

Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg zorginkoopbeleid 2025

Versie 1.0

1 april 2024

Zorginkoopbeleid 2025

Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg

Inhoud

1	Wat zijn de wijzigingen per 2025?	3
2	Welke informatie vindt u in dit document?	3
2.1	Inleiding	3
2.2	Leeswijzer	4
3	Wat is de visie van Zorg en Zekerheid?	4
3.1	Algemene visie op ELV en GRZ.....	4
	Overkoepelende visie	4
	ELV.....	4
	GRZ.....	5
3.2	Regionale samenwerking	5
3.3	Passende zorg.....	6
	Digitale zorg	6
3.4	Arbeidsmarkt.....	6
3.5	Duurzaamheid	7
4	Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop ELV en GRZ?	7
4.1	Speerpunten ELV en GRZ.....	7
	Regionale coördinatie ELV-zorg en doorontwikkeling	7
	Regionaal doorstroomoverleg	7
	Ontschotting tijdelijke herstellzorg	8
	Ambulante GRZ.....	8
	Observatiebedden	8
	Herstelbedden voor andere patiëntgroepen.....	8
	Concentratie en schaalgrootte ELV en GRZ.....	9
4.2	Impactvolle transformaties.....	9
5	Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst?	9
5.1	Minimum- en kwaliteitseisen.....	9
5.2	Looptijd van de zorgovereenkomsten.....	9
	Basis(plus)overeenkomsten ELV en GRZ	9
	Maatwerkovereenkomst ELV	10
	Maatwerkovereenkomst GRZ	10
5.3	Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders.....	11
5.4	Informatie voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders.....	11

5.5	Bijcontracteren.....	11
6	Hoe ziet het contracteerproces eruit?.....	12
6.1	Bepalen van de tarieven.....	12
6.2	Aanbod van de zorgovereenkomsten.....	12
6.3	Planning.....	12
7	Heeft u vragen?	13
	Bijlage 1: Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	14
	Bijlage 2: Minimum- en kwaliteitseisen ELV 2025.....	16
	De minimum- en kwaliteitseisen die gelden zijn:	16
	Aanvullende minimeisen voor palliatieve zorg	17
	Aanvullende minimeisen voor ELV voor patiënten met (een verdenking op) Korsakov	17
	Aanvullende minimeisen voor ELV op een Gesloten herstel afdeling of SOABB.....	17
	Aanvullende minimeisen voor het financieren van Anw zorg in reguliere ELV hoog prestatie .	18
	Bijlage 3: Minimum- en kwaliteitseisen GRZ 2025.....	19
	De minimum- en kwaliteitseisen die gelden zijn:	19

1 Wat zijn de wijzigingen per 2025?

In het zorginkoopbeleid Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg (hierna: ELV en GRZ) 2025 zijn de volgende zaken gewijzigd ten opzichte van 2024:

- Voor de verlenging van ELV na 91 dagen hoeft geen toestemming te worden gevraagd. Voor de verlenging van GRZ na 120 dagen ook niet indien een doelmatigheidsafspraken is gemaakt. Dit is niet nieuw per 2025, maar opgenomen als wijziging omdat dit nog niet in het zorginkoopbeleid 2024 was opgenomen (hoofdstuk 3.1).
- Er wordt gewerkt aan de regelgeving omtrent de toegang tot ambulante GRZ en de instroom tot GRZ/ZZP9bVV. Wij volgen hierbij de landelijke ontwikkelingen (hoofdstuk 3.1).
- De strategie 'Positieve gezondheid' is gewijzigd naar 'Arbeidsmarkt' (hoofdstuk 3.4).
- Er is invulling aan de nieuwe strategie 'Arbeidsmarkt' gegeven (hoofdstuk 3.4).
- Zorg en Zekerheid wil in de regio een proeftuin voor tijdelijke herstellzorg opzetten vanaf 2025, waarbij wordt geëxperimenteerd met een modulaire bekostiging voor ELV en GRZ gecombineerd (hoofdstuk 4.1).
- Zorg en Zekerheid wil in 2025 ook met één of meerdere GRZ-aanbieders in de regio een proeftuin starten, waarbij na een eerste klinische periode het tweede gedeelte van de GRZ-behandeling ambulant kan plaatsvinden. Wij starten nog geen proeftuinen voor ambulante GRZ zonder voorafgaande klinische periode (hoofdstuk 4.1).
- Vanwege het vervallen van de prestatie 'resultaatbeloning en zorgvernieuwing' worden de ELV-prestaties 'gesloten herstel' en 'Korsakov' opgenomen in de NZa-beleidsregel. Hiervoor gelden uniforme inkoopvoorwaarden die in ZN-verband zijn vastgesteld (hoofdstuk 4.1).
- Vanwege het vervallen van de prestatie 'resultaatbeloning en zorgvernieuwing' worden er geen afspraken meer gemaakt over ELV observatiebedden (hoofdstuk 4.1).
- Onder voorwaarden kan met enkele zorgaanbieders een hoger tarief worden afgesproken om opvang in de ANW-uren te organiseren. Hiervoor gelden uniforme inkoopvoorwaarden die in ZN-verband zijn vastgesteld (hoofdstuk 4.1).
- In ZN verband is uniform beleid geformuleerd rondom coördinatiefuncties ELV (hoofdstuk 4.1)
- In lijn met landelijke kaders is een passage opgenomen over zorgcoördinatievoorzieningen (hoofdstuk 4.1).
- De basisplusovereenkomsten voor ELV eindigen eind 2024 (en zijn afgesloten voor één jaar in plaats van drie jaar zoals in het zorginkoopbeleid 2024 stond) en zullen voor 2025 voor een termijn van één jaar worden aangeboden (hoofdstuk 5.2).
- Voor de indexatie van de tarieven in de basis(plus)overeenkomsten ELV geldt het uitgangspunt dat de indexatie van de NZa wordt gevolgd. De uitkomsten van het kostprijsonderzoek kunnen echter leiden tot een andere indexering(hoofdstuk 5.2).
- De basisovereenkomsten GRZ zullen voor 2025 opnieuw worden aangeboden met een looptijd van drie jaar inclusief de jaarlijkse NZa-indexering (hoofdstuk 5.2).
- In Bijlage 1 is uniforme landelijke tekst over duurzaamheid vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) toegevoegd.

