalidatiezorg is intensiever en bedoeld voor hoogbelastbare patiënten. Daarnaast bestaat er verschil in de behandel doelstellingen. De doelstellingen binnen de GRZ en het ELV zijn gericht op het weer zelfstandig thuis kunnen functioneren, terwijl medisch specialistische revalidatiezorg is gericht op participatie, zoals het oppakken van gezinstaken, terugkeer naar de werksituatie of het oppakken van hobby's, afhankelijk van de levensfase van de patiënt. Tot slot verschilt de medische eindverantwoordelijkheid: voor de GRZ ligt die bij de SO en voor de medisch specialistische revalidatiezorg bij de revalidatiearts.

ELV en GRZ versus somatische verblijfsplaatsen langdurige zorg

GRZ en ELV onderscheiden zich van somatische verblijfsplaatsen langdurige zorg door de waarschijnlijkheid dat de patiënt binnen afzienbare tijd weer terug naar huis kan (maximaal 3+3, dus 6 maanden). Daarnaast kent GRZ een intensievere behandeling dan normaliter in het verpleeghuis wordt gegeven.

ELV versus GRZ

GRZ en ELV worden beide gekenmerkt door een tijdelijke periode waarin 24-uurs toezicht of zorg nodig is.

De patiënt is ernstig beperkt in het veranderen van lichaamshouding (transfers) en het verplaatsen binnenshuis, heeft overname van zorg nodig bij het wassen, kleden en de toiletgang, en heeft veelal hulp, toezicht en sturing nodig vanwege cognitieve problemen. Revalidatie is bij GRZ altijd het doel van de behandeling en dit kan bij ELV ook zo zijn. Het verschil tussen GRZ en ELV is dat er bij ELV sprake is van eendimensionale revalidatiedoelen, zoals 'conditie opbouwen'. Bij GRZ is sprake van multidimensionale revalidatiedoelen, veroorzaakt door complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. De behandeling bij GRZ is multidisciplinair en intensief.

ELV versus crisisopname Wlz

Het verschil tussen ELV en crisisopname Wlz is de mate waarin de behandelaar verwacht dat terugkeer naar de thuissituatie structureel wel of niet meer mogelijk is. Als de verwachting is dat de patiënt kan terugkeren naar de thuissituatie, kan ELV worden ingezet. Is de verwachting dat terugkeer naar huis structureel niet meer mogelijk is, dan kan iemand binnen de Wlz voor langdurig verblijf in aanmerking komen. Directe opname is dan mogelijk via de Wlz-crisisregeling. Ondertussen moet bij het CIZ een indicatie voor Wlz worden aangevraagd.

⁴ Waar SO staat, bedoelen we 'en/of AVG'. Vanwege de leesbaarheid hebben we ervoor gekozen om niet telkens de dubbele notatie te gebruiken.

ELV en GRZ versus respijtzorg (Wmo)

Respijtzorg biedt mantelzorgers de mogelijkheid om de zorg voor iemand tijdelijk aan professionals over te laten, zodat hij tot rust kan komen. Ook kan respijtzorg aan de orde zijn wanneer de mantelzorger tijdelijk uitvalt, bijvoorbeeld door ziekte. In tegenstelling tot GRZ en ELV is respijtzorg gericht op vervanging van de mantelzorger en niet direct op het realiseren van gezondheidsveranderingen bij de patiënt.

Samenloop van zorgvormen

GRZ en ELV zijn integrale zorgvormen. Dit betekent dat er geen samenloop kan zijn met wijkverpleging en Wlz. Als er sprake is van een revalidatiedoelstelling in combinatie met de noodzaak tot opname, dan is de paramedische behandeling onderdeel van het GRZ- of ELV-traject en kan deze niet apart in rekening worden gebracht. Als er wél sprake is van een revalidatiedoelstelling, maar geen noodzaak tot opname, dan kan de patiënt gebruikmaken van een eerstelijns paramedische behandeling.

3.3 Doelgroepen

GRZ en ELV worden gekenmerkt door negen doelgroepen:

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

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

3.3.1 Observatie en diagnostiek

Er zijn situaties waarin de gezondheid van een patiënt acuut slechter wordt en de huisarts een ‘niet-pluis-gevoel’ heeft. Observatie en diagnostiek in de eigen woon-omgeving zijn dan niet altijd wenselijk of mogelijk en ziekenhuisopname 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 diagnostiek sneller plaatsvinden en kunnen exacerbaties thuis worden voorkomen.

Triagebedden

CZ groep is zich ervan bewust dat er een kleine patiënten-groep 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.⁵ Deze patiënten blijven nu vaak onnodig lang in het ziekenhuis liggen of worden onterecht doorverwezen naar de GRZ en het ELV. In uitzonderlijke situaties kan het bovengenoemde ook gelden voor patiënten vanuit de thuissituatie. CZ groep wil in een beperkt aantal regio's met één of enkele zorgaanbieders afspraken maken over triagebedden. In zo'n bed mag een patiënt tijdelijk worden opgenomen zonder dat de diagnose al volledig is gesteld cq. het

vervolgtraject volledig bekend is. Doelstelling van deze triagebedden is om patiënten sneller op de juiste plaats te krijgen met een juiste diagnose.

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

- Een maximale termijn van 14 dagen voor de triage. Gemiddeld zal de duur korter zijn.
- Triagebedden worden alleen afgesproken bij zorgaanbieders die ELV én GRZ leveren.
- In de keten zijn samenwerkingsafspraken gemaakt over snelle doorstroom na diagnose, met onder meer Wlz-aanbieders, CIZ, ziekenhuizen en andere ketenpartners (zoals de gemeente).
- De beschikbaarheid van de triagebedden moet gekoppeld zijn aan een (sub)regionaal coördinatiepunt.
- Focus op de verzekerde vanuit zowel het ziekenhuis als de thuissituatie.

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 regio zal worden afgesproken is daarom zeer beperkt en afhankelijk van regionale kenmerken.

⁵ Zie ook het onderzoek 'In een keer goed' van Vilans.

3.3.2 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 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 thuis-situatie (uitsluiten van een Wlz-vraag).

