

Eerstelijnsverblijf,
Geriatrische revalidatiezorg
en Geneeskundige Zorg voor
Specifieke Patiëntengroepen

Zorginkoopbeleid

2022

Zorginkoopbeleid 2022

Eerstelijnsverblijf, Geriatrische revalidatiezorg en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen

Inhoud

1.	Wijzigingen ten opzichte van 2021.....	3
2.	Visie op ELV, GRZ en GZSP.....	3
2.1	Overkoepelende visie	3
2.2	Eerstelijnsverblijf	4
2.3	Geriatrische revalidatiezorg.....	4
2.4	Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen	4
3.	Beleid en inkoopcriteria	5
3.1	Regionaal en landelijk beleid	5
3.1.1	Regionale coördinatie Eerstelijnsverblijfszorg.....	5
3.1.2	Regionaal doorstroomoverleg.....	6
3.1.3	Ontschotting tijdelijke herstellzorg.....	6
3.1.4	Observatiebedden.....	6
3.1.5	Acute zorg	7
3.2	Juiste Zorg op de Juiste Plek	7
3.3	Zorg voor kwetsbare ouderen	7
3.4	Voorwaarden voor het sluiten van een overeenkomst	8
3.4.1	Bestaande aanbieders.....	8
3.4.2	Nieuwe aanbieders	8
3.4.3	Uitsluitingsgronden	8
3.5	Soorten overeenkomsten	8
3.5.1	Basisovereenkomst ELV	8
3.5.2	Maatwerkovereenkomst ELV	9
3.5.3	Basisovereenkomst GRZ.....	9
3.5.4	Maatwerkovereenkomst GRZ	9
3.5.5	Basisovereenkomst GZSP	10
3.5.6	Maatwerkovereenkomst GZSP.....	10
4.	Wijze van contracteren en planning.....	10
4.1	Digitaal contracteren	10
4.2	Planning	10
5.	Bereikbaarheid	11
	Bijlage 1: Uitsluitingsgronden ELV, GRZ en GZSP	12
	Bijlage 2: Minimum- en kwaliteitseisen ELV 2022.....	13

Bijlage 3: Minimum- en kwaliteitseisen GRZ 2022	15
Bijlage 4: Minimum- en kwaliteitseisen GZSP 2022	16

1. Wijzigingen ten opzichte van 2021

In dit inkoopbeleid zijn er verschillende wijzigingen doorgevoerd vergeleken met het inkoopbeleid van 2021. De belangrijkste wijzigingen zijn:

- Maatwerkafspraken Eerstelijnsverblijf 2022: toevoeging budgetplafond en budgetplafond met staffelafpraak.
- ELV aanbieders met een basiscontract krijgen voor 2022 een tweejarige overeenkomst aangeboden.
- De omzeteis voor een maatwerkovereenkomst ELV is verhoogd van 200.000 euro naar 300.000 euro
- Voor een maatwerkafpraak ELV wordt de doelmatigheid ook per prestatie bekeken in plaats van alleen over alle prestaties samen.
- GRZ aanbieders met een basiscontract krijgen voor 2022 een driejarige overeenkomst aangeboden.
- Voor GRZ 2022 maken wij alleen gebruik van de contracteermodule Vecozo. Ook de tarieven gaan via de contracteermodule en niet meer via de onderhandelingsmodule GRZ.
- De omzeteis voor een maatwerkovereenkomst GRZ is verhoogd van 500.000 euro naar 600.000 euro.
- Bij een maatwerkovereenkomst GZSP is een budgetplafond met staffelafpraak toegevoegd.
- Paragraaf 2.5 vervalt. De tekst is onder 3.2, 3.5.2. en 3.5.4 ondergebracht.
- Minimum- en kwaliteitseisen: verpleegkundige met deskundigheidsniveau 4 of 5 in plaats van niveau 5.

2. Visie op ELV, GRZ en GZSP

Voor u ligt het zorginkoopbeleid Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen (GZSP) 2022. In dit document beschrijven wij op welke wijze, met welke criteria en volgens welke planning Zorg en Zekerheid de zorg voor 2022 inkoop. Dit zorginkoopbeleid geldt als aanvulling op het Algemeen Inkoopbeleid van Zorg en Zekerheid.

2.1 Overkoepelende visie

Mensen die zorg nodig hebben, ontvangen deze zorg in toenemende mate thuis. Wanneer thuis wonen en zorg ontvangen even niet kan, is het van belang dat er een plek is in de directe omgeving waar zorg beschikbaar is. Bijvoorbeeld wanneer er tijdelijk behoefte is aan meer zorg of als iemand moet herstellen van een aandoening. Ook bij ontslag uit een ziekenhuis of ter voorkoming van een ziekenhuisopname na bezoek aan een SEH of HAP kan een tijdelijke ELV- of GRZ-opname uitkomst bieden. Daarnaast is de inzet van de juiste zorgverlener met de benodigde (specialistische) kennis van belang om tijdig de juiste zorg te bieden aan onze verzekerden, waarbij meer en/of complexere zorg voorkomen wordt.

Voor ons staat hierbij voorop dat er sprake is van de juiste zorg op de juiste plek, in lijn met het Hoofdlijnenakkoord van MSZ en Wijkverpleging. Tijdelijk verblijf moet beschikbaar zijn wanneer dit nodig is en aansluiten bij de behoeften van de verzekerde. Gezien de beperkte capaciteit in personeel en plaatsen is dit soms een uitdaging. Daarom zien wij het als de gezamenlijke verantwoordelijkheid van onszelf en ketenpartners in het veld om te sturen op passende zorg op de juiste plek.

ELV en GRZ zijn beide vormen van kortdurende zorg, waarbij er na een periode van herstel sprake is van terugkeer naar huis. De GZSP vormt hier een passende aanvulling op. De GZSP biedt mogelijkheden in de eerste lijn om de (kortdurende) zorg voor kwetsbare patiënten vorm te geven, waarbij voorkoming van opname in de tweede lijn en snellere terugplaatsing vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn ondersteund wordt. Er is binnen de GZSP ten dele sprake van herstelzorg. Binnen de GZSP vallen ook patiëntengroepen waarbij herstel niet of in mindere mate centraal staat.

De verschillende vormen van kortdurende zorg zijn in toenemende mate moeilijk van elkaar te onderscheiden of zij lopen in elkaar over. De zorgvraag van de patiënt moet leidend zijn, waarbij naast de tijdelijke, intramurale opvang de zorg gedurende die periode en daarna kan fluctueren. De aanspraak en de financiering moeten hiertoe de ruimte bieden. Hierbij moeten ook de tijdelijke herstelregelingen vanuit de Wmo en Wlz worden betrokken, voor zover dat mogelijk is. Omdat wij

ons willen inzetten voor een integrale benadering van (kortdurende) zorg, hebben wij ons inkoopbeleid voor ELV, GRZ en GZSP in hetzelfde document beschreven.

2.2 Eerstelijnsverblijf

Bij de inkoop van ELV gaat het om de aanspraak tijdelijk verblijf in een instelling. Het omvat 'verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die bieden, al of niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg'. Het eerstelijnsverblijf is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie door middel van de inzet van laag- of hoogcomplexere zorg, of heeft betrekking op palliatief-terminale zorg.

