

# ELV, GRZ en GZSP

Zorginkoopbeleid 2024

# Inhoudsopgave

<b>GRZ, ELV &amp; GZSP 2024</b>	<b>2</b>
Vorbehoud	2
<b>1 Visie van CZ groep op GRZ, ELV &amp; GZSP</b>	<b>3</b>
1.1 Trends en ontwikkelingen	3
<b>2 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria</b>	<b>4</b>
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2024	4
2.2 Kwaliteit van zorg	5
2.3 Kosten van zorg	9
2.4 Toegankelijkheid	10
2.5 Innovatie en samenwerking	11
2.6 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	13
<b>3 Proces contractering 2024</b>	<b>14</b>
3.1 Bestaande zorgaanbieders	14
3.2 Nieuwe zorgaanbieders	14
3.3 Tjdpad	14
3.4 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	15
3.5 Bereikbaarheid	15
<b>Bijlagen</b>	<b>16</b>
Bijlage 1: Minimumeisen ELV, GRZ & GZSP	16
Bijlage 2: Uitgangspunten 'Individuele prestaties' Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)	19
Bijlage 3: Uitgangspunten 'Zorg in een groep' binnen de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)	21
Bijlage 4: Afstemming regionale netwerk rond mensen met ZB/LVB	23

# GRZ, ELV & GZSP 2024

## Zorginkoopbeleid

### GRZ, ELV & GZSP 2024

laatste update 31-3-2023

## Voorwoord

We staan voor een grote uitdaging om de gezondheidszorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden, terwijl er steeds minder zorgverleners zijn en steeds meer ouderen. Tijdelijke opnamen en meer kennis van specifieke aandoeningen in de thuissituatie zijn cruciaal om mensen langer zelfstandig thuis te kunnen laten wonen. Die tijdelijke opnamen en meer kennis zijn ook een belangrijk vliegwiel in de keten binnen de regio. Daarbij zetten we in op maximale effectiviteit. We zien dat onze visie naadloos aansluit bij de breed door Nederland gedeelde uitdagingen zoals verwoord in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Specifiek voor de aanspraken eerstelijnsverblijf (ELV), geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) is er ruimte om door volumegroei goede regionale transformaties vanuit het integraal zorgakkoord (IZA) te ondersteunen. In die geest is ons inkoopbeleid dan ook opgesteld. Inhoudelijk is dit inkoopdocument 2024 een bestendiging van het beleid van de laatste jaren.

## Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving door OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep). Wijzigingen in wet- of regelgeving, gerechtelijke uitspraken en overige onvoorziene omstandigheden kunnen tot gevolg hebben dat het inkoopbeleid en/of de inkoopprocedure moet worden aangepast. Indien er een reden voor aanpassing is, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. De aanpassingen zullen dan zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden. Als er zich situaties voordoen waarin dit inkoopbeleid niet voorziet, dan heeft CZ groep de mogelijkheid om zelfstandig, aan de hand van de stand van zaken, te bepalen hoe daarmee om wordt gegaan.

# 1 Visie van CZ groep op GRZ, ELV & GZSP

Zoals het Integraal Zorgakkoord 2022 (IZA) benadrukt, staan we voor belangrijke uitdagingen om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. We zien een sterk stijgende zorgvraag, een steeds krappere wordende arbeidsmarkt, een hoog ziekteverzuimpercentage, oplopende zorgkosten en cliënten die met een steeds complexere zorgvraag zelfstandig wonen. Oplossingen om deze stijgende zorgvraag te tackelen, zien we vooral op het gebied van preventie en ondersteuning, digitalisering, gegevensuitwisseling en zelfregie. Daarnaast is het zaak om professionals voor de zorg te behouden en hun inzetbaarheid te vergroten. Dat kan door onnodige administratieve lasten weg te nemen.

De visie van CZ groep is dat zorg verantwoord dichtbij geleverd moet worden: thuis als dat verantwoord is en in een instelling als dat medisch of kostentechnisch gezien beter of nodig is. Een opname is tijdelijk en duurt nooit langer dan noodzakelijk. Eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ) bieden zo'n een tijdelijke oplossing.

Beide voorzieningen spelen in de keten een belangrijke rol als kwetsbare ouderen tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven. Het doel van de opname is dat cliënten hun dagelijkse handelingen weer zelfstandig of met beperkte hulp kunnen uitvoeren, zodat ze thuis kunnen blijven wonen. Het is belangrijk deze doelstellingen gedurende de revalidatie niet uit het oog te verliezen, zodat de patiënt niet langer is opgenomen dan noodzakelijk. Door geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in te zetten, wordt die thuissituatie versterkt, mits de huisarts specifieke kennis en ondersteuning krijgt aangereikt bij de thuisbehandeling van kwetsbare personen. Daarmee dragen GRZ, ELV en GZSP bij aan de doelstelling om mensen langer zelf de regie te laten in hun eigen woonsituatie en om het beroep op zorg in de tweede lijn te verminderen. Als gevolg hiervan zien we een daling van crisisopnamen en van een onnodige ziekenhuisinstroom. Om dit te bereiken, is het cruciaal dat we de aanspraken binnen de keten goed integreren, zodat ze optimaal effect sorteren.

In onze visie is er een duidelijk onderscheid tussen ELV laag complex en ELV hoog complex. ELV laag complex moet zo dicht mogelijk bij de cliënt worden aangeboden en laagdrempelig bereikbaar zijn voor de verwijzende huisarts. ELV hoog complex en GRZ schuren qua inhoud dicht tegen elkaar aan en kenmerken zich door haalbare revalidatiedoelstellingen. In de praktijk zijn ELV en GRZ communicerende vaten die nogal eens zorgen voor een grijs gebied. De inhoudelijke raakvlakken tussen ELV en GRZ zijn geen probleem als we cliënten kunnen plaatsen op geconcentreerde herstel- en revalidatieafdelingen die beide aanspraken kunnen inzetten, afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag. Daarnaast kunnen we een eerstelijnsverblijf inzetten 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 georganiseerd.

## 1.1 Trends en ontwikkelingen

ELV, GRZ en GZSP zijn alleen effectief in een goede regionale samenwerking. Daarom hebben we landelijk afgesproken dat de coördinatiefunctie regionaal moet liggen. Daarom vinden we het ook van groot belang dat afspraken over onder meer gegevensuitwisseling, vroegsignalering en *advance care planning* regionaal worden gemaakt. Dit blijven voor ons belangrijke punten bij de inkoop voor 2024. In het IZA wordt dit belang benadrukt en verder uitgebouwd. Wij juichen deze ontwikkeling toe. We kijken graag met zorgaanbieders wat er contractueel – vooral in volume - nodig is om in de regio de afspraken te laten landen die we in het transformatieplan hebben neergelegd.

Een tweede relevante ontwikkeling is de bekostiging. Verschillende partijen werken hard aan een plan om de financieringsstructuur van ELV en GRZ te wijzigen. CZ groep participeert daar actief in in ZN-verband. We denken na over een vorm van modulaire bekostiging. Zodra hierover meer bekend is, zullen we het veld informeren. Voor 2025 verwachten wij per definitie geen grote wijzigingen.

Tot slot zien we veel potentie in ambulante GRZ. In ZN-verband scheppen we samen met Actiz de kaders om de ambulante GRZ goed te positioneren. De doelstelling op termijn is dat de ambulante GRZ een gedeelte van de klinische capaciteit gaat vervangen.

## 2 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

Het zorginkoopbeleid 2024 is een bestendiging van het beleid in 2023. Op een aantal onderdelen hebben we iets andere accenten gelegd of gekozen voor een aanscherping. In dit document leest u hoe u in aanmerking kunt komen voor een overeenkomst 2024. De concrete eisen die we daaraan stellen, vindt u in de bijlagen.