De eigen huisarts en/of SO wordt betrokken bij de beslissing of een ELV-opname noodzakelijk en passend is. Vervolgens wordt er, in samenspraak met de huisarts en/of SO, een duidelijk zorgplan opgesteld met haalbare doelstellingen, de zorginzet en een tijdpad waarin staat wanneer de patiënt terug naar huis kan. Afhankelijk van de zorgvraag kan er bij deze doelgroep meer of minder intensieve behandeling worden ingezet. CZ groep gaat ervan uit dat er binnen de keten afspraken worden gemaakt om zo invulling te geven aan een werkbaar proces.

Na een GRZ-behandeling kunnen de SO en de huisarts, in samenspraak met de verzekerde, bepalen dat het ondanks de aanwezige zorg en ondersteuning onverantwoord is om al naar huis te gaan. Er is 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 tussen

ELV en respijtzorg worden gemaakt. De optie om een Wmo-indicatie voor verblijf aan te vragen bestaat dus ook.

3.3.3 Palliatief terminale zorg (PTZ)

Het kwaliteitskader 'Palliatieve zorg' uit 2017 vormt de basis voor het zorginkoopbeleid van CZ groep voor palliatief terminale zorg (PTZ). Dit kwaliteitskader is richtinggevend geschreven en moet bijdragen aan een landelijk, eenduidig beleid om de palliatieve zorg te verbeteren. Hierbij wordt geredeneerd vanuit de wensen en zorgvragen van de patiënt en diens naasten op fysiek, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak.

Vaak zijn meerdere zorgaanbieders betrokken bij de palliatieve zorg aan een patiënt. In het regionaal Netwerk Palliatieve Zorg werken zorgaanbieders samen aan goede palliatieve zorg door afstemming binnen de keten. Bijvoorbeeld over reguliere doorstroom, triage, opnamecapaciteit en zorgduur. Dit kan namelijk niet alléén vanuit het ziekenhuis, het ELV of de thuiszorg worden bekeken.

Bij ELV in verband met PTZ kan de patiënt niet zonder toezicht alleen thuis zijn op de momenten dat de (professionele) zorgverlener er niet is. PTZ mag alleen in een ELV-setting verleend worden als de levensverwachting van de patiënt bij opname minder dan 3 maanden is. Voor PTZ is een terminaliteitsverklaring van de geneeskundig behandelaar of huisarts noodzakelijk. CZ groep koopt PTZ niet bij iedere zorgaanbieder met een ELV-voorziening in. Voor zorgaanbieders die ELV voor PTZ aanbieden, gelden de volgende aanvullende inkoop-eisen:

- Er is sprake van een setting met eenpersoonskamers.
- Er zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5 beschikbaar, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen palliatieve zorg van de V&VN).
- 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 één of twee 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 zet, indien mogelijk, VPTZ-vrijwilligers in (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg). Zij bieden ondersteuning, rust en concrete hulp in de laatste levensfase.

3.3.4 CVA

De doelgroep CVA is een afgebakende groep, waarbij we onderscheid maken tussen wel en geen cognitieve beperkingen. GRZ maakt deel uit van het volledige zorgtraject voor patiënten met een CVA en is daarmee onderdeel van de CVA-zorgketen (ook wel stroke service genoemd). CZ groep is voorstander van het meten van kwaliteit. Voor CVA-ketens is de CVAB 3.0 hiervoor geschikt en beschikbaar.

Deze doelgroep is niet alleen complex, maar ook organisatorisch interessant. De aard van de problematiek biedt de mogelijkheid om (een deel van) de revalidatie ambulante te organiseren. De triage van deze patiëntengroep kan in het beginstadium nog lastig zijn, vanwege onduidelijkheid over de leerbaarheid en de revalidatie-doelstellingen. Deze groep is daarom 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 af zal nemen.

GRZ op het gebied van CVA kopen we alleen in als de zorgaanbieder jaarlijks minimaal zestig patiënten met de hoofddiagnose CVA behandelt en als hij deel uitmaakt van de regionale CVA-keten.

3.3.5 Trauma

De meeste patiënten binnen de GRZ hebben een trauma. Deze groep is door de extramuralisering toegenomen en is over het algemeen heel kwetsbaar. Deze patiënten hebben vaak al hulp, zoals wijkverpleging, voor de opname. De overdracht van en naar de wijkverpleging en het sociale domein moet tijdig en volledig plaatsvinden en er moeten samenwerkingsafspraken worden gemaakt met de eerste lijn. Ter preventie zal de inzet van valpreventieprogramma's in de wijkverpleging door de CZ groep gestimuleerd worden.

GRZ op het gebied van trauma kopen we alleen in bij zorgaanbieders die jaarlijks minimaal zeventig patiënten behandelen met de hoofddiagnose electieve orthopedie en trauma.

3.3.6 Electieve orthopedie

In 2018 is CZ groep gestart met waardegedreven zorgcontractering bij heup- en knieartrose. Onze visie op deze zorg vindt u in het document '**Waardegedreven zorg-inkoop bij heup- en knieartrose**'.

CZ groep wil dat patiënten na een heup- of knie vervanging passende nazorg krijgen. Uit onze data-analyse blijkt dat er grote regionale verschillen zijn in het gebruik van nazorg en de uitstroom uit ziekenhuizen richting GRZ/ELV.

Graag gaan we in gesprek om de redenen van deze verschillen te achterhalen en om een beeld te krijgen bij good practices. We werken daarvoor met een regionaal dashboard. Als we best practices vinden, dan draaien we hier in 2018 en/of 2019 pilots mee om de mogelijkheden voor opschaling te onderzoeken.

Binnen het zorginkoopbeleid Medisch specialistische zorg 2018 hebben we op basis van kwaliteit, patiëntgerichtheid en prijs aantrekkelijke afspraken gemaakt met voorkeursaanbieders voor heup- en knie vervanging.

Binnen de GRZ is kwaliteitsinformatie beschikbaar over de zorg die verleend wordt aan patiënten die een electieve heup- of knie vervanging hebben gehad. Deze informatie is echter nog niet standaard beschikbaar voor patiënten en zorgverzekeraars. CZ groep kan bij de zorginkoop daarom nog geen onderscheid maken naar kwaliteit en doelmatigheid tussen de verschillende zorgaanbieders. Voor de zorginkoop 2019 richten wij ons op het verder transparant maken en bespreken van kwaliteit en doelmatigheid.