2 Welke informatie vindt u in dit document?

2.1 Inleiding

Voor u ligt het zorginkoopbeleid ELV en GRZ voor 2025. In dit document leest u op welke manier, met welke criteria en volgens welke planning Zorg en Zekerheid ELV en GRZ voor 2025 inkoopt. Dit zorginkoopbeleid geldt als aanvulling op het [Algemeen zorginkoopbeleid](#). Bij tegenstrijdigheden prevaleert dit zorginkoopbeleid boven het [Algemeen zorginkoopbeleid](#).

2.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 3 geeft de visie van Zorg en Zekerheid op ELV en GRZ weer. Hoofdstuk 4 behandelt de doelen die Zorg en Zekerheid wil bereiken. In hoofdstuk 5 leest u welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst. Hoofdstuk 6 en 7 geven u praktische informatie over de planning rondom het contracteerproces en de mogelijkheid om vragen te stellen.

3 Wat is de visie van Zorg en Zekerheid?

Om goede zorg voor onze verzekerden nu én in de toekomst toegankelijk te houden, gaan wij voor gezondheid. Het doel van Zorg en Zekerheid is daarom om van zorg naar gezondheid te bewegen. Om het doel van Zorg en Zekerheid te bereiken hebben wij vier strategieën benoemd waarmee wij in de regio het verschil maken, te weten 'regionale samenwerking', 'passende zorg', 'arbeidsmarkt' en 'duurzaamheid'. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft hoe wij invulling geven aan deze strategieën. In de volgende alinea's leest u per strategie hoe wij met de zorginkoop ELV en GRZ bijdragen aan het doel van Zorg en Zekerheid.

3.1 Algemene visie op ELV en GRZ

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 om een ziekenhuisopname te voorkomen, bijvoorbeeld na bezoek aan een spoedeisende hulp (SEH) of huisartsenpost (HAP), kan een tijdelijke ELV- of GRZ-opname uitkomst bieden.

ELV en GRZ zijn allebei vormen van kortdurende zorg, waarbij er na een periode van herstel sprake is van terugkeer naar huis. De verschillende vormen van kortdurende zorg zijn steeds moeilijker van elkaar te onderscheiden of lopen in elkaar over. De zorgvraag van de patiënt moet leidend zijn. De aanspraak en de financiering moeten hiertoe de ruimte bieden. Hierbij moeten ook de tijdelijke herstelregelingen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Wet langdurige zorg (Wlz) worden betrokken, voor zover dat mogelijk is.

ELV

Bij de inkoop van ELV gaat het om de aanspraak op tijdelijk verblijf in een instelling. ELV omvat 'verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die bieden, al of niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg'. ELV is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie door de inzet van laag- of hoogcomplexiteit zorg, of heeft betrekking op palliatief-terminale zorg. ELV is daarmee bedoeld voor kwetsbare patiënten die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven. Daarbij is geen sprake 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 regiebehandelaar (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 indicatiesteller voor ELV binnen de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) is de huisarts of de medisch-specialist. Er is niet langer schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor een verblijf langer dan 91 dagen.

GRZ

GRZ omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, zoals specialisten ouderengeneeskunde die bieden, vanwege de kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid van verzekerden. Doel van de revalidatie is om de functionele beperkingen van de verzekerde dusdanig te verminderen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. In het Besluit Zorgverzekering (Bzv) staat verder beschreven wanneer er sprake is GRZ:

- a. De zorg sluit aan op verblijf (of binnen een week na de gestelde GRZ-indicatie) als bedoeld in artikel 2.12 Bzv 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
- b. zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 Bzv.

Er wordt gewerkt aan een wijziging in de wet- en regelgeving om GRZ zonder voorafgaande intramurale revalidatie mogelijk te maken. Het Zorginstituut heeft in 2022 het advies gegeven om de huidige wet- en regelgeving voor GRZ hierop aan te passen. Naar verwachting wordt vanaf 2025 deze wijziging in de aanspraak opgenomen. Het is op dat moment nog niet mogelijk om via reguliere DBC-bekostiging GRZ zonder voorafgaande intramurale revalidatie te declareren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars 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. Bij wijzigingen in wet- en regelgeving publiceren wij zo nodig aanvullend beleid.