Eerstelijnsverblijf is daarmee bedoeld voor kwetsbare patiënten die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, waarbij geen sprake is van een indicatie voor medisch- specialistische zorg (waaronder GRZ), specialistische GGZ-zorg, respijtzorg vanuit de Wmo of verblijf vanuit de Wlz. Belangrijk is de voorwaarde dat het verblijf medisch noodzakelijk is en dat de verwijzing door de huisarts, medisch specialist of Specialist Ouderengeneeskunde plaatsvindt op basis van het Verenso afwegingsinstrument. Indien de hoofdbehandelaar (huisarts, Specialist Ouderengeneeskunde, Arts Verstandelijk Gehandicapten) van mening is dat de indicatiestelling aangepast moet worden, dan neemt deze contact op met de verwijzer om na afstemming te komen tot al dan niet aangepaste indicatiestelling voor de klant. De verwijzers voor eerstelijnsverblijf binnen de Zvw zijn de huisarts en de medisch specialist.

Vanwege het tijdelijke karakter in een eerstelijnsverblijf is er voorafgaand schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor een verblijf langer dan 91 dagen.

2.3 Geriatrische revalidatiezorg

GRZ omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, zoals specialisten ouderengeneeskunde die bieden vanwege de kwetsbaarheid, complexe multi-morbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. De revalidatie is gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

De revalidatie valt slechts onder de GRZ-zorg, indien:

- De zorg aansluit op verblijf (of binnen een week daarna bij een gestelde GRZ-indicatie) als bedoeld in artikel 2.12 Besluit zorgverzekering in verband met geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in de Wlz gepaard gaande met behandeling, en
- Als gevolg van een acute aandoening er sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid na een geriatrisch assessment.

De duur van GRZ bedraagt maximaal zes maanden. Voor een GRZ-behandeling van een indicatie die (naar verwachting) langer duurt dan 120 dagen, moet voor het voortzetten van deze behandeling vanaf de 121^{ste} dag, vooraf (uiterlijk vier weken voor de afloop van de eerste 120 dagen) schriftelijk toestemming worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid. Indien daarmee de zes maanden overschreden worden, hoeft hier niet opnieuw toestemming bij Zorg en Zekerheid voor aangevraagd te worden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode dan zes maanden toestaan.

Voor een voortijdige sluiting van GRZ DBC, waarna binnen 42 dagen een nieuwe zorgvraag ontstaat, moet ook een schriftelijke toestemming worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

2.4 Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen

Onder de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP) verstaan wij 'generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen in de eerstelijns bij of op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw)'. De GZSP is een bundeling van zorgvormen die voorheen onder de 'Tijdelijke Subsidiereregeling' vielen. Deze zorg wordt geleverd aan kwetsbare mensen met complexe problematiek die thuis wonen en die niet aangewezen zijn op langdurige zorg vanuit de Wet Langdurige Zorg

(Wlz). De zorgvormen die behoren tot de GZSP passen binnen de beweging om mensen, die aangewezen zijn op zorg, langer thuis te laten wonen en zorg te laten ontvangen. De huisarts, als verwijzer en poortwachter binnen de GZSP, kan zo sneller de expertise van de SO, AVG en gedragswetenschapper inschakelen en daarmee het multidisciplinaire team waarvan deze zorgverleners deel uitmaken. Hiermee kunnen onnodige ziekenhuisopnames of crisissituaties door gebrek aan specialistische kennis voorkomen worden. Multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende zorgverleners die om de verzekerde heen staan is hierbij veelal een vereiste.

De behandeling binnen de GZSP kan gericht zijn op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan de patiënt. Daarnaast valt er binnen de GZSP ook zorg die niet meer gericht is op het aanleren van vaardigheden, genezing en herstel, maar enkel op het omgaan met de aandoening. De geboden zorg kan veelzijdig zijn van aard en somatische, psychische, communicatieve, cognitieve en gedragsmatige aspecten kennen. Afstemming tussen de verschillende (regie)behandelaren is van belang om passende zorg te bieden aan deze kwetsbare groep.

Wij hanteren een verlengingsaanvraag voor de prestaties 'Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten', 'Zorg in een groep aan lichamelijk gehandicapten / mensen met niet-aangeboren hersenletsel', 'Zorg in een groep aan patiënten met de ziekte van Huntington' en 'Zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking'. Na een periode van zes maanden kunnen zorgaanbieders de zorg continueren na schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid.

Om de administratieve lasten te verlichten en onduidelijkheid over het beleid GZSP voor aanbieders te beperken, hebben de zorgverzekeraars gemeenschappelijk uitgangspunten opgesteld voor de zorg die valt binnen de GZSP. U kunt de hieruit voortvloeiende minimum- en kwaliteitseisen voor de individuele prestaties en zorg in een groep vinden in bijlage 4 van dit document.

3. Beleid en inkoopcriteria

3.1 Regionaal en landelijk beleid

Wij kopen de geriatische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijfszorg en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen landelijk in. Met landelijke aanbieders maken wij doorgaans prijsafspraken en zetten wij ons in voor een contracteerproces dat voor beide partijen zo min mogelijk administratieve handelingen kent. Met de grotere aanbieders in onze regio maken wij aanvullende afspraken over de beschikbaarheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid van kortdurende zorg. Onze focus ligt daarbij op zorg op de juiste plek. Bij mogelijke obstakels gaan wij in gesprek met ketenpartners in de regio.

3.1.1 Regionale coördinatie Eerstelijnsverblijfszorg

Landelijk zijn er per regio afspraken gemaakt voor de regionale coördinatie Eerstelijnsverblijf. Coördinatiefuncties ondersteunen in de triage van de juiste zorg op de juiste plek en geven inzicht in de beschikbare capaciteit van ELV. Daarnaast zijn zij 24/7 bereikbaar voor huisartsen, ziekenhuizen en andere ketenpartners. In de regio waar Zorg en Zekerheid de preferente zorgverzekeraar is zijn er afspraken gemaakt samen met zorgaanbieders over de vormgeving van de regionale coördinatiepunten. Dit heeft als doel om ervoor te zorgen dat vraag naar en aanbod van ELV-zorg goed op elkaar afgestemd kunnen worden en een goede doorstroom ondersteund wordt. Voor de organisatie en financiering van de ELV-coördinatie maken wij voor 2022 afspraken in de regio waar wij de preferente verzekeraar zijn en in de andere regio's volgen wij, na een marginale toetsing, in principe de afspraken die gemaakt zijn door de preferente verzekeraar van die regio. Zorg en Zekerheid kan de bekostigingsmethodiek van de preferente verzekeraar overnemen of besluiten om het bedrag dat uit het marktaandeel komt per coördinatiepunt op één uniforme manier te betalen.

Voor Eerstelijnsverblijf ligt de focus op:

- Ervoor zorgen dat de ELV-zorg voldoende toegankelijk en beschikbaar is in de buurt van onze verzekerden en dat de 24-uurs opname goed georganiseerd is.

- Het regionaal organiseren van de toestroom naar het eerstelijnsverblijf. Hierbij gaat het ook om het maken van afspraken met de betrokken partijen over de manier waarop wordt verwezen naar ELV-aanbieders.
- Het benchmarken van onder andere de verblijfsduur en de doorstroom naar huis om gepast gebruik van zorg te stimuleren. Dit doen wij met behulp van eigen data en de landelijke informatie van Vektis.
- Het streven om te komen tot een minimale omvang van beschikbare ELV-plaatsen per aanbieder; om de kwaliteit en de samenwerking in de keten te waarborgen.
- Het toewerken naar een integrale inkoop van ELV hoog complex in combinatie met GRZ.

