

Zorginkoopbeleid

Geriatrische Revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen 2022



OHRA Direct
geregeld

N nationale
nederlanden

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Managementsamenvatting	5
1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2022	5
1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid voor 2022	5
1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst	6
2 Visie van CZ groep op de ELV, GRZ en GZSP	7
2.1 ELV, GRZ en GZSP zijn ketenzorg	7
2.2 Verduurzaming van het zorgveld	8
2.3 ELV, GRZ en GZSP zijn afstemming	9
2.4 Zorg is gericht op de zelfredzaamheid van mensen	9
2.5 Beschikking over een integraal zorgaanbod GZSP	10
3 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	11
3.1 Doelmatigheid van zorg	11
3.2 Focus op toegankelijkheid	12
3.3 Inhoudelijke focus en aandachtsgebieden	13
3.4 Focus op kosten en kwaliteit	17
3.5 Financieel	20
3.6 CZ groep stimuleert innovatie	21
4 Proces contractering 2022	22
4.1 Contractpartners	22
4.2 Bestaande zorgaanbieders	22
4.3 Nieuwe zorgaanbieders	22
4.4 Diversiteit van het gecontracteerde zorgaanbod	22
4.5 Het omzetplafond	22
4.6 Uitsluitingen	23
4.7 Minimumeisen	23
4.8 Tijdpad	24
4.9 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	24
4.10 Bereikbaarheid	25
4.11 Controle van declaraties	25
5 Betrokkenheid van verzekerden en cliënten bij het zorginkoopbeleid	26
5.1 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en cliënten bij het zorginkoopbeleid	26
5.2 Specifiek beleid voor ELV, GRZ en GZSP	26
Bijlage 1 Declaratie-aspecten	28
Bijlage 2 Voorwaarden regionale coördinatiefunctie (CF)	30
Bijlage 3 Minimumeisen ELV, GRZ, GZSP	32
Bijlage 4 Voorwaarden inschrijven nieuwe zorgaanbieders ELV, GRZ en GZSP	36
Bijlage 5 Uitgangspunten ZN 'Individuele prestaties' en 'Zorg in een groep' GZSP	37
Bijlage 6 Beschrijving van de doelgroepen	41

Vorbehoud

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

OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep) denken 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. In deze experimenteerregio's worden afspraken gemaakt die kunnen afwijken van de afspraken voor de reguliere zorginkoop.

Voorwoord

Verantwoord en *dichtbij*. Deze twee woorden zijn belangrijk voor CZ groep. Ze vormen samen het thema waarlangs wij met de verschillende beroepsgroepen en contractpartijen de gewenste ontwikkelingen in de zorg inhoud willen geven. Ze helpen ons om structuur aan te brengen in de vele ideeën en initiatieven vanuit het zorgveld waarbij wij als zorgverzekeraar gevraagd worden om een faciliterende rol te vervullen, bijvoorbeeld in de bekostiging. Immers: niet alles wat goed is kan en niet alles wat kan is goed. Ook CZ groep zelf geeft inhoud aan deze twee kernwoorden: we initiëren programma's om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg verder te ontwikkelen.

Tijdens de covid-pandemie ontstonden veel snelle innovaties en creatieve oplossingen voor acute problemen. We zagen en zien veel saamhorigheid in de zorg en snelle implementaties van technologieën die eerder maar moeizaam van de grond kwamen. Denk aan de inzet van digitale zorg, de keuze voor zorg die ertoe doet en de flexibiliteit om de zorg te organiseren waar die op dat moment écht nodig is. Wij vinden dat een crisis nooit het fundament van een nieuwe ordening moet zijn. Toch hopen we dat nieuwe, wenselijke oplossingen blijvend hun weg vinden naar de dagelijkse praktijk. We hebben immers te maken met een gigantische zorgvraag, die deels wordt veroorzaakt door uitgestelde zorg. Hierdoor ontstaat een ongekende druk op de rechten van mensen op toegankelijke zorg.

Daarom leggen we in 2022 de nadruk meer dan ooit op het creëren van een goed toegankelijk zorgaanbod, en dat tegen maatschappelijk acceptabele kosten. Daarnaast besteden we meer aandacht aan de transparantie van de kwaliteit van de zorg. De geplande ontwikkelingen op dat gebied hebben vertraging opgelopen door de coronacrisis, wat heel begrijpelijk is. Voor 2022 willen we de draad weer oppakken en transparantie inzetten om onze zorg naar een nog hoger niveau te brengen.

2022 wordt een jaar waarin we samen weer gaan zorgen voor een toegankelijke zorg, van het niveau dat we voor onszelf en onze dierbaren vanzelfsprekend vinden. Zorg die bovendien door zorgverleners én verzekerden wordt ervaren als 'waar voor hun geld' – het 'oude normaal' waar we in Nederland om bekendstaan.

Yvonne Hijnen
manager V&V - Zvw

Joël Gijzen
directeur zorg

Managementsamenvatting

1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2022

Met dit zorginkoopbeleid wil CZ groep de nadruk leggen op samenwerking in de keten, de cliënt op de juiste plaats en het belonen van toegevoegde waarde. Hierbij zetten we grotendeels het beleid van voorgaande jaren voort. De kern daarvan is de concentratie van complexe zorg, het transparant maken van resultaten en een juiste toegeleiding. Dit doen wij onder andere door:

- een focus op kwaliteit en zorggebruik, naast de kosten per cliënt;
- het stimuleren en ondersteunen van de doorontwikkeling van een coördinatiefunctie in onze kernwerkgebieden;
- het stellen van volumenormenten voor de geriatrische revalidatiezorg (GRZ);
- het concentreren van hoogcomplex eerstelijnsverblijf (ELV) bij aanbieders die ook GRZ leveren;
- onze waardemodellen ELV en GRZ en het verstrekken van spiegelrapportages;
- de inkoop van geneeskundige zorg voor specifieke patiënten (GZSP) zo in te steken dat deze bijdraagt aan het realiseren van de inkoopdoelstellingen voor ELV en GRZ. Daarom hebben we GZSP ook samengevoegd met dit beleidsdocument;
- een aanscherping van het beleid voor de inzet van ELV voorafgaand aan en na afloop van een GRZ-traject;
- een focus op praktijkvariatie bij 'GRZ overig'.

Bij de GZSP hebben we de markt geconsulteerd en aan de hand daarvan onze visie aangescherpt. Verder willen we ruimte bieden aan (bekostigings)experimenten voor de toegankelijkheid van GZSP.

1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid voor 2022

GZSP

De belangrijkste wijziging in het zorginkoopbeleid voor 2022 is dat CZ groep binnen de GZSP meer ruimte biedt voor (bekostigings)experimenten om de toegankelijkheid te borgen. Verder benadrukken wij samenwerking als een essentiële factor voor de GZSP. We verwachten dat zorgaanbieders voor de GZSP – waar het ouderenzorg betreft – samenwerkingsafspraken maken met huisartsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen (intramuraal), revalidatiecentra, wijkverpleging en gemeenten. We vertrouwen erop dat dit, net als bij ELV en GRZ, regionaal wordt ingebed.

GZSP kan de rest van de keten ondersteunen, zoals huisartsenzorg en zorg in de wijk. Door goede afstemming kan crisiszorg, zoals een SEH-opname, worden voorkomen. Mede dankzij GZSP kunnen cliënten langer zelfstandig thuis blijven wonen. Het helpt daarbij dat een regiebehandelaar kan beschikken over een volledig integraal zorgaanbod GZSP, ELV en GRZ, of dat dit zorgaanbod via een samenwerkingsafpraak beschikbaar is. Dit leidt tot versterking van het multidisciplinaire karakter van de zorg.

CZ groep handhaaft de minimumeis dat ten minste een specialist ouderengeneeskunde (SO) en/of een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) aan een zorgaanbieder is verbonden. De enige uitzondering hierop geldt voor instellingen die het behandelprogramma Hersenz aanbieden. Zorgaanbieders die dit multidisciplinaire programma aanbieden, maar die geen zorg leveren zoals SO en AVG en die zich dus enkel richten op zorg zoals gedragswetenschappers bieden, zijn vrijgesteld van deze minimumeis.

De SO mag direct (dus zonder tussenstop in het ziekenhuis) verwijzen naar de GRZ op basis van een geriatrisch assessment.

Inzet ELV voorafgaand aan en na afloop van een GRZ-behandeltraject

ELV hoog complex wordt in toenemende mate ingezet voorafgaand aan een GRZ-traject, vooral binnen de doelgroepen electieve orthopedie en trauma. De argumentatie om de GRZ DBC later te openen en de zorg dus te starten met ELV komt doordat veel cliënten niet direct belastbaar zijn. Deze inzet van ELV is zorginhoudelijk niet wenselijk en drijft daarnaast de kosten sterk op. De primaire indicatie moet leidend zijn, de GRZ DBC voorziet ook in een periode van niet-actief behandelen. Daarnaast past het inhoudelijk ook niet goed binnen de prestatie ELV hoog complex; deze prestatie voorziet ook in actief herstel en behandeling.

Doelgroep GRZ overig

CZ groep is bezig met een nadere analyse van de doelgroep 'overige GRZ'. We zien binnen deze doelgroep een groot aantal subdiagnoses, die regionaal én tussen zorgaanbieders extreme praktijkvariatie laten zien. De verschillen zitten hierbij op de kosten en vooral op regionale verschillen in de instroomratio. Komend jaar agenderen we dit binnen de keten in de betreffende regio's.

1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- We willen voor 2022 één overeenkomst aanbieden voor ELV, GRZ en GZSP. De haalbaarheid hiervan wordt de komende maanden onderzocht. De doelstelling is in ieder geval om het proces administratief zo eenvoudig mogelijk in te richten.
- CZ groep contracteert enkel rechtspersonen voor ELV, GRZ en GZSP. De uitzonderingspositie voor GZSP die in 2021 van kracht was voor bestaande zorgaanbieders die overkwamen naar de Zvw en die nog geen rechtspersoon waren, komt voor 2022 te vervallen.

Visie van CZ groep op de ELV, GRZ en GZSP

De coronacrisis zorgt voor grote uitdagingen. Zorgaanbieders en regionale netwerken verdienen een groot compliment voor hun flexibiliteit om in oplossingen te denken en snel te schakelen. In snel tempo is de benodigde cohortcapaciteit in de markt gezet. Zeker voor ELV en GRZ geldt dat deze aanspraken ervoor zorgen dat de uitstroom vanuit het ziekenhuis geborgd blijft.

Ook de komende jaren staan we voor behoorlijke uitdagingen. We zien een sterk stijgende zorgvraag, een krappe arbeidsmarkt, oplopende zorgkosten en cliënten die met een steeds complexere zorgvraag zelfstandig wonen. 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. ELV en GRZ bieden hierin een tijdelijke oplossing.

ELV en GRZ zijn voorzieningen die in deze keten een belangrijke rol spelen als kwetsbare ouderen tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woon-omgeving kunnen verblijven. Doel van de opname is dat cliënten hun dagelijkse handelingen weer zelfstandig of met beperkte hulp kunnen uitvoeren, zodat ze thuis kunnen blijven wonen. GZSP 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 het beroep op professionele zorg te verminderen.

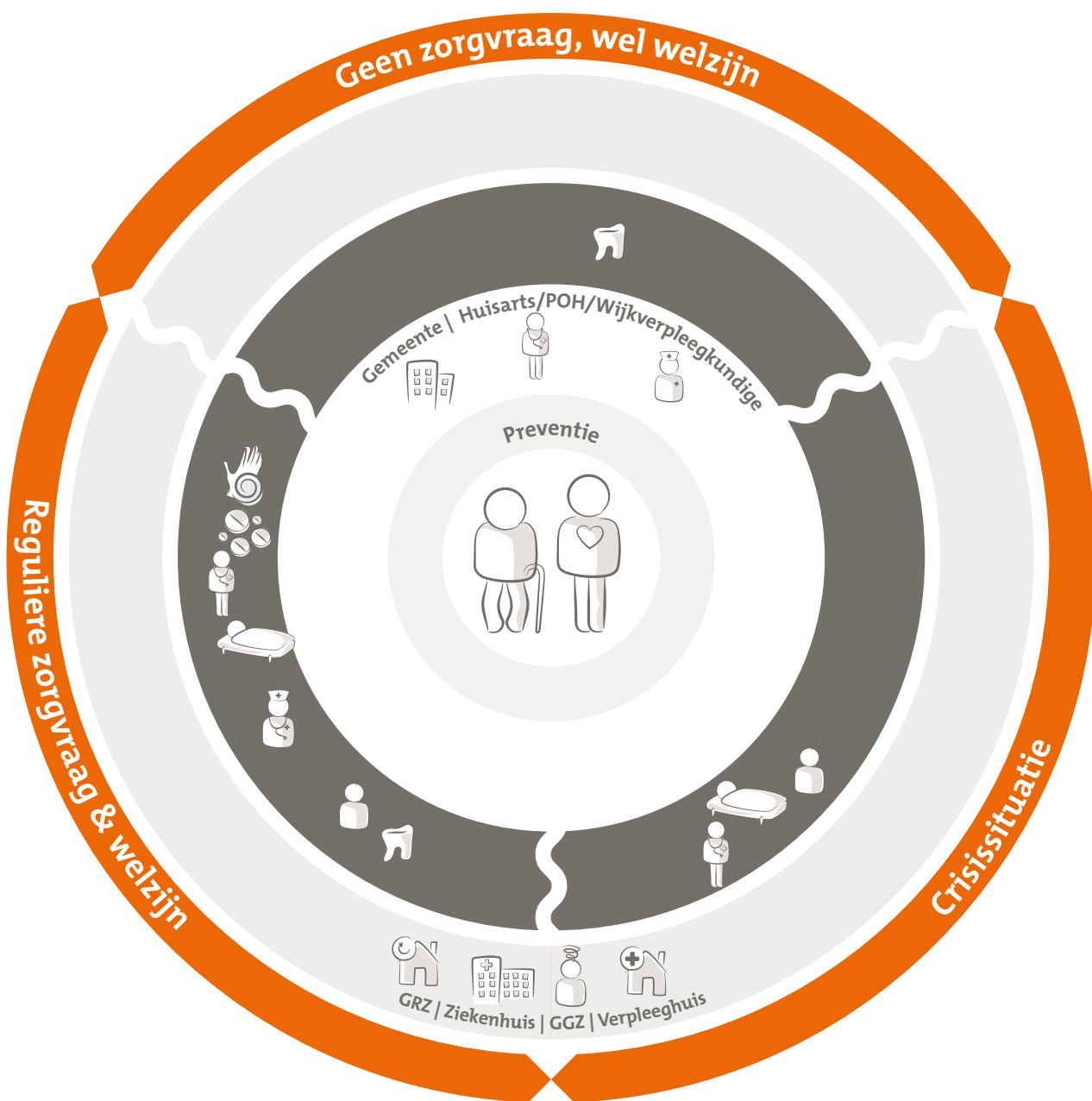
Daarnaast kan ELV ingezet worden voor cliënten die een levensverwachting hebben van minder dan 3 maanden (palliatief terminale zorg, PTZ), als de benodigde zorg thuis niet meer afdoende kan worden geleverd. In onze visie is er een duidelijk onderscheid tussen ELV laag complex en ELV hoog complex. ELV laag complex moet zo dicht mogelijk bij de cliënt aangeboden worden 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 pleiten we voor geconcentreerde herstel- en revalidatieafdelingen waar beide aanspraken ingezet kunnen worden, afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag.

