

Zorginkoopbeleid 2025 - ELV, GRZ, GZSP

Inhoudsopgave

GRZ, ELV & GZSP	2
Vorbehoud	2
1. Visie van CZ groep op de GRZ, ELV & GZSP	3
1.1 Visie op de sector	3
1.2 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave	3
2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	5
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2025	5
2.2 Kwaliteit van zorg	5
2.3 Kosten van zorg	8
2.4 Toegankelijkheid van zorg	10
2.5 Digitale zorg	10
2.6 Duurzaamheid	10
2.7 Uitsluitingen	11
2.8 Transformatie en samenwerking	12
2.9 Visie op het betrekken van verzekerden en patiënten	12
3. Proces contractering 2025	13
3.1 Tijdpad	13
3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	13
3.3 Bereikbaarheid	14
4. Bijlagen	15
4.1 Minimumeisen ELV, GRZ & GZSP	15
4.2 Uitgangspunten 'Individuele prestaties' GZSP	17
4.3 Uitgangspunten 'Zorg in een groep' binnen de GZSP	17
4.4 Landelijk beleid coördinatiefunctie 2025	18
4.5 Uniforme inkoopvoorwaarden Korsakov en Gesloten herstel	19
4.6 Uniforme inkoopvoorwaarden ANW opnames	19

GRZ, ELV & GZSP

Zorginkoopbeleid

GRZ, ELV & GZSP 2025

laatste update 06-05-2024

Versie	Datum publicatie	Toevoeging/wijziging	Pagina/ hoofdstuk	Reden
1.0	28 maart 2024			
1.1	6 mei 2024	Verwijzing naar per 2022 vervallen Regeling Verslaggeving WTZi vervangen door huidig geldende Regeling openbare jaarverantwoording WMG. Aanpassing eisen Wtza	H 4.1 P. 15/16/17 H 4.1 P. 15/16/17	Onjuiste verwijzing naar een verouderde regeling. Verduidelijking van inkoop-eisen

Voorwoord

Mensen blijven steeds langer thuis wonen. De aanspraken Eerstelijnsverblijf (ELV), geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) spelen een cruciale rol om het langer thuis wonen te faciliteren. Tijdelijke opnames en meer kennis van specifieke aandoeningen in de thuissituatie zijn cruciaal om mensen langer zelfstandig thuis te kunnen laten wonen of als het even niet meer gaat tijdelijk op te nemen om te herstellen of te revalideren. Vanuit het integraal zorgakkoord (IZA) is er voor bovenstaande aanspraken een (beperkte) volumegroei afgesproken die we in 2024 ook geëffectueerd hebben. Wat ook goed past binnen de visie van CZ én goed aansluit op het IZA is dat we de afspraken ELV, GRZ en GZSP gaan maken voor zowel 2025 en 2026 met een optie tot een derde jaar. Enerzijds omdat we het huidige beleid overbruggen tot de nieuwe bekostiging kortdurende zorg. De nieuwe bekostiging zal naar verwachting in gaan per 2027 of 2028. Anderzijds houden we meer tijd over voor innovaties en transformaties binnen de kortdurende zorg. Hierbij denken wij o.a. aan GRZ thuis en het nader inhoudelijk benaderen van de GZSP.

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 aanwezig 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 de GRZ, ELV & GZSP

1.1 Visie op de sector

We staan voor belangrijke maatschappelijke uitdagingen om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. We zien een sterk stijgende zorgvraag, een steeds krappere arbeidsmarkt, een hoog ziekteverzuimpercentage, oplopende zorgkosten en cliënten die met een steeds complexere zorgvraag zelfstandig wonen.

Focus op toegankelijkheid en betaalbaarheid

CZ Groep richt zich in overeenstemming met haar visie de komende jaren met name op het borgen van toegankelijkheid en het betaalbaar houden van de zorg. Toegankelijkheid gaat om het beschikbaar houden van zorg voor de mensen die dat echt nodig hebben. We kijken verder dan de aanspraken GRZ, ELV en GZSP. Zo verplaatsen we - mits inhoudelijk wenselijk - zorg bijvoorbeeld van de tweede naar de eerste lijn. We experimenteren hiermee bijvoorbeeld door de proeftuinen wijkklinieken te faciliteren. Rondom betaalbaarheid is ons doel dat de zorg die nodig is ook zo doelmatig mogelijk wordt geleverd, zodat de zorgkosten niet onnodig oplopen.

De laatste jaren hebben we fors geïnvesteerd in doorontwikkeling van de regionale coördinatiefuncties (CF) en volgen we de ontwikkelingen, samenhang, samenwerking en mogelijke integratie met andere zorgcoördinatievoorzieningen die belast zijn met de coördinatie van andere zorgsoorten, op de voet. De komende periode gaat er op het vlak van coördinatie van (acute) zorg veel veranderen. Hoe, wat en het tempo van deze veranderingen is nog niet duidelijk. Dit geldt ook voor de inkoop van deze voorziening, op het moment dat hier meer duidelijkheid over is zullen we dit aanvullend publiceren. Voor 2025 ligt er wederom een landelijke uniforme tekst voor waarbij digitalisering en schaalgrootte relevant zijn.

Regionale samenwerking

Samenwerking in de regio stimuleert CZ door het voeren van regioregie of het aangaan voor duurzame coalities. Maar ook door het standaard aangaan van meerjarenafspraken met alle gecontracteerde zorgaanbieders ELV, GRZ en GZSP. Hierdoor creëren we meer ruimte voor de inhoud, innovatieve samenwerkingen en projecten.

CZ Groep stimuleert samenwerking in de regio tussen zorgaanbieders voor specifieke doelgroepen. Voor doelgroepen als mensen met Korsakov, obesitas en gesloten herstel maken we bij voorkeur regionale afspraken om de toegankelijkheid te borgen en de zorg daarnaast efficiënt en betaalbaar te kunnen organiseren.