In onze kernwerkgebieden doen we er alles aan om onze beleidsspeerpunten te realiseren. We nemen daar de regio om samen met zorgaanbieders de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de (acute) zorg te optimaliseren.



### 2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2024

#### 2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2024

Wij zien in de praktijk grote regionale verschillen in het aanbod van ELV en GRZ. Helaas is het zorgaanbod lang niet altijd goed afgestemd op de zorgvraag. In een aantal regio's neemt het ELV- en GRZ-aanbod onverklaarbaar en zonder overleg toe, terwijl bijvoorbeeld de prestatie ELV laag complex afneemt. Dit is geen gewenste situatie. Dit geldt zowel voor een uitbreiding op een nieuwe locatie als voor een uitbreiding op een bestaande locatie. CZ groep heeft zeker voor haar kernwerkgebieden goed zicht op de regionale vraag en het benodigde aanbod.

Om dit inzicht te kunnen behouden, vragen wij tijdens het inkoopproces het aantal GRZ- en ELV-plaatsen uit via VECOZO.

CZ groep werkt volgens het principe van *high trust high penalty*. De laatste jaren hebben we nagenoeg geen controles uitgevoerd op de minimumeisen. Vanaf 2024 zullen we steekproefsgewijs en periodiek een aantal onderdelen gaan controleren.

CZ groep biedt zorgaanbieders komend jaar de keuze om een productieafspraken te maken voor de duur van 2 jaar óf voor 1 jaar conform voorgaande jaren. Nadere uitwerking hierover volgt medio augustus in de aanbiedingsbrief.

## 2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- De GZSP-verwijzing was tot op heden slechts 3 maanden geldig. Vanaf 1 januari 2024 is zij 12 maanden geldig.
- Coördinatiefuncties die niet voldoen aan de inkoopvoorwaarden bieden wij geen overeenkomst 2024 meer aan.

## 2.2 Kwaliteit van zorg

De aanspraken ELV, GRZ en GZSP hebben een breed aantal doelgroepen en/of diagnosegroepen. Door de (diagnose)groepen te classificeren en te specificeren, kunnen we de zorgkwaliteit beter meten, verbeteren en transparant maken. Voor het eerstelijnsverblijf onderscheiden we de doelgroepen aan de hand van de zorgvraag. Omdat de zorgvraag bij geriatrische revalidatiezorg al duidelijk is – namelijk revalideren – onderscheiden we daar de doelgroepen op basis van de diagnose, met ieder een eigen behandelinzet en zorgpad. Het verblijf is nadrukkelijk gericht op een terugkeer naar de eigen woonomgeving (behalve bij het eerstelijnsverblijf in de palliatieve terminale zorg). Een juiste triage aan de voorkant zorgt ervoor dat een cliënt de juiste zorg op de juiste plaats ontvangt. Daarnaast kunnen we met een juiste triage oneigenlijk gebruik van de zorg terugdringen. De uitstroom vanuit het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg naar de Wlz en het ziekenhuis blijft een punt van aandacht. In regio's en bij zorgaanbieders waar dit percentage in onze ogen te hoog is, zullen we het gesprek voeren als basis voor een verbeterplan.

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (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 door de tijd heen dan ook interdisciplinair. De GZSP ondersteunt de huisarts bij specifieke zorgvragen en maakt onderdeel uit van een integraal zorgaanbod.

Onze visie is dat we de dagbehandelingen voor ouderen binnen de GZSP (individueel en in een groep) het meest effectief kunnen inzetten als we deze positioneren als een vorm van thuisrevalidatie, preventie en herstel, zoals we dat ook beogen met de geriatrische revalidatiezorg en het eerstelijnsverblijf. We zullen de komende jaren de dagbehandelingen voor kwetsbare ouderen enkel inkopen bij instellingen met een GRZ-functie. Die kan het multidisciplinaire karakter van de zorg optimaal borgen en op een afgestemde wijze herstel- en revalidatiezorg bieden. Uit een eerdere marktconsultatie met ouderenorganisaties hebben we opgehaald, dat een regiebehandelaar is geholpen als hij kan beschikken over een volledig integraal zorgaanbod (regiefuncties én dagbehandelingen) voor GZSP. Vooral omdat de multidisciplinaire aanpak dan beter is geborgd. De geconsulteerde ouderenorganisaties benadrukken daarnaast het belang van een periodieke evaluatie van zorg aan een cliënt, om te bekijken of de zorgvraag nog steeds aansluit bij de gekozen interventie.

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) biedt grote kansen om mensen langer thuis te laten wonen. Verbinding zoeken met andere zorgaanbieders is daarbij essentieel. Voor alle doelgroepen binnen de GZSP vinden we het belangrijk dat de zorg op de juiste plek wordt geboden. De zorg wordt beëindigd als

- de behandeldoelen zijn behaald;
- er geen behandeldoelen meer zijn;
- een indicatie voor de Wlz wordt afgegeven;
- de betrokkene overlijdt.

Voor kwetsbare mensen met een verstandelijke beperking richten we ons vooral op de toegankelijkheid van de adviesfunctie bij de huisarts.

### 2.2.1 Waardegedreven zorgcontractering GRZ, ELV en GZSP

CZ groep wil met haar 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 acceptabele kosten, waarbij de zorg nu en in de toekomst toegankelijk blijft.

De afgelopen jaren hebben we continu gewerkt aan het inzichtelijk maken van de balans tussen kosten, toegankelijkheid en kwaliteit. Het resultaat hiervan ontvangt u jaarlijks in de vorm van een waardemodel. Voor de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) doen we dit al lang en voor het eerstelijnsverblijf (ELV) vanaf 2021. Op basis van de prestaties in het waardemodel kunnen we met zorgaanbieders verbeterafspraken maken. Voor 2024 borduren we voort op de bestaande modellen. We proberen voor 2024 de pijler toegankelijkheid toe te voegen aan het model naast de pijlers kwaliteit en kosten.

Voor de aanspraak GZSP ligt onze focus vooral op een juiste integratie binnen de keten en op de borging van de toegankelijkheid. Nu is het niet haalbaar om kwaliteit en kosten te koppelen. De instellingen die nu zijn gecontracteerd, ontvangen bij het productievoorstel 2024 een spiegelinformatieset, net als afgelopen jaar. Deze set biedt hen inzicht in de gemiddelde kosten per cliënt (behandelintensiteit/zorgduur) van de geleverde zorg ten opzichte van het CZ-gemiddelde. Op zorgkantoorregioniveau presenteren we de instroomratio's van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP).

In de aanbiedingsbrief 2024 volgt net als in voorgaande jaren een nadere toelichting op de waardemodellen en spiegelinformatiesets.

## 2.2.2 Doorontwikkeling coördinatiefunctie (CF)

De coördinatie van (acute) zorg heeft landelijk een prominente plaats op veel agenda's. Naar verwachting zullen er de komende jaren bredere zorgcoördinatiecentra gerealiseerd gaan worden. Er is een mogelijkheid dat bestaande coördinatiefuncties hiervan onderdeel moeten gaan worden. CZ groep volgt de landelijke ontwikkelingen op de voet.

We vinden dat de zorg voor ouderen nog beter kan worden georganiseerd. Wij richten ons op 3 belangrijke onderwerpen uit onze visie:

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

Voor 2024 blijven we de coördinatiefuncties actief stimuleren en zetten we vol in op de doorontwikkeling ervan. Dit past ook naadloos binnen het Integraal Zorgakkoord. We hebben voor bovenstaande onderwerpen gekozen, omdat die in veel regio's bijdragen aan de oplossing van de problemen met de in-, door- en uitstroom. Deze onderwerpen kunnen elkaar bovendien versterken. Wij zijn ervan overtuigd dat een goed werkende coördinatiefunctie bijdraagt aan een betere toegang, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Daarnaast geeft die functie direct inzicht in knelpunten. Dat maakt het mogelijk snel oplossingen te bieden. CZ groep wil zeker geen blauwdruk geven voor iedere regio, omdat er grote regionale verschillen bestaan in de inrichting van de coördinatiefunctie. Wij sluiten zo veel mogelijk aan bij bestaande samenwerkingsverbanden en de al aanwezige infrastructuur. Digitalisering biedt in onze visie grote kansen om de effectiviteit van de zorg te vergroten.