Tijdens de covid-19-pandemie ontstonden veel snelle innovaties en creatieve oplossingen voor acute problemen. De initiatieven waren een stimulans voor de toegankelijkheid van de zorg. Met innovaties houden we de zorg betaalbaar en laagdrempelig. Ze zijn een stimulans voor de kwaliteit. Voor ELV en GRZ stond CZ groep al open voor (innovatieve) initiatieven die binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) passen. Nu GZSP volledig in de Zvw is opgenomen, willen we in ons werkgebied (bekostigings)experimenten voor deze verstrekking stimuleren. In paragraaf 3.6 gaan we hier nader op in.

2.1 ELV, GRZ en GZSP zijn ketenzorg

Een sterke en goed georganiseerde keten voor kwetsbare ouderen vergroot de kwaliteit van leven en stelt hen in staat zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Daarvoor moeten zorgprofessionals, zoals wijkverpleegkundigen en huisartsen, wijkgericht samenwerken met elkaar én met gemeenten, de GGD, eerstelijnsparamedici, apothekers, ziekenhuizen en zorgaanbieders binnen de Wlz. Samen met deze zorgaanbieders zijn we in onze kernwerkgebieden hard aan de slag om onze visie op ouderenzorg in co-makership te implementeren, om te komen tot een optimale keten om ouderen en mantelzorgers heen. Alleen zo werkt de zorgketen als een geïntegreerd en samenwerkend zorgcontinuüm.



In een aantal regio's waar wij een substantieel markt-aandeel hebben, werken wij samen met de regio aan een zorgcontinuüm. In 2022 ligt de focus op de doorontwikkeling van een goed functionerende coördinatie-functie, zodat ouderen een goede triage krijgen en begeleid worden naar de voor hen optimale zorg. Wij verwachten dat de zorgaanbieders in de regio hierin het voortouw nemen.

2.2 Verduurzaming van het zorgveld

CZ groep is een van de ondertekenaars van de Green Deal Zorg (GDZ) vanuit de overtuiging dat toekomstbestendige zorg duurzaam is. Als zorginkoper stimuleren wij verbeteringen op de GDZ-pijlers. We faciliteren initiatieven waar dat mogelijk is en past bij onze rol. Onze focus ligt hierbij op het bevorderen van doelmatige zorg, het voor-

komen van verspilling van medicijnen en hulpmiddelen, en het dicht bij huis organiseren van zorg (soms zelfs thuis met digitale zorg). Ons zorginkoopbeleid sluit hierop aan. Het komend jaar werken wij onze ondersteuning aan de GDZ verder uit. We gaan met verschillende zorgaanbieders het gesprek aan over de voortgang van de verduurzaming van het zorgveld.

2.3 ELV, GRZ en GZSP zijn afstemming

Voor een goede organisatie van ELV en GRZ in de regionale keten voor zorg aan kwetsbare ouderen is 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. Deze afstemming vindt op de achtergrond plaats, zodat de cliënt zo min mogelijk last ondervindt van de overgangen in de keten. CZ groep verwacht dat het ziekenhuis, de huisartsen en de VVT-instellingen (ELV, GRZ, GZSP, wijkverpleging en verpleeghuis) 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 verwachten we dat zij verbeterafspraken maken om de keten zo optimaal mogelijk te laten functioneren. Dit wordt ook een bespreekpunt tijdens bestuurlijke overleggen.

CZ groep ziet voor GZSP mogelijkheden om de expertise van de SO, de AVG en de gedragswetenschapper beter beschikbaar te maken als ondersteuning van de huisarts en rest van de zorgketen. En om behandeling van problematiek verder in de keten ook voor thuiswonende mensen te kunnen organiseren. Nu kwetsbare mensen langer thuis blijven wonen, worden huisartsen geconfronteerd met complexere vraagstukken. Deze resulteren regelmatig in een crisisopname of een ziekenhuisopname als de huisarts zelf geen goede diagnose kan stellen of niet beschikt over de juiste kennis en kunde. Door de expertise van de SO, de AVG en de gedragswetenschapper beter en eerder beschikbaar te maken, verbetert de zorg voor deze groep mensen en neemt het aantal acute opnames af. Om dit te bereiken, moeten er goede samenwerkingsafspraken worden gemaakt tussen deze experts en de huisarts. Daarnaast is het belangrijk dat het aanbod van deze zorgverleners op elkaar is afgestemd en in samenhang wordt geleverd voor cliënten met complexe problematiek of meerdere aandoeningen. Dit vraagt om een regie-

behandelaar. Deze samenwerkingsafspraken kunnen per regio en expertisegebied verschillen. In de ene regio is immers vooral de verwachte zorgvraag van ouderen een probleem. In de andere regio wonen juist veel mensen met een beperking thuis en is de samenwerking juist daarvoor van belang.

2.4 Zorg is gericht op de zelfredzaamheid van mensen

Bij ELV, GRZ en GZSP is de zorg vraaggericht ingestoken en volledig gericht op het behalen van de behandel- en revalidatiedoelstellingen 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. Soms is het ook zinvol om een cliënt tijdens zijn zorgproces te helpen bij het versterken van zijn zelfredzaamheid, bijvoorbeeld door uit te leggen hoe hij met beeldschermzorg om moet gaan of wat een goed leefritme is. Hieraan is onlosmakelijk een therapeutisch klimaat verbonden. 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 ELV, de GZSP en de GRZ volledig rondom de cliënt is georganiseerd. 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 GZSP nu onder de Zvw valt, helpt daarbij. Wij moedigen andere zorgaanbieders aan om dit goede voorbeeld te volgen. Daarnaast zetten wij vooral in op de beschikbaarheid van een brede coördinatiefunctie in de regio, waardoor er niet meer 'geleurd' hoeft te worden met een cliënt.

Cliënten hoeven niet meer per se via het ziekenhuis toegang te krijgen tot de GRZ. Zij kunnen direct van de

SO (via de huisarts) een geriatrisch assessment krijgen. CZ groep vindt dit enerzijds een kans, doordat er inefficiëntie uit de keten wordt gehaald. Anderzijds zien we ook het risico dat er meer (oneigenlijke) instroom in de GRZ komt, met als mogelijk gevolg een lagere uitstroom naar huis. We gaan dit komend jaar monitoren.

Onze visie is dat de dagbehandelingen voor ouderen binnen de GZSP (individueel en in een groep) binnen een instelling in de nabije toekomst deel gaan uitmaken van het totale aanbod ELV en GRZ. Zo blijven het behandel- en herstelklimaat en de multidisciplinaire werkwijze geborgd.

2.5 Beschikking over een integraal zorgaanbod GZSP

GZSP is volledig naar de Zvw overgeheveld. Sinds 2020 is de zorg zoals de SO en de AVG die leveren, geïntroduceerd in de Zvw. Vanaf 2021 zijn daar nieuwe prestaties bijgekomen, zoals de inzet van gedragswetenschappers, paramedici en dagbehandelingen voor specifieke patiëntengroepen. ZN heeft vorig jaar samen met veldpartijen uitgangspunten opgesteld voor de zorg in een groep en voor individuele prestaties (zie bijlage 5). Deze maken integraal deel uit van dit zorginkoopbeleid. Zorgaanbieders moeten zich hieraan houden.

Door de coronacrisis hebben we vertekende cijfers gekregen, waardoor we geen realistisch beeld van instellingen en regio's hebben gekregen. Daardoor is het lastig om trends vast te stellen. Uit een marktconsultatie hebben we opgehaald dat een regiebehandelaar geholpen is als hij kan beschikken over een volledig integraal zorgaanbod voor GZSP. Vooral omdat de multidisciplinaire aanpak dan beter geborgd is. De geconsulteerde instellingen benadrukken daarnaast dat het belangrijk is dat de zorg wordt geëvalueerd om te bekijken of de zorgvraag nog steeds aansluit bij de dagbehandeling (individueel en in een groep). 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.

Voor kwetsbare mensen met een verstandelijke beperking hebben we momenteel geen visie opgesteld. Voor hen richten we ons 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 zijn van toegangsproblemen binnen de GGZ voor deze doelgroep (zie paragraaf 3.3.7).

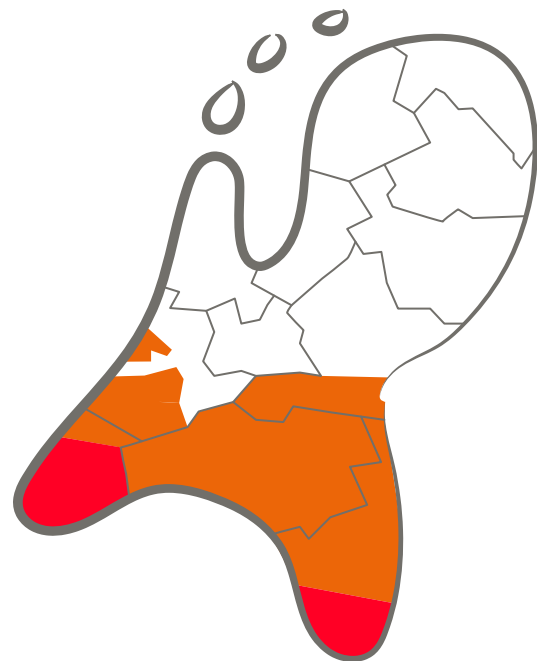
Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

In dit hoofdstuk beschrijven wij ons inhoudelijke beleid voor de onderwerpen ‘kwaliteit van zorg’, ‘kosten van zorg’, ‘toegankelijkheid van zorg’ en ‘innovatie en digitale zorg’. Daarbij laten we ook de focus zien die wij hierin aanbrengen. Voor de concrete zorginkoopeisen die hieruit volgen, verwijzen wij u naar de bijlagen.

3.1 Doelmatigheid van zorg

Impact van het beleid ELV, GRZ en GZSP

Met dit zorginkoopbeleid voor ELV, GRZ en GZSP richten wij ons vooral op onze kernwerkgebieden. Dat zijn de gebieden waarin CZ groep een groot marktaandeel en dus meer impact heeft. Daarin pakken we een actievere rol als zorgverzekeraar, waarbij we met zorgaanbieders samenwerken aan de toegankelijkheid, de kwaliteit en de doelmatige inzet van zorg. In deze gebieden hebben wij een rol bij de afspraken rondom het inbedden van de regionale coördinatiefunctie en triagebedden. Daarnaast investeren wij in pilots, experimenten en de implementatie van onze visie op ouderenzorg. Wij verwachten van de zorgaanbieders in deze regio's dat zij het voortouw nemen in de uitwerking. Experimenten en de vormgeving van coalities kunnen leiden tot andere afspraken dan opgenomen in dit zorginkoopbeleid. Buiten onze regio's hebben wij ook een belangrijke, maar andere rol. In deze gebieden zijn wij vaak volgend en ligt onze focus vooral op de toegankelijkheid van de zorg in het kader van onze zorgplicht.



Kernwerkgebieden: in oranje/rood aangegeven: Zeeland, Zuid-Hollandse Eilanden, West-Brabant, Midden-Brabant, Noordoost-Brabant, Nijmegen, Zuidoost-Brabant, Limburg en Haaglanden. Regie in de regio vindt plaats in Zeeland en Zuid-Limburg (rood gekleurd).

Regie in de regio

Soms zijn de uitdagingen om de zorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed te houden in een regio aanzienlijk. Dat vraagt om een gedeelde regionale visie tussen zorgverzekeraar, (georganiseerde) zorgvragers en zorgaanbieders. Deze integrale aanpak noemen we ‘regie in de regio’.

De zorgverzekeraar heeft een wettelijke zorginkooprol. Dat impliceert dat hij 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 (regio-beeld). De partners formuleren een gezamenlijke regionale opgave, waaraan zij zich committeren en die een collectieve én een individuele verantwoordelijkheid impliceert. In Zuid-Limburg, Zeeland en West-Brabant wordt deze integrale aanpak al toegepast. Deze sluit aan bij het thema Verantwoord en Dichtbij in ons zorginkoopbeleid voor 2022. 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.