3.1.2 Regionaal doorstroomoverleg

In de regio Leiden en Amstelland vindt er periodiek een doorstroomoverleg plaats waarbij de verschillende ketenpartners, die een aandeel hebben in de doorstroom van patiënten vanuit het ziekenhuis of een ELV-/GRZ-instelling naar huis of andersom, en Zorg en Zekerheid betrokken zijn. In het gekozen klantpad Ouderenzorg worden de mogelijke in- en uitstroomscenario's vanuit het ziekenhuis in kaart gebracht en zal gezamenlijk met de ziekenhuizen en de VVT-aanbieders worden gewerkt aan oplossingen voor regionale knelpunten. Dit is een lastige opgave, gezien de soms beperkte doorstroommogelijkheden naar een vorm van herstellzorg of een Wlz-instelling. Tijdige communicatie en samenwerking tussen de verschillende ketenpartners en een financiering die aansluit bij de zorgvraag van een patiënt zijn essentieel om te zorgen voor een goede doorstroom.

3.1.3 Ontschotting tijdelijke herstellzorg

Op dit moment bestaan er scheidingen tussen de verschillende vormen van tijdelijke (herstel)zorg. Tijdelijke herstellzorg kan afhankelijk van de regelgeving vallen onder de Wmo, Zvw of de Wlz. Dit is voor zorgaanbieders en klanten onoverzichtelijk. Ook zorgen de verschillende financieringsstromen voor oneigenlijke prikkels, extra administratieve lasten en een suboptimale inzet van de beschikbare beddencapaciteit.

Om de capaciteit optimaal te benutten willen wij in de regio één of meerdere experimenten met white-label bedden¹ opzetten. Op deze bedden kunnen verschillende vormen van tijdelijke herstellzorg worden gegeven, waarbij achteraf per klant wordt vastgesteld welke vorm van bekostiging aangewezen is. Het doel is om tot 'best practices' te komen die leiden tot goede zorgpaden en een sterke positie van ELV- en GRZ-herstellzorg in de keten, waarbij in de keten ook zo mogelijk de zorg uit de Wlz en Wmo wordt opgenomen. Hiermee dragen we bij aan passende, zinnige en zuinige zorg op de juiste plek, die voldoet aan de verwachtingen van onze klanten.

3.1.4 Observatiebedden

Bij ouderen waarvan hun gezondheidstoestand thuis snel achteruit is gegaan of die net een ziekenhuisopname hebben gehad, is soms niet meteen duidelijk tijdens de triage wat het perspectief op herstel is. Kunnen zij na herstellzorg weer naar huis? Welke vorm van zorg na een ziekenhuisopname is nodig? Het is belangrijk dat deze diagnose goed gesteld wordt, omdat op basis hiervan wordt gekeken welke zorg na een ziekenhuisopname passend is.

Normaal vindt de indicatiestelling plaats in het ziekenhuis. Een patiënt blijft na opname langer in het ziekenhuis of komt vanuit huis naar het ziekenhuis waar de indicatiestelling plaatsvindt op de spoedeisende hulp. Het is gebleken dat de ziekenhuisomgeving de gezondheidstoestand van kwetsbare ouderen niet bevordert en daarnaast worden er onnodig ziekenhuisbedden bezet gehouden. Om deze ouderen, waarvan het niet meteen duidelijk is welke zorg zij na een ziekenhuisopname nodig hebben, toch tijdig de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden, hebben wij met enkele aanbieders in onze regio voor 2021 afspraken gemaakt over het gebruik van zogenoemde observatiebedden: een plek buiten het ziekenhuis om de klant te observeren en passende zorg te bieden.

¹ White-label bedden zijn bedden waar voorafgaand aan de zorg nog geen financieringsstroom aan verbonden is (Zvw, Wmo, Wlz). Er wordt tijdelijke zorg geleverd en achteraf wordt beoordeeld uit welke wet dit bekostigd wordt.

De gemaakte afspraken zijn aanvullend op een maatwerkovereenkomst Eerstelijnsverblijf 2021. Indien uit de evaluatie aan het einde van de zomer 2021 blijkt dat de inzet van observatiebedden effectief is dan zullen wij de afspraken in 2022 voortzetten en eventueel uitbreiden naar andere maatwerkaanbieders in onze regio, als zij hiervoor openstaan. Tevens zullen wij afhankelijk van de uitkomst van de evaluatie bekijken of wij de de toegang tot observatiebedden in 2022 ook gaan openstellen voor huisartsen, op voorwaarde dat de zorgvraag van de patiënt niet op voorhand duidelijk te indiceren is en de huisarts in gezamenlijk overleg met de Specialist Ouderengeneeskunde tot het besluit van opname is gekomen.

3.1.5 Acute zorg

In veel gevallen is er voorafgaand aan het verblijf in een ELV- of GRZ-instelling sprake geweest van een acute gebeurtenis. Multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende ketenpartners die betrokken zijn in de periode voorafgaand aan deze acute situatie tot het moment dat de patiënt weer terugkeert naar huis is essentieel. Voor patiënten die acute zorg nodig hebben, is het belangrijk dat de zorg zo georganiseerd en gecoördineerd is dat zij snel bij de juiste schakel in de zorgketen terechtkomen. Wanneer de triage op meerdere plekken plaatsvindt, is dit lang niet altijd in het voordeel van de patiënt. In onze regio is een pilot gestart onder regie van de Regionale Ambulancevervoerder (RAV) met een gezamenlijke triage door de RAV, huisartsenpost en de wijkverpleging. Hierbij worden alle activiteiten gericht op het triëren, afstemmen, regisseren en bewaken van de uitvoering van de zorgverlening aan de patiënt met een acute zorgvraag door de betrokken ketenpartners gezamenlijk georganiseerd. Wij pakken hiernaast geen andere initiatieven op rondom de organisatie van gezamenlijke triage, maar wachten eerst de uitkomsten van deze pilot af. De voortgang van deze pilot en de mate waarin de gezamenlijke triage op korte termijn verder kan worden opgepakt is afhankelijk van de ontwikkelingen rondom Covid-19.

Nog belangrijker is het voorkomen van een acute gebeurtenis. De huisarts heeft een belangrijke signalerende rol om te voorkomen dat patiënten in een spoedsituatie in het ziekenhuis terechtkomen. Een groot gedeelte van de mensen die een verhoogde kans hebben op een plotselinge spoedsituatie maken al gebruik van wijkverpleging. Thuiszorgaanbieders, huisartsen en gemeenten kunnen elkaar versterken in het voorkomen van of voorbereid zijn op een acute situatie. De inzet op preventie, zoals valpreventie, is hiervan een goed voorbeeld.

3.2 Juiste Zorg op de Juiste Plek

Voor het bieden van de juiste zorg op de juiste plek staan wij open voor een innovatief zorgaanbod en afspraken op basis van een experimentbeposting. Daarbij is het voor ons essentieel dat een innovatief zorgaanbod toegevoegde waarde heeft voor zoveel mogelijk van onze verzekerden. Graag willen wij dit vormgeven met aanbieders uit onze kernregio door specifieke afspraken te maken om de zorg te transformeren. Voor de voorwaarden hiervoor verwijzen wij naar het Algemeen Inkoopbeleid.