1.2 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave

Gezien de maatschappelijke landelijke opgaven zijn de komende jaren onze belangrijkste speerpunten gericht op het toegankelijk en betaalbaar houden van de kortdurende zorg. Daarmee sluiten we aan op de afspraken en transformatie-agenda zoals geformuleerd in het IZA. We leggen de prioriteit op de volgende thema's en ontwikkelingen:

Coördinatiefunctie (CF)

De coördinatie van zorg staat hoog op de landelijke agenda. Regionaal zijn er vaak verschillende verschijningsvormen en meerdere gremia van zorgcoördinatie. In de komende jaren zal de zorgcoördinatie van (acute) zorg regionaal beter verankerd gaan worden en nog veel meer dan nu als regionale functie gaan dienen. Hoe dit er precies uit moet gaan zien en het tempo van wijzigingen is voor nu nog niet bekend.

GRZ thuis en inzet zorgtechnologie

Een aantal zorgaanbieders is voortvarend aan het experimenteren met ambulante GRZ en ontwikkelt hiervoor nieuwe zorgpaden. We stimuleren deze ontwikkelingen en faciliteren waar mogelijk door middel van het maken van maatwerkafspraken. Hierbij ligt ons doel zoals eerder aangegeven bij “vanuit het ziekenhuis naar huis” en niet puur op ligduurverkorting. De verwachting is dat in de loop van 2025 de eis van een klinische opnamedag vervalt waardoor de experimenten weer een stapje verder kunnen gaan. We hebben bijvoorbeeld hele positieve ervaringen met zorgtechnologie in de GRZ. Zowel intramuraal als bij ambulante GRZ zien we dit als een belangrijk hulpmiddel dat bijdraagt aan een sneller herstel.

Nieuwe bekostiging ELV/GRZ

Vooruitlopend op de nieuwe modulaire bekostiging (medio 2027/2028) van de kortdurende zorg hebben we vanaf 2025 de mogelijkheid om regionaal maatwerkafspraken te maken met één zorgaanbieder die voorziet in een regionale functie zoals opnames ANW uren. Daarnaast komen er twee nieuwe prestaties binnen het ELV: Korsakov en Gesloten herstel. Deze prestaties doen recht aan de specifieke zorgvraag van deze doelgroepen en worden vanaf 2025 uit de experimentele bekostiging gehaald.

Wijkklinieken

Zorgverzekeraars hebben akkoord gegeven voor acht gestarte of nog te starten proeftuinen en zullen gelijkgericht handelen op inhoud. De focus zal wat CZ betreft vooral moeten liggen op effectmeting van de proeftuinen en het voorkomen van dubbele financiering. Het verplaatsen van patiëntgroepen uit het ziekenhuis naar een wijkkliniek zou ook aan ziekenhuiskant tot aangepaste afspraken moeten leiden. CZ Groep volgt hierin de landelijke ontwikkelingen op de voet.

Balans in vraag en aanbod

Uit onze data blijkt dat er grote regionale verschillen zijn in de uitstroom vanuit ziekenhuizen richting de geriatrische revalidatiezorg en het eerstelijnsverblijf. Dit lijkt in een aantal regio's onder andere te worden veroorzaakt door een disbalans in het aanbod van kortdurende zorg. In algemene zin zien we grote verschillen tussen regio's in de beschikbare capaciteit voor kortdurende zorg afgezet tegen het aantal 65+ers. In regio's waar veel aanbod is van kortdurend verblijf stromen meer cliënten uit naar bijvoorbeeld de geriatrische revalidatiezorg. Wij vragen ons af of dit altijd noodzakelijk is vanuit de zorgvraag. Op regionaal niveau maken we deze verschillen inzichtelijk en zullen we sturend optreden om eventuele disbalans te corrigeren.

Ontwikkelingen instroom GRZ / ZP9bVV

We volgen de ontwikkelingen rondom de regelgeving voor instroom naar GRZ of een ZP9bVV.

Samen met VWS en veldpartijen worden nieuwe voorwaarden in de wet- en regelgeving uitgewerkt om als verzeerde in aanmerking te komen voor GRZ of ZP9bVV. Bij wijzigingen in wet- en regelgeving publiceren we zo nodig aanvullend beleid.

2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2025

In onderstaande paragrafen gaan we nader in op het beleid voor 2025, wat ook zal gelden in 2026. Doelstelling is een beleid, overeenkomsten en afspraken voor de duur van twee jaar met een optie tot een derde jaar. Belangrijkste reden hiervoor is, naast de administratieve lastenverlichting, het bestendigen van de huidige lijn en overbruggen tot de nieuwe (modulaire) bekostiging. Naar verwachting zal dit per 2027 plaatsvinden.

2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid

Er zijn een aantal belangrijke wijzigingen in ons beleid. Hieronder worden ze kort benoemd, maar bij het inhoudelijk beleid staan we hier uitgebreider bij stil.

- Tweejarige overeenkomsten voor de GRZ, ELV en de GZSP
- Staffeltarief in geval bijcontractering noodzakelijk is
- Nieuwe prestaties binnen de ELV per 1-1-2025
 - Korsakov
 - Gesloten Herstel
 - Ruimte voor regiofunctie; hiervoor maken we per regio met maximaal één zorgaanbieder productieafspraken
- Landelijk uniforme aanscherping op voorwaarden coördinatiefunctie (CF)
- Meer inzicht in GZSP door aparte spiegelrapportage voor Hersenz en BORG aanbieders
- Ons werkproces rondom de GRZ contractering zal wijzigen, omdat we per 2025 niet meer de onderhandelmodule van Vecozo zullen gebruiken. Meer informatie volgt met de aanbiedingsbrief medio augustus.