### Minimale inkoopvoorwaarden

CZ groep gaat ervan uit dat de coördinatiefuncties inmiddels voldoen aan de minimale set aan functionaliteiten zoals opgesteld door Actiz en ZN in 2019. Coördinatiefuncties waarbij dit niet het geval is, zullen we in 2024 niet meer contracteren. Daarnaast dienen de coördinatiefuncties 2 keer per jaar een Excel-format te vullen met daarin overeengekomen KPI's.

### Doelstellingen van de coördinatiefunctie

- *Verbetering van de toegang: zorg dichtbij én op de juiste plek*  
Door een beter inzicht in de doorstroomopties en -capaciteit kunnen cliënten worden doorverwezen naar de juiste zorg op de juiste plaats. Om dit inzicht te verbeteren, maken we afspraken met de uitvoerders van de coördinatiefunctie. CZ groep verwacht dat dit zal leiden tot:
  - een betere in-, door- en uitstroom van cliënten naar de juiste zorg én de juiste plaats;
  - het ontstaan van 1 centrale plaats voor de verwijzing naar de juiste vervolgzorg. Hierdoor kunnen knelpunten in de acute zorgketen vroegtijdig worden gesignaleerd en aangepakt.
- *Verbreiding van de coördinatiefunctie met meerdere zorgsoorten over de domeinen heen*  
Voor een goed werkende coördinatiefunctie is het nodig om andere soorten (vervolg)zorg op te schalen en te koppelen. Hierbij verwachten wij minimaal de aansluiting van respijtzorg (Wmo) en ongeplande wijkverpleging en crisisbedden (Wlz). Voor een goed inzicht in de doorstroomopties en -capaciteit is het nodig dat alle vormen van zorg in beeld zijn. Daardoor kan de best passende vervolgzorg voor de cliënt worden ingezet.

- *Gepaste inzet, juiste verwijzing en triage*

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

- minder crisisopnames;
- betere en snellere doorstroom;
- minder verkeerde-bedproblematiek;
- minder onnodige ziekenhuisopnames en/of verwijzingen naar de spoedeisende hulp;
- voorkomen van duurdere zorg;
- kortere behandeltrajecten.

#### **Kunnen we de impact van coördinatiefuncties meten?**

- minder crisisopnames;
- betere en snellere doorstroom;
- minder verkeerde-bedproblematiek;
- minder onnodige ziekenhuisopnames en/of verwijzingen naar de spoedeisende hulp;
- voorkomen van duurdere zorg;
- kortere behandeltrajecten.

In voorgaande paragraaf doen we een aantal aannames met betrekking tot het potentieel van een goedwerkende coördinatiefunctie. Helaas zijn we nog niet zover dat we op basis van data kunnen aantonen wat de impact is op de zorgketen. Met een aantal coördinatiefuncties in ons kernwerkgebied hebben we (aanvullende) KPI's ontwikkeld om hier de komende jaren goed inzicht in te krijgen. Daarnaast vragen we eens per jaar de monitor uit.

Dit inzicht gaat ook helpen om de grote praktijkvariatie tussen coördinatiefuncties te tackelen met een nader te vormen eenduidig beleid, gedragen door alle zorgverzekeraars. De verschillen zitten nu vooral in de organisatie van de coördinatiefunctie en de omvang van het werkgebied. Dit leidt in een aantal gevallen tot onevenredig hoge kosten per bemiddeling. De doelstelling is om samen met andere zorgverzekeraars te komen tot eenduidige criteria en bijpassende financiering.

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

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

In onze data zien we terug dat de totale zorgkosten significant hoger zijn voor cliënten die ELV voor of na GRZ ontvangen hebben ten opzichte van cliënten die alleen GRZ ontvangen hebben. De DBC-trajecten zijn gemiddeld gezien ook niet korter als voorafgaand ELV wordt ingezet. CZ groep zal dit beleid handhaven en steekproefsgewijs controles uitvoeren bij zorgaanbieders die ELV hoog complex voor of na afloop van GRZ verhoudingsgewijs veel blijven gebruiken.

### **2.2.4 Uitstroom ELV en GRZ**

De doelstelling van zowel ELV als GRZ is terugkeer naar de thuissituatie. We zien het percentage cliënten dat daadwerkelijk uitstroomt naar de thuissituatie steeds verder afnemen. Met name op het ELV ligt dit percentage betrekkelijk laag. Het ELV is in de praktijk vaak een smeermiddel binnen de keten als die dreigt vast te lopen. Het alternatief is doorgaans slechter en/of duurder. Voor GRZ vinden we dit een ander verhaal en gaan we ervan uit dat met een goede triage 75 tot 80 procent van de cliënten naar de thuissituatie terugkeert. Tussen zorgaanbieders en tussen regio's constateren we praktijkvariatie. In het CZ-waardemodel is de uitstroom zowel bij ELV als bij GRZ een kwaliteitscriterium. We zullen hierover actief het gesprek gaan voeren en overwegen om bij zorgaanbieders met een lage uitstroom naar huis een volumekorting door te voeren.



## 2.2.5 Evenwichtig aanbod kortdurende zorg

Uit onze data blijkt dat er grote regionale verschillen zijn in de uitstroom vanuit ziekenhuizen richting de geriatrische revalidatiezorg en het eerstelijnsverblijf. Dit lijkt te worden veroorzaakt door een disbalans in een aantal regio's in het aanbod van kortdurende zorg. Hierdoor stromen cliënten onnodig uit naar bijvoorbeeld de geriatrische revalidatiezorg. Op regionaal niveau maken we deze verschillen inzichtelijk en zullen we sturend optreden om deze disbalans te corrigeren.

We zien al jaren dat de capaciteit voor ELV laag complex afneemt. Ook hier zien we regionaal erg grote en onverklaarbare verschillen. Wij zijn van mening dat bedden voor ELV laag complex binnen de keten een belangrijke positie (kunnen) innemen om toegankelijkheid te borgen en crisissituaties te voorkomen. In 2018 was het aandeel laag complexe ELV nog 35 procent, over 2022 bedroeg dit nog slechts 22 procent. Om dit tijt te keren, heeft CZ groep de tarieven ELV laag complex 2023 opwaarts bijgesteld, omdat wij het zorginhoudelijk belangrijk vinden dat deze bedden laagdrempelig toegankelijk blijven en dicht bij wijken en huisartsen aanwezig zijn. Wij zullen met regio's en zorgaanbieders in gesprek gaan als we zien dat er niet of nauwelijks ELV laag complex aanwezig is binnen een regio.

### VECOZO-uitvraag ELV en GRZ-bedden

In mei 2023 zullen we via de uitvraagmodule van VECOZO starten met een jaarlijkse uitvraag naar het aantal bedden ELV en GRZ. Op deze manier proberen we zicht te houden op de beschikbare capaciteit. Wij realiseren ons dat het aantal plaatsen GRZ en ELV geen statisch gegeven is en dat dit gedurende het jaar kan fluctueren, zeker bij gecombineerde herstelafdelingen. De totale regionale capaciteit in absolute aantallen, ongeacht het label ELV of GRZ, zou echter stabiel moeten zijn. Zorgaanbieders die capaciteit willen uitbreiden op bestaande locaties of door nieuwe locaties te openen, doen dat altijd in overleg met CZ groep. Op voorhand sluiten we uitbreiding van capaciteit uit bij zorgaanbieders met een C-score waardemodel.