3.3 Zorg voor kwetsbare ouderen

De groep patiënten die in aanmerking komt voor zorg die valt onder eerstelijnsverblijfszorg, geriatrische revalidatiezorg en geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen is vaak een kwetsbare groep, die voor een groot deel bestaat uit oudere patiënten. Om die reden is dit een belangrijke doelgroep waar we in het bijzonder aandacht aan willen besteden in dit inkoopbeleid.

ELV, GRZ en GZSP hebben nauwe raakvlakken met andere zorgsoorten. Goed georganiseerde ketenzorg waarbij de wensen, behoeften en kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen centraal staan is van groot belang om zo lang mogelijk thuis te wonen en zorg te ontvangen. Domein-overstijgende samenwerking tussen wijkverpleegkundigen, huisartsen, ziekenhuizen, paramedici, gemeenten en aanbieders vanuit de Wlz is daarbij nodig. Zorg en Zekerheid heeft een overkoepelende visie 'Toekomstbestendige ouderenzorg in de regio' opgesteld, te vinden op onze website. Daarnaast hebben wij voor 2022 gekozen om een klantpad Ouderenzorg uit te werken om te komen tot zorgsoortoverstijgende afspraken en

samenwerkingen in de regio. In aansluiting hierop gaan wij met ELV- en GRZ-aanbieders in gesprek hoe wij de tijdelijke zorg voor ouderen zo goed mogelijk kunnen organiseren.

3.4 Voorwaarden voor het sluiten van een overeenkomst

Wij lichten in deze paragraaf toe wanneer en hoe u als bestaande of nieuwe aanbieder in aanmerking kunt komen voor een overeenkomst ELV, GRZ en/of GZSP voor 2022.

3.4.1 Bestaande aanbieders

U komt in aanmerking voor een overeenkomst ELV, GRZ en/of GZSP 2022 van Zorg en Zekerheid als u in 2021 een overeenkomst voor het leveren van deze zorg had met Zorg en Zekerheid en deze overeenkomst niet ontbonden of beëindigd is gedurende de looptijd dan wel niet verlengd is. Tenslotte voldoet u bij aanvang van de nieuwe overeenkomst en gedurende de looptijd aan de minimum- en kwaliteitscriteria die zijn genoemd in bijlage 2, 3 en/of 4 van dit document. In dat geval beschouwen wij u als bestaande aanbieder.

3.4.2 Nieuwe aanbieders

Nieuwe aanbieders kunnen in aanmerking komen voor een overeenkomst 2022. Als nieuwe zorgaanbieders definiëren we: 'Zorgaanbieders die in 2021 geen overeenkomst voor ELV,GRZ of GZSP hadden met Zorg en Zekerheid'. Onder nieuwe zorgaanbieders verstaan wij ook: zorgaanbieders die in 2019 t/m 2021 via onderlinge dienstverlening bij gecontracteerde zorgaanbieders hebben gewerkt.

Nieuwe ELV-, GRZ-, en GZSP-aanbieders kunnen in aanmerking komen voor een overeenkomst na beoordeling van de minimum- en kwaliteitseisen en als zij kunnen aantonen dat ze ten opzichte van het huidige aanbod een significante toevoeging zijn in de keten (te denken valt aan aantoonbare doelmatigheid of aantoonbare verbetering van zorg). Aanvragen voor toelating met alle daarbij behorende documenten moeten **voor 1 september 2021** bij Zorg en Zekerheid binnen zijn. Na deze datum nemen wij de aanvraag niet meer in behandeling.

3.4.3 Uitsluitingsgronden

Als er sprake is van één of meerdere genoemde uitsluitingsgronden in bijlage 1 van dit inkoopbeleid, dan komt u niet in aanmerking voor een overeenkomst 2022. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst zijn deze gronden van kracht.

3.5 Soorten overeenkomsten

Indien u in aanmerking komt voor een overeenkomst, dan kennen wij voor ELV, GRZ en de GZSP twee varianten. Een basisovereenkomst en een maatwerkovereenkomst.

3.5.1 Basisovereenkomst ELV

Een zorgaanbieder komt in aanmerking voor een basisovereenkomst indien:

- De instelling voor 2021 een overeenkomst heeft gesloten met Zorg en Zekerheid en waarbij er sprake is van een beperkt aantal patiënten die verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid.
- De instelling een nieuwe aanbieder is en voldoet aan de voorwaarden genoemd in paragraaf 3.3.1 en 3.3.2.

Bij een basisovereenkomst is er sprake van een prijsafspraken. Dit betekent dat wij een contractvoorstel doen met een prijsafspraken, waarbij wij ook rekening houden met de landelijke NZa-indexering en onze benchmarkgegevens. Vanaf 2022 maken wij voor de basisovereenkomst ELV een meerjarenafspraak van twee jaar waarbij wij in principe de prijs elk jaar aanpassen op basis van een prijsindexatie. Bij wijzigingen in beleidsregels, wet- en regelgeving treden partijen tijdig in overleg en wordt er een aanvullend of gewijzigd contractaanbod gedaan.

3.5.2 Maatwerkovereenkomst ELV

Een aantal zorgaanbieders ontvangt op initiatief van Zorg en Zekerheid een prijsafspraken met aanvullende maatwerkafspraken voor doelmatigheid, zorgvernieuwing, of resultaatafspraken. Criteria voor een maatwerkafspraken zijn:

- De zorgaanbieder heeft > € 300.000 in totaal aan kosten bij Zorg en Zekerheid (in 2019 en/of in 2020) aan zorg gedeclareerd en/of:
- De zorgaanbieder heeft een afwijking van het gemiddeld aantal ligdagen van klanten op één of meerdere van de drie prestaties in 2019 en/of 2020 (en het eerste halfjaar 2021) ten opzichte van het landelijke gemiddelde.

Categorie	Omzet 2019 en/of 2020	Gemiddeld aantal ligdagen per verzekerde 2019 en /of 2020 op 1 of meerdere prestaties ELV	Afspraak
Basis	≥ € 300.000	Gelijk of minimale afwijking van het landelijk gemiddelde	Prijsafspraken
Basis met een aanvullende afspraak	≥ € 300.000	Afwijking van het landelijk gemiddelde	Omzetplafond of omzetplafond met staffelafspraken

Het uitgangspunt voor plafondafspraken ELV is het gemiddeld aantal ligdagen ELV laagcomplex, hoogcomplex en palliatief, die door de betreffende zorgaanbieder over 2019, 2020 (en mogelijk het eerste halfjaar 2021) zijn gedeclareerd ten opzichte van het landelijke gemiddelde vanuit de Vektis benchmark.

Als basis voor de tariefstelling in 2022 worden de volgende onderdelen in overweging genomen:

- De afgesproken tarieven in het omzetjaar 2021.
- Een indexering afhankelijk van het aantal klanten in de afgelopen twee jaar, de gemiddelde ligduur en kosten per klant ten opzichte van de Vektis benchmark.
- De landelijke prijsindexatie van de NZa.