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- In het kader van het terugdringen van de administratieve lasten is het niet meer nodig om het zorgplan te laten ondertekenen.
- De eis dat er een nieuwe verwijzing moet komen op het moment dat de behandelintensiteit wijzigt komt voor de GZSP te vervallen
- Inzet van de verpleegkundig specialist (VS) als verlengde arm van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) voor GZSP

2.2 Kwaliteit van zorg

In onderstaande paragrafen gaan we nader in op onderwerpen die we als CZ Groep belangrijk vinden, die actueel zijn, of waar we extra aandacht voor willen vragen.

2.2.1 Minimumeisen

Kwaliteit van zorg is vanzelfsprekend belangrijk, daarom hebben we voor de aanspraken ELV, GRZ en GZSP een set aan minimumeisen opgesteld die borgen dat we voor onze verzekerden kwalitatief goede zorg inkopen. De minimumeisen kunt u vinden in hoofdstuk 4.1. Zorgaanbieders die niet voldoen aan de minimumeisen komen niet in aanmerking voor een overeenkomst.

2.2.2 Koppeling tussen ELV hoog-complex en GRZ

CZ maakt bij de inkoop 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. Om die reden is het bieden van GRZ voor ons randvoorwaardelijk voor het maken van een afspraak over ELV-hoog complex.

2.2.3 Specifieke cliënt groepen binnen het ELV

De afgelopen jaren zijn er meerdere experimenten afgesproken binnen het ELV voor specifieke doelgroepen. Vanaf 2025 vervalt de prestatie resultaatbeloning en zorgvernieuwing in de regelgeving ELV, waardoor deze experimenten niet verlengd kunnen worden. Dit maakt dat er gekeken moet worden naar een andere structurele financieringsvorm voor de experimenten die we vanaf 2025 onder voorwaarden in willen blijven kopen. Wij vragen zorgaanbieders die hiermee te maken hebben tijdig contact op te nemen met hun inkoper.

2.2.4 Korsakov en gesloten herstel

Uit experimenten is gebleken dat voor patiënten met Korsakov en cliëntgroepen met een specifieke zorgvraag voor gesloten herstel structureel meer middelen nodig zijn dan vanuit het reguliere ELV tarief bekostigd kan worden. Vanaf 2025 zijn er twee nieuwe prestaties binnen het ELV specifiek voor deze doelgroepen.

We vragen coördinatiefuncties en zorgaanbieders om regionaal inzichtelijk te maken als er aantoonbaar knelpunten zijn om verzekerden op te nemen met het (vermoeden van het) syndroom van Wernicke-Korsakov of verzekerden met een complexe ondersteuningsvraag op basis van een delier of anderszins verward gedrag, waarbij een gesloten setting noodzakelijk is. Als dit het geval is maken wij met de aangewezen zorgaanbieder onder voorwaarden afspraken voor het leveren van deze zorg. In hoofdstuk 4.5 vindt u de voorwaarden het leveren van deze zorg.

Het uitgangspunt is dat verzekerden uitsluitend intramuraal verblijven als deze setting strikt noodzakelijk is. Zorgaanbieders spannen zich in om zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 6 weken na opname de juiste vervolgzorg in te zetten.

2.2.5 ANW opnames en regiofunctie

Het is voorstelbaar dat regio's ervoor kiezen om een zorgaanbieder aan te wijzen om onplanbare aanmeldingen in de avond, nacht en weekenden vanuit de coördinatiefunctie, huisartsenpost of SEH te organiseren. Dit kan een efficiënte organisatie van opnames buiten kantooruren ten goede komen en de vindbaarheid voor verwijzers en coördinatiefuncties verbeteren. Dit kan ook van toepassing zijn als er aantoonbaar knelpunten zijn bij het uitplaatsen van patiënten met specifieke zorgvragen die niet op een reguliere ELV- of GRZ-locatie opgevangen kunnen worden.

Het uitgangspunt is dat één zorgaanbieder per werkgebied van de coördinatiefunctie de opnames van spoedaanmeldingen ELV in de avond, nacht en weekend organiseert. Werkafspraken over toeleiding en inzicht in beschikbare plaatsen worden vastgelegd bij de coördinatiefunctie en afgestemd met verwijzers. Met een wijziging in het werkgebied van de coördinatiefunctie (bijvoorbeeld samenvoeging van regio's of aansluiting op andere ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie) wordt ook deze inkoopafpraak opnieuw besproken. Zo wordt ook in de nieuwe situatie aan het uitgangspunt voldaan.

Met een vastgestelde opslag op het reguliere tarief voor ELV hoog complex compenseren we deze zorgaanbieder voor de extra gemaakte kosten. In hoofdstuk 4.6 vindt u de voorwaarden voor het leveren van deze zorg.

2.2.6 Doorontwikkeling coördinatiefunctie (CF)

Voor 2025 zijn de voorwaarden voor een CF landelijk geüniformeerd. Zie voor meer informatie deze tekst op de website van ZN. De betreffende tekst is in hoofdstuk 4.4 ook als bijlage toegevoegd. Speerpunten uit deze voorwaarden zijn bereikbaarheid, schaalgrootte en digitalisering.

De regionale coördinatiefuncties hebben veel raakvlakken met zorgcoördinatie en overlappen deels in de organisatie ervan. Daarom is het belangrijk dat zorgaanbieders met deze functie goed afstemmen met de regionale zorgcoördinatievoorziening. In de toekomst willen we kijken hoe de regionale coördinatiefuncties en zorgcoördinatievoorzieningen met elkaar kunnen aansluiten en integreren.