## 2.2.6 Ambulantisering GRZ

Het Zorginstituut adviseert om de huidige wet- en regelgeving aan te passen, zodat ambulante GRZ direct mogelijk is zonder een intramurale opnamedag. In 2023 gaat een zorgaanbieder als pilot volledig ambulante GRZ aanbieden. Verder lopen er landelijk meerdere initiatieven, een positieve ontwikkeling wat ons betreft! De uitdaging voor de komende jaren is om met alle betrokken partijen voorwaarden te scheppen waarbinnen ambulante GRZ verantwoord kan plaatsvinden. Doelstelling hierbij is dat we klinische GRZ-capaciteit kunnen reduceren ten gunste van ambulante GRZ.

## 2.2.7 GRZ overig

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

## 2.2.8 Licht verstandelijk beperkten (LVB) en de GZSP

Vanuit het veld ontvangen wij signalen dat de ZB/LVB-doelgroep problemen ervaart bij de toegang tot de GGZ. CZ groep vindt exclusiecriteria op basis van IQ onwenselijk. Deze doelgroep heeft recht op zorg binnen de reguliere GGZ. Daarom vragen we aandacht en inspanning voor het vroegtijdig (h)erkennen van deze problematiek en het aanpassen van de behandeling aan het niveau van de cliënt, zoals opgenomen in de generieke module (zie ook inkoopbeleid GGZ). We verwachten dat zorgaanbieders, indien nodig, hun expertise voor deze doelgroep verhogen door bijscholing en consultatie vanuit de verstandelijk gehandicaptensector (zie ook bijlage 4).

## 2.3 Kosten van zorg

ELV en GRZ kopen wij gedifferentieerd in. Op deze manier willen we aan de voorkant recht doen aan de prestaties van de zorgaanbieders. Naast de reguliere indexatie van de Nederlandse Zorgautoriteit hechten we veel waarde aan de uitkomsten van het waardemodel ELV en GRZ. In onze waardemodellen verbinden we kwaliteit met doelmatigheid. Dat resulteert in een uitkomst (A,B,C-score benchmark). Deze score vertaalt zich in een voorstel. Regionale omstandigheden en/of experimenten kunnen leiden tot andere tarieven en/of maatwerkafspraken.

### 2.3.1 Omzetplafond

#### ELV en GRZ

CZ groep hanteert in de basis een omzetplafond voor het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg. Substitutie van de geriatrische revalidatiezorg naar het eerstelijnsverblijf is mogelijk indien deze substitutie een structureel karakter krijgt. Substitutie vanuit de aanspraak GRZ naar ELV staan we niet toe.

#### GZSP

Ook voor 2024 hanteren wij voor de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) een omzetplafond om de zorgkosten te kunnen beheersen. Substitutie van het omzetplafond van het GZSP-contract met de zorgcontracten ELV en GRZ staan wij niet toe.

Bij een eventueel knelpunt kan een verzoek voor bijcontractering worden ingediend. Voor meer informatie zie paragraaf 2.3.4.

### 2.3.2 Tarief

We indexeren de tarieven ELV, GRZ en GZSP op de gebruikelijke wijze door de OVA toe te passen. Net als in voorgaande jaren hanteren we de systematiek van het waardemodel voor de aanspraken ELV en GRZ. Afhankelijk van de uitkomsten in deze benchmark kan het tariefvoorstel van deze aanspraken afwijken.

In de aanbestedingsbrief die wij u medio augustus sturen, vermelden we de tarieven ELV, GRZ en GZSP en lichten die nader toe.

### 2.3.3 Voorstel productieafspraken 2024

Zorgaanbieders die in 2023 een overeenkomst hebben met CZ groep en ook daadwerkelijk zorg hebben gedeclareerd, ontvangen automatisch een voorstel voor 2024 inclusief het waardemodel. Net als voorgaande jaren is het ons uitgangspunt om te komen tot realistische productieafspraken.

### 2.3.4 Aanvullende zorginkoop

Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor een gelijkmatige verdeling van de zorg over het gehele jaar. Te veel betaalde productie zullen we achteraf terugvorderen. Als de zorgaanbieder gedurende het jaar meent dat zijn omzetplafond door bijzondere en onvoorziene omstandigheden ontoereikend is, kan hij in september 2023 een verzoek indienen voor bijcontractering. In die aanvraag toont de zorgaanbieder aan dat hij voldoet aan de volgende voorwaarden:

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

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

- de zorgaanbieder aan de voorwaarden voldoet voor een aanvullende afspraak (zie hierboven);
- in de regio sprake is van een zorgplichtprobleem. Dit blijkt uit signalen die CZ groep ontvangt van ofwel verwijzers, ofwel klanten (via CZ Zorgteam) dat zij onvoldoende gecontracteerde passende zorg kunnen vinden. De aanvraag is gericht op het oplossen van dit probleem. We kunnen overigens ook zelf zorgaanbieders benaderen als we een zorgplichtprobleem constateren;
- de verzekerden voor die aandoeningen niet (meer) bemiddeld kunnen worden naar een ander geschikt zorgaanbod;
- zorgaanbieders met een C-score in het waardemodel worden uitgesloten van aanvullende productieafspraken.

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

### Termijn

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

Plafondaanpassingen die het gevolg zijn van fusies, overnames of faillissementen vormen een uitzondering op de hierboven benoemde regel. Deze aanpassingen kunnen zorgaanbieders afzonderlijk met CZ groep bespreken.

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

## 2.3.5 Meerjarenafspraken

Voor 2024 willen we graag verdergaan met het afsluiten van meerjarenafspraken. Alle zorgaanbieders kunnen kiezen of ze afspraken willen maken voor 1 jaar of voor 2 jaren. CZ groep is voorstander van meerjarenafspraken, omdat administratieve lasten verminderen en er meer ruimte ontstaat om inhoudelijke thema's strategisch en gezamenlijk aan te vliegen.

Met strategische zorgaanbieders gaan we graag nog een stapje verder door specifieke inhoudelijke thema's toe te voegen aan de meerjarenafspraken. Onder strategische zorgaanbieders verstaan we zorgaanbieders met een cruciale functie binnen de regionale keten in de regio's waar CZ groep een aanzienlijk marktaandeel heeft qua aantallen verzekerden. Daarnaast behaalt de strategische zorgaanbieder bij voorkeur een A-status in het waardemodel, maar ten minste een B-status. Het gesprek over meerjarenafspraken kan hier ruimte bieden voor stevige inhoudelijke afspraken voor een periode van bijvoorbeeld 3 jaar. Het voordeel van deze afspraken is dat we de focus volledig op de inhoud kunnen richten en we elkaar versterken in het proces met als doelstelling een houdbare en toekomstbestendige zorg.

## 2.4 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 willen we vooral de toegankelijkheid van zorg borgen. Bijvoorbeeld door de zorg binnen de hierboven genoemde afspraken zo efficiënt mogelijk (regionaal) te organiseren. Een goede visie op ouderenzorg, een optimale samenwerking binnen de keten en de doorontwikkeling van een regionale coördinatiefunctie zijn hierin cruciaal. Goede toegankelijkheid is een randvoorwaarde om daarnaast te kunnen kijken naar kwaliteit en kosten.

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

Ondanks de trend binnen het ELV om de zorg te verplaatsen van de tweede naar de eerste lijn, verwachten we met het huidige zorgaanbod voldoende zorg in te kopen om zorgplicht en keuzevrijheid te borgen. Dit geldt ook voor de geriatrische revalidatiezorg. De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) biedt mogelijkheden om de zorgketen te ondersteunen en om crises in individuele gevallen te voorkomen.