3.5.3 Basisovereenkomst GRZ

De GRZ-aanbieders met een omzet < € 600.000 op jaarbasis voor Zorg en Zekerheid krijgen een basisovereenkomst aangeboden. Het voorstel dat wij doen is in lijn met dat van voorgaande jaren, mits de afwijking van de kosten per verzekerde niet significant naar boven afwijkt van het benchmarkgemiddelde of een significante stijging ten opzichte van het voorgaande jaar vertoont. Vanaf 2022 maken wij voor de basisovereenkomst GRZ een meerjarenafspraken van drie jaar waarbij wij in principe ieder jaar de prijs aanpassen op basis van een NZa-indexatie. Bij wijzigingen in beleidsregels, wet- en regelgeving treden partijen tijdig in overleg en wordt er een aanvullend of gewijzigd contractaanbod gedaan.

3.5.4 Maatwerkovereenkomst GRZ

Onder de GRZ-aanbieders met gedeclareerde kosten bij Zorg en Zekerheid > € 600.000 vallen de aanbieders die strategisch van belang zijn en/of een substantiële omzet hebben voor Zorg en Zekerheid. Deze GRZ- zorgaanbieders hebben meestal hun werkgebied in de regio waar Zorg en Zekerheid veel verzekerden heeft. Deze aanbieders ontvangen op initiatief van Zorg en Zekerheid een prijsafspraken met een aanvullende maatwerkafspraken over doelmatigheid.

Het uitgangspunt voor de doelmatigheidsafspraken GRZ zijn de ligduur en de gemiddelde kosten per unieke verzekerde op jaarbasis. Zorg en Zekerheid ziet praktijkvariatie in de gemiddelde ligduur. Wij willen deze praktijkvariatie terugdringen en daarmee ook de gemiddelde kosten per verzekerde.

Uitgangspunten voor de tarieven GRZ in 2022 zijn de afspraken die gemaakt zijn in 2021. In beginsel worden de prijzen aangepast op basis van de NZa-indexatie. Bij een gerealiseerde doelmatigheid over 2019 en 2020 die beter of slechter is dan de benchmark kunnen wij respectievelijk ten positieve of ten negatieve afwijken van de landelijke prijsindexatie.

3.5.5 Basisovereenkomst GZSP

De aanbieders die in 2021 een overeenkomst hadden voor de GZSP met < € 100.000 gedeclareerde kosten voor Zorg en Zekerheid-verzekerden, ontvangen van ons automatisch een basisovereenkomst. Voor nieuwe aanbieders is er ook de mogelijkheid om een overeenkomst te ontvangen, maar zij moeten zich hiervoor melden bij ons. Bij een basisovereenkomst is er sprake van een prijsafpraak. Dit betekent dat wij een voorstel doen met een prijsafpraak over een percentage van het NZA max-tarief. Eventuele indexaties van de Nza op de prijzen worden meegenomen.

3.5.6 Maatwerkovereenkomst GZSP

De aanbieders die in 2021 een overeenkomst hadden voor de GZSP met > € 100.000 gedeclareerde kosten voor Zorg en Zekerheid-verzekerden, ontvangen een maatwerkovereenkomst met een budgetplafond of budgetplafond met staffelafpraak. Het budget zal gebaseerd zijn op de gedeclareerde kosten voor Zorg en Zekerheid-verzekerden over 2020 met een indexatie op basis van prijs- en volumegroei. Met deze aanbieders zullen wij in gesprek gaan om een passende afspraak te maken, waarbij er onderhandelbaar is of er een budgetplafond of een budgetplafond met staffel afgesproken wordt.

4. Wijze van contracteren en planning

4.1 Digitaal contracteren

De zorgaanbieders die aanspraak maken op een overeenkomst krijgen een overeenkomst en tarieven voor ELV, GRZ en/of GZSP aangeboden via het digitale inkoopportaal van VECOZO. Voor GRZ, ELV- en GZSP-overeenkomsten wordt gebruikgemaakt van de contracteermodule. Zowel voor u als voor ons kent het contracteren via VECOZO voordelen. De belangrijkste daarvan is dat u direct inzicht heeft in de status van uw overeenkomst. Daarnaast verloopt het proces snel en efficiënt met zo min mogelijk administratieve belasting voor beide partijen.

Om de contractering soepel te laten verlopen vragen wij u om u alvast voor te bereiden op deze procedure, voor zover u dat niet al gedaan hebt. Voor het gebruik van het VECOZO Zorginkoopportaal moet elke aanbieder namelijk een dienstenovereenkomst met VECOZO afsluiten en in het bezit zijn van een (persoonlijk) certificaat met autorisatie voor het VECOZO Zorginkoopportaal. Alle informatie over hoe u zich bij VECOZO kunt aansluiten, welke modules voor u relevant zijn en antwoorden op technische vragen kunt u vinden via: <https://www.vecozo.nl/support/zorginkoopportaal/>.

4.2 Planning

Voor onze verzekerden is het belangrijk dat zij tijdig weten welke zorgaanbieders voor 2022 gecontracteerd zijn. Op basis van deze informatie moeten zij immers de mogelijkheid hebben om te kunnen wisselen van zorgverzekeraar. Wij willen graag aan deze eis voldoen en streven ernaar om de (financiële) afspraken 2022 begin november af te ronden. Wij bieden onze overeenkomsten tijdig aan, zodat ook u als zorgaanbieder voldoende tijd hebt om te reageren. Onze planning voor het komende inkoopjaar (2022) ziet er als volgt uit:

Uiterste datum	Inkoopactiviteit
1 april 2021	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl
1 mei 2021	Zorgaanbieders hebben de mogelijkheid om tot 1 mei 2021 schriftelijk te reageren op het inkoopbeleid. Deze reacties zal Zorg en Zekerheid ter overweging meenemen.
1 juli 2021	Publicatie van eventuele aanvullingen op het inkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .
1 september	Deadline aanvraag overeenkomst nieuwe aanbieders.
september 2021	Aanbod basisovereenkomsten ELV, GRZ en GZSP.
augustus – oktober 2021	Gesprekken op initiatief van de zorgverzekeraar voor maatwerkafspraken.
1 november 2021	Afronding contractering 2022 en sluiting van VECOZO Zorginkoopportaal.
12 november 2021	Informeren verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod via onze website.

5. Bereikbaarheid

Wij hopen dat u een helder beeld heeft gekregen van ons inkoopbeleid in 2022. Voor vragen kunt u ons bereiken per e-mail of telefoon. U vindt de contactgegevens op: www.zorgenzekerheid.nl.

Vragen over de status van uw contractering kunt u per e-mail sturen naar: contractbeheer@zorgenzekerheid.nl. Of u kunt ons telefonisch bereiken via (071) 582 54 41.

Disclaimer

Dit zorginkoopbeleid is opgesteld met inachtneming van de nu bekende wettelijke, beleids- en financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor om het zorginkoopbeleid en de bijbehorende zorginkoopprocedure op enig moment aan te passen wegens gewijzigde of nog te wijzigen wet- en regelgeving (inclusief beleidswijzigingen) en gewijzigde of nog te wijzigen financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich ook het recht voor om het zorginkoopbeleid verder aan te vullen, te wijzigen en/of te verduidelijken, ook in het licht van de toekomstige effecten op de zorg door de coronacrisis.