3.2 Focus op toegankelijkheid

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 ligt onze focus op het borgen van de toegankelijkheid van zorg. 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 de wijkverpleegkundige en de huisarts is essentieel om te voorkomen dat cliënten in een acute situatie in het ziekenhuis of het ELV terechtkomen. Een groot deel van de cliënten in het ELV ontvangt al wijkverpleging. Hier ligt dus een kans om (acute) opnames te voorkomen. Dat begint bij de inzet van Advance Care Planning (ACP). Dit is een proces waarbij de 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. De GZSP biedt mogelijkheden om de zorgketen te ondersteunen om crisissen in individuele gevallen te voorkomen.

3.2.1 Zorgplicht

Een cliënt die al zorg ontvangt van een zorgaanbieder, heeft recht op continuïteit van zorg, ook als de zorgaanbieder het omzetplafond heeft bereikt of als de zorgvraag verandert. CZ groep legt zorgaanbieders geen doorleververplichting op voor nieuwe cliënten. Een zorgaanbieder is in de basis verplicht om te sturen op zijn omzetplafond en mag zonder expliciete schriftelijke toezegging niet rekenen op een ophoging daarvan. Een dreigende overschrijding moet hij tijdig kenbaar maken. Wij maken vervolgens een analyse met twee mogelijke uitkomsten:

- de afspraak wordt aangepast omdat er onvoldoende alternatieven voor handen zijn, of
- er zijn voldoende alternatieven en CZ groep contracteert niet bij. De zorgaanbieder kan ervoor kiezen om een zorgstop in te lassen voor nieuwe CZ-verzekerden en meldt dit aan CZ groep.

Zorgaanbieders die in ons waardemodel een A halen, hebben in beginsel voorrang bij het uitbreiden van volume. Voor GZSP is dit niet van toepassing, omdat voor deze aanspraak geen waardemodel wordt ontwikkeld.

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. In bijzondere en onvoorziene omstandigheden zijn wij bereid om het omzetplafond te bespreken en eventueel te verhogen. Daarbij moet een causaal verband worden aangetoond tussen meer instroom en een doelmatige zorginzet. De toenemende problemen op de arbeidsmarkt vragen om meer afstemming met de zorgaanbieders over de tijdigheidsnormen waarbinnen cliënten geplaatst of doorbemiddeld worden. Uitstroom vanaf een ELV- of GRZ-bed geeft steeds meer problemen door te weinig capaciteit, onder andere in de wijkverpleging. We verwachten dat een goedwerkende regionale coördinatiefunctie deze problematiek zal verminderen.

3.3 Inhoudelijke focus en aandachtsgebieden

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 kwaliteit van zorg. Voor ELV worden de doelgroepen onderscheiden aan de hand van de zorgvraag. Omdat de zorgvraag in GRZ al duidelijk is – namelijk revalideren – worden de doelgroepen daar onderscheiden 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 ELV PTZ). Een juiste triage aan de voorkant zorgt ervoor dat een cliënt de juiste zorg op de juiste plaats ontvangt. Daarnaast draagt een juiste triage bij aan het terugdringen van oneigenlijk gebruik. De uitstroom vanuit ELV en GRZ naar de Wlz is vooral binnen het ELV een te hoog percentage.

GZSP is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of het gedragsvlak; de zorg is dan ook interdisciplinair door de tijd heen. CZ groep heeft deze zorgsoort samengevoegd met het zorginkoopbeleid voor ELV en GRZ, omdat wij vinden dat de inzet van GZSP kan helpen bij de ambulantisering daarvan, en crisisopnames ELV en spoedeisende hulp voorkomt.

In bijlage 6 vindt u een beknopte beschrijving van de doelgroepen.

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

Sinds ELV in de Zvw is ondergebracht, hebben verschillende zorgaanbieders geëxperimenteerd met het inzetten van ELV voorafgaand aan de GRZ, omdat de betreffende cliënten in de GRZ nog niet goed belastbaar waren. Inmiddels constateren wij dat deze aanpak zorginhoudelijk niet passend is, en bovendien de kosten sterk verhoogt. Daarom moet de primaire GRZ-indicatie weer leidend zijn en ook bij niet-belastbaarheid geopend worden. We vullen onze spiegelrapportageset 2022 aan met informatie die in beeld brengt dat de inzet van ELV voorafgaand aan GRZ qua inhoud en qua kosten geen of nauwelijks effect heeft. Vanaf 2023 gaan we hier actief op controleren.

Hetzelfde geldt voor de inzet van ELV hoog complex na het sluiten van een GRZ-traject. De doelstelling van GRZ is een terugkeer naar huis. ELV-vervolgzorg is zorginhoudelijk geen logische vervolgstap. Bij bijzondere casuïstiek zijn onze medisch adviseurs beschikbaar om mee te denken.

3.3.2 Nadere gesprekken over de doelgroep 'GRZ overig'

Uit een analyse blijkt dat er grote regionale verschillen zijn in het gebruik van nazorg en de uitstroom vanuit de ziekenhuizen richting de GRZ. Dit fenomeen zien we vooral binnen de GRZ-doelgroep 'overig', waar een groot aantal (sub)diagnoses in zitten verweven, zoals COPD en oncologische revalidatie. We zien dat de instroom van deze groep in de GRZ jaarlijks toeneemt, waarbij we onverklaarbaar grote verschillen zien tussen regio's én tussen zorgaanbieders. De verschillen spitsen zich vooral toe op de instroomratio van verschillende diagnosegroepen. Zo kan het zijn dat er voor een bepaalde diagnosegroep in de ene regio niet of nauwelijks gebruik wordt gemaakt van GRZ (bijvoorbeeld door de juiste inrichting van een zorgpad in de eerste lijn), terwijl deze groep in een andere regio wél massaal instroomt in de GRZ. Deze stijging en verschillen zijn voor CZ groep reden om nader onderzoek te doen naar deze doelgroep. Daarbij trekken we samen op met enkele zorgaanbieders. We ontwikkelen analyses op basis van declaraties voor deze doelgroep. Wij gaan in 2021 en 2022 met ziekenhuizen, ELV- en GRZ-aanbieders in onze kernwerkgebieden in gesprek om deze verschillen nader te duiden. Zo willen we aanvullend beleid ontwikkelen rondom deze diagnosegroepen.

3.3.3 Triagebedden

Er bestaat een kleine cliëntengroep bij wie 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 cliënt het beste op zijn plaats is. Deze cliënten blijven nu vaak onnodig lang in het ziekenhuis liggen of worden onterecht doorverwezen naar de GRZ of het ELV. Dit kan ook gelden voor cliënten vanuit de thuissituatie.

De afgelopen jaren hebben we in onze kernwerkgebieden met enkele zorgaanbieders afspraken gemaakt over triagebedden. Op zo'n bed mag een cliënt tijdelijk worden opgenomen zonder dat de diagnose al volledig is gesteld of zonder dat het vervolgtraject volledig bekend is. De doelstelling van deze triagebedden is om cliënten sneller op de juiste plaats te krijgen met een juiste diagnose.

Met de betreffende zorgaanbieders maakt CZ groep een aanvullende (experiment-)productieafspraken.

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

- Voor de triage geldt een maximale termijn van 14 dagen. De gemiddelde termijn is significant korter.
- Triagebedden worden alleen afgesproken bij zorgaanbieders die door CZ groep zijn gecontracteerd voor ELV én GRZ.
- In de keten zijn samenwerkingsafspraken gemaakt over een snelle doorstroom na de diagnose, met onder meer Wlz-zorgaanbieders, ClZ, 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.

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. Onze doelstelling om een dekkend netwerk in ons kernwerkgebied te realiseren, is de laatste 2 jaar goed geslaagd. Buiten ons kernwerkgebied volgen we in principe de afspraken die gemaakt zijn met de leidende zorgverzekeraar, tenzij deze niet stroken met onze inhoudelijke uitgangspunten en/of de gevraagde financiële bijdrage niet in verhouding staat tot onze investeringen in vergelijkbare initiatieven binnen onze eigen regio's.

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 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. De pilots triagebedden lopen in principe tot 2023. Voor 2023 en verder onderzoeken we in overleg met de NZa in hoeverre de afspraken rondom triagebedden een structureel karakter moeten krijgen. De eerste analyses laten zeer wisselende resultaten zien. Vooral de inrichting en afbakening van de doelgroep binnen een regionale keten lijkt cruciaal voor het creëren van toegevoegde waarde van een triagebed.

3.3.4 Positie en bekostiging van het geriatrisch assessment

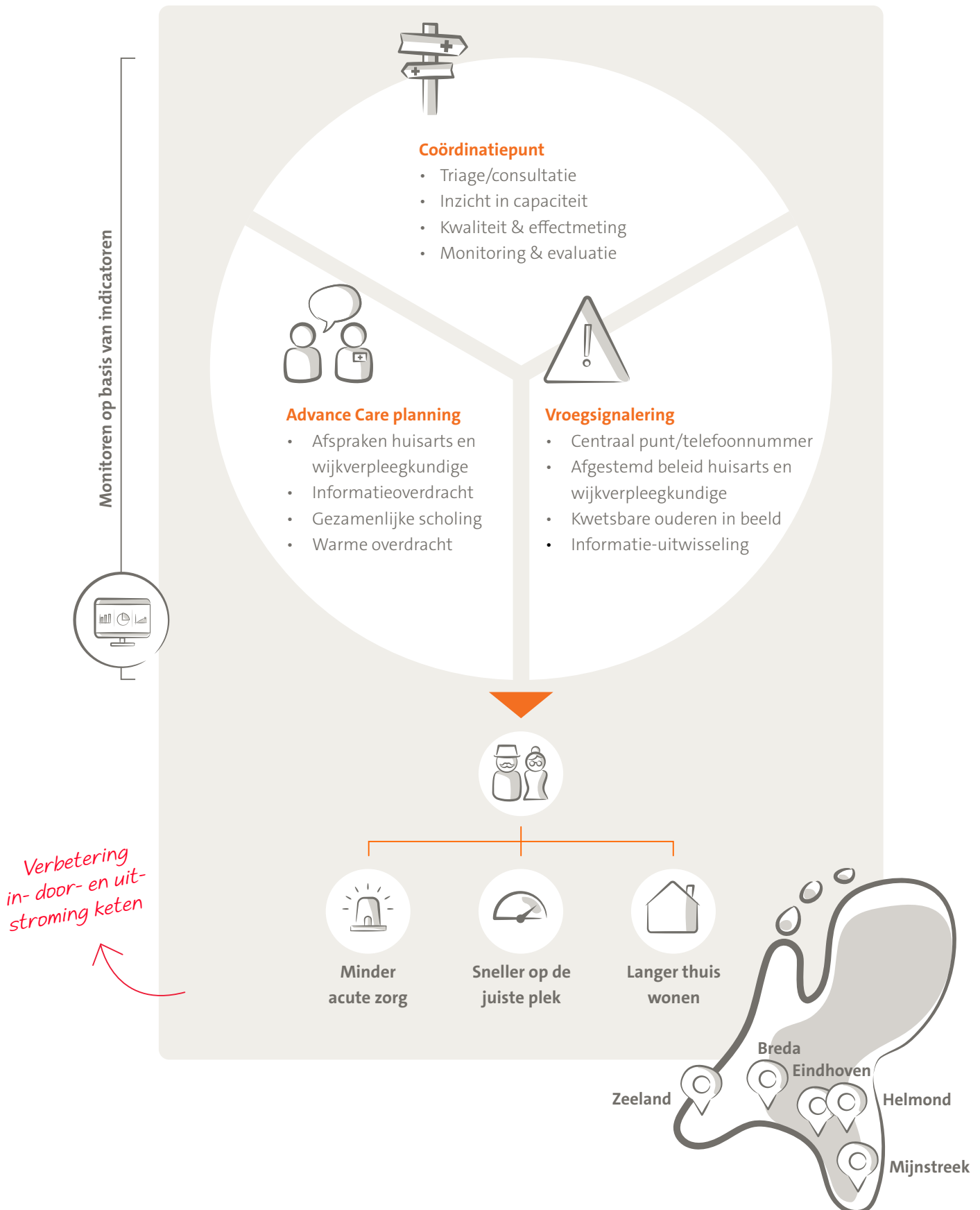
Het Zorginstituut, VWS en de NZa hebben zich in 2020 uitgesproken over de toegang tot GRZ zonder tussenkomst van een klinisch geriatr of specialist ouderengeneeskunde. De diagnostiek of het geriatrisch assessment kan dankzij deze uitspraak worden uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde. Dit is belangrijk voor de zorgpaden naar GRZ waar geen ziekenhuisopname aan voorafgaat. Deze regeling blijft ook na de coronapandemie van toepassing.

Om dit in de praktijk mogelijk te maken, heeft Verenso een leidraad opgesteld en zorgpaden uitgewerkt, waarbij toegang tot de GRZ zonder voorafgaande ziekenhuisopname mogelijk is. Verenso benadrukt de wenselijkheid van een regionale afstemming voor een goede invulling van deze zorgpaden. CZ groep onderschrijft deze leidraad. Daarnaast moet de bekostiging van het geriatrisch assessment worden afgestemd. Verenso, ActiZ, NZa en ZN zijn nog in gesprek over de uitwerking hiervan. CZ groep committeert zich aan de uitkomsten van dit gesprek en zodra er duidelijkheid is, informeren we u hierover.

3.3.5 Coördinatiefunctie (CF)

CZ groep vindt dat de zorg voor ouderen nog beter georganiseerd kan worden. Wij willen ons komend jaar richten op drie belangrijke onderwerpen uit **onze visie**: het coördinatiepunt, vroegsignalering en Advance Care Planning (ACP). We hebben voor deze onderwerpen gekozen, omdat die bijdragen aan het oplossen van de problemen met in-, door- en uitstroom in veel regio's. 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. In onze kernwerkgebieden leggen we deze afspraken met alle stakeholders in de keten ouderenzorg vast in een addendum. In de overige regio's volgen wij het beleid van de preferente zorgverzekeraar, mits dit voor ons inhoudelijk en financieel acceptabel is. CZ groep wil zeker geen blauwdruk 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.

Regionale aanpak keten ouderenzorg



Doelstellingen van de coördinatiefunctie

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

Door 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.