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

We zien dat regelmatig het eerstelijnsverblijf (ELV) wordt ingezet voorafgaand aan 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 eerstelijnsverblijf (ELV) in te zetten. In beginsel is de primaire GRZ-indicatie leidend. 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.

2.2.8 Uitstroom ELV en GRZ

De doelstelling van zowel ELV als GRZ is terugkeer naar de thuissituatie. Helaas zien we 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 de beste optie binnen de keten als die dreigt vast te lopen. Het alternatief is doorgaans altijd minder passend en kostbaarder. Wel vinden we het belangrijk dat zorgaanbieders hier ook alert op blijven. Voor GRZ vinden we dit een ander verhaal en gaan we ervan uit dat met een goede triage zeker 75 tot 80 procent van de cliënten naar de thuissituatie terugkeert. Tussen zowel zorgaanbieders als 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 voeren en overwegen om bij zorgaanbieders met een te lage uitstroom naar huis een volumekorting door te voeren.

2.2.9 Ambulantisering GRZ

Het Zorginstituut heeft in 2022 het advies gegeven om de huidige wet- en regelgeving voor GRZ aan te passen, zodat ambulantisering van de GRZ beter mogelijk wordt. Naar verwachting wordt vanaf 2025 in de aanspraak opgenomen dat opname in het ziekenhuis niet langer nodig is om GRZ in te kunnen zetten. Het is op dat moment nog niet mogelijk om via reguliere DBC bekostiging GRZ zonder voorafgaande intramurale revalidatie te declareren. Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen in 2025 wel onder een experimentregeling afspraken maken over het declareren van deze zorg. De verwachting is dat de NZA dit per 2026 verwerkt in de DBC GRZ structuur.

CZ Groep vindt het belangrijk om afspraken over directe GRZ thuis te maken, mits directe GRZ thuis bestaande intramurale GRZ vervangt en er niet bovenop komt.

2.3 Kosten van zorg

2.3.1 Overeenkomst standaard twee jaar

Bestaande zorgaanbieders die in 2024 een overeenkomst hebben met CZ groep en ook daadwerkelijk zorg hebben gedeclareerd, ontvangen automatisch een voorstel voor 2025/2026 inclusief het nieuwe waardemodel. Net als voorgaande jaren is het ons uitgangspunt om te komen tot realistische productieafspraken. Voor 2025 en 2026 gaan we standaard een overeenkomst aan voor de duur van twee jaar met de optie tot een derde jaar. Het tarief en het volume zal in het tweede jaar automatisch geïndexeerd worden. Deze werkwijze zal leiden tot minder administratieve lasten voor zowel zorgaanbieders als CZ. Daarnaast past deze ontwikkeling uitstekend binnen de uitgangspunten van het IZA en komen we hiermee tegemoet aan de NZa handvatten tijdige contractering.

2.3.2 Nieuwe zorgaanbieders ELV en GRZ

CZ Groep verwacht met de huidige groep gecontracteerde zorgaanbieders de zorgplicht in te kunnen vullen. Om deze reden contracteren we in beginsel geen nieuwe zorgaanbieders tenzij blijkt dat er knelpunten ontstaan en we hierdoor de zorgplicht niet meer kunnen borgen.

2.3.3 Nieuwe zorgaanbieders GZSP

CZ Groep verwacht met de huidige groep gecontracteerde zorgaanbieders de zorgplicht in te kunnen vullen. Dit geldt in ieder geval voor zorgaanbieders van dagbehandeling voor cliënten met een lichamelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel en cliënten met de ziekte van Huntington. Voor de overige functies (specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, gedragswetenschappers, dagbehandelingen voor kwetsbare patiënten en sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt) kunnen nieuwe zorgaanbieders zich wel inschrijven voor een overeenkomst om de toegankelijkheid van de GZSP te verbeteren. Wij streven ernaar om de zorgaanbieder binnen 2 maanden na inschrijving te laten weten of we hem een overeenkomst aanbieden.

2.3.4 Waardegedreven zorgcontractering

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 aanvaardbare kosten, waarbij de zorg nu en in de toekomst toegankelijk blijft.

CZ Groep hecht 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 tarief- en volumevoorstel per zorgaanbieder. Regionale omstandigheden en/of experimenten kunnen leiden tot andere tarieven en/of maatwerkafspraken. Voor 2025 hebben we onderzocht of de pijler toegankelijkheid ook een plaats kon krijgen binnen het waardemodel, dit is ondanks het meedenken van een aantal zorgaanbieders niet gelukt. Wellicht is dit ook positief uit te leggen daar wachtlijsten voor ELV en GRZ gelukkig niet aanwezig zijn en de toegankelijkheid niet of nauwelijks een issue is.

2.3.5 Tarief en omzetplafond

In de aanbiedingsbrief die wij u medio augustus sturen, vermelden we de tarieven en volumes ELV, GRZ en GZSP en lichten we deze nader toe. CZ groep hanteert in de basis een realistisch omzetplafond. 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.

2.3.6 Aanvullende zorginkoop

Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor een gelijkmatige verdeling van de zorg over het gehele jaar. Gedeclareerde zorgkosten die het afgesproken omzetplafond overschrijden zullen we achteraf terugvorderen in de plafondverrekening. Als de zorgaanbieder gedurende het jaar meent dat zijn omzetplafond ontoereikend is, kan hij in september 2025 een verzoek indienen voor bijcontractering. In die aanvraag toont de zorgaanbieder aan dat hij voldoet aan de volgende voorwaarden:

- Zorgaanbieder kan een evenredige spreiding van nieuwe cliënten over het hele jaar laten zien.
- Zorgaanbieder dient het verzoek in als tenminste 80 procent van het omzetbudget voor 2025 is bereikt en de verwachting is dat het omzetbudget ontoereikend is, uiterlijk 1 oktober 2025.
- Zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat er een verband is tussen een hogere omzet en een toename van cliënten in de regio.
- Zorgaanbieder scoort bij voorkeur een A-status in het waardemodel.