## 2.4.1 Zorgplicht

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

Wij gaan ervan uit dat het omzetplafond passend is voor de hele zorgvraag. Als dit niet het geval is, hoeven nieuwe cliënten niet verplicht in zorg genomen te worden. Door de coördinatiefunctie steeds verder te ontwikkelen, zullen de betreffende cliënten naar verwachting op een andere plek de benodigde zorg krijgen of zal de regionale capaciteit optimaal worden benut. In bijzondere en onvoorziene omstandigheden waardoor het regionale aanbod – ondanks de coördinatiefunctie – toch knelt, zijn wij bereid om het omzetplafond te bespreken en eventueel te verhogen. In paragraaf 2.3.4 staat beschreven hoe we dit doen. Een zorgaanbieder mag zonder expliciete schriftelijke toezegging niet rekenen op een ophoging daarvan.

## 2.4.2 Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2024 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 de op hem 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.

## 2.5 Innovatie en samenwerking

### 2.5.1 Digitale zorg

We hebben onze visie en ambities op het gebied van digitale zorg verder uitgewerkt op [www.cz.nl/zorgaanbieder/digitale-zorg](http://www.cz.nl/zorgaanbieder/digitale-zorg). Daarnaast vindt u in de Gezamenlijke Ambities Zorginkoop Digitalisering 2024 de afspraken die we op ZN-niveau met partijen hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen.

### 2.5.2 Duurzaamheid

*Verduurzamen van de zorgsector*

De zorgsector is verantwoordelijk voor 7 procent van de CO<sub>2</sub>-uitstoot, 13 procent van het grondstofverbruik en 4 procent van het afval in Nederland. Dat heeft ernstige gevolgen voor onze leefomgeving en gezondheid.<sup>[1]</sup> Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om – naast onze eigen verduurzaming – een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap.<sup>[2]</sup> Daarom zetten we samen met u in op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector en de monitoring daarvan.

De komende jaren richten zorgverzekeraars zich op acties uit de door de zorgbranches ondertekende Green Deal Duurzame Zorg 3.0, de ZN-visie Verduurzaming zorgsector en de sectorale uitvoeringsplannen/het Green Deal Uitvoeringsprogramma.

#### **We verwachten van u dat u:**

- zich committeert aan de doelen van de Green Deal Duurzame zorg 3.0 (GDDZ 3.0) die op 4 november 2022 tussen zorgpartijen is overeengekomen voor de periode tot en met 2026;
- duurzaamheid verankert in uw strategie.

### **2.5.3 Duurzame zorgcoalities**

Via Duurzame Coalities streven we samen met zorgaanbieders naar meer toekomstbestendige zorg. Dat doen we door via co-creatie samen te werken en elkaars kennis en informatie te gebruiken. Daardoor kunnen we veranderingen van betekenis bereiken in behandel- en bedrijfsprocessen. Bewezen nieuwe (digitale) technologieën en zorgvormen kunnen succesvol elders worden ingezet.

### **2.5.4 Regie in de regio**

Regio's verschillen van elkaar in zorgvraag en zorgaanbod. Soms zijn de uitdagingen in een regio op het gebied van toegankelijkheid, betaalbaarheid of kwaliteit zo groot, dat we voor een regionale aanpak moeten kiezen. We kunnen dan alleen effectief beleid voeren vanuit een gedeelde regionale visie tussen zorgverzekeraar, (georganiseerde) zorgvragers en zorgaanbieders. Deze integrale aanpak noemen we 'regie in de regio'. Deze sluit aan bij het thema 'verantwoord en dichtbij' in ons zorginkoopbeleid 2024. De regie in de regio blijft niet beperkt tot de zorg (Zvw en Wlz), maar strekt zich waar nodig ook uit tot het sociale domein of zelfs daarbuiten.

Onze wettelijke taak op het gebied van zorginkoop impliceert dat wij de verantwoordelijkheid nemen om de niet-vrijblijvende regionale samenwerking met onze partners aan te sturen vanuit co-makership. Deze rol is bekrachtigd in het Integraal Zorgakkoord. De betrokken partners analyseren samen de situatie in de regio en stellen vast welke knelpunten zich nu en in de toekomst aandienen (regiobeeld). Zij formuleren een gezamenlijke regionale opgave en committeren zich daarmee aan een collectieve en individuele verantwoordelijkheid.

#### **Integraal Zorgakkoord (IZA)**

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is landelijk afgesproken dat zorgaanbieders, burgerorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten samen aan de slag gaan met plannen die een wezenlijke bijdrage leveren aan de duurzame toegang tot de gezondheidszorg. Bij CZ groep kunnen transformatieplannen worden ingediend voor 6 regio's: Zeeland, Zuid-Hollandse eilanden, Zuidoost-Brabant, West-Brabant, Haaglanden en Zuid-Limburg. Meer informatie over het IZA en het indienen van transformatieplannen vindt u op [Transformatieplannen – CZ](#).

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

We krijgen beter inzicht in de wensen en behoeften van onze verzekerden dankzij patiëntervaringen, de betrokkenheid van patiënten(organisaties) en onze Ledenraad. Op basis van die informatie 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, leest u in het document “Zo betrekken we onze verzekerden bij de zorginkoop”.

# 3 Proces contractering 2024

## 3.1 Bestaande zorgaanbieders

Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2023 een overeenkomst ELV, GRZ en/of GZSP hebben met CZ groep en op basis daarvan zorg hebben gedeclareerd. Wij bieden hun voor 2024 een eenjarige overeenkomst aan, tenzij anders is overeengekomen. U krijgt hier medio augustus meer informatie over via de aanbiedingsbrief bij de productievoorstellen voor 2024.

## 3.2 Nieuwe zorgaanbieders

### 3.2.1 ELV en GRZ

Wij contracteren geen nieuwe zorgaanbieders voor de aanspraken ELV en GRZ. Met het huidig gecontracteerd aanbod verwachten wij onze zorgplicht te kunnen invullen en daarnaast voldoende keuzevrijheid te garanderen voor onze verzekerden. Er kunnen zich altijd situaties voordoen die bij het schrijven van dit beleid niet waren te voorzien. Wij behouden ons het recht voor om dan alsnog nieuwe partijen te contracteren.

### 3.2.2 GZSP

CZ groep contracteert in 2024 geen nieuwe zorgaanbieders voor de dagbehandelingen van cliënten met een lichamelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel en cliënten met de ziekte van Huntington. We verwachten met het huidige zorgaanbod voor deze specifieke doelgroep aan onze zorgplicht te kunnen voldoen en keuzevrijheid voor onze verzekerden te garanderen. Voor de overige functies (specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, gedragswetenschappers, dagbehandelingen voor kwetsbare patiënten en sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt) hebben we in bepaalde regio's wel een witte vlek geconstateerd. Voor deze prestatie kunnen nieuwe zorgaanbieders zich wel inschrijven voor een overeenkomst om de toegankelijkheid van de GZSP te verbeteren.

## 3.3 Tijdpad

Activiteiten	Planning
Publicatie van dit zorginkoopbeleid	Uiterlijk 1 april 2023
Invullen van de uitvraagmodule kwaliteitsinformatie van VECOZO voor waardegedreven inkoop (zie paragraaf 3.4)	Uiterlijk 31 mei 2023
Verzending waardemodellen/spiegelrapportagesets ELV en GRZ inclusief productievoorstel 2024	Uiterlijk 31 augustus 2023
Verzending spiegelrapportages GZSP inclusief productievoorstel 2024	Uiterlijk 31 augustus 2023
Offertes GRZ in VECOZO	Vóór 15 september 2023
Onderhandelingen	1 september t/m 29 oktober 2023
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2023
Inschrijven nieuwe zorgaanbieders voor een overeenkomst GZSP 2024	1 november 2023 tot 31 maart 2024

Let op: Als zorgverzekeraar moeten wij op 12 november van ieder kalenderjaar ons gecontracteerde aanbod publiceren. Als u in aanmerking wilt komen voor een overeenkomst, verwachten wij dat u zich houdt aan de termijnen van het contracteerproces. Wij willen dan ook uiterlijk op 29 oktober overeenstemming bereiken over de overeenkomst voor 2024.