We volgen de ontwikkelingen rondom de regelgeving voor instroom naar GRZ of een ZZP9bVV. Samen met VWS en veldpartijen worden nieuwe voorwaarden in de wet- en regelgeving uitgewerkt om als verzekerde in aanmerking te komen voor GRZ of ZZP9bVV. Bij wijzigingen in wet- en regelgeving publiceren wij zo nodig aanvullend beleid.

De duur van GRZ bedraagt maximaal zes maanden. Voor een GRZ-behandeling met een indicatie die (naar verwachting) langer duurt dan 120 dagen, moet, om deze behandeling vanaf de 121ste dag voort te zetten, uiterlijk vier weken voor de afloop schriftelijk toestemming worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid. Deze machtigingsaanvraag is niet van toepassing op GRZ aanbieders met een doelmatigheidsafpraak. Voor een voortijdige sluiting van een GRZ DBC, waarna binnen 42 dagen een nieuwe zorgvraag ontstaat, moet ook een schriftelijke toestemming worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

3.2 Regionale samenwerking

Zorg en Zekerheid wil voor de kwetsbare en oudere verzekerden in de regio komen tot zorgsoort-overstijgende afspraken en samenwerkingen. Het gaat daarbij onder andere om het ontwikkelen- en implementeren van transmurale zorgpaden voor specifieke patiëntengroepen.

Daarnaast wil Zorg en Zekerheid de toepassing van de warme overdracht in de regio niet alleen beperken tot ziekenhuizen en thuiszorg, maar ook verbreden naar de ELV en de GRZ. Zorg en Zekerheid verwacht dat dit kan bijdragen aan een kortere opnameduur op herstelafdelingen van bijvoorbeeld het ziekenhuis en ook tot minder complicaties en heropnames. Zorg en Zekerheid wil doorstroomoverleg in de regio onder andere via Transmuralis in 2025 weer intensiveren, om nog meer

dan voorheen de nadruk op de regio te leggen. Daarbij wil Zorg en Zekerheid samen met zorgaanbieders de ELV-coördinatiepunten in de regio verder doorontwikkelen. Hierover leest u meer in hoofdstuk 4.

3.3 Passende zorg

De groep patiënten die in aanmerking komt voor zorg die valt onder ELV en GRZ is vaak een kwetsbare groep, die voor een groot deel bestaat uit oudere patiënten. Deze oudere groep patiënten maakt vaak gebruik van verschillende verstrekkingen en daarbij is de juiste zorg op de juiste plek en samenwerking tussen de verschillende zorgdisciplines extra belangrijk.

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 kunnen blijven wonen en hierbij zorg te ontvangen. Domeinoverstijgende samenwerking tussen wijkverpleegkundigen, huisartsen, ziekenhuizen, paramedici, gemeenten en Wlz-aanbieders is daarbij nodig.

De inzet van de juiste zorgverlener met de benodigde (specialistische) kennis is van belang om tijdig de juiste zorg te bieden aan onze verzekerden. Deze inzet voorkomt meer en/of complexere zorg. Voor Zorg en Zekerheid staat hierbij voorop dat er sprake is van passende zorg, in lijn met het Integraal Zorgakkoord (IZA). 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 ziet Zorg en Zekerheid het als de gezamenlijke verantwoordelijkheid van haar en de ketenpartners in het veld om binnen de regio te sturen op de juiste zorg op de juiste plek.

Digitale zorg

‘Zorg op de juiste plek’ is één van de kaders van passende zorg. Digitale zorg is een onderdeel van het verlenen van zorg op de juiste plek. In lijn met het verlenen van zorg op de juiste plek sluit Zorg en Zekerheid zich aan bij de [Ambities Zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2025](#).

Tevens ziet Zorg en Zekerheid vanuit ELV en GRZ aanvullend graag een bredere inzet van digitale zorg, mits is aangetoond dat deze zorg waarde toevoegt en daarmee bijdraagt aan juiste zorg op de juiste plek. Zorg en Zekerheid vraagt haar (maatwerk)zorgaanbieders na te denken over de juiste inzet van digitale middelen en hierover met ons in gesprek te gaan.

3.4 Arbeidsmarkt

De krapte op de arbeidsmarkt stelt de zorg voor een grote uitdaging. Een houdbare arbeidsmarkt vraagt brede inzet om met het beschikbare personeel aan de zorgvraag te voldoen. In het IZA zijn hiervoor afspraken gemaakt, waarbij wordt ingezet op het vergroten van werkplezier en het behoud van zorgprofessionals die de sleutel vormen tot toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg.

In het IZA is bijvoorbeeld afgesproken dat zorgverzekeraars de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA) volledig – en zonder korting – door vertalen in de prijzen en zorgovereenkomsten. Dit is nodig om werkgevers in de zorg in staat te stellen marktconforme arbeidsvoorwaarden binnen cao's af te spreken. Voor ELV- en GRZ-tarieven zullen wij naast de OVA en cijfers van het Centraal Planbureau (CPB) ook rekening houden met doelmatigheid, afspraken over passende zorg en de uitkomsten van NZa-kostenonderzoeken.