Verbreding van de coördinatiefunctie met meerdere zorgsoorten over de domeinen heen

Voor een goed werkende coördinatiefunctie is het opschalen en koppelen van andere soorten (vervolg)zorg noodzakelijk. Hierbij verwachten wij minimaal de aansluiting van respijtzorg (Wmo), 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? ELV en GRZ 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-bed-problematiek;
- minder onnodige ziekenhuisopnames en/of verwijzingen naar de SEH;
- kortere behandeltrajecten.

De voorwaarden en minimumeisen voor de coördinatiefunctie vindt u in bijlage 2.

3.3.6 Ambulantisering

We merken dat ambulantisering vooral binnen de GRZ 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 verkort kan worden 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. Graag gaan we met een aantal 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 experimenteerruimte en financiële ondersteuning te bieden.

3.3.7 Start pilot Licht Verstandelijk Beperkten (LVB) binnen GZSP

Van diverse partijen in het veld horen wij dat de LVB-doelgroep toegangsproblemen ervaart binnen de GGZ. Exclusiecriteria op basis van IQ zijn discriminerend en deze doelgroep heeft recht op zorg binnen de reguliere GGZ. Daarom vraagt CZ groep aandacht voor het vroegtijdig (h)erkennen van deze problematiek en het aanpassen van de behandeling op het niveau van de cliënt, zoals opgenomen in de generieke module (zie hiervoor het **zorginkoopbeleid GGZ**). Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij hun expertise voor deze doelgroep indien nodig vergroten door bijscholing en consultatie vanuit de verstandelijk-gehandicapten-sector.

Goede zorg voor LVB-cliënten vereist ook een goede samenwerking op regionaal niveau tussen de eerstelijns zorg, de gespecialiseerde zorg en het sociaal-maatschappelijk domein. CZ groep verwacht dat alle betrokken zorgaanbieders deze regionale samenwerking initiëren en/of ondersteunen. Wij streven ernaar dat er op regionaal niveau in elk geval afspraken worden gemaakt over:

- de vroegsignalering van LVB;
- het organiseren van een toegankelijk netwerk rond een LVB-cliënt. Het netwerk omvat afspraken over de zorg en de (sociaal-maatschappelijke) begeleiding voor LVB-cliënten in de nulde lijn tot aan SGLVB (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk beperkt).

Daarnaast start CZ groep in zijn kernwerkgebied met een pilot binnen de GZSP om de zorg aan de LVB-groep in de huisartsenpraktijk te ondersteunen. Dit doen we door de consultatie van een arts voor verstandelijk gehandicapten, gedragsdeskundigen en paramedici mogelijk te maken. We onderzoeken of de inzet van deze deskundigheid leidt tot een betere kwaliteit van leven voor de LVB-cliënt en of GGZ-behandelingen voorkomen kunnen worden. De resultaten hiervan zijn nog niet bekend.

3.3.8 Substitutie wijkverpleging – ELV PTZ

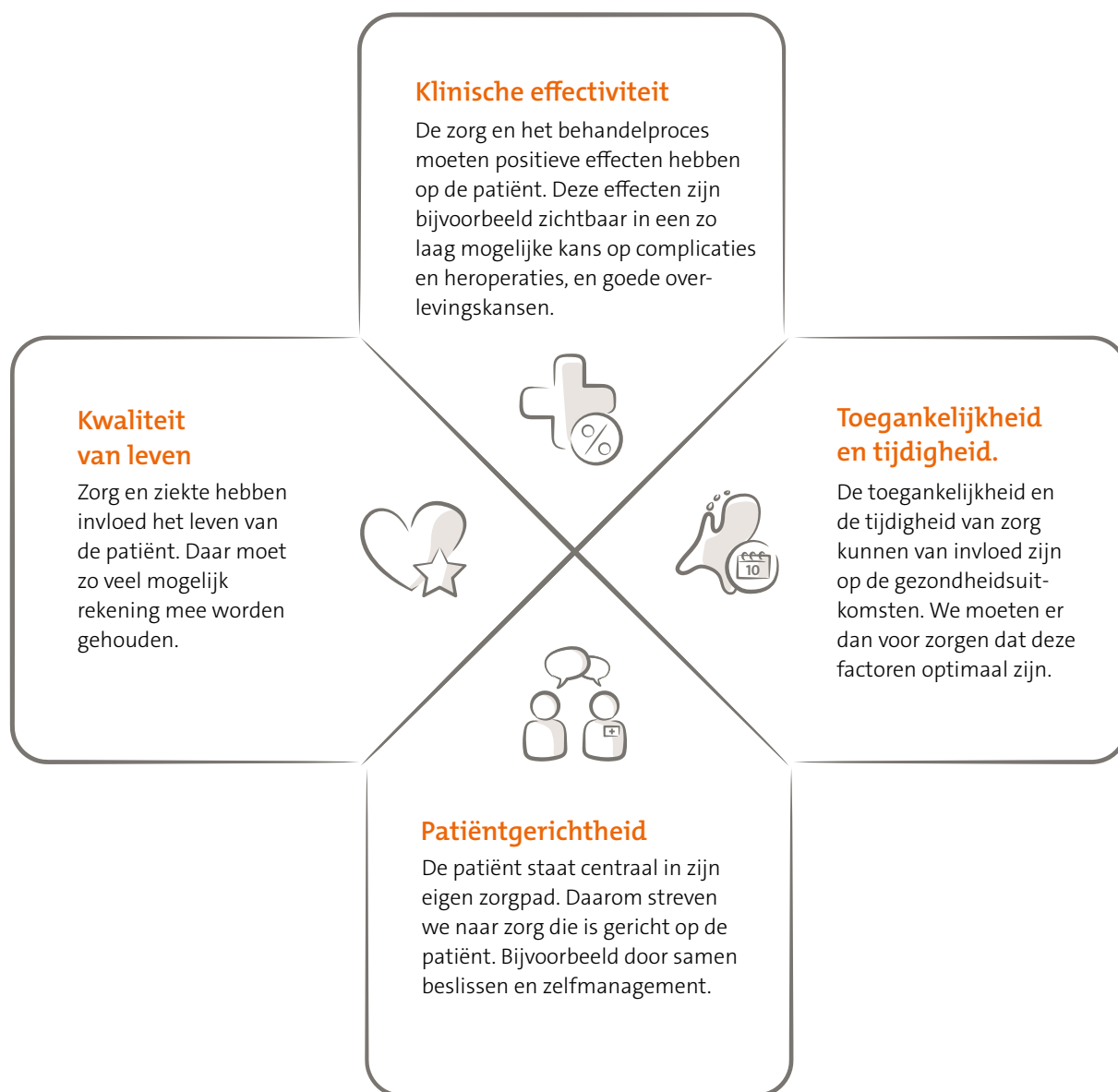
Sinds 2020 sturen wij erop dat de zorg die wordt geleverd in een hospicevorm met minimaal 4 bedden en met verpleegkundigen en verzorgenden in eigen dienst aansluiting vindt bij ELV-palliatief. Het gaat hierbij om hospices met een gemiddelde ureninzet van zorg per cliënt en/of eigen zorgarrangementen. Wij zien deze zorg als het bieden van een integraal pakket, zoals ook de aanspraak ELV die kent. Landelijk vindt er een discussie plaats over de (verschillende varianten van) hospicezorg. Ons beleid wordt aangepast als de uitkomsten van de landelijke discussie daar aanleiding toe geven.

3.4 Focus op kosten en kwaliteit

3.4.1 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. We kopen dus zorg in bij zorgaanbieders die inzetten op een hoge kwaliteit én kostenbeheersing. Dan is de waarde voor onze verzekerden zo groot mogelijk.

Kwaliteit van zorg



3.4.2 Kwaliteit

Een behandeling binnen ELV, GRZ en GZSP is van goede kwaliteit als de cliënt weer langdurig en met een redelijke mate van zelfstandigheid thuis kan wonen, met een goede kwaliteit van leven en na een prettig verlopen herstelproces. CZ groep heeft de kwaliteit van zorg uitgewerkt in een kwaliteitsmodel. Dit is geclusterd in vier dimensies, geïnspireerd op de indeling die in verschillende ICHOM-sets wordt gebruikt:¹

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

3.4.3 Kosten

De kosten voor CZ groep worden bepaald door twee elementen: de kosten per cliënt en het aantal cliënten. Beide elementen zijn even belangrijk, waarbij we wel onderscheid maken naar het niveau van beoordeling. De kosten per cliënt kunnen we goed zichtbaar maken en relateren aan de individuele zorgaanbieder. Het aantal cliënten in zorg is niet zo makkelijk direct te relateren aan de individuele zorgaanbieder. Dit maken we zichtbaar op regioniveau. Wij houden aanbieders in een regio gezamenlijk verantwoordelijk voor het aantal cliënten dat zorg ontvangt.

3.4.4 Waardemodellen GRZ en ELV

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 GRZ doen we dit al lang en willen we onze huidige insteek voortzetten. In 2021 zijn we erin geslaagd om ook voor ELV een waardemodel te ontwikkelen. Dit model gaan we, mede dankzij aanbevelingen vanuit het zorgveld, voor 2022 verder ontwikkelen. Voor de aanspraak GZSP ligt de focus vooral op een soepele overgang en is het koppelen van kwaliteit en kosten nog geen haalbare kaart.

Vanwege de coronapandemie zijn 2020 en 2021 bijzondere jaren. In de waardemodellen die we opstellen voor 2022 (waarbij we de cijfers over 2020 en 2021 gebruiken), houden we hier uiteraard rekening mee. We beoordelen in hoeverre de onderliggende data representatief zijn als input voor een waardeoordeel en of er wellicht een correctie nodig is.

Op pagina 19 ziet u de uitwerking en beschrijving van het waardemodel GRZ. Het waardemodel ELV is op dit moment nog niet definitief. In de aanbiedingsbrief 2022 volgt hierover nadere toelichting.

Klinische effectiviteit

Voor de klinische effectiviteit bekijken we het resultaat van de behandeling. Die bestaat uit twee pijlers. Hoe is het functioneren van de cliënt vooruitgegaan? En is het uiteindelijke doel van de behandeling behaald: kan de cliënt weer thuis functioneren? De vooruitgang van het functioneren beoordelen wij via de delta-Barthel. Het behalen van het uiteindelijke doel beoordelen wij via het percentage cliënten dat naar huis gaat. We begrijpen dat een percentage van 100% niet haalbaar is, gezien de complexe doelgroep van de GRZ. Toch is het percentage cliënten dat naar huis gaat wel degelijk een belangrijke indicator voor het resultaat. Gebaseerd op de resultaten uit de sector, vinden wij dat dit percentage boven de 80% moet liggen.

Toegankelijkheid en tijdigheid

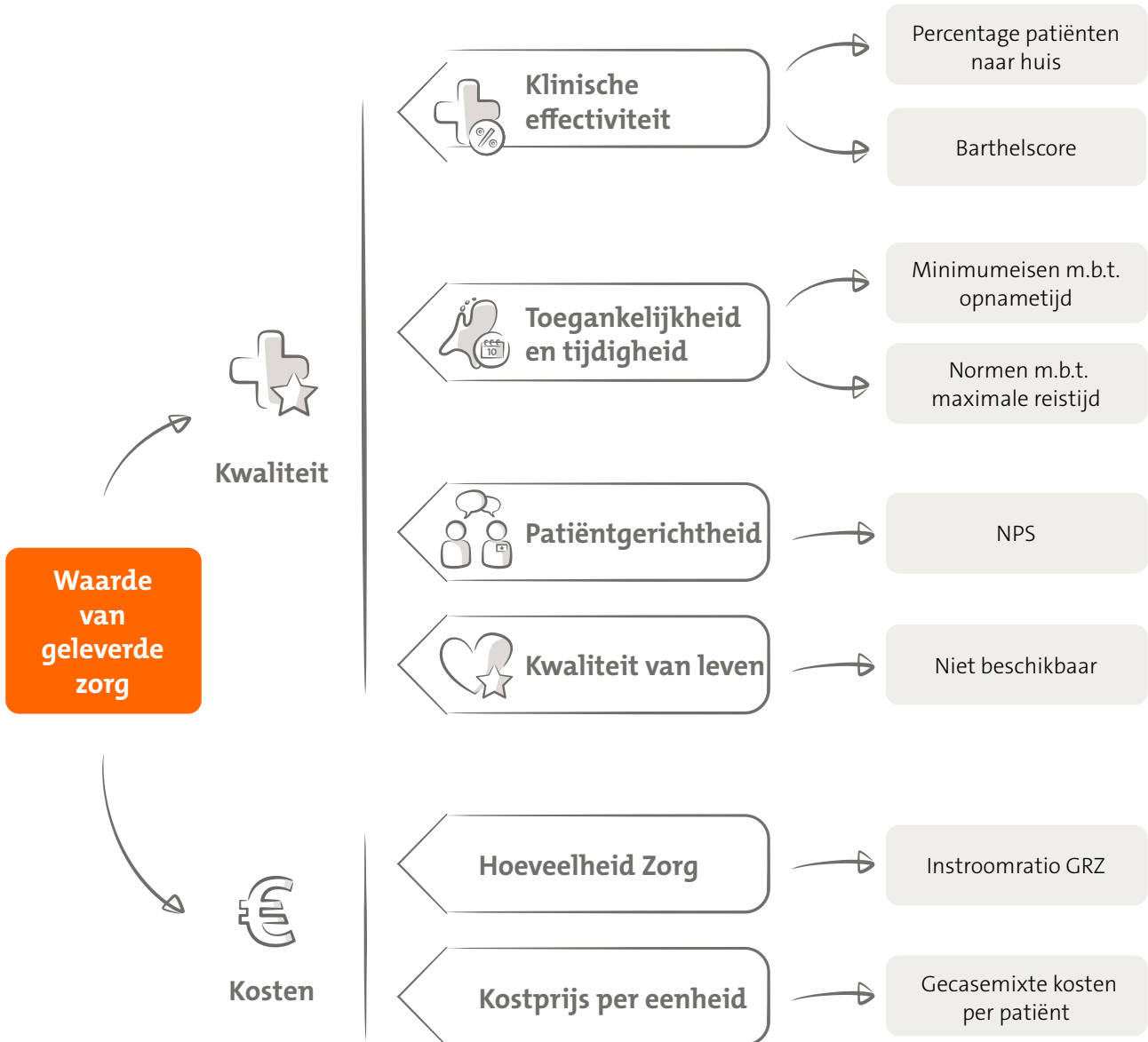
CZ groep stelt de minimumeis dat iemand binnen 48 uur wordt opgenomen als de medisch specialist heeft geoordeeld dat diegene kan starten met GRZ. Steeds meer instellingen nemen inmiddels ook op zaterdag cliënten op, wat wij een goede ontwikkeling vinden. Daarnaast stelt CZ groep zichzelf de norm dat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

Cliëntgerichtheid

Het is belangrijk dat alle aspecten van de zorg aansluiten bij de unieke situatie van de cliënt, in termen van doelstelling en belastbaarheid. De ene cliënt wil bijvoorbeeld een trap van 20 treden op kunnen zonder de hulp van een mantelzorger, terwijl een ander weer wil kunnen autorijden. Daarnaast is het belangrijk dat de informatievoorziening voldoende en begrijpelijk is, dat de behandeling aansluit bij de verwachtingen, dat de mantelzorger wordt betrokken in het proces en dat de bejegening prettig is. Ons cliëntenonderzoek binnen de GRZ laat zien dat er niet één item is dat zwaarder weegt, maar dat het totaalpakket belangrijk is.