## 3.4 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2023 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2024. Op [www.cz.nl/zorgvinder](http://www.cz.nl/zorgvinder) is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

- NAW-gegevens van de zorgaanbieder;
- de etalage-informatie die u zelf invult en beheert in Mijn Zorgaanbod;
- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden;
- de wachttijden (indien beschikbaar);
- kwaliteitsinformatie, waaronder de selectieve inkoopresultaten (indien beschikbaar);
- patiëntervaringen (indien beschikbaar).

## 3.5 Bereikbaarheid

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

- [https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/eerstelijnsverblijf\\_Geneeskundige\\_Zorg\\_voor\\_Specifieke\\_Cliëntgroepen\\_\(GZSP\)\\_-CZ](https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/eerstelijnsverblijf_Geneeskundige_Zorg_voor_Specifieke_Cliëntgroepen_(GZSP)_-CZ)
- <https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/geriatrische-revalidatiezorg>

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

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

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



# Bijlagen

## Bijlage 1: Minimumeisen ELV, GRZ & GZSP

### Minimumeisen ELV

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling via een Wtza-beschikking. Bij hoogcomplex ELV zijn er 24/7 verpleegkundigen van niveau 4/5 aanwezig.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZia.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (handelt volgens binnen de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen en protocollen, zoals de NHG-standaarden).
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan kwaliteitsverbetering. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en waar een onafhankelijke toetsing (externe audit) aan verbonden is.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties per doelgroep ELV.
- De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met de cliëntenraad verbeterplannen op.
- Bij een wijziging van locatie levert de zorgaanbieder de locatiebijlage ELV tijdig en volledig in.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- Voor de contractering voor de prestatie hoogcomplex ELV geldt dat een zorgaanbieder een aanbod van geriatrische revalidatiezorg én eerstelijnsverblijf heeft. Uitzondering hierop vormen regio's waar door niet-contracteren een onacceptabel lange reisafstand voor verzekerden ontstaat (meer dan circa 25 kilometer of meer dan een halfuur reistijd). In die gevallen maakt CZ groep afspraken over de wijze waarop de zorgaanbieder de kwaliteit van zorg kan borgen door een andere manier van samenwerken met andere organisaties. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid.
- De zorgaanbieder neemt deel aan een regionale coördinatiefunctie, waarin in ieder geval sprake is van 1 telefoonnummer voor huisartsen en ziekenhuizen die ELV in willen zetten. Verder is de actuele beschikbaarheid van bedden duidelijk. Ook is er een consultatiefunctie ingericht voor de specialist ouderengeneeskunde.
- De zorgaanbieder maakt afspraken over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen het ziekenhuis en het eerstelijnsverblijf en tussen de huisarts en het eerstelijnsverblijf bij opname en ontslag.

### Aanvullende eisen palliatief terminale zorg binnen ELV

Voor zorgaanbieders die het eerstelijnsverblijf aanbieden voor palliatief terminale zorg, gelden de volgende aanvullende eisen:

- Er is een setting met eenpersoonskamers.
- Er zijn 24/7 verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5 beschikbaar, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen palliatieve zorg van de V&VN).
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers zich (bij)scholen op het gebied van palliatieve zorg.
- Een verpleegkundige met minimaal niveau 4 is de eerstverantwoordelijke verpleegkundige en dus ook het eerste aanspreekpunt voor de cliënt.
- De zorgaanbieder beschikt over een palliatief verpleegkundige die direct betrokken is bij het primaire proces. Huisartsen en/of specialisten ouderengeneeskunde uit het consultatieteam zijn ten minste gestart met de kaderopleiding Palliatieve zorg of de zogeheten Cardiff-opleiding Palliatieve zorg. De zorgaanbieder maakt indien nodig aantoonbaar gebruik van deze consultatievoorziening, tenzij de eigen huisarts of specialist ouderengeneeskunde deze opleiding volgt of heeft gevolgd.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ).
- De zorgaanbieder werkt volgens de Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0 en het Zorgpad Stervensfase.
- De zorgaanbieder werkt samen met het regionale team of maakt gebruik van subregionale consultatievoorzieningen (TOPZ: Team Ondersteuning Palliatieve Zorg).

- De zorgaanbieder maakt in het zorgleefplan, naast de fysieke, psychische en sociale aspecten, ook zichtbaar dat hij de cliënt de gewenste geestelijke en spirituele zorg biedt, en dat hij ook de naasten van de cliënt begeleiding en nazorg biedt.
- Nazorg is onderdeel van de palliatieve zorg. Het gaat hierbij concreet om 1 of 2 gesprekken of telefoontjes met de nabestaanden over het verloop van de palliatieve fase van de overledene en over hoe zij de begeleiding daarvan hebben ervaren.
- De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van de LESA-richtlijnen (landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken) en de regionale transmurale afspraken (RTA) op het gebied van palliatieve zorg (als die aanwezig zijn binnen het werkgebied).
- De zorgaanbieder maakt gebruik van VPTZ-vrijwilligers (vrijwilligers palliatieve terminale zorg). Zij bieden ondersteuning, rust en concrete hulp in de laatste levensfase.

## Aanvullende eisen triagebedden binnen ELV

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

- Voor de triage geldt een maximale termijn van 14 dagen. De gemiddelde termijn is significant korter.
- Triagebedden worden alleen afgesproken bij zorgaanbieders die door CZ groep zijn gecontracteerd voor het eerstelijnsverblijf én voor geriatrische revalidatiezorg.
- In de keten zijn samenwerkingsafspraken gemaakt over een snelle doorstroom na de diagnose, met onder meer Wlz-zorgaanbieders, CIZ, ziekenhuizen en andere ketenpartners zoals de gemeente.
- Triagebedden hebben een regionale functie en worden *white label* aangeboden. Dit wil zeggen dat het verplegend personeel in kleding van een bepaalde zorgaanbieder mag rondlopen, maar dat aanmeldingen vanuit een andere zorgaanbieder niet geweigerd mogen worden. Ook mag niet alleen naar het eigen aanbod doorverwezen worden.
- De beschikbaarheid van de triagebedden moet gekoppeld zijn aan een (sub)regionale coördinatiefunctie.

## Minimumeisen GRZ

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling via een WTZi-beschikking. Er zijn 24/7 verpleegkundigen van niveau 4/5 aanwezig.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (handelt volgens binnen de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen en protocollen, zoals de NHG-standaarden).
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan kwaliteitsverbetering. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat verbonden is aan een onafhankelijke toetsing (externe audit).
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties (per doelgroep) voor geriatrische revalidatiezorg.
- De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met de cliëntenraad verbeterplannen op.
- Bij een wijziging van locatie levert de zorgaanbieder de locatiebijlage GRZ tijdig en volledig in.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- De zorgaanbieder levert transparantie op het gebied van kwaliteit en kosten (indicatoren) door het tijdig en volledig aanleveren van het formulier realisatie GRZ, conform het proces dat is beschreven op de website van CZ groep.
- De zorgaanbieder beschikt over een specialist ouderengeneeskunde, die bij voorkeur is opgeleid tot kaderarts geriatrische revalidatie.
- De zorgaanbieder volgt in zijn opnamebeleid het triageprotocol en heeft een geriatrisch assessment uitgevoerd als er geen sprake is van voorafgaande ziekenhuisopname.
- De opnamemogelijkheden zijn afgestemd op het transferbeleid van het verwijzende ziekenhuis en de instroom vanuit huis. De opnamemogelijkheden zijn zodanig dat een cliënt binnen 48 uur kan worden opgenomen als de medisch specialist heeft geoordeeld dat de cliënt kan starten met geriatrische revalidatiezorg.