Een ander belangrijk punt op de arbeidsmarkt is om personeel effectiever in te kunnen zetten door verminderen van de regeldruk. Zorg en Zekerheid heeft daarom besloten om de machtiging ELV na 91

dagen vanaf 2024 af te schaffen en daarnaast hoeven GRZ-aanbieders met een doelmatigheidsafspraken geen machtiging na 120 dagen bij ons aan te vragen. Verder zetten wij in op verdere concentratie van ELV bedden op één locatie en daar waar mogelijk in combinatie met GRZ-bedden, waardoor personeel efficiënt en voor beide type bedden ingezet kan worden.

3.5 Duurzaamheid

Leefomgeving kan een grote invloed hebben op je gezondheid. Daarom vraagt Zorg en Zekerheid haar zorgaanbieders in de ELV en GRZ bij te dragen aan een gezonde buurt, nu en in de toekomst. Om dit te bereiken is het belangrijk om aandacht te hebben voor duurzame zorg en duurzame bedrijfsvoering. Denk daarbij aan beperken van reisbewegingen, maar ook duurzame inzet van personeel, (hulp)middelen en e-health. Zoals genoemd in Bijlage 1 'Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)' en in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) sluiten wij ons aan bij de Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ) 3.0 en de vereisten uit de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). De algemene duurzaamheidscriteria richting zorgaanbieders staan vermeld in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#).

4 Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop ELV en GRZ?

4.1 Speerpunten ELV en GRZ

Regionale coördinatie ELV-zorg en doorontwikkeling

Landelijk zijn er per regio afspraken gemaakt over de coördinatie ELV. 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 met zorgaanbieders over de vormgeving van de regionale coördinatiepunten.

Daarmee zorgt Zorg en Zekerheid ervoor dat vraag naar en aanbod van ELV-zorg goed op elkaar afgestemd kunnen worden en een goede doorstroom wordt ondersteund. Voor de organisatie en financiering van de ELV-coördinatie maakt Zorg en Zekerheid voor 2025 afspraken in de regio waar zij de preferente verzekeraar is. In de andere regio's volgt Zorg en Zekerheid, na een marginale toetsing, in principe de afspraken die gemaakt zijn door de preferente verzekeraar van die regio. Zorg en Zekerheid zal dan het bedrag dat uit het marktaandeel komt per coördinatiepunt via een lumpsum boeking betalen.

Zorg en Zekerheid wil in overleg met partijen de ELV-coördinatiefunctie in de regio verder ontwikkelen. Landelijk zijn de voorwaarden waaraan een coördinatiefunctie moet voldoen verder vormgegeven. Deze voorwaarden zijn terug te vinden op de [website van ZN](#).

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 wij kijken hoe de regionale coördinatiefuncties en zorgcoördinatievoorzieningen met elkaar kunnen aansluiten en integreren.

Regionaal doorstroomoverleg

In de regio Zuid-Holland Noord en Amstelland-Meerlanden vindt er periodiek een doorstroomoverleg plaats. Daarbij zijn de verschillende ketenpartners en Zorg en Zekerheid betrokken. Deze ketenpartners hebben een belangrijke rol in de doorstroom van patiënten vanuit het ziekenhuis of een ELV-/GRZ-

instelling naar huis of andersom. Zorg en Zekerheid brengt de in- en uitstroomdata vanuit het ziekenhuis in kaart en werkt samen met de ziekenhuizen en de VVT-aanbieders aan oplossingen voor regionale knelpunten.

Tijdige communicatie en samenwerking tussen de verschillende ketenpartners zijn essentieel om te zorgen voor een goede doorstroom. Zorg en Zekerheid stimuleert, indien nodig, een (frequent) overleg van de transferafdelingen in de regio om specifieke patiënten uit te plaatsen. De 'warme overdracht' vanuit het ziekenhuis naar de thuiszorg heeft inmiddels zijn waarde bewezen en Zorg en Zekerheid wil de afspraken daarover binnen de regio verder uitrollen naar de ELV en de GRZ.

Ontschotting tijdelijke herstelzorg

Op dit moment zijn de verschillende vormen van tijdelijke herstelzorg van elkaar gescheiden. Tijdelijke herstelzorg kan afhankelijk van de regelgeving vallen onder de Wmo, Zvw of Wlz. Dit is voor zorgaanbieders en cliënten onoverzichtelijk. Ook zorgen de verschillende financieringsstromen voor oneigenlijke prikkels, extra administratieve lasten en een suboptimale inzet van de beschikbare bedden capaciteit.

Om de capaciteit optimaal te benutten, wil Zorg en Zekerheid in de regio een proeftuin voor tijdelijke herstelzorg opzetten vanaf 2025, waarbij wordt geëxperimenteerd met een gecombineerde, modulaire bekostiging voor ELV en GRZ tezamen. Dit is ter voorbereiding op een toekomstige samenvoeging van de ELV en GRZ tot een uniforme bekostiging van tijdelijke herstelzorg. Op deze bedden kunnen beide vormen van tijdelijke herstelzorg worden gegeven, waarbij via een modulaire opbouw de vergoeding voor de herstelzorg wordt vastgesteld. Het doel is om tot 'best practices' te komen die leiden tot goede zorgpaden en een sterke positie van ELV- en GRZ-herstelzorg in de keten. Mogelijk dat op de langere termijn de proeftuinen kunnen worden verbreed naar de zorg vanuit de Wlz en Wmo. Hiermee draagt Zorg en Zekerheid bij aan passende, zinnige en zuinige zorg op de juiste plek, die voldoet aan de verwachtingen van haar klanten.