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 zouden een verzoek tot bijcontractering kunnen honoreren 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;
- zorgaanbieder een A of een B-score heeft in het waardemodel

Aanvullende contractafspraken zullen uitsluitend tegen een staffel tarief gemaakt worden.

Op onze website staat een aanvraagformulier voor bijcontractering.

Termijn

Als de aanvraag en de benodigde gegevens compleet zijn, krijgt de zorgaanbieder binnen 2 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 door bemiddelen 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.

2.3.7 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 2.3.6 staat beschreven hoe we dit doen. Een zorgaanbieder mag zonder expliciete schriftelijke toezegging niet rekenen op een ophoging daarvan.

2.4 Toegankelijkheid van zorg

De zorgvraag neemt de komende decennia sterk toe, in het bijzonder door de vergrijzing en door meer medische mogelijkheden, terwijl de beroepsbevolking nauwelijks groeit. Deze ontwikkelingen zorgen voor steeds meer schuring met de toegankelijkheid van zorg. Een nauwere samenwerking en zorgcoördinatie zijn en worden steeds belangrijker om de patiëntstromen te kunnen managen. Specifiek ten aanzien van de kortdurende zorg ervaren we nog weinig knelpunten in de toegankelijkheid. Er zijn geen wachtlijsten en van witte vlekken is geen sprake. Vanaf 2025 willen we op regionaal niveau, samen met het veld kijken naar een zorgaanbieder die opnames kan borgen ook in de avonden en weekenden. Ditzelfde geldt ook voor regio's waar aantoonbaar een groep patiënten aanwezig is die moeilijk plaatsbaar zijn voor passende vervolgzorg. Voor andere doelgroepen zoals Korsakov borgen we toegankelijkheid door dit selectief in te kopen.

Binnen de GZSP is toegankelijkheid wat lastiger te voorspellen, omdat dit als relatieve nieuwe verstrekking onvoldoende stabiel is. We zien op verschillende prestatiecodes grote praktijkvariatie. Tegelijk ontvangen wij weinig signalen van echte tekorten in regio's. Dit maakt ons terughoudend in het contracteren van extra zorg. We zullen de komende jaren benutten om doelmatig te sturen op de prestaties in de GZSP.

Iemands 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.

2.5 Digitale zorg

We hebben onze visie en ambities op het gebied van digitale zorg verder uitgewerkt op www.cz.nl/zorgaanbieder/digitalezorg. Daarnaast vindt u in de [Gezamenlijke ambities zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2025](#) de afspraken die we op ZN-niveau hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen. Gezamenlijk onderzoeken we welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale zorg en we werken toe naar het hybridiseren van deze geschikte zorgpaden en zorgprocessen en streven naar een toename van het aantal cliënten dat via deze weg zorg ontvangt.

2.6 Duurzaamheid

Verduurzamen van de zorgsector

De zorgsector is verantwoordelijk voor 7% van de CO₂-uitstoot, 13% van het grondstofverbruik en 4% van het afval in Nederland (RIVM, 2022). Dat heeft ernstige gevolgen voor onze leefomgeving en gezondheid.⁹ Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om – naast onze eigen verduurzaming – een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap (Zvw- en Wlz-breed). Daarom zetten we samen met zorgaanbieders in op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector en monitoring daarvan.

We doen dit op basis van de afspraken die in Nederland gemaakt zijn in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0). De GDDZ 3.0 is op 4 november 2022 door zorgbranches¹⁰, kennisinstituten, ministeries, de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland getekend. De kaders van de Green Deal zijn het Rijksbrede beleid en (internationale) wetgeving, waaronder 55% CO₂-reductie in 2030, 50% minder gebruik van primaire abiotische grondstoffen in 2030 en de Ketenaanpak Medicijnresten uit Water. Meer informatie hierover is te vinden in de GDDZ 3.0.¹¹

Om samen met zorgaanbieders in te zetten op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector, verwachten we van zorgaanbieders dat zij:

- zich committeren aan de doelen van de GDDZ 3.0 die op 4 november 2022 tussen zorgpartijen is overeengekomen voor de periode tot en met 2026. Wij bedoelen met commitment dat de zich committerende zorgaanbieder zich in beleid en handelen aantoonbaar en uitlegbaar richt op het realiseren van de doelstellingen van de GDDZ3.0.
- duurzaamheid verankeren in hun strategie. Van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;

-
- in geval zij verplicht zijn een jaarverslag te maken maar niet CSRD-plichtig zijn, in het jaarverslag ook rapporteren over de duurzaamheidsprestaties van hun organisatie (voor zo ver beschikbaar) en hoe die zich verhouden tot doelen en ambities van de organisatie;
 - conform GDDZ3.0 (art. 4.2.e.) een mobiliteitsplan hebben opgesteld gericht op het terugdringen van de CO₂-emissie t.g.v. vervoersbewegingen van medewerkers (alleen zorgaanbieders met meer dan 100 fte).¹²

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector. Zie www.zn.nl voor Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars daartoe hebben verzameld.

We verwachten van zorgaanbieders wijkverpleging dat ze zich committeren aan de acties uit het uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van Actiz. Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleider-zorgverzekeraar, gaan met de grote wijkverpleging-zorgaanbieders¹³ in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij focussen we, na afstemming met Actiz, op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit het uitvoeringsplan van de branche.⁶

- Terugdringen van de CO₂-uitstoot van reisbewegingen gericht op de doelstelling 55% reductie in 2030 tov 2018;
- Inzet op terugdringen verspilling van medicatie, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken.
- Inzet op terugdringen verspilling van incontinentiemateriaal en 5% minder gebruik van incontinentiemateriaal in 2026 t.o.v. 2018, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken.
- Inzet op kennisbevordering over sorteren van afval en 25% minder ongesorteerd restafval in 2026 t.o.v. 2018;
- Aandacht voor preventie en bewustwording zodat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen (bv. door inzet e-health).