- Een zorgaanbieder behandelt minimaal 60 CVA-cliënten en/of 70 orthopediecliënten (electief en trauma) en/of 60 cliënten met een overige diagnose. Uitzondering daarop vormen zorgaanbieders in regio's waar door niet-contracteren een onacceptabel lange reisafstand voor verzekerden ontstaat (meer dan circa 25 kilometer of meer dan een halfuur reistijd). Als het aanbod in deze regio's de minimale volumennormen niet haalt, kunnen we hierop een uitzondering maken. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid. Als we zo'n uitzondering maken, moet het ontwikkelen van ervaring en kennis worden geborgd. De aanbieders van geriatrische revalidatiezorg in de regio moeten met elkaar samenwerken. Wij hanteren daarvoor de volgende voorwaarden:
  - Er is sprake van een locatieoverstijgend behandelteam. Dit houdt in ieder geval in dat het hele behandelteam inzetbaar is op alle locaties.
  - Er is sprake van gelijke behandelprotocollen en zorgpaden.
  - Er is sprake van een gezamenlijk multidisciplinair overleg.
  - Er is sprake van een gezamenlijk scholingsprogramma en gezamenlijke intervisiemogelijkheden.
- Een GRZ-opname duurt maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kan CZ groep afwijken van de aanspraak van GRZ in de Zvw. De behandelaar kan de individuele casuïstiek ter beoordeling aan ons voorleggen. Een casusbeschrijving en een onderbouwing voor de gevraagde afwijking van de aanspraak moeten onderdeel zijn van de aanvraag. Afhankelijk van de zorgverzekeraar (CZ, DLG of OHRA) moet daarvoor een van de volgende e-mailadressen worden gebruikt:
  - mbz.specialistenhulp@cz.nl
  - mbz.specialistenhulp@nn-zorg.nl
  - mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl

## Aanvullende eisen CVA binnen GRZ

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

## Minimumeisen GZSP

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder beschikt over een WTZA-toelating voor een instelling voor verblijf met behandeling.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZA.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (handelt volgens binnen de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen en protocollen, zoals de NHG-standaarden).
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan kwaliteitsverbetering. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat is verbonden aan een onafhankelijke toetsing (externe audit).
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- Aan de zorgaanbieder is ten minste een specialist ouderengeneeskunde en/of een arts verstandelijk gehandicapten verbonden.<sup>[7]</sup>
- De zorgaanbieder voldoet aan Uitgangspunten ZN 'Individuele prestaties' en 'Zorg in een groep' GZSP (zie bijlage 2).

## Aanvullende eis SGLVG/GZSP

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

# Bijlage 2: Uitgangspunten ‘Individuele prestaties’ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)

In dit document leggen we de minimale uitgangspunten vast 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. 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)<sup>[1]</sup>;
- Artsen Verstandelijk Gehandicapten (Arts VG)<sup>[2]</sup>;
- BIG-geregistreerde gedragswetenschappers, voor omschreven doelgroepen<sup>[3]</sup>;
- Paramedici.

De SO en Arts VG kunnen individuele prestaties leveren, zonder dat er sprake is van een multidisciplinair behandelplan. 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, onder verantwoordelijkheid van een SO of Arts VG.

De prestaties voor gedragswetenschappers en paramedici (als onderdeel van GZSP) worden naast andere prestaties voor GZSP geleverd (SO/Arts VG of zorg in een groep). Of ze worden geleverd vanuit een programma met het keurmerk Hersenz, FACT LVB of behandelingen voor de doelgroep Jonge mensen met Dementie, die voldoen aan het Kwaliteitskader jonge mensen met dementie van het Kennisplatform Dementie op jonge leeftijd.

## 2. Doel zorg

- Geneeskundige zorg. Er worden gerichte behandeldoelen vastgesteld vóór de start van de behandeling, op basis van functionele diagnostiek.
- Aan de hand van de behandeldoelen wordt een behandelplan opgesteld, dat gestructureerd wordt uitgevoerd en periodiek geëvalueerd.
- De behandeling is gericht op herstel of vertraagt de achteruitgang.
- De cliënt blijft zo lang mogelijk zelfredzaam en blijft zo lang mogelijk de eigen regie voeren.

## 3. Voor wie

- In de prestatiebeschrijvingen van de NZa vindt u wie in aanmerking komt voor deze prestaties.

## 4. Inclusiecriteria

- kwetsbaarheid (opeenstapeling van lichamelijke, psychische, cognitieve en/of sociale beperkingen in het functioneren) die de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten zoals functiebeperkingen en een verminderde kwaliteit van leven;
- verminderde leer- en trainbaarheid, maar wel behandelperspectief door voldoende vermogen om te leren;
- nog in staat tot voeren eigen regie.

## 5. Vereisten individuele beroepsbeoefenaars

*Algemeen (voor alle beroepsgroepen)*

- De zorgverlener beschikt over een geldige BIG-registratie<sup>[4]</sup>.

- 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, Artsen VG, paramedici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen) dat multidisciplinaire zorg verleend kan worden.

#### *Specialisten ouderengeneeskunde*

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

#### *Specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapt*

- De SO en Arts VG zijn binnen kantooruren beschikbaar voor consulten. Daarnaast heeft de zorgaanbieder afspraken gemaakt met de SEH en HAP om de continuïteit van de zorg ook buiten kantooruren te borgen. De 24x7 bereikbaarheid dient toetsbaar geborgd te zijn (zoals voor de SO 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 wordt geleverd, hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is geregeld en welke werkafspraken zijn gemaakt.

#### *Gedragswetenschappers*

- De gedragswetenschapper is BIG-geregistreerd en houdt zich aan de landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts en generalistische basis GGZ, daar waar deze toepasbaar zijn op GZSP (<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz-lga/3-afspraken/3-5-consultatie>).

De BIG-geregistreerde gedragswetenschapper kan andere disciplines inzetten als er een zorgprogramma<sup>[5]</sup> is waarin dit duidelijk is beschreven. Deze andere disciplines staan onder regie van de gedragswetenschapper en verlenen zorg in het kader van een multidisciplinair behandelplan.

## **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 Arts VG), 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 wordt geëvalueerd.
- Exitcriteria GZSP:
  - als het doel van de behandeling is bereikt en er geen vervolgdool is gesteld voor een individuele prestatie GZSP;
  - als de zorg kan worden afgeschaald naar reguliere eerstelijnszorg;
  - als blijkt dat het behandeldoel niet wordt behaald, bijvoorbeeld door achteruitgang, en als verdere behandeling binnen GZSP naar het oordeel van de regiebehandelaar niet meer zinvol is;
  - als er een klinische opname is;
  - als 24 uurszorg/-toezicht nodig is;
  - als er geen eigen regie meer is;
  - als er een Wlz-indicatie is.

30 januari 2023

1 De verpleegkundig specialist of physician assistant kan - indien bevoegd en bekwaam - onder verantwoordelijkheid van de SO zorg leveren die valt onder de prestatie 'Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden'. Indien de zorg niet onder supervisie van een SO plaatsvindt, valt het niet onder de GZSP.

2 Zie voetnoot 1, dit geldt ook voor de Arts VG.

3 Keurmerk Hersenz; FACT-LVB; Behandelingen conform Kwaliteitskader Jonge Mensen met Dementie

4 Geldt voor SO, Arts VG, gedragswetenschapper, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, oefentherapeut.

5 Geleverde of vergoede basiszorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk (SW&P). Zodra er zorgprogramma's vanuit de beroepsgroep beschikbaar zijn, kunnen deze aan ZN voorgelegd worden ter beoordeling of deze voldoen aan de SW&P.