Ambulante GRZ

Zorg en Zekerheid wil in 2025 ook met één of meerdere GRZ-zorgaanbieders in de regio een proeftuin starten, waarbij na een eerste klinische periode het tweede gedeelte van de GRZ-behandeling ambulant kan plaatsvinden. Hierbij wordt aangesloten bij de [kaders ambulante GRZ](#) die door Actiz en ZN verband zijn vastgesteld. Wij staan open voor proeftuinen met ambulante GRZ zonder voorafgaande klinische periode als er meer inzicht is in de kaders en de regelgeving is aangepast zoals beschreven in hoofdstuk 3.1.

Observatiebedden

Vanaf 2025 vervalt de prestatie 'resultaatbeloning en zorgvernieuwing' in de regelgeving ELV, waardoor experimenten niet verlengd kunnen worden. Dit maakt dat er gekeken moet worden naar een andere structurele financieringsvorm voor de experimenten. Met betrekking tot de observatiebedden geldt dat deze niet als prestatie in de NZa-beleidsregel ELV zullen worden opgenomen.

Herstelbedden voor andere patiëntgroepen

Vanwege het vervallen van de prestatie 'resultaatbeloning en zorgvernieuwing' in de regelgeving ELV, is ook gekeken naar structurele financiering voor de specifieke patiëntgroepen Korsakov en opnames binnen gesloten herstel. Hiervoor is een reguliere prestatie opgenomen in de regelgeving ELV. De NZa omschrijft deze zorg functioneel, waardoor het niet mogelijk is om kwaliteitsvoorwaarden aan de omschrijving in de regelgeving ELV toe te voegen. Zorgverzekeraars vinden het vanuit kwaliteit en doelmatigheid van belang om deze zorg in te kopen bij een select aantal zorgaanbieders die de juiste

expertise kunnen waarborgen. Daarom zijn voor deze twee prestaties in ZN-verband uniforme inkoopvoorwaarden vastgesteld. Deze zijn te vinden in bijlage 2.

Concentratie en schaalgrootte ELV en GRZ

Zorg en Zekerheid streeft naar een concentratie en schaalvergroting van de ELV en GRZ. De bedoeling is om te komen tot een minimale omvang van beschikbare ELV- en/of GRZ-plaatsen per zorgaanbieder of locatie om de kwaliteit en de samenwerking in de keten te waarborgen. Zorg en Zekerheid zal binnen de regio met de zorgaanbieders afspraken gaan maken over de verdere doorvoering van de concentratie van met name de ELV-bedden en waar mogelijk in combinatie met GRZ-bedden.

Het is daarnaast voorstelbaar dat gekozen wordt voor het regionaal clusteren van ELV-spoedaanmeldingen. Hiervoor kan mogelijk een hoger tarief op de prestatie ELV hoog worden afgesproken. Er zijn in ZN-verband uniforme inkoopvoorwaarden vastgesteld. Deze zijn te vinden in bijlage 2.

4.2 Impactvolle transformaties

Zorg en Zekerheid staat open voor impactvolle transformaties voor het voorkomen, vervangen, verplaatsen en verduurzamen van zorg. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft de vereisten die Zorg en Zekerheid stelt aan deze transformaties. Het is voor Zorg en Zekerheid essentieel dat impactvolle transformaties toegevoegde waarde hebben voor zoveel mogelijk van haar verzekerden. Graag geeft Zorg en Zekerheid dit vorm met zorgaanbieders uit haar regio door specifieke afspraken te maken om de zorg te transformeren.

In 2025 zijn de strategieën waar Zorg en Zekerheid zich op focust: regionale samenwerking, passende zorg, arbeidsmarkt en duurzaamheid. Zorg en Zekerheid vraagt zorgaanbieders om met initiatieven te komen die aansluiten op deze strategieën en de hiervoor beschreven visie in hoofdstuk 3. Zorgaanbieders buiten de regio kunnen een innovatieve afspraak met hun preferente zorgverzekeraar aan Zorg en Zekerheid toesturen waarna Zorg en Zekerheid beoordeelt of zij de afspraak kan volgen.

5 Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst?

5.1 Minimum- en kwaliteitseisen

Zorgaanbieders komen mogelijk in aanmerking voor een zorgovereenkomst als zij voldoen aan de eisen die Zorg en Zekerheid stelt. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft de algemene minimum- en kwaliteitseisen. Vanuit ELV en GRZ gelden de aanvullende kwaliteits- en minimeisen zoals opgenomen in bijlage 2 en 3 en onder hoofdstuk 5.2 tot en met 5.5. Daarnaast zijn minimum- en kwaliteitseisen uit de Algemene inkoopvoorwaarden van toepassing.

5.2 Looptijd van de zorgovereenkomsten

Binnen ELV en GRZ kent Zorg en Zekerheid twee varianten: een basis(plus)overeenkomst en een maatwerkovereenkomst

Basis(plus)overeenkomsten ELV en GRZ

Zorg en Zekerheid heeft met u in 2024 een basisovereenkomst gesloten als er sprake is van een beperkt aantal van onze verzekerden of van een beperkte omzet bij Zorg en Zekerheid. Bij een basisovereenkomst is er sprake van een prijsafpraak. Bij de ELV is daarnaast ook een

basisplusovereenkomst mogelijk indien afspraken worden gemaakt over andere ELV-prestaties naast de drie reguliere prestaties of over de coördinatiefunctie ELV. Voor de GRZ bieden wij geen basisplusovereenkomsten aan.