Bijlage 1: Uitsluitingsgronden ELV, GRZ en GZSP

De zorgaanbieder is uitgesloten van een overeenkomst voor Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatiezorg en/of Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen, of de overeenkomst wordt gedurende de looptijd ontbonden, indien sprake is van een van de volgende situaties:

- Tegen de zorgaanbieder is bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 177a, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht.
- De zorgaanbieder verkeert in staat van faillissement of liquidatie, heeft de werkzaamheden gestaakt, verkeert in surseance van betaling of een andere vergelijkbare toestand, ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU.
- Voor de zorgaanbieder is faillissement of liquidatie aangevraagd of tegen hem is een procedure aanhangig gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU.
- Op de zorgaanbieder is een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde volgens de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie gedaan, waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met zijn beroepsgedragsregels.
- De zorgaanbieder heeft in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout begaan, vastgesteld op een grond die de zorgverzekeraar aannemelijk kan maken.
- De zorgaanbieder heeft niet aan zijn verplichtingen voldaan ten aanzien van de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland.
- De zorgaanbieder heeft niet aan zijn verplichtingen voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland.
- De zorgaanbieder heeft zich ernstig schuldig gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of heeft de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet verstrekt.
- Indien gedurende de looptijd van de overeenkomst blijkt dat één of meer van de uitsluitingsgronden wel op de zorgverlener van toepassing zijn, heeft Zorg en Zekerheid het recht de overeenkomst met onmiddellijke ingang op te zeggen.

Bijlage 2: Minimum- en kwaliteitseisen ELV 2022

Alle zorgaanbieders moeten aantoonbaar voldoen aan onderstaande eisen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst moeten zij aan deze eisen voldoen.

De minimum- en kwaliteitseisen die gelden zijn:

- De zorgaanbieder levert zorg op grond van geldende wet- en regelgeving (Nza-beleidsregels).
- De zorgaanbieder is een rechtspersoon en beschikt over de vereiste WTZa-toelating voor de levering van ELV-zorg, zoals opgenomen in de Zvw, en hij voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de bestuursverklaring.
- De zorgaanbieder beschikt in 2022 over minimaal één AGB-code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie.
- De zorgovereenkomst wordt uitsluitend via het Zorginkoopportaal van VECOZO gesloten: de aanbieders moeten dus beschikken over de juiste VECOZO-certificaten.
- Alle geleverde zorg voldoet tenminste aan de laatste eisen, standaarden en normen van de beroepsgroep, aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en is in lijn met de standpunten van Zorginstituut Nederland.
- De zorgaanbieder heeft de Zorgbrede Governancecode ingevoerd en leeft deze na.
- De zorgaanbieder biedt 24 uur per dag toezicht via de aanwezigheid van verpleegkundige zorg niveau 4 of 5.
- De eerstverantwoordelijke verpleegkundige heeft minimaal deskundigheidsniveau 4.
- Om hoogcomplexe zorg te mogen leveren moet de eerstelijnszorginstelling een specialist ouderengeneeskunde in kunnen zetten en periodiek evalueren of overdracht van hoog- naar laagcomplexe zorg voorafgaand aan terugkeer naar huis mogelijk is.
- De zorgaanbieder werkt aantoonbaar volgens privacywetgeving.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder levert transparantie op het gebied van kwaliteit en kosten (indicatoren).
- De zorgaanbieder voert jaarlijks een klanttevredenheidsonderzoek uit en heeft in overleg met de cliëntenraad verbeterpunten voortkomende uit het onderzoek actief ter hand genomen. De zorgaanbieder hanteert de daarvoor landelijk beschikbare onderzoeksvragenlijst voor verstrekking van algemene zorginformatie (o.a. Zorgkaart Nederland).
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale coördinatiepunt ELV om inzicht in beschikbaarheid van ELV-plaatsen te borgen.
- Er is sprake van ketensamenwerking tussen de ELV-instelling, ziekenhuizen en huisartsen in de regio via het regionale coördinatiepunt over de opname en toelating tot ELV-zorg.
- De zorgaanbieder maakt afspraken (in ieder geval met de eigen huisarts van de verzekerde) over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen ziekenhuis en het eerstelijnsverblijf bij opname en ontslag.
- De zorgaanbieder biedt de zorg in een daartoe geschikte verpleegkundige en therapeutische verblijfsomgeving. Daarmee wordt bedoeld dat de klant gedurende het verblijf beschikt over een naar behoren medisch gemeubileerde kamer met beschikbaarheid tot was/doucheruimte, beide voorzien van een alarmeringssysteem en hulpmiddelen voor stabiliteit en ondersteuning van mobiliteit. Een therapeutisch klimaat en behandelsetting is aanwezig in het verblijf voor de eerstelijnszorg. Tevens zijn de benodigde verpleegtechnische hulpmiddelen aanwezig.
- De zorgaanbieder garandeert de beschikbaarheid van medische zorg bij spoed, conform de richtlijn van de LHV: de aanrijtijd van een medisch verantwoordelijke is maximaal 15 minuten en binnen 30 seconden moet er een reactie (door middel van telefoon, ICT, beeldbellen) zijn.
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit).
- De opnamemogelijkheden van het eerstelijnsverblijf zijn zodanig dat een klant met geplande zorg binnen 48 uur kan worden opgenomen. Voor acute zorg garandeert de instelling 24-uurservice en directe opname.

Aanvullende minimumeisen voor palliatieve zorg

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

- Er zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5 beschikbaar, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden, zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen Palliatieve Zorg V&VN.
- De zorgaanbieder beschikt over een, direct bij het primaire proces betrokken, aandachtfunctionaris voor palliatieve zorg.
- Huisartsen en/of SO/AVG uit het consultatieteam zijn ten minste gestart met de kaderopleiding palliatieve zorg of de zogenaamde Cardiff-opleiding Palliatieve zorg. De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van deze consultatievoorziening indien noodzakelijk, tenzij de eigen huisarts of SO/AVG deze opleiding volgt of heeft gevolgd.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ) en werkt hier actief mee samen.
- De zorgaanbieder werkt volgens het Zorgpad palliatieve zorg eerste lijn. Bron: integraal kankercentrum Nederland (Iknl).
- De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van de LESA-richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak) en, indien aanwezig binnen het werkgebied, de regionale transmurale afspraken (RTA) op het gebied van palliatieve zorg.
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers zich (bij)scholen op het gebied van palliatieve zorg.

Bijlage 3: Minimum- en kwaliteitseisen GRZ 2022

Alle zorgaanbieders moeten aantoonbaar voldoen aan onderstaande eisen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst moeten zij aan deze eisen voldoen.