## Bijlage 3: Uitgangspunten 'Zorg in een groep' binnen de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)

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

Dit document is in overleg tussen medisch adviseurs van een aantal zorgverzekeraars en diverse zorgaanbieders/ beroepsorganisaties tot stand gekomen. Hierin leggen we de minimale uitgangspunten vast 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 opgesteld. 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. 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 van zorg in een groep GZSP

- geneeskundige zorg (dus behandeldoel). Er worden gerichte multidisciplinaire behandeldoelen vastgesteld vóór de start van de behandeling, op basis van functionele diagnostiek;
- 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 en periodiek evalueren van het behandelplan in een passend behandelklimaat en op een locatie die hiervoor is ingericht<sup>[1]</sup>.
- behandeling gericht op herstel of op vertragen van achteruitgang;
- zo lang mogelijk behoud van zelfredzaamheid en van het vermogen tot eigen regie.

#### 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) die de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functiebeperkingen en verminderde kwaliteit van leven;
- verminderde leer- en trainbaarheid, maar wel met behandelperspectiefd oor voldoende vermogen om te leren;
- monodisciplinaire behandeling in de eerste en/of tweede lijn volstaat niet;
- noodzaak tot multidisciplinaire aanpak;
- nog in staat tot het voeren van eigen regie.

## 5. Professionals

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

- Specialist Ouderengeneeskunde (SO) <sup>[1]</sup> ;
- Arts VG <sup>[2]</sup> ;
- BIG-geregistreerde gedragswetenschappers, voor omschreven doelgroepen <sup>[3]</sup> , te weten:
  - klinisch psycholoog;
  - GZ-psycholoog;
  - orthopedagoog generalist;
  - klinisch neuropsycholoog;
  - psychiater (alleen voor SGLVG).

### *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, ook ondersteunende disciplines worden ingezet zoals agogen en activiteitenbegeleiders. Er zijn gekwalificeerde begeleiders/verzorgenden met een relevante opleiding (minimaal niveau 3) aanwezig op de momenten dat er geen behandeling plaatsvindt.

## 6. Duur

- De duur is afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt en de prognose/onderbouwing van de regiebehandelaar zoals beschreven in het behandelplan.
- Het behandelplan wordt minimaal elk halfjaar multidisciplinair geëvalueerd. Daarna worden de behandeldoelen zo nodig bijgesteld of wordt besloten de behandeling te beëindigen. In het behandelplan staat wanneer er wordt geëvalueerd.
- Exitcriteria GZSP:
  - als het doel van de behandeling is bereikt en er geen vervolgdool is gesteld voor zorg in een groep;
  - als de behandeling kan worden afgeschaald naar bijvoorbeeld 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 (van de patiënt, medepatiënten en/of medewerkers) in het geding is;
  - als er een klinische opname is;
  - als er geen eigen regie meer is;
  - als 24 uurszorg/-toezicht nodig is.

## 7. Aantal dagdelen

- Het aantal dagdelen wordt bepaald door de zorgvraag van de patiënt en de toegevoegde waarde die zorg in een groep kan hebben. Het aantal noodzakelijke dagdelen wordt onderbouwd door richtlijnen vanuit de beroepsgroep. De regiebehandelaar neemt dit op in het individuele behandelplan 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 de inzet van een individuele behandeling).

## 8. Verhouding behandeling versus activering

- Alle activiteiten dragen bij aan het behalen van de doelen uit het behandelplan.
- Zorg in een groep binnen deGZSP kent zowel behandel- als activerende aspecten. Dit moet goed worden vastgelegd in het individueel behandelplan. De mate van in- en ontspanning en het aantal ingezette behandelaren zijn per patiënt verschillend.



- Tenminste 50 procent van de activiteiten moet ten dienste staan van de behandeldoelen. Groepsactiviteiten kunnen ook onderdeel van het behandelplan zijn. Dit moet terug te vinden zijn in het behandelplan.

## 9. Randvoorwaarden voorzieningen binnen instellingen

- een gebouw met ruimte voor de zorg die wordt gegeven (indien nodig bijvoorbeeld goed geoutilleerde ruimte voor fysiotherapie, invalidentoiletten inclusief alarmring, keuken voor ergotherapeutische behandeling);
- veiligheid: kunnen ingrijpen bij calamiteiten; veiligheid kunnen garanderen (denk bijvoorbeeld aan dwaalgedrag en uitvoering WZD);
- aansluiting bij juiste kennisnetwerken voor scholing, kennisdeling en (de implementatie van) standaarden en richtlijnen:
  - CVA Kennisnetwerk;
  - Netwerk Hersenz;
  - ParkinsonNet;
  - Korsakov Kenniscentrum;
  - Huntington Kennis Netwerk Nederland;
  - Kenniscentrum Dementie op Jonge Leeftijd;
- ingebed in keten.

## 10. Afbakening Wlz en Wmo

- De zorg in een groep binnen de GZSP kan niet worden gedeclareerd als iemand een Wlz-indicatie heeft.
- Iemand kan zowel gebruikmaken van zorg in een groep binnen de GZSP als van Wmo-dagbesteding. Het onderscheid wordt bepaald door de geneeskundige context door middel van een behandelplan, behandeldoelen en de regiebehandelaar die bij GZSP van toepassing zijn.

30 januari 2023

*1 De verpleegkundig specialist of physician assistant kan - indien bevoegd en bekwaam - onder verantwoordelijkheid van de SO zorg leveren die valt onder de prestatie 'Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden'. Indien de zorg niet onder supervisie van een SO plaatsvindt, valt het niet onder de GZSP.*

*2 Zie voetnoot 2, dit geldt ook voor de Arts VG.*

*3 Keurmerk Hersenz; FACT-LVB; Behandelingen conform Kwaliteitskader Jonge Mensen met Dementie.*

## Bijlage 4: Afstemming regionale netwerk rond mensen met ZB/LVB

Goede zorg voor cliënten met ZB/LVB vraagt ook om een goede samenwerking op regionaal niveau tussen de eerstelijnszorg, gespecialiseerde zorg en het sociaal en maatschappelijk domein. CZ groep verwacht dat alle GGZ-aanbieders deze regionale samenwerking initiëren en/of ondersteunen. We streven ernaar dat er op

regionaal niveau in elk geval afspraken worden gemaakt over:

- vroegsignalering van ZB/LVB;
- het organiseren van een toegankelijk netwerk rond een ZB/LVB-cliënt.

Het netwerk omvat afspraken over de zorg en de (sociaal-maatschappelijke) begeleiding voor ZB/LVB-cliënten in de nulde lijn tot aan SGLVB (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk beperkt). De huisarts kan bij een vermoeden van LVB verwijzen naar onder andere het sociale domein, GZSP of GGZ.

Indien u als zorgaanbieder in 2024 met CZ groep een overeenkomst aangaat voor het leveren van curatieve GGZ en daarnaast een overeenkomst GZSP 2024 voor de doelgroep LVB/ZB, dan verzoeken wij dit te melden via e-mailadres [inkoop.ggz.instellingen@cz.nl](mailto:inkoop.ggz.instellingen@cz.nl) onder vermelding van uw AGB-code. Zet u dan in de onderwerpregel: contractering curatieve GGZ en GZSP.

Voor verdere informatie over GZSP en als u in aanmerking wilt komen voor de experimentprestatie FACT-LVB, verwijzen wij u naar het inkoopdocument GZSP 2024.



## Verbeterde toegang LVB

Een patiënt met een LVB komt bij de huisarts met psychische klachten