¹ Veiligheid en de juiste indicatiestelling zien we als basisvoorwaarden om zorg in te kopen bij een zorgaanbieder. Als de zorg niet veilig of inhoudelijk onvoldoende gemotiveerd is, dan kopen we deze zorg niet in en vergoeden we deze niet. Daarom vallen veiligheid en indicatiestellingen buiten onze definitie van het begrip 'kwaliteit van zorg'. De IGJ ziet toe op de basisveiligheid. Wij voeren daarnaast evaluaties uit naar ongewenste en onverklaarde praktijkvariatie.

Geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf



Daarom maakt CZ groep bewust de keuze om de cliënttevredenheid op het niveau van de NPS mee te nemen. We gaan ervan uit dat de zorgaanbieder zelf wél een meer gedetailleerde uitvraag naar de cliënttevredenheid doet, om zijn verbetercyclus goed in te kunnen richten.

Kwaliteit van leven

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

Hoeveelheid zorg

De totale kosten van GRZ worden bepaald door twee factoren: het aantal cliënten dat deze zorg ontvangt (afhankelijk van de triage en de instroom) en de kosten per cliënt (afhankelijk van de ligduur en de behandelintensiteit). Het aantal cliënten dat deze zorg ontvangt, wordt beoordeeld aan de hand van het instroompercentage. Dit is het aantal verzekerden uit een regio dat gebruikmaakt van GRZ gedeeld door het totale aantal verzekerden ouder dan 75 jaar in dezelfde regio. Het instroompercentage zegt mede iets over de toegang tot GRZ en daarmee koppelt CZ groep dit ook nadrukkelijk aan de triage. Wij vinden dat de triage en de instroom onlosmakelijk verbonden zijn met afstemming binnen de hele zorgketen en daarmee ook een regionale verantwoordelijkheid zijn. Uiteraard zijn de instroomratio's wijkverpleging, ELV en GRZ communicerende vaten en ziet CZ groep dit in samenhang. Daarom wordt het instroompercentage ook regionaal inzichtelijk gemaakt en beoordeeld. De woonplaats van de cliënt is hierbij leidend.

Kostprijs per zorgeenheid

De kosten per cliënt zijn afhankelijk van de ligduur en de behandelintensiteit. Hoewel er zorgpaden zijn ontwikkeld en de gemiddelde kosten per cliënt 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 cliënt. Hierbij maken wij onderscheid tussen de vijf verschillende doelgroepen voor de GRZ (zie bijlage 6). CZ groep publiceert de score van de zorgaanbieder op de verschillende onderdelen van het waardemodel in de spiegelrapportage. De uitkomsten bespreken we tijdens de zorginkoopgesprekken in onze kernwerkgebieden en gebruiken we bij de bepaling van de productieafspraken.

3.5 Financieel

De financiële middelen die voor 2022 beschikbaar zijn, worden bepaald door de begroting die CZ groep vaststelt voor ELV, GRZ en GZSP. Daarin houden wij rekening met huidige en toekomstige ontwikkelingen. De begroting wordt getoetst aan het Budgettair Kader Zorg (BKZ) 2022, maar is hier geen resultante van. Van de begroting reserveert CZ groep, net als in 2021, een percentage voor niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast reserveren we een percentage voor knelpunten en innovaties.

We merken dat de zorgvraag zich in sommige regio's anders ontwikkelt dan wij van tevoren hadden ingeschat, bijvoorbeeld door verzekerdenmutaties, waardoor de toegankelijkheid van de zorg in het geding kan komen. In die regio's is ons beleid om aanbieders die goed scoren op het vlak van kosten en kwaliteit meer ruimte te bieden voor groei. We merken dat hier een spanningsveld ontstaat door de huidige personeelskrapte.

Om substitutie van GRZ naar ELV te bevorderen, staan wij toe dat er budget van het omzetplafond GRZ wordt overgeheveld naar het omzetplafond ELV. Deze substitutie is in beginsel structureel van aard, tenzij er bijzondere omstandigheden zijn die rechtvaardigen om dit eenmalig toe te staan. Daarvoor is het wel nodig om de afzonderlijke afspraken te wijzigen. U kunt hiervoor contact opnemen met de zorginkoper. Substitutie van ELV naar GRZ staan wij niet toe, omdat deze zorg in de regel duurder is per verzekerde en daarmee niet bijdraagt aan het verbeteren van de prijs-kwaliteitverhouding van de zorg.

Als een zorgaanbieder ook gecontracteerd is voor GZSP, dan maakt dit deel uit van de overeenkomst ELV/GRZ. Voor deze aanspraak is de omzet geormerkt en staan we substitutie tussen de aanspraken ELV en GRZ niet toe. Individuele paramedische zorg beschouwen wij niet als GZSP. Deze is te declareren volgens de NZa-regelgeving voor eerstelijns paramedische zorg. Hiervoor verwijzen wij u naar het **zorginkoopbeleid Paramedische Zorg**.

Aanvullend op deze werkwijze willen we voor 2022 meer variatie aanbrenge in de contractuele afspraken. Dit doen we 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.

In het voorstel voor 2022, dat u medio augustus 2021 ontvangt, lichten we dit nader toe.

3.6 CZ groep stimuleert innovatie

CZ groep staat open voor innovatieve initiatieven die binnen de Zvw passen. Wanneer een innovatief idee met ons wordt besproken en wij dat positief beoordelen, kijken we per situatie naar de meest passende manier om die innovatie verder te helpen. 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](#). Dit kan via de reguliere contractering, maar ook via experimentele afspraken. Om in aanmerking te komen voor een experiment of de bekostiging van een innovatieve businesscase, moeten de initiatieven van meerwaarde zijn voor cliënten en concreet bijdragen aan de kwaliteit en doelmatige inzet van zorg. De afspraken die we hierover maken zijn tijdelijk en worden geëvalueerd. Als ze bewezen succesvol zijn, worden ze geïmplementeerd in het reguliere zorgproces.

Vooraf op het gebied van ambulante GRZ willen we graag samen met één of meer zorgaanbieders optrekken om de huidige barrières weg te nemen, wat betreft inhoud én wet- en regelgeving.

De individuele delen van de GZSP-zorg lenen zich uitstekend voor een digitaal aanbod of een combinatie van persoonlijk contact en digitale zorg (blended care). Daarmee kan de huisarts gemakkelijker hulp inroepen en wordt de (reis)afstand voor de verzekerde verkleind. Hij kan zijn vragen eventueel ook 's avonds of in het weekend stellen, of op een ander tijdstip dat hem uitkomt. Dit vermindert bovendien de reistijd voor de zorgverleners. Ook op dit gebied stimuleren wij innovatie.

Voor 2022 willen we ruimte bieden voor experimenten en innovatieve businesscases om de toegankelijkheid van de GZSP-zorg te verbeteren. Wij zijn ons ervan bewust dat er een (dreigend) tekort is aan SO's, AVG's en gedragswetenschappers, en dat dit regionaal kan verschillen. Hier hebben we op dit moment geen directe oplossing voor. We denken in onze kernwerkgebieden mee over kansen om de betreffende disciplines vrij te spelen voor het ondersteunen van de eerste lijn. Waar mogelijk zetten we in op technologische ontwikkelingen die direct of

indirect kunnen bijdragen aan een oplossing van de arbeidsmarktproblematiek.

CZ groep geeft voorrang aan innovatievoorstellen die passen binnen de speerpunten uit onze visie:

- cliënt op de juiste plaats met de juiste zorg;
- digitale zorg;
- het vergroten van de zelfredzaamheid;
- ambulante GRZ;
- het terugdringen van oneigenlijk gebruik;
- transparantie.

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

Proces contractering 2022

4.1 Contractpartners

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

4.2 Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2021 een overeenkomst hebben met CZ groep (die gedurende 2021 niet is opgezegd) en die op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. CZ groep biedt voor 2022 per zorgaanbieder automatisch één overeenkomst aan voor ELV, GRZ én GZSP. In de praktijk levert niet iedere zorgaanbieder alle aanspraken. Hier houden wij in de productieafspraken uiteraard rekening mee.

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 u voldoet aan de voorwaarden uit de overeenkomst en de minimeisen. 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 2022 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.

4.3 Nieuwe zorgaanbieders

Via ons zorginkoopbeleid stellen wij voorwaarden waaraan nieuwe zorgaanbieders moeten voldoen. Voor nieuwe en al gecontracteerde zorgaanbieders gelden dezelfde voorwaarden en kwaliteitseisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. Voor de procedure en de voorwaarden voor inschrijving verwijzen we naar bijlage 4.

4.4 Diversiteit van het gecontracteerde zorgaanbod

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.

4.5 Het omzetplafond

CZ groep vergoedt de door de zorgaanbieder geleverde zorg tot het vastgelegde omzetplafond. We maken expliciete volume- en prijsafspraken ($p \times q$), begrensd met een maximaal omzetplafond. Ook voor 2022 gaan we weer uit van basistarieven per prestatie binnen ELV, GRZ en GZSP. 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, strategische en stabiele contractpartij.

Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om het overeengekomen volume te bewaken. Uitgangspunt bij de zorgcontractering is dat de zorg gespreid over het

jaar wordt aangeboden. Zonder een vorm van spreiding is het risico op overschrijding van de budgetafspraken immers groot. Temporisering en/of een andere organisatie van bepaalde vormen van zorg is daarom soms onvermijdelijk. Vanzelfsprekend moeten de consequenties hiervan minimaal en algemeen aanvaardbaar zijn, en niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. De zorgaanbieder kan deze afwegingen, hoe lastig ook, het beste maken. Hij heeft zicht op de aard en urgentie van de zorgvraag.

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

- 1 Wij verwachten dat een zorgaanbieder stuurt op de budgetafpraak die we aan het begin van het jaar samen maken. Deze is gebaseerd op de realisatie in het voorafgaande jaar en de verwachtingen van beide partijen voor komend jaar.
- 2 Daarbij geldt dat CZ groep meer zorg contracteert als onze zorgplicht in de regio daar aanleiding voor geeft. De hoogte van de vergoeding die de aanbieder daarvoor krijgt, is afhankelijk van zijn score in het waardemodel.
- 3 Heeft een zorgaanbieder geen (aanvullende) productieruimte meer om nieuwe cliënten van CZ groep in zorg te nemen, bijvoorbeeld doordat hij slecht scoort in het waardemodel? Dan kan hij die cliënten doorverwijzen naar het CZ Zorgteam. Zo is er voor verzekerden altijd een passend aanbod beschikbaar.

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

4.6 Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2022 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- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt;
- waarbij een integriteitsonderzoek beletselen oplevert.

4.7 Minimumeisen

Alle zorgaanbidders moeten aantoonbaar (blijven) voldoen aan de minimumeisen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen. De minimumeisen per zorgaanspraak treft u aan in de bijlagen:

- Coördinatiefunctie (bijlage 2);
- Integraal overzicht minimumeisen ELV, GRZ en GZSP, en specifieke onderdelen daarvan (bijlage 3).

4.8 Tijdpad

Planning	Activiteiten
1 april 2021	Publicatie van dit zorginkoopbeleid
27 mei 2021	Regiobijeenkomsten (Vanwege covid-19 vinden deze niet fysiek plaats. Let op onze website voor meer informatie.)
Uiterlijk 5 augustus 2021	Verzending spiegelrapportages GRZ + productievoorstel 2022
Uiterlijk 5 augustus 2021	Verzending spiegelrapportages ELV + productievoorstel 2022
Vóór 1 september 2021	Offertes GRZ in VECOZO
1 september t/m 30 oktober 2021	Onderhandelingen
12 november 2021	Publicatie gecontracteerd aanbod
1 november 2021 t/m juli 2022	Inschrijven nieuwe zorgaanbieders voor een overeenkomst ELV of GRZ 2022

4.9 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2021 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2022. Op www.cz.nl/zorgvinder is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

- NAW-gegevens van de zorgaanbieder;
- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden.