De minimum- en kwaliteitseisen die gelden zijn:

- De zorgaanbieder levert zorg op grond van geldende wet- en regelgeving (Nza-beleidsregels).
- De zorgaanbieder is een rechtspersoon en beschikt over de vereiste WTZa-toelating voor de levering van GRZ-zorg, zoals opgenomen in de Zvw, en hij voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de bestuursverklaring;
- De zorgaanbieder beschikt in 2022 over minimaal één AGB-code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie.
- Declaraties worden digitaal ingediend via VECOZO en volgens de regels en instructies die gelden voor het declareren van de DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. De instelling voorkomt het declareren van dubbele en parallelle DBC-zorgproducten en/of overige zorgproducten voor dezelfde zorgvraag binnen de eigen instelling en/of met andere instellingen. Indien een andere instelling zorgactiviteiten uitvoert, wordt dit tussen de instellingen onderling verrekend in het kader van wederzijdse dienstverlening en niet apart gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.
- Het volledige medische personeel van de instelling beschikt over een BIG-registratie, waarbij de medisch specialisten zijn geregistreerd in het specialistenregister van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).
- Alle geleverde zorg voldoet tenminste aan de laatste eisen, standaarden en normen van de beroepsgroep, aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en is in lijn met de standpunten van Zorginstituut Nederland. De zorgaanbieder voert jaarlijks een zelfevaluatie uit naar de bereikte kwaliteit, gebruikmakend van indicatoren uit het landelijk kwaliteitskader.
- De zorgaanbieder heeft de Governancecode Zorg ingevoerd en leeft deze na.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid en klachtenregeling.
- De instelling verzorgt zelf het volledige behandeltraject dat past bij de aandoening of de ziekte conform de huidige stand van wetenschap en praktijk en is hier verantwoordelijk voor. Onderaanneming is niet toegestaan.
- De instelling beschikt over een geaccrediteerd/gecertificeerd Veiligheidsmanagement Systeem (VMS) en de realisatie van de VMS-thema's wordt besproken en gevolgd door middel van onder andere de zelfmonitor.
- Zorg en Zekerheid stimuleert ook deelname aan patiënttevredenheidsmetingen (CQ's/PROMS). De uitkomsten van deze vragenlijsten geven inzicht in wat klanten zelf belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn met de zorg. Op deze manier wordt ook waardevolle informatie verkregen over de kwaliteit van de geleverde zorg.
- Een contracteervoorwaarde is dat de zorgaanbieder voor de diagnosegroepen CVA, Orthopedie, Trauma en Overig ten minste tien GRZ-bedden heeft.
- De instelling verleent op gepaste wijze zorg. Hieronder wordt verstaan dat de zorgaanbieder inzet op terugdringing van de klinische opnameduur en vergroting van de extramurale nazorg. De prestaties op gebied van gemiddelde lig- en behandelduur zijn desgevraagd inzichtelijk voor de zorgverzekeraars.
- De zorgaanbieder controleert of de behandelend medisch specialist of een specialist ouderengeneeskunde de geriatrische revalidatiezorg tijdens de ziekenhuisopname heeft geïndiceerd door middel van een triage- instrument. De zorgaanbieder controleert of de geleverde zorg aansluit op de voorafgaande ziekenhuisopname, waarbij de verzekerde voorafgaand aan die ziekenhuisopname niet ten laste van de Wlz verbleef of werd behandeld in een verpleeghuis of andere zorginstelling.

Bijlage 4: Minimum- en kwaliteitseisen GZSP 2022

Zorgaanbieders moeten aan alle van toepassing zijnde, onderstaande minimum- en kwaliteitseisen voldoen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst moeten zij aan deze eisen voldoen. De eisen zijn opgesplitst in een algemeen gedeelte en in een specifiek gedeelte voor individuele prestaties en voor zorg in een groep.

Algemene minimum- en kwaliteitseisen die gelden voor alle aanbieders zijn:

- De zorgaanbieder levert zorg op grond van geldende wet- en regelgeving (Nza-beleidsregels).
- Indien de zorgaanbieder een rechtspersoon is, dan beschikt deze over de vereiste WTZa-toelating voor de levering van zorg die binnen de GZSP valt en de zorgaanbieder voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist.
- Indien de zorgaanbieder geen rechtspersoon is dan beschikt deze over een schriftelijke vastlegging van een juridische samenwerkingsverband.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de bestuursverklaring.
- De zorgaanbieder beschikt in 2022 over minimaal één AGB-code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie.
- De declaraties worden digitaal ingediend via VECOZO.
- De zorgaanbieder heeft de geldende Governancecode Zorg ingevoerd indien hij hier vanuit de Governancecode Zorg verplicht toe zijn en leeft deze na.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid en klachtenregeling.
- Alle geleverde zorg voldoet tenminste aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en is in lijn met de standpunten van Zorginstituut Nederland.
- De zorgaanbieder maakt afspraken over de overdracht van medische gegevens van de huisarts of kinderarts naar de regiebehandelaren.
- De zorgaanbieder maakt afspraken over de inzage van medische gegevens binnen de betreffende multidisciplinaire behandelteams.

De specifieke minimum- en kwaliteitseisen die gelden voor individuele prestaties:

- De SO en AVG 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. De prestaties voor gedragswetenschappers en paramedici (als onderdeel van GZSP) worden naast andere prestaties voor GZSP geleverd (SO/AVG of zorg in een groep) of vanuit een programma met het keurmerk van Hersenz of FACT LVB.
- **Het doel van de zorg die valt binnen de individuele prestaties omvat:**
 - Geneeskundige zorg. Er worden gerichte behandeldoelen vastgesteld voor de start van de behandeling, op basis van functionele diagnostiek.
 - Het opstellen van een behandelplan aan de hand van behandeldoelen, dat gestructureerd wordt uitgevoerd.
 - Behandeling gericht op herstel of behoud van functies of vertragen van achteruitgang.
 - Zo lang mogelijk behoud zelfredzaamheid en vermogen tot eigen regie van de patiënt.
 - De mogelijk voor de patiënt om thuis te blijven wonen.
- Wie in aanmerking komt voor deze prestaties is beschreven in de prestatiebeschrijvingen van de NZa.
- **Patiënten komen voor individuele prestatie(s) in aanmerking als:**
 - Er sprake is van kwetsbaarheid (opeenstapeling van lichamelijke, psychische, cognitieve en/of sociale beperkingen in het functioneren die de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functiebeperkingen, verminderde kwaliteit van leven, opname en overlijden); en

- Er sprake is van verminderde leer- en trainbaarheid, maar door voldoende vermogen om te leren wel behandelperspectief.
- **Patiënten komen niet (meer) voor individuele prestatie(s) in aanmerking als:**
 - Het doel van de behandeling is bereikt en er is geen vervolgoel is gesteld voor een individuele prestatie GZSP.
 - De zorg afgeschaald kan worden naar reguliere eerstelijnszorg.
 - Blijkt dat het behandelgoal niet wordt behaald, bijvoorbeeld door achteruitgang, en verdere behandeling binnen GZSP naar het oordeel van de regiebehandelaar niet zinvol meer is.
 - Er sprake is van een klinische opname.
 - Er 24 uur zorg/toezicht nodig is.
 - Er sprake is van een Wlz-indicatie.
- **(Algemene) vereisten individuele beroepsbeoefenaars:**
 - De zorgverlener beschikt over een geldige BIG-registratie².
 - 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 zorgverleners (onder andere huisartsen, SO's, AVG's, paramedici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen) dat multidisciplinaire zorg verleend kan worden.
- **Specifieke vereiste voor Specialisten ouderengeneeskunde (SO):**
 - De zorgaanbieder houdt zich aan het convenant LHV – Verenso (Samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde).
- **Specifieke vereisten voor de specialisten ouderengeneeskunde (SO) en artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG):**
 - De SO en AVG zijn binnen kantoortijden beschikbaar voor consulten. Daarnaast heeft de zorgaanbieder afspraken gemaakt met de SEH en HAP om de continuïteit van de zorg ook buiten kantoortijden te borgen.
 - De zorgaanbieder heeft schriftelijke afspraken gemaakt met huisartsengroepen, bijvoorbeeld in de vorm van een SLA, maar in ieder geval in de vorm van een statuut of schriftelijk document, waarin aangegeven is hoe en in welke vorm de zorg geleverd wordt, hoe de verantwoordelijkheidsverdeling geregeld is en welke werkafspraken zijn gemaakt.
- De zorgduur is beschreven in het behandelplan, en gebaseerd op de zorgvraag van de patiënt en de prognose/onderbouwing van de regiebehandelaar.
- Het behandelplan wordt minimaal elk half jaar multidisciplinair geëvalueerd (met uitzondering van individuele prestaties door de SO en AVG), waarna de behandelgoals zo nodig gemotiveerd worden bijgesteld. Als er geen verbetering of stabiliteit meer te bereiken is, wordt de behandeling beëindigd. In het behandelplan is opgenomen wanneer en hoe geëvalueerd wordt.
- **Specifieke vereisten voor de gedragswetenschappers:**
 - De gedragswetenschapper houdt zich aan de [landelijke samenwerkingsafspraken](#) tussen huisarts en generalistische basis ggz, daar waar deze toepasbaar zijn op GZSP.
 - De gedragswetenschapper kan ook andere disciplines inzetten, als die van toegevoegde waarde zijn om het behandelresultaat te bereiken. Zij staan onder regie van de gedragswetenschapper en verlenen zorg in het kader van een multidisciplinair behandelplan.