De basisovereenkomsten ELV die in 2024 zijn afgesloten, gelden drie jaar, waarbij de prijzen voor 2025 en 2026 zullen worden aangepast conform de NZa-indexatie. De basisplusovereenkomsten voor ELV eindigen eind 2024 en zullen voor 2025 voor een termijn van één jaar worden aangeboden, waarbij de prijzen voor 2025 zullen worden aangepast conform de NZa-indexatie. Wel met de kanttekening dat de uitkomsten van het ELV-kostenonderzoek vanuit de NZa kunnen leiden tot een herziening van de aanpassingsmethodiek voor 2025. Deze kanttekening geldt zowel voor de basisplusovereenkomst als voor de doorlopende basisovereenkomsten

Voor de basisovereenkomsten GRZ geldt dat vanaf 2025 opnieuw een meerjarige zorgovereenkomst zal worden aangeboden met een looptijd van drie jaar inclusief de jaarlijkse NZa-indexering. Zorg en Zekerheid doet alleen een aanvullend of gewijzigd contractaanbod als de wijziging van de beleidsregels of wet- en regelgeving dat noodzakelijk maken. De zorgaanbieder heeft in dat geval na bekendmaking zes weken de tijd om dit aanbod te aanvaarden. Zorg en Zekerheid biedt nieuwe contractanten eveneens een meerjarige basisovereenkomst aan voor ELV of GRZ.

Maatwerkovereenkomst ELV

Een aantal zorgaanbieders ontvangt op initiatief van Zorg en Zekerheid een éénjarige prijsafpraak met aanvullende maatwerkafpraak voor doelmatigheid, zorgvernieuwing, of te bereiken resultaat. Criteria voor een maatwerkafpraak zijn:

- de zorgaanbieder heeft > €300.000 in totaal bij Zorg en Zekerheid aan zorg gedeclareerd en;
- de zorgaanbieder heeft een significante afwijking van het gemiddeld aantal ligdagen van cliënten op een of meerdere van de drie prestaties ten opzichte van het landelijke gemiddelde en/of het door Zorg en Zekerheid berekende gemiddelde.

Categorie	Omzet	Gemiddeld aantal ligdagen per verzekerde per jaar	Afspraak
Basis	≥ €300.000	Gelijk of minimale afwijking van het landelijk gemiddelde	Meerjarige prijsafpraak
Maatwerk aanvullende afspraken met	≥ €300.000	Afwijking van het landelijk gemiddelde	Eénjarige doelmatigheidsafpraak met staffelafpraak

Het uitgangspunt voor de doelmatigheidsafspraken ELV is het gemiddeld aantal gedeclareerde ligdagen ELV laagcomplex, hoogcomplex en/of palliatief van de betreffende zorgaanbieder ten opzichte van het landelijke gemiddelde vanuit de Vektis-benchmark.

Maatwerkovereenkomst GRZ

Zorg en Zekerheid maakt maatwerkafspraken met GRZ-zorgaanbieders met gedeclareerde kosten bij Zorg en Zekerheid van minimaal 750.000 euro of die strategisch van belang zijn voor Zorg en Zekerheid. Deze GRZ-zorgaanbieders hebben meestal hun werkgebied in de Zorg en Zekerheid regio. Deze zorgaanbieders ontvangen na gesprekken een prijsafpraak al dan niet in combinatie met een aanvullende doelmatigheidsafpraak met een staffel.

Het uitgangspunt voor de doelmatigheidsafspraken GRZ is de gemiddelde kosten per unieke verzekerde op jaarbasis. Zorg en Zekerheid ziet praktijkvariatie in de gemiddelde ligduur en behandelingen in de GRZ die gezamenlijk de gemiddelde zorgkosten bepalen. Zorg en Zekerheid wil deze praktijkvariatie terugdringen en daarmee ook de gemiddelde kosten per verzekerde.

Naam zorgovereenkomst	Looptijd
Basisovereenkomst ELV	2024-2026
Basisplusovereenkomst ELV	2025
Maatwerkovereenkomst ELV	2025
Basisovereenkomst GRZ	2025-2027
Maatwerkovereenkomst GRZ	2025

5.3 Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders

Alle zorgaanbieders die in 2024 een zorgovereenkomst hadden met Zorg en Zekerheid (en deze zorgovereenkomst niet ontbonden of beëindigd is gedurende de looptijd), die voldoen aan de eisen in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) en aan de minimum- en kwaliteitseisen zoals beschreven in hoofdstuk 5, bieden wij voor 2025 een zorgovereenkomst aan, tenzij anders benoemd in dit zorginkoopbeleid.

5.4 Informatie voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders

Niet-gecontracteerde zorgaanbieders komen mogelijk in aanmerking voor een zorgovereenkomst, indien zij voldoen aan de eisen in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) en aan de minimum- en kwaliteitseisen zoals beschreven in hoofdstuk 5. Hierbij houdt Zorg en Zekerheid onder andere rekening met het huidige gecontracteerde aanbod, de focus op de regio, de aanwezigheid van Zorg en Zekerheid-verzekerden en het voldoen aan de zorgplicht.