4.10 Bereikbaarheid

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

- www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/eerstelijnsverblijf, Geneeskundige Zorg voor Specifieke Cliëntgroepen (GZSP) – CZ
- www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/geriatrische-revalidatiezorg

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

Onderwerp vraag	ELV	GRZ	GRZ
Contractering, monitoring en inschrijving	rz.eerstelijnsverblijf@cz.nl	rz.grz@cz.nl	rz.gzsp@cz.nl
Declaraties	poz.eerstelijnsverblijf@cz.nl	poz.grz@cz.nl	decl.GZSP@cz.nl
Zorginkoopbeleid	eerstelijnsverblijf@cz.nl	grz@cz.nl	gzsp@cz.nl
Zorginhoudelijke vraag op verzekerdenniveau	zorgteam@cz.nl	zorgteam@cz.nl	zorgteam@cz.nl
Individuele casuïstiek voor machtigingen ter beoordeling aan ons voorleggen		Afhankelijk van de verzekering van de cliënt: mbz.specialistenhulp@cz.nl mbz.specialistenhulp@nn-zorg.nl mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl	

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

4.11 Controle van declaraties

Declaraties moeten voldoen aan de eisen vanuit de Zvw, andere relevante wet- en regelgeving en de contractafspraken tussen CZ groep en de zorgaanbieder. Vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid toetsen wij de declaraties aan de landelijke wet- en regelgeving, maar ook aan de regelgeving en standpunten van onder meer de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Deze controles voeren wij

uit met inachtneming van de privacyregels. Om dit te waarborgen, voldoen we bij materiële controles aan het Protocol materiële controle.

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

Betrokkenheid van verzekerden en cliënten bij het zorginkoopbeleid

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

We krijgen beter inzicht in de wensen en behoeften van cliënten dankzij cliëntervaringen en de betrokkenheid van cliëntenorganisaties en onze Ledenraad. Op basis van die input vormen en toetsen wij het zorginkoopbeleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we steeds of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben. Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg en de transparantie van zorginkoop, leest u hier. Wat de sector Zorginkoop V&V - Zvw heeft bereikt door cliëntenorganisaties en verzekerden te betrekken bij het vormgeven van dit zorginkoopbeleid, leest u hieronder in paragraaf 5.2.

5.2 Specifiek beleid voor ELV, GRZ en GZSP

We betrekken graag verzekerden die ELV, GRZ of GZSP nodig hebben. Er zijn echter geen cliëntenorganisaties die zich specifiek hierop richten. Daarom doet CZ groep periodiek onderzoek, waarbij wij cliënten via een enquête bevragen over hun ervaringen met de zorg die zij hebben gehad. Hiervoor zijn de wijkverpleging, GRZ en ELV om en om aan de beurt. In 2019 heeft dit onderzoek plaatsgevonden voor GRZ. Daarnaast hechten wij veel waarde aan regelmatig overleg met vijf Zorgbelang-organisaties in Gelderland, Limburg, Noord-Brabant, Zeeland en Zuid-Holland, de regio's waar we de meeste verzekerden hebben. De input die Zorgbelang heeft geleverd en de uitkomsten van het cliëntenonderzoek nemen we mee bij het opstellen van het zorginkoopbeleid.

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

Cliëntenonderzoek GRZ

In 2019 heeft CZ groep onderzoek gedaan naar de ervaringen van onze verzekerden binnen de GRZ. Zo'n 200 cliënten hebben onze enquête ingevuld. Dit zijn de belangrijkste uitkomsten van dat onderzoek:

- De normen voor toegankelijkheid en bereikbaarheid passen bij de wensen van de cliënten.
- De NPS is met 8% positief. In de GRZ-monitor staan wel significant hogere NPS-scores.
- Cliënten zijn positief over: de bezoektijden, de fysieke ruimte en de duidelijke doelstellingen.
- Cliënten zijn minder positief over: het eten, de uitleg en de betrokkenheid van de arts.
- De detailstellingen over hoe het verblijf is ervaren (was er bijvoorbeeld genoeg ruimte voor bezoek?), correleren op zichzelf niet sterk met de NPS.
- De detailstellingen over hoe het verblijf is ervaren, samengenomen in een somscore, correleren redelijk sterk met de NPS.
- We zien dat mensen vaak hogere scores geven als zij zijn opgenomen op de locatie van hun eerste voorkeur, als ze jonger zijn en als zij zelf de vragenlijst invullen.
- Bijna 85% van de cliënten weet niet wat zijn behandeling heeft gekost.
- 25% van de respondenten geeft aan geen inspraak te hebben gehad in het behandelplan en 15% geeft aan überhaupt geen behandelplan te hebben gehad.

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

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

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

Onderzoek Tranzo

Sinds 2020 werken CZ groep en de Academische Werkplaats Ouderen (AWO) van Tranzo / Tilburg University samen om tien GRZ-aanbieders kennis te laten maken met een verbeteringsinstrument voor GRZ-teams. De AWO ontwikkelde een instrument waarmee multidisciplinaire teams in de GRZ kunnen bediscussiëren en prioriteren welke succesfactoren van de GRZ zij willen verbeteren: wat gaat goed, wat kan beter en wat zijn verbeteracties? Het instrument met de succesfactoren is ontwikkeld in samenwerking met drie GRZ-aanbieders (Janssen, Vos & Luijckx, 2019) en is positief geëvalueerd. In 2020/2021 kunnen tien GRZ-aanbieders het instrument implementeren, onder begeleiding van de AWO en met een stimulering van CZ groep. Samen werken we aan meer mensgerichte GRZ. Door de coronacrisis heeft dit project vertraging opgelopen, maar het wordt zo snel mogelijk hervat.

GZSP

Wij vinden het belangrijk om onze verzekerden en zorgaanbieders te betrekken bij de zorginkoop. Voor 2021 hebben we hun input verwerkt in de gezamenlijke uitgangspunten GZSP van ZN (zie bijlage 5). In de toekomst willen we dit verder oppakken met verzekerden, zorgaanbieders en belangenverenigingen. Zo kunnen we de kwaliteit van de cliëntenzorg en ons zorginkoopbeleid verder optimaliseren.

Declaratie-aspecten

Kwaliteit van de declaraties

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

Participatie van verzekerden

We vragen onze verzekerden om actief bij te dragen aan het controleren van de verwerkte declaraties. Zij kunnen ons om aanvullende uitleg vragen en onjuistheden in de declaratie melden. Soms hebben wij echter gerichte informatie van de zorgaanbieder nodig om de juistheid van de declaratie vast te stellen. De backoffice van CZ neemt in die situaties contact op met de zorgadministratie van de zorgaanbieder. Uiteraard rekenen wij op een coöperatieve opstelling en verwachten wij hierbij de volledige medewerking van de zorgaanbieder. Enkel zorgaanbieders die een overeenkomst GRZ met CZ groep hebben gesloten, of waarmee wij die nog willen sluiten, komen in aanmerking voor een bevoorschottings-overeenkomst voor GRZ.

Raamwerkovereenkomst

CZ groep werkt sinds 2015 met een 'raamwerkovereenkomst bevoorschotting' voor GRZ en een jaarlijks af te sluiten addendum bij de overeenkomst. In de raamwerkovereenkomst staan de algemene afspraken rondom bevoorschotting. In het addendum worden de specifieke afspraken voor dat jaar vastgelegd, zoals de hoogte van het voorschot. De raamwerkovereenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde tijd en kan eindigen op de momenten die daarin genoemd staan. Het addendum wordt jaarlijks overeengekomen. Beide documenten moeten ondertekend zijn voordat een instelling in aanmerking komt voor een

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

Eigen risico na verlopen indientermijn

In artikel 19 lid 4 van de Zorgverzekeringswet staat dat het verplicht eigen risico in rekening mag worden gebracht wanneer de declaratie door de zorgverzekeraar is ontvangen, uiterlijk in het opvolgende kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft. Om ook voor onze verzekerden de zorgkosten snel inzichtelijk te hebben, is in de overeenkomst een termijn opgenomen waarbinnen uw declaraties ingediend moeten worden van maximaal 1 kalenderjaar. Als wij declaraties ontvangen na de vastgelegde indientermijn en wij het verplicht eigen risico niet meer kunnen innen bij onze verzekerden, verhalen wij het niet te innen bedrag op de zorgaanbieder.

Voorschot

Zorgaanbieders die declareren via DBC-zorgproducten voor GRZ, kunnen een verzoek tot bevoorschotting indienen om het OHW te financieren. Het OHW bestaat uit DBC's die nog niet zijn afgesloten. Als de DBC's zijn afgesloten, maar nog niet zijn gedeclareerd, vallen ze onder het OHW-plus. Dat wordt niet bevoorschot. CZ groep stelt bepaalde voorwaarden aan het verstrekken van een voorschot. Die leggen we vast in een bevoorschottingsovereenkomst 2022.

Add-on

In 2016 is er voor het eerst een add-on opgenomen in de productstructuur voor GRZ. Als een instelling een add-on gebruikt, kan deze aan de bestaande overeenkomst worden toegevoegd. Dit gebeurt via een wijziging van de overeenkomst in VECOZO.

Controles

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

Vooraf en achteraf controleren

Wij voeren de controles zo veel mogelijk uit tijdens de verwerking van de ingediende declaraties. Omdat dit niet altijd mogelijk is, voeren wij ook controles uit na de verwerking, de zogenoemde achterafcontroles. Aan het begin van elk jaar informeren wij zorgaanbieders op hoofdlijnen over de voorgenomen controles. In de praktijk krijgt niet elke zorgaanbieder te maken met iedere controle. Alleen de zorgaanbieders waarbij een afwijkende trend geconstateerd is in het 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 vooraf aangekondigd en wij geven de gelegenheid voor hoor en wederhoor voordat we een conclusie trekken. De nadruk ligt op het bewerkstelligen van het juist declareren in de toekomst. Wij hechten veel belang aan een complete registratie van verwijzingen, diagnostische onderzoeken, bevindingen en behandelingen in het medisch dossier. Bij de uitvoering van 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.

Voorwaarden regionale coördinatiefunctie (CF)

Met wie maakt CZ groep afspraken voor de coördinatiefunctie?

- We maken aparte afspraken voor de coördinatiefunctie via een addendum op de standaardovereenkomst.
- We maken de afspraken met gecontracteerde zorgaanbieders voor de aanspraak ELV.
- Er is een uniforme betaaltitel beschikbaar waarop we de financiële afspraak maken (A0011).
- We maken afspraken voor de coördinatiefunctie in regio's waar CZ groep ook uitvoerder is van de Wlz.²
- De financiële afspraken over de coördinatiefunctie maken we uitsluitend voor eigen verzekerden, vallend onder CZ groep.
- In Wlz-regio's die niet onder CZ groep vallen, handelen we in lijn met de afspraken die de preferente zorgverzekeraar gemaakt heeft, mits de inhoud en de gevraagde financiële bijdrage in lijn zijn met de visie van CZ groep.
- Een inhoudelijke onderbouwing in de vorm van een businesscase en een begroting maken deel uit van de aanvraag / het volgzzoek.
- Specifieke afspraken en KPI's maken deel uit van het addendum.

Minimumeisen

De coördinatiefunctie heeft de volgende vier minimale functionaliteiten:

a Triagefunctie met mogelijkheid tot consult:

- Vraagverheldering, advies over vervolgzorg, en rapportage en verslaglegging.
- Ondersteuning aan de verwijzer om de geadviseerde vervolgzorg te realiseren.
- Triageprotocol om te beoordelen wat de best passende zorg is gegeven de actuele zorgvraag, de prognose en situatie van de patiënt. De triagist heeft kennis en vaardigheden op het gebied van zorgdiagnostiek, en ervaring met triagevraagstukken bij kwetsbare ouderen. Het is aan de regio om te bepalen wie deze functie bekleedt. Dit zou een wijkverpleeg-

kundige kunnen zijn, maar bijvoorbeeld ook een huisarts, een doktersassistente of een transferverpleegkundige.

- De triagist heeft ruime kennis van de mogelijke vormen van vervolgzorg. Hij heeft inzicht in de sociale kaart en is op de hoogte van de Zvw, de Wlz en de Wmo – en dan vooral waar zorgvragen thuishoren.
- Toegang tot een intercollegiaal consult van de specialist ouderengeneeskunde (SO) als aanvullende expertise is nodig, bijvoorbeeld bij de triage. Intercollegiaal overleg met een SO is minimaal 7 dagen per week van 7.00 tot 22.00 uur mogelijk. Bij voorkeur sluit dit aan op een bestaande dienstenstructuur van de SO's in de regio. In de optimale situatie is het ook mogelijk om advies te vragen aan andere (medisch) specialisten.

b 24/7 beschikbaarheid en inzicht in de beddenscapaciteit

- Deze functionaliteit betreft een infrastructuur die 24/7 inzicht geeft en de toeleiding verzorgt naar beschikbare bedden. Deze functie is beschikbaar voor verwijzers, zoals huisartsen, de HAP, het ziekenhuis (SEH en transferverpleegkundige), de wijkverpleegkundige en de SO. Er is inzicht in de beschikbare beddenscapaciteit in de regio voor ELV-bedden, triagebedden, GRZ-bedden, crisis-bedden Wlz (ook WZD IBS), verpleeghuisbedden en respijtzorgbedden. Waar mogelijk is er ook inzicht in de beschikbaarheid van wijkverpleging thuis.

Er zijn verschillende manieren om dit te organiseren.

Bijvoorbeeld via verwijshulp.nl of een app. Een regio is vrij om hiervoor een passende keuze te maken op basis van de behoefte en de mogelijkheden.