In de aanloop naar 2019 wil CZ groep duidelijkheid krijgen over de kwaliteitsindicatoren die gemeten moeten worden voor GRZ na een electieve heup- of knie vervanging. Wij onderzoeken nadrukkelijk of we kunnen aansluiten bij indicatoren die vóór of na het revalidatietraject elders in de keten worden gemeten. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan de verschillen PROM12. Daarnaast verwachten we dat de Net Promotor Score (NPS) voor 100% van onze verzekerden wordt uitgevraagd en dat wij de resultaten hiervan ontvangen. Wij benchmarken de aangeleverde patiëntervaringen en maken die transparant voor de aanbieders.

Voor GRZ is de validiteit van de kwaliteitsinformatie op dit moment nog onvoldoende om deze transparant te maken voor verzekeren. CZ groep zet in op de landelijke verzameling van kwaliteitsinformatie voor GRZ.

GRZ op het gebied van electief orthopedie wordt alleen ingekocht bij zorgaanbieders die jaarlijks minimaal zeventig patiënten behandelen met de hoofddiagnose electieve orthopedie en trauma.

3.3.7 Amputatie

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

GRZ op het gebied van amputatie wordt alleen ingekocht bij zorgaanbieders die jaarlijks minimaal zestig patiënten behandelen met de hoofddiagnose 'amputatie' en 'overig'.

3.3.8 Overig

Binnen deze doelgroep is een enorme diversiteit aan subgroepen en variatie tussen patiënten, bijvoorbeeld COPD, hartfalen en oncologie. We zien dat de instroom van deze groep in de GRZ toeneemt. De triage, eventueel in het ziekenhuis, door de SO is bij deze groep extra

belangrijk, omdat de betrokken medisch specialisten minder ervaring hebben met het inschatten van de revalideerbaarheid. CZ groep gaat met zorgaanbieders in gesprek die in vergelijking met het landelijk beeld een uitzonderlijk hoge instroom van deze groep patiënten hebben. Gezien de diversiteit, is het voor deze groep nóg belangrijker om een behandelplan op te stellen dat specifiek gericht is op de unieke patiënt.

Als apart speerpunt wil CZ groep meer focus op het invoeren van 'samen beslissen' voorafgaand aan GRZ voor oncologische patiënten. Deze wens komt mede voort uit onze gesprekken met patiëntenorganisaties.

GRZ op het gebied van overige aandoeningen wordt alleen ingekocht bij zorgaanbieders die jaarlijks minimaal zestig patiënten behandelen met de hoofddiagnose 'amputatie' en 'overig'.

3.3.9 Specifieke comorbiditeit

Patiënten met dementie

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

mantelzorg en/of casemanager geconsulteerd worden om de juiste bejegening toe te passen. Ook is er 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). Wij verwachten dat instellingen die GRZ en ELV leveren bij complexe wonden 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.

3.4 Waardegedreven zorgcontractering

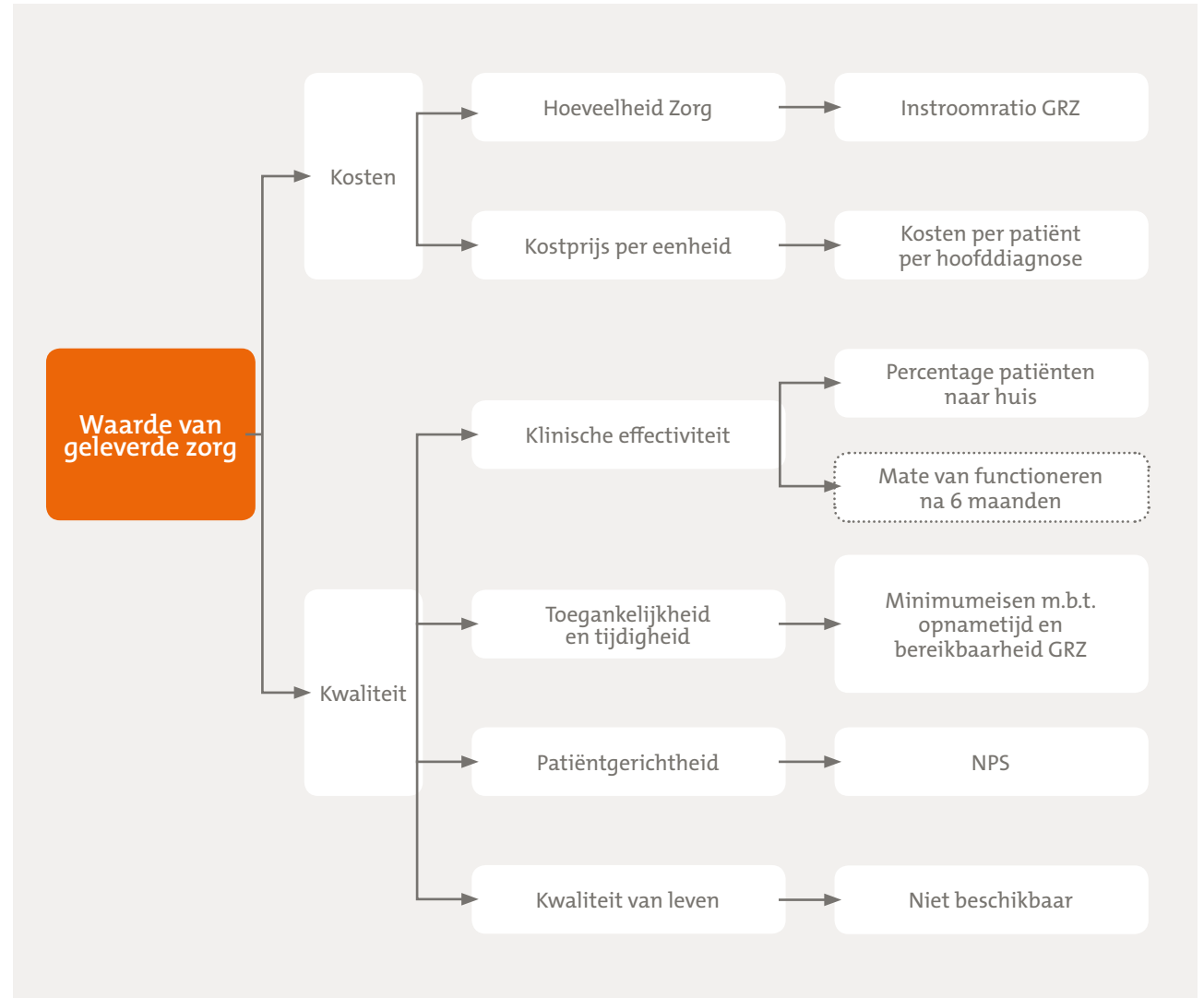
3.4.1 Waardegedreven zorginkoop GRZ

CZ groep stuurt in het zorginkoopbeleid op het vergroten van de waarde van zorg. We willen dat de zorgdoelstellingen van de verzekerde in het totale zorgtraject worden gehaald, met een hoge kwaliteit van zorg en tegen lage kosten. We willen dus zorg inkopen bij zorgaanbieders die inzetten op hoge kwaliteit én kostenbeheersing. Dan is de waarde voor onze verzekerden zo groot mogelijk. Voor 2019 vertaalt CZ groep dit in het onderstaande waardemodel voor de GRZ:

Kwaliteit

Een behandeling binnen de GRZ 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 verder geclusterd in vier dimensies, geïnspireerd op de indeling die in verschillende ICHOM-sets wordt gebruikt:⁶

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



⁶ **Veiligheid** en **de juiste indicatiestelling** zien we als basisvoorwaarden om zorg in te kopen bij een zorgaanbieder. Als de zorg niet veilig of inhoudelijk onvoldoende gemotiveerd is, dan kopen we deze zorg niet in en vergoeden we deze niet. Daarom vallen veiligheid en indicatiestellingen buiten onze definitie van het begrip 'kwaliteit van zorg'. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de basisveiligheid. Wij voeren daarnaast evaluaties uit naar ongewenste en onverklaarde praktijkvariatie.

Kwaliteit van zorg

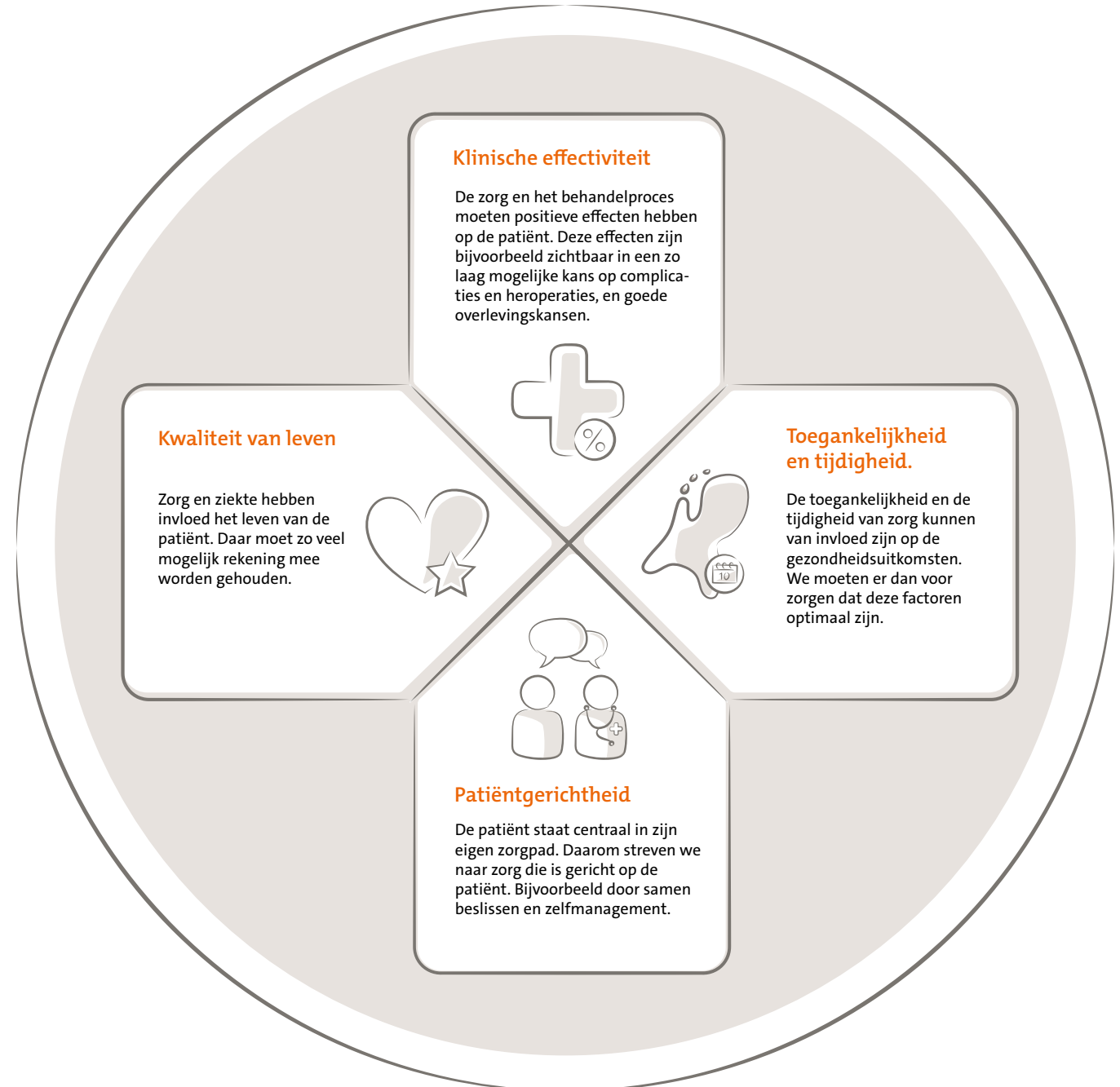
CZ groep wil de vier dimensies uit het kwaliteitsmodel graag meewegen in het waardemodel. De pijler 'kwaliteit van leven' wordt op dit moment niet uniform gemeten. Voor de overige drie pijlers is dit wel het geval: de klinische effectiviteit meten we via het percentage patiënten dat naar huis gaat en de patiëntgerichtheid meten we via de NPS. De toegankelijkheid en tijdigheid van het proces borgen we door onze minimumeisen voor de opnametijd in de GRZ en de bereikbaarheid van een GRZ-aanbieder in de buurt van de patiënt.

Klinische effectiviteit

Voor de klinische effectiviteit kijken we naar het percentage patiënten dat naar huis gaat. Gezien de complexe doelgroep van de GRZ, begrijpen we dat een percentage van 100% niet haalbaar is. 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 het percentage boven de 80% zou moeten liggen. Ook willen we graag de duurzaamheid van de GRZ-behandeling meenemen in de beoordeling, maar hiervoor is nog geen bruikbare data beschikbaar.