Waar mogelijk ondersteunen we zorgaanbieders met kennis en tools zoals voorbeelden van groene initiatieven die bij enkele wijkverpleging aanbieders geïmplementeerd zijn, bewezen impact hebben op duurzaamheid en kostenbesparend of kostenneutraal zijn. (link naar website)

Ondersteuning bij de verduurzaming van de organisatie is onder meer te vinden in de 'Toolkit duurzaamheid' en de 'Factsheet duurzaam vervoersbeleid' van Actiz.

2.7 Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2025 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 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;
- 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;
- waarbij een integriteitsonderzoek beletselen oplevert.

2.8 Transformatie en samenwerking

2.8.1 Visie op regionale samenwerking

Om de uitdagingen binnen de zorg het hoofd te kunnen bieden, is een transformatie van de zorg noodzakelijk. Veel transformaties vinden plaats in instellingen en die kunnen we met inkoopafspraken faciliteren. Toch kunnen we niet alle problemen op dat niveau aanpakken. Daarom zetten wij in op regionale samenwerking om de benodigde transformaties optimaal in gang te zetten. Wij hebben daar een verbindende rol in, die al meer dan 10 jaar geleden begon in Limburg en Zeeland.

De regioplannen die we in 2023 hebben opgesteld, bevestigen dat samenwerking nodig is om de grote uitdagingen op te lossen. Deze uitdagingen overstijgen op veel punten de individuele instellingen en sectoren.

We vormen nog altijd regionale samenwerkingsverbanden en coalities met zorgpartijen, gemeenten en andere relevante partners om de vraagstukken met prioriteit aan te pakken. Denk aan de arbeidsmarkt, de brede inzet van passende zorg en digitalisering. Dankzij deze samenwerkingsverbanden kunnen we gezamenlijk de verandering inzetten die bijdraagt aan de maatschappelijke opdracht. Dit vergt wederzijds commitment voor de strategie in de regio (wat gaan we doen?), de uitvoering van de plannen (hoe gaan we dat doen?) en de randvoorwaarden om dit te kunnen doen (wat hebben we nodig om dit te doen en te borgen?). Dit zijn de uitgangspunten van ons duurzaam transformatiemodel.

Deze transformatie kunnen we niet alleen binnen de Zvw bereiken. Hoewel we er niet direct verantwoordelijk voor zijn, hebben we de Wlz, het sociaal domein, gemeenten, maatschappelijke organisaties en bovenal de inwoners van de regio's keihard nodig om deze transformatie voor elkaar te krijgen. Voor veel veranderingen hebben we deze partijen direct nodig, maar ook indirect zal het iedereen raken. Juist daarom vinden we dat alle partijen aan moeten haken bij de regionale aanpak.

Met alle regio's waar we als CZ groep actief zijn, hebben we in 2023 regiobeelden en regioplannen gemaakt.

2.8.2 Integraal Zorg Akkoord en transformatiemiddelen

Het behouden van toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg is een enorme uitdaging. De urgentie is hoog en vraagt om fundamentele transformaties in de zorg. Om aan deze opgave invulling te kunnen geven, is eind 2022 tussen zorgpartijen het IZA tot stand gekomen. Hierin zijn afspraken gemaakt die fundamenteel moeten bijdragen aan de opgave.

Om deze opgave te kunnen verwezenlijken, is in totaal €2,8 miljard beschikbaar voor transformaties in de regio. In 2023 zijn in elke regio regiobeelden en regioplannen opgesteld. In deze plannen is een gezamenlijk beeld van de prioritaire opgaven gevormd per regio. Bovendien is in het regioplan beschreven op welke wijze en door wie de prioritaire opgaven worden opgepakt en uitgevoerd. Om deze plannen te kunnen verwezenlijken, kunnen samenwerkende partijen plannen indienen die een substantiële bijdrage leveren om met gelijkblijvende inzet van zorgverleners en binnen de financiële kaders antwoord te geven op de groeiende zorgvraag.

Deze plannen kunnen worden ingediend bij de coördinerend zorgverzekeraar in de regio (CZ is dat voor de regio's Zeeland, Zuid-Hollandse Eilanden, Zuidoost Brabant, West-Brabant, Haaglanden en Zuid-Limburg) en worden beoordeeld op basis van een landelijk beoordelingskader.

2.9 Visie op het betrekken van verzekerden en patiënten

We krijgen beter inzicht in de wensen en behoeften van onze verzekerden dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiënten(organisaties), ervaringsdeskundigen en onze Ledenraad. Op basis van hun inbreng vormen en toetsen wij ons 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 [transparantiedocument](#).

3. Proces contractering 2025

3.1 Tijdpad

Activiteiten	Planning
Publicatie van dit zorginkoopbeleid	Uiterlijk 1 april 2024
Invullen van de aanvraagmodule kwaliteitsinformatie van VECOZO voor waardegedreven inkoop	2 t/m 31 mei 2024
Aanleveren GRZ monitor door zorgaanbieders *	Uiterlijk 7 juni 2024
Verzending waardemodellen/spiegelrapportagesets ELV en GRZ inclusief productievoorstel 2025	Uiterlijk 31 augustus 2024
Verzending spiegelrapportages GZSP inclusief productievoorstel 2025	Uiterlijk 31 augustus 2024
Offertes GRZ in VECOZO	Vóór 15 september 2024
Onderhandelingen	1 september t/m 29 oktober 2024
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2024
Inschrijven nieuwe zorgaanbieders voor een overeenkomst GZSP 2025	1 november 2024 tot 31 maart 2025

* Voor de overige aanleverdata verwijzen wij u naar het monitorsjabloon op onze website

- 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 2025.