Wanneer u als niet-gecontracteerde zorgaanbieder in aanmerking wilt komen voor een zorgovereenkomst 2025, dan kunt u uw aanvraag uiterlijk 31 augustus 2024 indienen onder vermelding van 'Verzoek zorgovereenkomst ELV of GRZ' bij contractbeheer@zorgenzekerheid.nl. Zorg en Zekerheid is terughoudend in het contracteren van nieuwe zorgaanbieders gedurende het lopende contractjaar.

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders.

5.5 Bijcontracteren

Voor de basisovereenkomsten GRZ en de basis(plu)sovereenkomsten ELV geldt dat het prijsafspraken betreft waarbij het volume niet beperkt wordt. Bijcontracteren is voor deze zorgovereenkomsten dan ook niet aan de orde. Voor maatwerkafspraken ELV en GRZ geldt dat er wel doelmatigheidsafspraken worden gemaakt met staffelafspraken, maar ook daarbij is er geen sprake van een beperking van het aantal patiënten dat in behandeling kan worden genomen. Daarom zal Zorg en Zekerheid ook niet bijcontracteren voor maatwerkovereenkomsten ELV en GRZ.

6 Hoe ziet het contracteerproces eruit?

6.1 Bepalen van de tarieven

Bij de meerjarige basisovereenkomsten ELV en GRZ is er sprake van een prijsafspraken. Dit betekent dat Zorg en Zekerheid een contractvoorstel doet met een prijsafspraken. De tarieven voor ELV en GRZ zijn gebaseerd op een percentage van het NZa-maximumtarief. Voor de prijzen van 2025 indexeert Zorg en Zekerheid de afgesproken prijzen van 2024 met de NZa-indexatie voor 2025. Dit behoudens de uitkomsten van het kostprijsonderzoek ELV, dit kan mogelijk leiden tot een aangepaste indexatie.

Bij maatwerkovereenkomsten vormen de in 2024 gemaakte afspraken het uitgangspunt voor de tarieven ELV en GRZ in 2025. Deze tarieven zijn gebaseerd op een percentage van het NZa-maximumtarief. In beginsel worden de prijzen aangepast op basis van de NZa-indexatie. Zorg en Zekerheid kan afwijken van de landelijke indexatie als u over de jaren 2022 en 2023 beter of slechter presteert dan de benchmark van Zorg en Zekerheid of als Zorg en Zekerheid met u een andere doelmatigheidsafspraken voor ELV of GRZ afsprekt voor 2025.

6.2 Aanbod van de zorgovereenkomsten

U krijgt de zorgovereenkomst digitaal aangeboden via het Zorginkoopportaal van VECOZO. U dient tijdig een certificaat aan te vragen bij VECOZO om de zorgovereenkomst te kunnen inzien en ondertekenen. Waar mogelijk krijgt u de zorgovereenkomst aangeboden op ondernemingsniveau.

De contractering vindt plaats op basis van de gegevens zoals bekend bij Vektis. De gegevens in de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid baseren wij ook op Vektis. Het bij Vektis geregistreerde e-mailadres gebruiken wij om u te informeren. Het is daarom belangrijk dat u de gegevens controleert en waar nodig direct wijzigt bij Vektis.

6.3 Planning

De planning voor het inkoopjaar 2025 ziet er als volgt uit:

Uiterste datum	Inkoopactiviteit ELV en GRZ basisovereenkomsten
1 april 2024	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .
31 augustus 2024	Uiterste datum voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders om een zorgovereenkomst 2025 aan te vragen.
September 2024	Aanbieden zorgovereenkomsten aan zorgaanbieders met een basisovereenkomst ELV of GRZ of ELV basisplusovereenkomst. Ook zorgovereenkomsten die uiterlijk 31 augustus door niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn aangevraagd worden in deze maand aangeboden.
10 november 2024	Uiterste datum van ondertekening in VECOZO Zorginkoopportaal.
12 november 2024	Informeren van verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod via de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid.
Gedurende heel 2024	Publicatie van eventuele aanvullingen op het zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .

Uiterste datum	Inkoopactiviteit ELV en GRZ maatwerkovereenkomsten
1 april 2024	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .
Augustus en september 2024	Gesprekken met maatwerk zorgaanbieders op initiatief van Zorg en Zekerheid en aanbieden zorgovereenkomst met uitkomst gesprekken.
10 november 2024	Uiterste datum van ondertekening in VECOZO Zorginkooportal.
12 november 2024	Informerende van verzekeren over het gecontracteerde zorgaanbod via de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid.
Gedurende heel 2024	Publicatie van eventuele aanvullingen op het zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .

Als naar het oordeel van Zorg en Zekerheid omstandigheden aanleiding geven het zorginkoopbeleid en de zorginkoopprocedure tussentijds aan te passen, zullen wij u hierover informeren via een bericht op onze [website](#).

7 Heeft u vragen?

Wij hopen dat u een helder beeld heeft van het zorginkoopbeleid ELV en GRZ 2025 van Zorg en Zekerheid. Heeft u vragen over de contractering, dan kunt u deze vragen per e-mail stellen via contractbeheer@zorgenzekerheid.nl. U kunt Zorg en Zekerheid tussen 8 en 12 uur telefonisch bereiken op 071 582 5441.