Toegankelijkheid en tijdigheid

CZ groep stelt de minimumeis dat iemand binnen 48 uur kan worden opgenomen als de medisch specialist heeft geoordeeld dat diegene kan starten met GRZ. In aansluiting hierop nemen steeds meer instellingen ook op zaterdag patiënten op, wat wij een goede ontwikkeling vinden. Daarnaast stelt CZ groep zichzelf de minimumeis dat er een GRZ-aanbod is binnen 25 kilometer of 30 minuten reistijd van de patiënt. Deze eis prevaleert boven onze minimum volumenormenten.



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 twintig treden op kunnen zonder de hulp van een mantelzorger. Een ander wil weer auto kunnen rijden. Daarnaast is het belangrijk dat de informatievoorziening voldoende en begrijpelijk is, dat de behandeling aansluit bij de verwachtingen, dat de mantelzorger wordt betrokken in het proces, dat de bejegening prettig is en dat de betrokken behandelaren elkaar versterken en uiteindelijk een beter resultaat opleveren. CZ groep kiest er bewust voor om de verschillende aspecten van het revalidatieproces niet afzonderlijk te meten, maar de patiëntgerichtheid op een hoger niveau te meten. Met de NPS nemen we de totaalperceptie van de patiënt over de verschillende onderdelen in de beoordeling mee. We gaan ervan uit dat de zorgaanbieder zelf wél een meer gedetailleerde uitvraag naar de patiënttevredenheid doet om zijn verbetercyclus goed in te kunnen richten.

Kwaliteit van leven

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

Kosten

Hoeveelheid zorg

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

Het aantal patiënten dat deze zorg ontvangt, wordt beoordeeld aan de hand van het instroompercentage. Dit is het aantal verzekerden dat gebruikmaakt van GRZ gedeeld door het totaal aantal verzekerden ouder dan 75 jaar. Het instroompercentage zegt mede iets over de toegang tot de GRZ en daarmee koppelt CZ groep dit ook nadrukkelijk aan de triage. Wij vinden dat de triage en de instroom onlosmakelijk verbonden zijn met afstemming binnen de hele zorgketen en daarmee ook een regionale verantwoordelijkheid zijn. Daarom wordt het instroompercentage ook regionaal inzichtelijk gemaakt en beoordeeld. De woonplaats van de patiënt is hierbij leidend.

Kostprijs per zorgeneid

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 twee parameters. Wij willen deze praktijkvariatie terugdringen en daarmee ook de gemiddelde kosten per patiënt. Hierbij maken wij onderscheid tussen de vijf verschillende doelgroepen voor de GRZ (zie de paragrafen 3.3.4 tot en met 3.3.8).

CZ groep publiceert de score van de zorgaanbieder op de verschillende onderdelen van het waardemodel in de spiegelrapportageset. De uitkomsten worden besproken tijdens de inkoopgesprekken.

3.4.2 Waardegedreven zorginkoop ELV

Voor ELV ontbreekt het op dit moment helaas aan goede specifieke indicatoren voor de geleverde kwaliteit. De NPS wordt voor ELV nog niet specifiek gemeten. Ook zijn er nog geen andere indicatoren beschikbaar. Daarom vindt CZ groep het nu nog te vroeg om een waardemodel voor ELV uit te werken. Landelijk zetten wij ons in voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor ELV, zodat er meer inzicht in de kwaliteit ontstaat.

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

3.5 Financieel

De financiële middelen die voor 2019 beschikbaar zijn, worden bepaald door de begroting die CZ groep vaststelt voor GRZ en ELV. In deze begroting houden wij rekening met huidige en toekomstige ontwikkelingen. De begroting wordt getoetst aan het Budgettair Kader Zorg (BKZ) 2019, maar is hier geen resultante van. Van de begroting reserveert CZ groep, net als in 2018, een percentage voor niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast reserveren we een percentage voor knelpunten en innovaties.

De afspraken worden vormgegeven op basis van expliciete volume- en prijsafspraken ($p \times q$), begrensd met een maximaal omzetplafond. In uitzonderlijke gevallen spreken we met zorgaanbieders een indicatief volume af, dat kan worden aangepast als de situatie in de regio daar aanleiding toe geeft. Zorgaanbieders die voor zo'n afspraak in aanmerking komen, laten goede resultaten zien op het gebied van de kwaliteit en de prijs van zorg, vervullen een voortrekkersrol in de regionale zorgketen voor ouderen en staan bij CZ groep bekend als een betrouwbare en stabiele contractpartij.

Om substitutie van de GRZ naar het ELV te bevorderen, staan wij toe dat er budget van het omzetplafond GRZ naar het omzetplafond ELV wordt gesubstitueerd. Wanneer een zorgaanbieder wil substitueren, is het wel nodig om de afzonderlijke afspraken te wijzigen. Hiervoor kunt u contact opnemen met de betreffende zorginkoper.

Het zorginkoopbeleid van CZ groep is gericht op een doelmatig gebruik van GRZ en ELV. Daarmee bedoelen

we dat de gemiddelde kosten per verzekerde niet hoger liggen dan het landelijk gemiddelde.

Productieafspraken ELV

Bij ELV is het uitgangspunt dat er sprake is van een integrale prestatie, waarbinnen een samenhangend pakket aan zorg en diensten geleverd wordt. Uitzondering hierop zijn farmaceutische zorg, individueel aangepaste hulpmiddelen, eerstelijnsdiagnostiek (niet uitgevoerd door de SO) en de huisartsenzorg. Als de huisarts zorg verleent in het kader van ELV, dan kan hij dit apart declareren conform de beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.⁷ Omdat er sprake is van een integraal tarief, kan de zorgaanbieder geen enkele (wijk) verpleegkundige zorg apart declareren gedurende de ELV-opname. Specialistische vormen van verpleging, die vergelijkbaar zijn met verpleging in het kader van medisch specialistische verpleging thuis, komen dus niet voor aparte declaratie in aanmerking.

Binnen het laagcomplexiteit ELV zetten zorgaanbieders in de meeste gevallen niet of slechts incidenteel paramedische zorg of behandeling door de SO in. De hoofdbehandeling wordt meestal door de huisarts geleverd. CZ groep houdt hier rekening mee bij de tariefstelling. Wij zijn bereid om een (vaste) opslag op het tarief af te spreken als een zorgaanbieder aannemelijk kan maken dat de structurele inzet van paramedische zorg en behandeling door de SO in het laagcomplexiteit ELV bijdraagt aan een beter of sneller herstel van verzekerden en daarmee kosten-effectiever is. Het landelijk budgettair kader moet daar dan wel voldoende ruimte voor bieden.