Aanlevering

Alle zorgaanbieders krijgen tussen 2 en 31 mei 2024 de gelegenheid om hun kwaliteitsinformatie digitaal aan te leveren via de aanvraagmodule van VECOZO. Voor het gebruik hiervan is een certificaat vereist (zie <https://www.vecozo.nl/zorginkoopportaal/voorbereiden/>). Alle informatie die na 31 mei binnenkomt, kunnen we niet meer meenemen in onze beoordeling. U kunt na 31 mei ook niet meer eerder aangeleverde data wijzigen. Het niet of niet tijdig aanleveren van de kwaliteitsinformatie leidt automatisch tot een C score in ons waardemodel. Het is dus van belang dat u de informatie tijdig en juist aanlevert.

3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2024 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2025. Op www.cz.nl/zorgvinder is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

NAW-gegevens van de zorgaanbieder;

de etalage-informatie die u zelf invult en beheert in Mijn Zorgaanbod;

de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden;

de wachttijden (indien beschikbaar);

kwaliteitsinformatie, waaronder de selectieve inkoopresultaten (indien beschikbaar);

patiëntervaringen (indien beschikbaar).

3.3 Bereikbaarheid

In onze kernwerkgebieden voert een vaste zorginkoper het relatiebeheer uit. De overige gebieden hebben geen eigen zorginkoper. In dat geval kunt u onderstaande e-mailadressen gebruiken:

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

- [https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnzorg/eerstelijnverblijf_Geneeskundige Zorg voor Specifieke Cliëntgroepen \(GZSP\) - CZ](https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnzorg/eerstelijnverblijf_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	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	inkoopvvt.zvw@cz.nl	inkoopvvt.zvw@cz.nl	inkoopvvt.zvw@cz.nl
Zorginhoudelijke vraag op verzekerdenniveau	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 e-mailadressen. Naar de adressen van zorgteam@cz.nl en mbz.specialistenhulp@cz.nl is dit wel toegestaan.

Wij streven ernaar uw vragen binnen 10 werkdagen te beantwoorden. Indien dit om moverende redenen onmogelijk is, informeren wij u hierover tijdig. Wij verwachten van u een gelijkaardige werkwijze. Vanwege de privacy verzoeken wij u om gegevens van individuele verzekerden (naam, NAW-gegevens) alleen te delen met het CZ Zorgteam, via een beveiligd kanaal ([Cryptshare](#)). Deze gegevens mogen **nooit** gedeeld worden met andere afdelingen, zoals CZ Zorginkoop.

4. Bijlagen

4.1 Minimumeisen ELV, GRZ & GZSP

Minimumeisen ELV

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder voldoet aantoonbaar aan de eisen uit de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Indien de Wtza dat vereist heeft de zorgaanbieder een toelatingsvergunning voor het verlenen van de zorg, behandeling en verblijf.
- 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 openbare jaarverantwoording WMG.
- 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.

Minimumeisen GRZ

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
 - De zorgaanbieder voldoet aantoonbaar aan de eisen uit de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Indien de Wtza dat vereist heeft de zorgaanbieder een toelatingsvergunning voor het verlenen van de zorg, behandeling en verblijf.
 - 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 openbare jaarverantwoording WMG.
 - 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 voldoet aantoonbaar aan de eisen uit de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Indien de Wtza dat vereist heeft de zorgaanbieder een toelatingsvergunning voor het verlenen van de zorg, behandeling en verblijf.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling openbare jaarverantwoording WMG.
- 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. ^[7]
- 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'.

4.2 Uitgangspunten 'Individuele prestaties' GZSP

<https://www.zn.nl/uitgangspunten-gzsp-individuele-prestaties-2025/>

4.3 Uitgangspunten 'Zorg in een groep' binnen de GZSP

<https://www.zn.nl/uitgangspunten-gzsp-zorg-in-een-groep-2025/>

4.4 Landelijk beleid coördinatiefunctie 2025

De Coördinatiefuncties (CF) eerstelijnsverblijf zijn ontwikkeld voor ongeplande verwijzingen van kwetsbare patiënten met een sub-acute vraag die zich melden bij de huisarts, huisartsenpost (HAP) of spoedeisende hulp (SEH). Hiervoor is in 2019 een minimum set aan functionaliteiten ontwikkeld door ActiZ en ZN¹. Zorgverzekeraars willen met dit gezamenlijk beleid inspelen op de actuele ontwikkelingen in zorgcoördinatie, hiervoor zullen een aantal functionaliteiten aangepast worden.

In deze functionaliteiten is aangegeven dat er 24/7 bereikbaarheid moet zijn. Zorgverzekeraars zien dordat de meeste verwijzingen plaatsvinden tussen 08:00 uur en 23:00 uur. Gedurende de nacht kunnen er situaties voordoen dat een acute opname nodig is, waardoor er ook bereikbaarheid en triage mogelijk moet blijven. We zien ook dat er gedurende de nacht mogelijkheden zijn voor efficiëntere inzet van schaarse capaciteit. Daarom wordt de minimumeis versoepeld;

Wij verwachten van de coördinatiefuncties dat de mogelijkheid tot bemiddelingen zeven dagen per week tussen 08:00 uur en 23:00 uur georganiseerd is. Voor de mogelijkheid tot bemiddelingen tijdens de andere uren kunnen coördinatiefuncties (boven)regionale afspraken maken.