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 interne factoren, externe factoren waaronder 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.

Bijlage 1: Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Inleiding

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.¹ 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 zorgbranches², 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 3.0.³

CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)

Een nieuwe ontwikkeling is de Europese CSRD die bedrijven en organisaties verplicht te rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Dit geldt niet alleen voor de impact van de eigen bedrijfsvoering, maar voor impacts in de gehele keten van leveranciers en afnemers van de rapporterende organisatie. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om (in 2026) te rapporteren conform de CSRD-vereisten over het verzekeringsjaar 2025.⁴ Dit betekent dat wij mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties van onze leveranciers en zorgaanbieders nodig hebben. We verwachten dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die zorgverzekeraars van hen nodig hebben in kader van de CSRD-wetgeving. De zorgverzekeraars stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ3.0- partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Hoe dit er voor 2025 precies uit gaat zien, is op dit moment nog niet bekend. Zodra hierover meer duidelijk is, zult u door de zorgverzekeraars worden geïnformeerd. We spannen ons in om hierover zo snel mogelijk, en bij voorkeur voor 30 juni 2024, duidelijkheid te kunnen bieden.

¹ [Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. Methode voor milieuvoetafdruk en voorbeelden voor een goede zorgomgeving | RIVM](#)

² Voor de Zvw-bekostigde zorgverlening betreffen de GDDZ3.0-partners de zorgbranches Actiz, de Nederlandse ggz, KNMP, NfU en NVZ.

³ [Green Deal Samen werken aan duurzame zorg \(Green Deal 3.0\)](#)

⁴ Sommige (grotere) zorgverzekeraars rapporteren al per 2025 conform de CSRD-vereisten (over verzekeringsjaar 2024).

Zorginkoopbeleid 2025

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 (voor zo ver bepaald);
- 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).⁵

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.

⁵ [RVO inzake rapportage werkgebonden personenmobiliteit; MPZ inzake wetgeving werkgebonden personenmobiliteit](#)

Bijlage 2: Minimum- en kwaliteitseisen ELV 2025

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

De minimum- en kwaliteitseisen die gelden zijn:

- 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 voldoet aan de bestuursverklaring.
- 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 hoogcomplex zorg te mogen leveren moet de eerstelijnszorginstelling een specialist ouderengeneeskunde in kunnen zetten en periodiek evalueren of overdracht van hoog- naar laagcomplex 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 ELV 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 ELV 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.

- De periode van ontslagklaar zijn tot daadwerkelijk ontslag wordt zo kort mogelijk gehouden door tijdig te starten met het regelen van de nazorg in de eigen woonomgeving.

Aanvullende minimumeisen voor palliatieve zorg

- Voor zorgaanbieders die ELV 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 (IknI).
- De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van de LESA-richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken) 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.

Aanvullende minimumeisen voor ELV voor patiënten met (een verdenking op) Korsakov

- Aangesloten bij het Korsakov Kenniscentrum.
- Door het Zorgkantoor aangemerkt als expertisecentrum (Doelgroep Expertise Centrum of Regionaal Expertise Centrum).
- Behandeling vindt plaats aan de hand van een gespecialiseerd zorgpad en door een multidisciplinair 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.
- 2 grootste verzekeraars zorgkantoor regio stemmen locatie af/ wijzen zorgaanbieder aan.
- De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden met bekwaam personeel om expertise te borgen.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij een regionale coördinatiefunctie.
- De zorgaanbieder spant zich in voor passende vervolgzorg of voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten.

Aanvullende minimumeisen voor ELV op een Gesloten herstel afdeling of SOABB

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

Aanvullende minimumeisen voor het financieren van Anw zorg in reguliere ELV hoog prestatie

- We verwachten dat de keuze voor het regionaal klusteren van ELV spoedaanmeldingen bij de aangewezen zorgaanbieder aantoonbaar is vastgelegd in het ROAZ- of regioplan en de werkafspraken zijn vastgelegd met de coördinatiefunctie en verwijzers.
- De regionale klustering sluit aan bij de doorontwikkeling van het werkgebied van coördinatiefunctie.
- 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.
- De Zorgaanbieder kan alle ELV en GRZ patiënten 24/7 opnemen.
- Patiënten kunnen vanuit huis, de huisartsenpost en de SEH via de coördinatiefunctie aangemeld worden.

Bijlage 3: Minimum- en kwaliteitseisen GRZ 2025

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

De minimum- en kwaliteitseisen die gelden zijn:

- 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 voldoet aan de bestuursverklaring.
- 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).
- De zorgaanbieder heeft de Governancecode Zorg ingevoerd en leeft deze na.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacy beleid 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 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 tenminste tien GRZ-bedden op een locatie 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 periode van 'ontslagklaar' zijn tot daadwerkelijk ontslag wordt zo kort mogelijk gehouden door tijdig te starten met het regelen van de nazorg in de eigen woonomgeving.
- De zorgaanbieder controleert of de behandelend medisch-specialist of een specialist ouderengeneeskunde de GRZ heeft geïndiceerd door middel van een triage-instrument. De zorgaanbieder controleert of de geleverde zorg aansluit op de voorafgaande ziekenhuisopname of acute situatie en dat een behandeling ten laste van de Wlz niet voorliggend is.