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

CZ groep houdt bij het productievoorstel ook rekening met de ligduur van patiënten bij een bepaalde zorgaanbieder. De ligduur heeft immers een belangrijk effect op de gemiddelde zorgkosten. We gaan in 2019 werken met een basis CZ tarief per prestatie. Daarbij differentiëren we in het tarief op basis van doelmatigheid, gerelateerd aan de gemiddelde ligduur. De uitwerking hiervan lichten we toe in de aanbiedingsbrief bij de productievoorstellen voor 2019 en deze blijkt ook uit de spiegelrapportagesets.

Productieafspraken GRZ

Voor het bepalen van de omvang van de productieafspraken per zorgaanbieder, baseert CZ groep zich op de realisatiecijfers uit 2016 en 2017. Om een passende contractafspraken te maken, gebruiken wij de benchmarkgegevens uit de spiegelrapportage en de uitkomsten van het waardemodel. Dit kan inhouden dat er verschuivingen plaatsvinden binnen een regio.

⁷ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21739_22/, ervan uitgaande dat deze beleidsregel ook in 2019 wordt voortgezet.

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

CZ groep werkt met een CZ-tarief. Op dit CZ-tarief is een opslag van 1% te verdienen als u voldoet aan een van onderstaande criteria. Voldoet u aan beide criteria, dan krijgt u een opslag van 2%:

- De zorgaanbieder zet bij minimaal 5% van zijn patiënten aantoonbaar e-health-toepassingen in die een bijdrage leveren aan het behalen van de revalidatiedoelstellingen. CZ groep denkt hierbij onder meer aan apps die zelftraining ondersteunen (maar niet aan een digitaal zorgdossier).
- De zorgaanbieder levert ambulante behandeling in de thuissituatie.

Om ambulante GRZ verder te stimuleren, bedraagt het CZ-tarief voor ambulante producten 100% van het NZa-tarief. Innovaties kunnen worden gefinancierd door een tariefaanpassing (zie paragraaf 3.6).

3.6 Ruimte voor innovatief zorgaanbod

CZ groep wil ook in 2019 kansen bieden voor innovatief zorgaanbod dat een duidelijke toegevoegde waarde heeft voor onze verzekerden, dat op een vernieuwende manier invulling geeft aan witte vlekken en dat tot stand is gekomen in samenwerking met huisartsen, zorggroepen, intramurale zorgaanbieders, ziekenhuizen en gemeenten.

Dit innovatieve zorgaanbod moet bijdragen aan het oplossen van een lokaal of regionaal gezondheidszorgprobleem.

Het projectvoorstel voor de innovatie wordt via de zorginkoper ingediend en bestaat minimaal uit een beschrijving van de innovatie, het beoogde en meetbare resultaat, de begroting en de implementatieplanning.

CZ groep geeft voorrang aan innovatievoorstellen die passen binnen de speerpunten in onze vijfjarenvisie:

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

3.7 Toegankelijkheid

Het doel van ons zorginkoopbeleid is dat er voor al onze verzekerden binnen circa 25 kilometer of 30 minuten reisafstand minstens één gecontracteerde locatie voor ELV en minstens één gecontracteerde locatie voor GRZ beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat een patiënt na de triage binnen 48 uur wordt opgenomen in een instelling, tenzij in overleg met het ziekenhuis of de huisarts voor een specifieke patiënt anders wordt overeengekomen.

Wanneer een zorgaanbieder geen zorg kan leveren binnen de Treeknorm, is het aan de zorgaanbieder om een passende oplossing voor de verzekerde te zoeken. Waar nodig kan de aanbieder hiervoor in overleg treden met het CZ Zorgteam.⁸

3.7.1 Concentratie hoogcomplexen ELV en GRZ

CZ groep wil de komende jaren de hoogcomplexen ELV meer gaan concentreren. Wij vinden dat de (revalidatie) cultuur van de GRZ en de ervaring die daar de afgelopen jaren is opgedaan, een positieve invloed heeft op de manier waarop het ELV wordt ingericht. Een analyse van de declaratiegegevens over 2017 onderbouwt deze stelling. Zorgaanbieders die een combinatie hebben tussen ELV en GRZ, hebben gemiddeld een kortere ligduur.

Hierbij houdt CZ groep oog voor de reisafstand van onze verzekerden. Als er gebieden zijn waar de verzekerde niet binnen circa 25 kilometer of een halfuur reistijd terecht kan bij een ELV, dan kunnen we hierop een uitzondering maken, onder de voorwaarde dat de kwaliteit door een andere manier van samenwerking met andere organisaties geborgd is. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid.

3.8 Minimumeisen

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

⁸ <https://www.cz.nl/zorgadvies/zorg-regelen/zorgteam>

ELV-aanbieders	GRZ-aanbieders
De zorgaanbieder is een rechtspersoon.	De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling via een WTZi-beschikking. Bij hoogcomplexiteit 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 beschikt over een SO, die bij voorkeur is opgeleid tot kaderarts geriatrische revalidatie. (Vanaf 2020 stelt CZ groep de beschikbaarheid van een kaderarts verplicht.)
De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (handelen volgens binnen de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen en protocollen, zoals de NHG-standaarden).	
De zorgaanbieder beschikt over een opnameprotocol conform de voorwaarden voor ELV.	
De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit via de Plan-Do-Check-Act-cyclus en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit).	De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit via de Plan-Do-Check-Act-cyclus en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit).
De zorgaanbieder beschikt over een uitgewerkt zorgpad voor de doelgroepen aan wie hij ELV wil verlenen.	De zorgaanbieder beschikt over een uitgewerkt zorgpad voor de doelgroepen aan wie hij GRZ wil verlenen.
De zorgaanbieder heeft samenwerkingsafspraken over triage, kennisoverdracht en overdracht van patiënten met huisartsen, ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en gemeenten.	De zorgaanbieder heeft samenwerkingsafspraken over triage, kennisoverdracht en overdracht van patiënten met huisartsen, ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en gemeenten.
	De zorgaanbieder neemt deel aan de lokale CVA-keten (in het geval van CVA).
De zorgaanbieder garandeert de beschikbaarheid van medische zorg bij spoed, conform de richtlijn van de LHV ⁹ : de aanrijtijd van een medisch verantwoordelijke is maximaal 15 minuten en binnen 30 seconden moet er een reactie zijn (via de telefoon, ICT, beeldbellen).	
De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties voor ELV.	De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties (per doelgroep) voor GRZ.
De zorgaanbieder maakt afspraken (in ieder geval met de eigen huisarts) over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen het ziekenhuis en het ELV bij opname en ontslag.	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.