² Regio's: Zuidoost-Brabant, Zuid-Limburg, Zuid-Hollandse Eilanden, Zeeland, West-Brabant en Haaglanden.

c Monitoring en evaluatie

- Er is een aantoonbare PDCA-structuur voor het functioneren van het regionale coördinatiepunt (organisatie, processen, personeel en systemen). Casuïstiekbespreking maakt hier deel van uit.
- Verwijzers en andere gebruikers worden hierbij betrokken door input te vragen. De uitkomsten en verbeteracties worden besproken.
- Er wordt ieder kwartaal gecommuniceerd over de ontwikkelingen en voortgang van het coördinatiepunt via een voortgangsrapportage (in elk geval aan CZ groep).
- Mochten er knelpunten zijn in de in-, door- en uitstroom die niet door de zorgaanbieders in de regio kunnen worden opgelost, dan wordt er contact opgenomen met CZ groep.

d Kwaliteit en effectmeting

Verschillende indicatoren worden continu gemonitord en/of periodiek inzichtelijk gemaakt:

Continue monitoring van ten minste:

- het aantal aanmeldingen.
- de uitstroom naar vervolgzorg, inclusief de vorm daarvan.
- registratie wanneer een cliënt niet geplaatst kan worden in de geadviseerde zorgvorm en de reden daarvoor.

Minimumeisen ELV, GRZ, GZSP

Algemene minimumeisen ELV, GRZ & GZSP

ELV	GRZ	GZSP
De zorgaanbieder is een rechtspersoon.	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 WTzi-toelating.
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 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 ³ .	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 voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.
De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.	De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.	De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.	De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.	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 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 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 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 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 een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.	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 beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties (per doelgroep) voor GRZ.	
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.	
Bij een wijziging van locatie levert de zorgaanbieder de locatiebijlage ELV tijdig en volledig in.	Bij een wijziging van locatie levert de zorgaanbieder de locatiebijlage GRZ tijdig en volledig in.	

³ Of, na invoering, aan de Wtzi-relevante regelingen.

Algemene minimumeisen ELV, GRZ & GZSP

ELV	GRZ	GZSP
De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.	De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.	De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
<p>Voor de contractering voor de prestatie hoogcomplex ELV geldt dat een zorg-aanbieder een aanbod van GRZ én ELV heeft. Uitzondering hierop vormen regio's waar door niet-contracteren een onacceptabel lange reisafstand voor verzekerden ontstaat (meer dan circa 25 kilometer of meer dan een halfuur reistijd). In die gevallen maakt CZ groep afspraken over de manier waarop de zorgaanbieder de kwaliteit van zorg kan borgen door een andere manier van samenwerken met andere organisaties. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid.</p>	<p>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 geborgd worden. De aanbieders van GRZ in de regio moeten met elkaar samenwerken. Wij hanteren daarvoor de volgende voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is sprake van een locatie-overstijgend behandelteam. Dit houdt in ieder geval in dat het hele behandelteam inzetbaar is op alle locaties. • Er is sprake van 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. 	

Specifieke minimumeisen voor GRZ, ELV & GZSP

ELV	GRZ	GZSP
<p>Voor zorgaanbieders die ELV voor PTZ aanbieden, gelden de volgende aanvullende eisen:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 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 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.	<p>Maximale duur van 6 maanden</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• mbz.specialistenhulp@cz.nl• mbz.specialistenhulp@nn-zorg.nl• mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl	<p>Aan de zorgaanbieder is ten minste een SO en/of een AVG verbonden.⁴</p>

⁴ Naast de SO en de 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. Zorgaanbieders die deelnemen aan een multidisciplinair programma van Hersenz maar geen zorg leveren zoals een SO of AVG en zich dus enkel richten op zorg zoals gedragswetenschappers bieden, zijn vrijgesteld van deze minimumeisen.

Specifieke minimumeisen voor GRZ, ELV & GZSP

ELV	GRZ	GZSP
De zorgaanbieder neemt deel aan een regionale coördinatiefunctie, waarin in ieder geval sprake is van één telefoonnummer voor huisartsen en ziekenhuizen die ELV in willen zetten. Verder is de actuele beschikbaarheid van bedden duidelijk. Ook is er een consultatiefunctie ingericht voor de SO.	De zorgaanbieder 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 verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (volgens richtlijnen en protocollen die binnen de beroepsgroep worden gehanteerd, zoals de NHG-standaarden).	De zorgaanbieder beschikt over een SO, die bij voorkeur is opgeleid tot kaderarts geriatrische revalidatie.	
De zorgaanbieder maakt afspraken over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen het ziekenhuis en het ELV en tussen de huisarts en het ELV bij opname en ontslag.	De zorgaanbieder neemt deel aan de lokale CVA-keten (in het geval van CVA).	
	De zorgaanbieder volgt in zijn opnamebeleid het triageprotocol en heeft een geriatrisch assessment uitgevoerd als er geen sprake is van voorafgaande ziekenhuisopname.	
	De opnamemogelijkheden zijn afgestemd op het transferbeleid van het verwijzende ziekenhuis en instroom vanuit thuis. De opnamemogelijkheden zijn zodanig dat een cliënt binnen 48 uur kan worden opgenomen als de medisch specialist heeft geoordeeld dat de cliënt kan starten met GRZ.	

Voorwaarden inschrijven nieuwe zorgaanbieders ELV, GRZ en GZSP

De zorgaanbieder meldt zich apart voor een afspraak ELV, GRZ of GZSP. Deze inschrijvingen beoordelen we separaat.

ELV en GRZ

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

- De zorgaanbieder heeft een toegevoegde waarde ten opzichte van de huidige zorgaanbieders door een vernieuwend zorgaanbod en/of een betere prijs-kwaliteitverhouding.
- Inschrijven voor een overeenkomst 2022 kan in de periode november 2021 t/m juni 2022. Inschrijvingen die later binnenkomen, nemen we niet in behandeling.
- Een nieuwe zorgaanbieder mag zich maximaal 1 keer per contractjaar inschrijven. Dit kan door een digitale vragenlijst in VECOZO in te vullen. Om deze diensten te kunnen gebruiken, is een juist en geldig certificaat vereist (zie voor meer informatie: www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/). De nieuwe zorgaanbieder heeft een verwachte zorgomzet van minimaal € 50.000 op jaarbasis voor GRZ of voor ELV (dus niet samen).
- De zorgaanbieder wil GRZ en/of ELV leveren op een locatie waar een onacceptabel gebrek aan zorgaanbod is. Momenteel zijn bij CZ groep geen locaties bekend waar dit het geval is.
- Met nieuwe zorgaanbieders sluiten we standaard een eenjarige overeenkomst. Hieraan gekoppeld kunnen we resultaatsafspraken maken.
- Een integriteitsonderzoek maakt deel uit van de beoordeling van nieuwe zorgaanbieders.

GSZP

Nieuwe zorgaanbieders GZSP zijn zorgaanbieders die in 2021 geen afspraak met ons hebben voor GZSP of GZSP hebben gedeclareerd. CZ groep contracteert voor 2022 alléén nieuwe aanbieders 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. Deze uitgangspunten gelden voor nieuwe zorgaanbieders GZSP:

- Een nieuwe zorgaanbieder mag zich maximaal 1 keer per contractjaar inschrijven. Dit kan door een digitale vragenlijst in VECOZO in te vullen. Om deze diensten te kunnen gebruiken, is een juist en geldig certificaat vereist (zie voor meer informatie: www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/).
- Inschrijven voor een overeenkomst voor 2022 kan in de periode 1 november 2021 tot en met juni 2022. Inschrijvingen die later binnenkomen, nemen we niet meer in behandeling.
- Een integriteitsonderzoek kan deel uitmaken van de beoordelingsprocedure.

Uitgangspunten ZN ‘Individuele prestaties’ en ‘Zorg in een groep’ GZSP

Uitgangspunten ‘Individuele prestaties’ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)

Doel van deze bijlage is het vastleggen van de minimale uitgangspunten voor de individuele prestaties binnen de GZSP, op basis van de prestatiebeschrijvingen van de NZa. Zorgaanbieders dienen te voldoen aan de geldende wet- en regelgeving. Aanvullend daarop zijn deze uitgangspunten opgesteld. Aan zorgaanbieders is een schriftelijke reactie gevraagd alvorens het document vast te stellen. Zorgverzekeraars zullen de uitgangspunten uniform hanteren bij het formuleren van het inkoopbeleid en de contractering.

Dit document en de regelgeving NZa liggen in elkaars verlengde.

1 Individuele prestaties (conform prestatiebeschrijvingen NZa)

- Specialisten Ouderengeneeskunde (SO);
- Artsen Verstandelijk Gehandicapten (AVG);
- Gedragswetenschappers;
- Paramedici.

De SO en AVG kunnen individuele prestaties leveren. Voor de inzet van andere professionals geldt dat er een multidisciplinaire aanpak nodig is. De individuele zorg geleverd door gedragswetenschappers of paramedici maakt altijd onderdeel uit van een behandelplan waaruit een multidisciplinaire aanpak blijkt.

2 Doel zorg

- Geneeskundige zorg. Er worden gerichte behandel-doelen vastgesteld voor de start van de behandeling, op basis van functionele diagnostiek.
- Aan de hand van de behandel-doelen wordt een behandelplan opgesteld, dat gestructureerd wordt uitgevoerd.
- Behandeling gericht op herstel of behoud van functies of vertragen van achteruitgang.
- Zo lang mogelijk behoud zelfredzaamheid en

vermogen tot eigen regie.

- Thuis blijven wonen.

3 Voor wie

Wie in aanmerking komt voor deze prestaties is beschreven in de prestatiebeschrijvingen van de NZa.

4 Inclusiecriteria

- Kwetsbaarheid (opeenstapeling van lichamelijke, psychische, cognitieve en/of sociale beperkingen in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functiebeperkingen, verminderde kwaliteit van leven, opname en overlijden); en
- Verminderde leer- en trainbaarheid, maar door voldoende vermogen om te leren wel behandelperspectief.

5 Vereisten individuele beroepsbeoefenaars Algemeen (voor alle beroepsgroepen)

- De zorgverlener beschikt over een geldige BIG-registratie.⁵
- De zorgaanbieder staat garant voor de continuïteit van – de te leveren – zorg aan bestaande patiënten. Dit wil in ieder geval zeggen dat de zorg aan patiënten die eenmaal in zorg zijn, niet wordt beëindigd wegens financiële redenen.
- Zorgaanbieders volgen het kwaliteitsbeleid van hun beroepsorganisatie (Verenso, NVAVG, NIP, KNGF en PPN).
- Er is sprake van samenwerking tussen de zorgaanbieder en de regiebehandelaar.
- De zorgaanbieder onderhoudt zodanige contacten met gespecialiseerde professionals (onder andere huisartsen, SO's, AVG's, paramedici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen) dat multidisciplinaire zorg verleend kan worden.

⁵ Geldt voor SO, AVG, gedragswetenschapper, fysiotherapeut.

Specialisten ouderengeneeskunde

- De zorgaanbieder houdt zich aan het convenant LHV – Verenso (Samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde).

Specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten

- De SO en AVG zijn binnen kantoor tijden beschikbaar voor consulten. Daarnaast heeft de zorgaanbieder afspraken gemaakt met de SEH en HAP om de continuïteit van de zorg ook buiten kantoor tijden te borgen. De 24x7 bereikbaarheid dient toetsbaar geborgd te zijn (zoals is overeengekomen in convenant Verenso/LHV).
- De zorgaanbieder heeft schriftelijke afspraken gemaakt met huisartsengroepen, bijvoorbeeld in de vorm van een SLA, maar in ieder geval in de vorm van een statuut of schriftelijk document, waarin aangegeven is hoe en in welke vorm de zorg geleverd wordt, hoe de verantwoordelijkheidsverdeling geregeld is en welke werkafspraken zijn gemaakt.

6 Duur

- De duur is beschreven in het behandelplan, en gebaseerd op de zorgvraag van de patiënt en de prognose/onderbouwing van de regiebehandelaar.
- Het behandelplan wordt minimaal elk half jaar multidisciplinair geëvalueerd (met uitzondering van individuele prestaties door de SO en AVG), waarna de behandeldoelen zo nodig gemotiveerd worden bijgesteld. Als er geen verbetering of stabiliteit meer te bereiken is, wordt de behandeling beëindigd. In het behandelplan is opgenomen wanneer en hoe geëvalueerd wordt.
- Exitcriteria GZSP (Zvw):
 - Als het doel van de behandeling bereikt is en er geen vervolgoel is gesteld voor een individuele prestatie GZSP.
 - Als de zorg afgeschaald kan worden naar reguliere eerstelijnszorg.
 - Als blijkt dat het behandeldoel niet wordt behaald, bijvoorbeeld door achteruitgang, en verdere behandeling binnen GZSP naar het oordeel van de regiebehandelaar niet zinvol meer is.
 - Als er een klinische opname is.
 - Als 24 uur zorg/toezicht nodig is.
 - Als er een Wlz-indicatie is.

Uitgangspunten 'Zorg in een groep' Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)

Deze bijlage is in overleg tussen medisch adviseurs van een aantal zorgverzekeraars en diverse zorgaanbieders/ beroepsorganisaties tot stand gekomen. Doel is het vastleggen van de minimale uitgangspunten voor zorg in een groep binnen de GZSP, op basis van de prestatiebeschrijvingen van de NZa. Zorgaanbieders dienen te voldoen aan de geldende wet- en regelgeving. Aanvullend daarop zijn deze uitgangspunten in afstemming met zorgaanbieders opgesteld. Zorgverzekeraars zullen de uitgangspunten uniform hanteren bij het formuleren van het inkoopbeleid en de contractering.

Sommige zorgaanbieders hebben zorgprogramma's beschreven met een verdergaande verdieping en detaillering. De diverse documenten – regelgeving NZa, uitgangspunten en zorgprogramma's – liggen in elkaars verlengde.

1 Vormen van zorg in een groep (conform prestatiebeschrijvingen NZa)

- Kwetsbare patiënten;
- Lichamelijk gehandicapten en mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- Patiënten met de ziekte van Huntington;
- SGLVG.

2 Doel zorg in een groep GZSP

- Geneeskundige zorg (dus behandeldoel);
- Geen primaire diagnostiek ten behoeve van de indicatie voor zorg in een groep; diagnostiek ten behoeve van het verloop van de behandeling kan wel;
- Gestructureerd uitvoeren behandelplan in behandelklimaat, op locatie die hiervoor is ingericht⁶;
- Behandeling gericht op herstel of behoud van functies of vertragen van achteruitgang;
- Zo lang mogelijk behoud zelfredzaamheid en vermogen tot eigen regie;
- Thuis blijven wonen.