Schaalgrootte

Ook rondom schaal grootte zijn er kansen voor het efficiënter inzetten van schaarse capaciteit om de CF te bemensen. Zorgverleners zitten overdag en 's nachts naast elkaar om de telefoon te beantwoorden. Samenvoegen kan efficiënter zijn. Daarbij zien we ook dat de schaal waarop de CF functioneert, nog niet altijd aansluit bij andere regionale samenwerkingen in de keten. We creëren als verzekeraars meer eenduidigheid door als uitgangspunt te nemen dat er zich per 1 januari 2025 één CF bevindt (of wordt ingericht) per zorgkantoorregio. Zo is de grens van de regio het meest gelijk aan andere samenwerkingen, zoals vanuit de IZA regioplannen waarin ouderenzorg een belangrijk thema op de werkagenda's is.

Vervolgzorg

Om een juiste inschatting te maken welke vervolgzorg passend is, is door Verenso een triage-instrument ontwikkeld². Met dit instrument krijgen de coördinatiefuncties zicht op welke vervolgzorg passend is bij een ongeplande verwijzing. Zij kunnen de klant vervolgens actief bemiddelen naar het eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg, een crisisbed Wlz of een beveiligd bed (IBS). Omdat het om één functie gaat voor zowel cliënten met en zonder een Wlz-indicatie, voeren zorgverzekeraars en zorgkantoren steeds meer gezamenlijk het gesprek over de doorontwikkeling van de coördinatiefuncties.

Op het moment dat er uit de triage blijkt dat Wmo-logeer- of respijtzorg van toepassing is, is het wenselijk dat coördinatiefunctie de klant kan adviseren contact op te nemen met zorgaanbieders die deze zorg leveren. Hiervoor is het van belang dat de coördinatiefuncties zicht krijgen op het aanbod van voorzieningen dat vanuit de Wmo is ingekocht. We verwachten van coördinatiefuncties dat zij hierover in gesprek gaan met gemeenten, om tot regionale werkafspraken te komen.

Soms blijkt uit de triage dat er geen opname nodig is, maar er wel sprake is van een acute zorgvraag in de thuissituatie. Van de coördinatiefunctie wordt verwacht, dat deze advies kan geven en de toeleiding kan ondersteunen naar (acute) inzet van wijkverpleging en de inzet van specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn.

Digitalisering

Het inzicht dat coördinatiefuncties hebben in de capaciteit van de verschillende zorgvoorzieningen is essentieel voor verwijzers in de sub-acute fase, maar is ook behulpzaam voor andere voorzieningen zoals het transferpunt binnen het ziekenhuis. Wij verwachten dat de keten zoveel mogelijk gebruik maakt van dezelfde infrastructuur om spoed- en vervolgzorg voor ouderen te organiseren. Digitaal inzicht in de beschikbare capaciteit draagt bij aan een snelle doorplaatsing van patiënten. Daarnaast is het essentieel dat coördinatiefuncties zoveel mogelijk gebruik maken van digitale middelen in de triage en bemiddeling.

¹ [Functionaliteiten-regionale-coördinatiefunctie-.pdf \(zn.nl\)](#)

² Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0 (november 2016)

4.5 Uniforme inkoopvoorwaarden Korsakov en Gesloten herstel

Prestatie: Eerstelijnsverblijf voor patiënten met (verdenking op) Korsakov

1. Aangesloten bij het Korsakov Kenniscentrum.
2. Door het Zorgkantoor gecontracteerd
3. Aangewezen als expertisecentrum (Doelgroep Expertise Centrum of Regionaal Expertise Centrum).
Behandeling vindt plaats aan de hand van een gespecialiseerd zorgpad en door een multidisciplinair
4. gespecialiseerd kernteam bestaande uit tenminste een GZ-psycholoog en een specialist. Ouderengeneeskunde met veel kennis en ervaring in de behandeling en zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov.
5. De twee grootste verzekeraars zorgkantoor regio stemmen locatie af/ wijzen zorgaanbieder aan.
6. De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden met bekwaam personeel om expertise te borgen.
7. De zorgaanbieder is aangesloten bij een regionale coördinatiefunctie
8. De zorgaanbieder spant zich in voor passende vervolgzorg of voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten.

Prestatie: Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel afdeling

1. Zorgaanbod wordt in de regio geclusterd en in een gesloten setting aangeboden.
2. Zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die ook door het zorgkantoor is gecontracteerd voor de opvang van WLZ V&V-crisis zorg.
3. De verwijzers zijn bekend met de locatie voor het gesloten herstel.
4. De zorgaanbieder is aangesloten bij de regionale coördinatiefunctie en het specifieke zorgaanbod is hier bekend.
5. De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden met bekwaam personeel om expertise te borgen.
6. Zorgaanbieder spant zich in om de benodigde stappen voor passende vervolgzorg of benodigde voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten.

4.6 Uniforme inkoopvoorwaarden ANW opnames

Aanvullende financiering voor ANW zorg binnen ELV hoog complex

- We verwachten dat de keuze voor het regionaal clusteren van ELV-spoedaanmeldingen bij de aangewezen
1. zorgaanbieder aantoonbaar is vastgelegd in bijvoorbeeld het ROAZ-plan of uitwerking van het IZA-regioplan en de werkafspraken zijn vastgelegd met de coördinatiefunctie en verwijzers.
 2. De regionale clustering sluit aan bij de doorontwikkeling van het werkgebied van coördinatiefunctie.
 3. De zorgaanbieder kan op de locatie waar acute opnames plaatsvinden ook reguliere GRZ en ELV hoog complexe zorg bieden. Hiermee worden patiënt verplaatsingen zoveel mogelijk voorkomen.
 4. De zorgaanbieder kan alle ELV- en GRZ-patiënten 24/7 opnemen.
 5. Patiënten kunnen vanuit huis, de huisartsenpost en de SEH via de coördinatiefunctie aangemeld worden.