⁹ LHV, update van de richtlijnen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de voorziening huisartsenzorg 2013.

ELV-aanbieders	GRZ-aanbieders
De zorgaanbieder levert transparantie op het gebied van kwaliteit en kosten (indicatoren) door het tijdig en volledig aanleveren van het formulier realisatie ELV, conform het proces zoals beschreven op de website van CZ groep.	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 zoals beschreven op de website van CZ groep.
De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met de cliëntenraad verbeterplannen op.	De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met de cliëntenraad verbeterplannen op.
Zorgaanbieders dienen de locatiebijlage ELV tijdig en volledig in.	Zorgaanbieders dienen de locatiebijlage GRZ tijdig en volledig in.
De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.	De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.	De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi.	De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi.
De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.	De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.
De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.	De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
Voor de contractering voor de prestatie hoogcomplex ELV geldt dat een zorgaanbieder een aanbod van GRZ én ELV heeft. Uitzondering hierop vormen regio's waar door niet-contracteren een onacceptabel lange reisafstand voor verzekerden ontstaat (circa 25 kilometer of 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 samenwerking met andere organisaties. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid.	Een zorgaanbieder behandelt minimaal zestig CVA-patiënten en/of zeventig orthopediepatiënten (electief en trauma) en/of zestig patiënten met een overige diagnose. Uitzondering daarop vormen zorgaanbieders in regio's waar door niet-contracteren een onacceptabel lange reisafstand voor verzekerden ontstaat (circa 25 kilometer of 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.
Voor zorgaanbieders die ELV voor PTZ aanbieden, gelden de aanvullende eisen uit paragraaf 3.3.3.	
De zorgaanbieder neemt deel aan een regionaal coördinatiepunt, waarin in ieder geval sprake is van één loket/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.	

ELV-aanbieders	GRZ-aanbieders
	<p>Uitzondering maximale duur van 6 maanden</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mbz.specialistenhulp@cz.nl • mbz.specialistenhulp@nn-zorg.nl • mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl

Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2018 met CZ groep komt de zorgaanbieder:

- jegens wie een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling is uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 177a, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht;
- jegens wie een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde volgens de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie is gedaan, waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met zijn beroepsgedragsregels;
- die in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout heeft begaan, vastgesteld op een grond die de zorgverzekeraar aannemelijk kan maken;
- die 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 beletsel oplevert.

4 Proces contractering 2019

4.1 Contractpartners

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

Bestaande zorgaanbieders

Dit zijn zorgaanbieders die in 2018 een overeenkomst hebben met CZ groep en die op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. CZ groep biedt per zorgaanbieder en per aanspraak één overeenkomst aan.

CZ groep biedt bestaande zorgaanbieders voor ELV een eenjarige overeenkomst aan, mits zij voldoen aan de eisen uit paragraaf 3.8. Voor GRZ heeft CZ groep in 2018 met het overgrote deel van de aanbieders een meerjarenovereenkomst gesloten. De zorgaanbieder is verplicht om CZ groep tijdig te informeren over wijzigingen die betrekking hebben op de voorwaarden waaronder de overeenkomst is afgesloten. CZ groep hanteert het principe high trust high penalty. Dit betekent dat we ons het recht voorhouden om maatregelen te treffen als we gedurende de looptijd van de overeenkomst constateren dat aan één en of meer voorwaarden of vereisten niet

wordt voldaan. Dit leidt in het uiterste geval tot beëindiging van de overeenkomst.

Nieuwe zorgaanbieders

In aanvulling op het bovenstaande moeten nieuwe zorgaanbieders (zorgaanbieders die in 2018 geen overeenkomst met CZ groep hebben voor de betreffende zorgvorm, of die in 2018 geen realisatie hebben gehad op de betreffende zorgvorm) voldoen aan deze voorwaarden:

- De zorgaanbieder heeft een toegevoegde waarde ten opzichte van de huidige zorgaanbieders door een vernieuwend zorgaanbod en/of een betere prijs-kwaliteitverhouding.
- De zorgaanbieder wil GRZ en/of ELV leveren op een locatie waar een onacceptabel gebrek aan zorgaanbod is. Momenteel heeft CZ groep geen locaties waar dit het geval is.

Vernieuwend vinden wij bijvoorbeeld e-health-toepassingen om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren.

CZ groep hanteert geen inschrijvingstermijn. Nieuwe zorgaanbieders kunnen het hele jaar door een digitale

vragenlijst invullen in VECOZO. Om deze diensten te kunnen gebruiken, is een juist en geldig certificaat vereist (zie voor meer informatie: <https://www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/>). Een integriteitsonderzoek kan deel uitmaken van de beoordeling van nieuwe zorgaanbieders.

4.2 Tijdpad

Activiteiten	Planning ELV	Planning GRZ
Publicatie van het zorginkoopbeleid	29 maart 2018	29 maart 2018
Regio bijeenkomsten zorgaanbieders: zie voor meer informatie onze website	April, mei 2018	April, mei 2018
Contractering	Augustus t/m oktober 2018	Augustus t/m oktober 2018
Bekendmaking productievoorstellen	2 juli 2018	2 juli 2018
Indienen offerte (VECOZO)		Vóór 1 augustus 2018
Ondertekenen van de overeenkomst of het dubbelzijdig akkoord productievoorstel bij meerjarige overeenkomst in VECOZO.	Vóór 1 november 2018	Vóór 1 november 2018
Communicatie over gecontracteerde zorgverleners op Zorgvinder	12 november 2018	12 november 2018

4.3 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2018 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2019.

Op www.cz.nl/zorgvinder is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

- NAW-gegevens van de zorgaanbieder;
- de etalage-informatie die u zelf invult en beheert in Mijn Zorgaanbod;

- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden.