⁶ Met een behandelklimaat wordt bedoeld dat patiënten gedurende de hele dag door hun omgeving waar noodzakelijke voorzieningen en personeel aanwezig zijn, worden uitgedaagd om zo veel mogelijk, conform de geldende stand van wetenschap en praktijk, te werken aan de doelen in het behandelplan door zelfstandig activiteiten te ontplooiën en alledaagse handelingen te gebruiken als oefenmoment.

3 Voor wie

- Wie in aanmerking komt voor zorg in een groep is beschreven in de prestatiebeschrijvingen.
- De groep kan bestaan uit mensen die zorg in een groep GZSP (Zvw) ontvangen en mensen die Wlz- en/of Wmo-zorg ontvangen.

4 Inclusiecriteria

- Kwetsbaarheid (opeenstapeling van lichamelijke, psychische, cognitieve en/of sociale beperkingen in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functiebeperkingen, verminderde kwaliteit van leven, opname en overlijden). Verminderde leer- en trainbaarheid, maar door voldoende vermogen om te leren wel behandelperspectief.
- Monodisciplinaire behandeling in de eerste en/of tweede lijn volstaat niet.
- Noodzaak tot multidisciplinaire aanpak.

5 Professionals

Regiebehandelaar (BIG), die regie voert op het behandelplan en het multidisciplinair team aanstuurt:

- GZ-psycholoog;
- orthopedagoog generalist;
- SO;
- AVG;
- klinisch psycholoog;
- klinisch neuropsycholoog;
- psychiater.

Medebehandelaars

Medebehandelaars moeten zelfstandig bevoegd en bekwaam zijn voor de uitvoering van de eigen behandelcomponent van het multidisciplinaire behandelplan.

Ondersteunende disciplines

Op indicatie van de regiebehandelaar kunnen, naast medebehandelaars, ondersteunende disciplines worden ingezet, zoals agogen en activiteitenbegeleiders. Er zijn gekwalificeerde begeleiders/verzorgenden met een relevante opleiding (minimaal niveau 3) aanwezig als er geen behandeling plaatsvindt.

6 Duur

- Afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt en de prognose/onderbouwing van de regiebehandelaar, zoals beschreven in het behandelplan.
- Het behandelplan wordt minimaal elk half jaar multidisciplinair geëvalueerd, waarna de

behandeldoelen zo nodig worden bijgesteld of besloten wordt de behandeling te beëindigen. In het behandelplan is opgenomen wanneer geëvalueerd wordt.

Exitcriteria GZSP (Zvw):

- Als het doel van de behandeling bereikt is en er geen vervolgdoel is gesteld voor zorg in een groep.
- Als de zorg afgeschaald kan worden naar reguliere eerstelijnszorg.
- Als blijkt dat het behandeldoel niet wordt behaald, bijvoorbeeld door achteruitgang.
- Als iemand niet meer in een groep kan functioneren.
- Als deelname te belastend wordt.
- Als de patiënt niet meer (veilig) naar de locatie kan komen.
- Als de veiligheid (patiënt, medepatiënten, medewerkers) in het geding is.
- Als er een klinische opname is.
- Als 24 uur zorg/toezicht nodig is.

7 Aantal dagdelen

- Het aantal dagdelen wordt bepaald door de zorgvraag van de cliënt en de toegevoegde waarde die zorg in een groep kan hebben. Dit wordt opgenomen in het individuele behandelplan, opgesteld door de regiebehandelaar, ten behoeve van de multidisciplinaire afstemming rondom de patiënt.
- Op basis van multidisciplinaire evaluaties (minimaal 1 maal per 6 maanden) wordt zo nodig het behandelplan bijgesteld. Dit kan leiden tot op- of afschalen van het aantal dagdelen. Hierbij kan goede trajectbegeleiding van belang zijn, bijvoorbeeld om de aansluiting met andere vormen van zorg te waarborgen (bijvoorbeeld inzetten van individuele behandeling of respijtzorg als alternatief).

8 Verhouding behandeling vs. activering

- Alle activiteiten dragen bij aan het behalen van de doelen uit het behandelplan.
- Zorg in een groep GZSP kent zowel behandel- als activerende aspecten. Dit moet goed vastgelegd worden in het individueel behandelplan. De mate van in- en ontspanning en het aantal ingezette behandelaren is per cliënt verschillend.
- De dagdelen bestaan voor 50% uit activiteiten die bijdragen aan het behandeldoel.

9 Randvoorwaarden voorzieningen binnen instellingen

- Gebouw met ruimte voor de zorg die wordt gegeven (indien nodig bijvoorbeeld goed

geoutilleerde ruimte voor fysiotherapie, invaliden-toiletten inclusief alarmering, keuken voor ergotherapeutische behandeling).

- Kunnen ingrijpen bij calamiteiten/veiligheid kunnen garanderen (denk bijvoorbeeld aan dwaalgedrag en uitvoering WZD).
- Aansluiting bij juiste kennisnetwerken voor scholing, kennisdeling en (implementatie van) standaarden en richtlijnen:
 - CVA Kennisnetwerk;
 - Netwerk Hersenz;
 - ParkinsonNet;
 - Korsakov Kenniscentrum;
 - Huntington Kennis Netwerk Nederland.
 - Ingebed in keten.

10 Afbakening Wlz en Wmo

Zorg in een groep GZSP (Zvw) kan niet gedeclareerd worden als iemand een Wlz-indicatie heeft. Iemand kan zowel gebruik maken van zorg in een groep GZSP (Zvw) als Wmo-dagbesteding. Onderscheid wordt bepaald door behandelplan, behandeldoelen en regiebehandelaar die bij GZSP van toepassing zijn.

Beschrijving van de doelgroepen

Observatie en diagnostiek

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

Herstel en behandeling

De medisch specialist bepaalt of een cliënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis. Vervolgens kijkt de transfer-verpleegkundige welke voorziening passend is voor de cliënt. Zij overlegt dit met de huisarts en/of de SO en de cliënt. 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 cliënt nog niet naar huis kan, maar wel ontslagen wordt;
- de waarschijnlijkheid van terugkeer naar de thuissituatie (uitsluiten van een Wlz-zorgvraag).

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

Palliatief terminale zorg (PTZ)

Het kwaliteitskader Palliatieve zorg vormt de basis voor ons zorginkoopbeleid voor palliatief terminale zorg (PTZ). Dit kwaliteitskader is richtinggevend en moet bijdragen aan een landelijk, eenduidig beleid om de palliatieve zorg te verbeteren. Hierbij wordt geredeneerd vanuit de wensen en zorgvragen van de cliënt en diens naasten op fysiek, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak. Vaak zijn meerdere zorgaanbieders betrokken bij de palliatieve zorg aan een cliënt. 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 vanwege PTZ kan de cliënt 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 cliënt bij opname minder dan 3 maanden is. CZ groep koopt PTZ niet bij iedere zorgaanbieder met een ELV-voorziening in. Voor ELV PTZ gelden aanvullende kwaliteitseisen. Deze staan genoemd in de minimumvoorwaarden in bijlage 3.

CVA (cerebrovasculair accident)

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

De doelgroep CVA is niet alleen complex, maar ook organisatorisch interessant. De aard van de problematiek biedt de mogelijkheid om (een deel van) de revalidatie ambulante te organiseren. De triage van deze cliënten kan in het beginstadium nog lastig zijn, vanwege onduidelijkheid over de leerbaarheid en de revalidatiedoelstellingen.

Daarom is deze groep ook gebaat bij triagebedden (zie paragraaf 3.2.3). Aan de andere kant zorgen ontwikkelingen op het gebied van operaties en snelle interventie ervoor dat deze groep cliënten in de GRZ naar verwachting zal afnemen. GRZ op het gebied van CVA kopen we alleen in als de zorgaanbieder jaarlijks minimaal 60 cliënten met de hoofddiagnose CVA behandelt en deel uitmaakt van de regionale CVA-keten.

Trauma

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

Electieve orthopedie

We willen dat cliënten na een heup- of knie vervanging kwalitatief goede en passende zorg krijgen. GRZ en ELV hebben een belangrijke rol in de nazorg voor deze cliënten. GRZ op het gebied van electieve orthopedie kopen we alleen in bij zorgaanbieders die jaarlijks minimaal 70 cliënten behandelen met de hoofddiagnose electieve orthopedie en trauma.

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 cliënt na zijn revalidatie direct naar huis kan.

GRZ Overig

Binnen deze doelgroep is een enorme diversiteit aan subgroepen en variatie tussen cliënten, zoals COPD, hartfalen en oncologie. De triage door de SO, die eventueel in het ziekenhuis plaatsvindt, is bij deze groep extra belangrijk. De betrokken medisch specialisten hebben immers minder ervaring met het inschatten van de revalideerbaarheid. Vanwege de diversiteit is het voor deze groep nóg belangrijker om een behandelplan op te stellen dat specifiek gericht is op de cliënt.

Op basis van gesprekken met cliëntorganisaties en behandelaren focussen wij al enkele jaren op het uitvoeren van 'samen beslissen' voorafgaand aan GRZ voor oncologische cliënten.

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

Specifieke comorbiditeit

Cliënten met dementie

Cliënten met psychogeriatrische beperkingen vragen speciale aandacht. Vaak is er sprake van dementie of 'Mild Cognitive Impairment' als nevendiagnose, maar ook psychische stoornissen komen voor. Deze cliënten moeten bij hun opname in ieder geval worden gescreend op het risicoprofiel dementie. Daarnaast kan het nuttig zijn om een apart zorgpad te ontwikkelen en geriatrische revalidatieplaatsen in te richten voor deze cliënten. Denk daarbij aan een kamer en een afdeling die zó zijn ingericht dat ze de oriëntatie bevorderen, specifieke nachtverlichting hebben, het dag-nachtritme bewaken en fixatie voorkomen. Tijdens de zorgverlening moet de mantelzorger en/of casemanager geconsulteerd worden zodat de juiste bejegening wordt toegepast. Ook is extra aandacht nodig voor de voedings- en vochtinname, de pijnmeting en de medicatie. Omdat de meerderheid van de aanbieders van GRZ beschikt over een psychogeriatrische afdeling, gaat CZ groep ervan uit dat het behandelend en verzorgend personeel voldoende kennis heeft. Wel kan het zijn dat complexe problematiek in een extra gespecialiseerde (gesloten) setting moet worden behandeld.

Cliënten met wonden

In de GRZ en het ELV komen ook cliënten met complexe wonden voor. CZ groep vindt het belangrijk dat er een integrale wondzorgketen in de regio is, waarin verschillende zorgaanbieders samenwerken om goede complexe wondzorg op een doelmatige manier te leveren (stepped

care). Dat deze aanpak werkt, blijkt uit de aangeleverde data van de gecontracteerde zorgaanbieders⁷ over de uitkomsten van de complexe wondzorg. De grootste winst zit in de tijd tussen het ontstaan van een complexe wond en de daadwerkelijke start van de behandeling.

Wij verwachten dat instellingen die GRZ en ELV leveren bij complexe wonden zo nodig specialistische kennis inschakelen uit de integrale wondzorgketen. Door de juiste behandeling blijven cliënten niet onnodig lang met een wond zitten, wat een positief effect heeft op de kwaliteit van de zorg, het verdere herstel van de cliënt 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.

Generalistische geneeskundige zorg voor specifieke, kwetsbare doelgroepen die thuis wonen (GZSP)

De zorg die valt onder de GZSP, is vastgelegd in de vigerende NZa-beleidsregel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'. Bij GZSP-zorg is aandacht voor verbetering van de functionele autonomie, het voorkomen van verergering van de beperkingen en het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperking. Het betreft onderstaande doelgroepen:

- ouderen met multiproblematiek (somatisch en/of psychisch);
- mensen met progressieve, degeneratieve neurologische aandoeningen (zoals de ziekte van Huntington, de ziekte van Korsakov en multiple sclerose);
- mensen met een lichamelijke beperking of niet-aangeboren hersenletsel door bijvoorbeeld CVA, trauma of een hersentumor;
- mensen met een verstandelijke beperking.

Wij vinden dat een huisarts bij complexe zorgvragen en in crisissituaties thuis bij bovenstaande doelgroepen, direct de specifieke expertise van een SO, een AVG of een gedragswetenschapper in moet kunnen schakelen. En via hem het multidisciplinaire team waarvan deze regiebehandelaar deel uitmaakt. De regiebehandelaar bepaalt dan samen met de huisarts de inzet van andere zorgverleners voor diagnostiek, advies of interventie. Dit kan fysiek, of in voorkomende gevallen digitaal. De inzet van zulke specialisten ontlast de huisartsen, kan onnodige ziekenhuisopnames voorkomen en laat de patiënt, de mantelzorger en de zorgverleners beter anticiperen op acute situaties.

Huisartsen kunnen een SO, een AVG of een gedragswetenschapper betrekken bij de behandeling van een (kwetsbare) persoon, zoals nu ook het geval is. Deze ondersteuning aan huisartsen zorgt ervoor dat patiënten langer thuis kunnen wonen. De behandeling van de SO, de AVG of de gedragswetenschapper kan bestaan uit individuele prestaties of maakt integraal deel uit van een groepsbehandeling. De individuele prestaties zijn beperkt tot de AVG, de SO en de gedragswetenschapper. De groepsbehandelingen zijn er voor kwetsbare patiënten, volwassen lichamelijke gehandicapten met niet-aangeboren hersenletsel, patiënten met de ziekte van Huntington en patiënten met SGLVG (sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking).

⁷ Aanbieders van wijkverpleging waarbij CZ groep de regiefunctie complexe wondzorg inkoop, registreren alle complexe wonden in beeld en geschrift.



Zorg die verder gaat