De specifieke minimum- en kwaliteitseisen die gelden voor zorg in een groep:

² Geldt voor de SO, AVG, gedragswetenschapper en fysiotherapeut.

- **Het doel van zorg in een groep omvat:**
 - Geneeskundige zorg. Er worden gerichte behandeldoelen vastgesteld voor 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 van het behandelplan in een behandelklimaat op locatie die hiervoor is ingericht³.
 - Behandeling gericht op herstel of behoud van functies of vertragen van achteruitgang.
 - Zo lang mogelijk behoud zelfredzaamheid en vermogen tot eigen regie van de patiënt.
 - De mogelijkheid voor de patiënt om thuis te blijven wonen.
- 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.
- **Patiënten komen voor zorg in een groep in aanmerking als:**
 - Er sprake is van kwetsbaarheid (opeenstapeling van lichamelijke, psychische, cognitieve en/of sociale beperkingen in het functioneren die de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functiebeperkingen, verminderde kwaliteit van leven, opname en overlijden). Verminderde leer- en trainbaarheid, maar door voldoende vermogen om te leren wel behandelperspectief.
 - Monodisciplinaire behandeling in de eerste en/of tweede lijn niet volstaat.
 - Er noodzaak is tot multidisciplinaire aanpak.
- **Patiënten komen niet (meer) voor zorg in een groep in aanmerking als:**
 - Het doel van de behandeling is bereikt en er geen vervolgdooel gesteld is voor zorg in een groep.
 - De zorg kan worden afgeschaald naar reguliere eerstelijnszorg.
 - Het blijkt dat het behandeldoel niet wordt behaald, bijvoorbeeld door achteruitgang.
 - Er sprake is van het feit dat iemand niet meer in een groep kan functioneren.
 - Deelname aan zorg in een groep te belastend wordt voor een patiënt.
 - De patiënt niet meer (veilig) naar de locatie kan komen.
 - De veiligheid van de patiënt danwel medepatiënten en/of medewerkers in het geding is.
 - Er sprake is van een klinische opname.
 - Er 24 uur zorg/toezicht nodig is.
- **De BIG geregistreerde regiebehandelaar, die regie voert op het behandelplan en het multidisciplinaire team aanstuurt, behoort tot onderstaande lijst met zorgverleners:**
 - GZ-psycholoog;
 - Orthopedagoog generalist;
 - Specialist Ouderengeneeskunde (SO);
 - Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG);
 - Klinisch psycholoog;
 - Klinisch neuropsycholoog;
 - Psychiater.
- Medebehandelaars moeten zelfstandig bevoegd en bekwaam zijn voor de uitvoering van de eigen behandelcomponent van het multidisciplinaire behandelplan.
- Op indicatie van de regiebehandelaar kunnen, naast medebehandelaars, ondersteunende disciplines worden ingezet, zoals agogen en activiteitenbegeleiders. Er zijn gekwalificeerde begeleiders/verzorgenden met een relevante opleiding (minimaal niveau 3) aanwezig als er geen behandeling plaatsvindt.

³ Met een behandelklimaat wordt bedoeld dat patiënten gedurende de hele dag door hun omgeving waar noodzakelijke voorzieningen en personeel aanwezig zijn, worden uitgedaagd om zoveel mogelijk, conform de geldende stand van wetenschap en praktijk, te werken aan de doelen in het behandelplan door zelfstandig activiteiten te ontplooiën en alledaagse handelingen te gebruiken als oefenmoment.

- De zorgduur 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 half jaar multidisciplinair geëvalueerd, waarna de behandeldoelen zo nodig worden bijgesteld of besloten wordt de behandeling te beëindigen. In het behandelplan is opgenomen wanneer geëvalueerd wordt.
- **Het aantal dagdelen:**
 - Het aantal dagdelen wordt bepaald door de zorgvraag van de patiënt en de toegevoegde waarde die zorg in een groep kan hebben. Dit wordt opgenomen in het individuele behandelplan, opgesteld door de regiebehandelaar, voor 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 (zoals inzetten van individuele behandeling of respijtzorg als alternatief).
- **Voor de verhouding behandeling versus activering gelden de volgende eisen:**
 - Alle activiteiten dragen bij aan het behalen van de doelen uit het behandelplan.
 - Zorg in een groep GZSP kent zowel behandel- als activerende aspecten. Dit moet goed vastgelegd worden in het individueel behandelplan. De mate van in- en ontspanning en het aantal ingezette behandelaren is per patiënt verschillend.
 - De dagdelen bestaan voor 50% uit activiteiten die bijdragen aan het behandeldoel.
- **Randvoorwaarden die gelden voor de voorzieningen binnen instellingen:**
 - Gebouw met ruimte voor de zorg die wordt gegeven (indien nodig bijvoorbeeld goed geoutilleerde ruimte voor fysiotherapie, invalidentoiletten inclusief alarmering, keukens voor ergotherapeutische behandeling).
 - Kunnen ingrijpen bij calamiteiten/veiligheid kunnen garanderen (denk bijvoorbeeld aan dwaalgedrag en uitvoering WZD).
 - Aansluiting bij de juiste kennisnetwerken voor scholing, kennisdeling en (implementatie van) standaarden en richtlijnen. Het gaat hierbij om:
 - CVA Kennisnetwerk;
 - Netwerk Hersenz;
 - ParkinsonNet;
 - Korsakov Kenniscentrum;
 - Huntington Kennis Netwerk Nederland;
 - Ingebed in keten.
- **Afbakening tussen de Wet Landelijke Zorg (wlz) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo):**
 - Zorg in een groep GZSP (Zvw) kan niet gedeclareerd worden als iemand een Wlz-indicatie heeft;
 - Iemand kan zowel gebruikmaken van zorg in een groep GZSP (Zvw) als Wmo-dagbesteding. Onderscheid wordt bepaald door behandelplan, behandeldoelen en regiebehandelaar die bij GZSP van toepassing zijn.