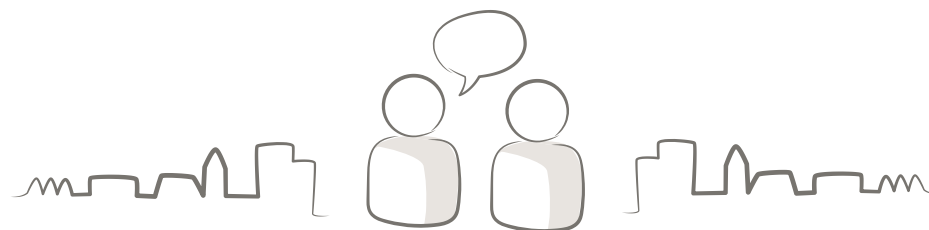
Bij vragen kunt u ons bereiken via onderstaande e-mailadressen. Wij streven ernaar uw vragen binnen 5 werkdagen te beantwoorden.

4.4 Bereikbaarheid

Via de website van CZ groep, <https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgaanbieders/huisartsenzorg/eerstelijnsverblijf> en <https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgaanbieders/medisch-specialistische-zorg/geriatrische-revalidatiezorg> informeren wij u steeds over de laatste stand van zaken.

Onderwerp vraag	Eerstelijnsverblijf	Geriatrische revalidatiezorg
Contractering, monitoring en inschrijving	rz.eerstelijnsverblijf@cz.nl	rz.grz@cz.nl
Declaraties	poz.eerstelijnsverblijf@cz.nl	poz.grz@cz.nl
Inkoopbeleid en relatiebeheer	eerstelijnsverblijf@cz.nl	grz@cz.nl
Zorginhoudelijke vragen op 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

5 Betrekken van verzekerden bij het zorginkoopbeleid



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

CZ groep wil zorg inkopen die in het belang van onze verzekerden is. Dat doen we door verzekerden en hun vertegenwoordigers actief en structureel te betrekken bij onze zorginkoop. Deze infographic laat zien hoe, waarom en met wie we dat doen. We geven de mate van betrokkenheid aan met de participatieladder. Dankzij patiënten¹⁰ - en verzekerdenervaringen én betrokkenheid van patiëntenorganisaties en onze Ledenraad krijgen we beter inzicht in de wensen en behoeften van patiënten met wie wij ons zorginkoopbeleid vormen, toetsen en indien nodig aanpassen, zodat het nog beter aansluit. Zo checken we of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die de verzekerden zoeken en nodig hebben.



² Voor de leesbaarheid hebben we gekozen voor de term 'patiënt'. Dit woord staat ook voor cliënt, naaste, ervaringsdeskundige en patiëntvertegenwoordiger.

5.2 Specifiek beleid ELV en GRZ

We betrekken graag verzekerden die ELV en GRZ nodig hebben. Er zijn echter geen specifieke patiëntenorganisaties die zich hierop richten. Daarom hechten wij veel waarde aan regelmatig overleg met Zorgbelang. Dat is een regionale organisatie die de algemene patiëntenbelangen in een regio behartigt. CZ groep heeft al meer dan 10 jaar een samenwerkingsovereenkomst met vijf Zorgbelangorganisaties in Gelderland, Limburg, Noord-Brabant, Zeeland en Zuid-Holland; de regio's waar we de meeste verzekerden hebben. De input die Zorgbelang heeft geleverd, vindt u op verschillende plaatsen terug in dit zorginkoopbeleid.

Advanced Care Planning (ACP)

Uit onderzoek van Zorgbelang bleek dat Advanced Care Planning (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 wijkverpleegkundige ook langs deze weg de eigen regie van mensen versterken en bevorderen, en voorkomen dat verzekerden vanuit crisissituaties in de Wlz of ELV belanden. Daarom besteden we in dit zorginkoopbeleid ook aandacht aan het gebruik van Advanced Care Planning voorafgaand aan het ELV.

Samen beslissen bij oncologische revalidatie

CZ groep ziet een steeds grotere groep oncologische revalidanten in de GRZ. Deze groep is erg kwetsbaar en de uitstroom naar huis is dan ook laag. Zorgbelang adviseert om bij oncologische revalidatietrajecten samen beslissen een nog prominentere plaats te geven in het ziekenhuis.

Zo mogelijk al vóór de daadwerkelijke operatie. Hiermee kan de patiënt een afgewogen keuze maken of hij een intensief intramuraal revalidatietraject wil.

Patiëntenonderzoek ELV

Afgelopen jaar heeft CZ groep zelf onderzoek gedaan naar de ervaringen van onze verzekerden binnen het ELV. Wij zijn geschrokken van de uitkomsten: 25% van de patiënten gaf aan niet tevreden te zijn over de ontvangen zorg. Daarom vinden wij dat op korte termijn verbeteringen nodig zijn op een aantal terreinen:

- meer inspraak van patiënten op het zorgplan;
- betere samenwerking tussen zorgverleners;
- meer aandacht voor het bespreken van het perspectief na opname (behandeldoelen en ontslagdatum);
- meer aandacht voor het werken aan het herstel tijdens de opname;
- meer aandacht voor de patiënttevredenheid.

Deze onderwerpen zijn verder aangescherpt in het zorginkoopbeleid 2019. In paragraaf 3.1 beschrijven we nadrukkelijk het belang om samen met de patiënt tot een zorgplan te komen. Wij verwachten dat zorgaanbieders samen met de patiënt komen tot een realistisch zorgplan. Daarbij moet aandacht zijn voor de doelen en het perspectief; het vervolgtraject na de ontslagdatum.

Wij willen deze patiëntenenquête ELV in 2018 herhalen en ook uitvoeren voor de GRZ.



Bijlage 1: Declaratieaspecten GRZ

Kwaliteit van de declaraties

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

Participatie van verzekerden

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

Eigen risico na verlopen indientermijn

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

Voorschot

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

CZ groep stelt bepaalde voorwaarden aan het verstrekken van een voorschot. Die leggen we vast in een bevoorschottingsovereenkomst 2019.

Enkel zorgaanbieders die een overeenkomst met CZ groep hebben gesloten, of waarmee wij die nog willen sluiten, komen in aanmerking voor een bevoorschottingsovereenkomst.

Raamwerkovereenkomst

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

Add-on

In 2016 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. De add-on dient net als gewone declaraties elektronisch ingediend te worden.

Controles

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

Vooraf en achteraf controleren

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

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

van verwijzingen, diagnostische onderzoeken, bevindingen en behandelingen in het medisch dossier.

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



Alles voor betere zorg