



Inkoopbeleid Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en Eerstelijnsverblijf (ELV) 2025-2026

Versie: 5.0 Datum: 15 december 2025

Wat kunt u lezen in dit inkoopbeleid?

| | |
|--|----|
| Over versie 5.0 | 3 |
| Belangrijkste wijzigingen | 4 |
| Wat we willen bereiken | 6 |
| Onze visie | 10 |
| Voorwaarden overeenkomst | 11 |
| Tarieven en volume | 13 |
| Zorg die wij inkopen | 16 |
| Contracteerprocedure | 17 |
| Planning en termijnen | 18 |
| Naleving en controle | 19 |
| Aanvullingen en wijzigingen | 20 |
| Wij helpen u graag verder | 21 |
| Bijlage 1 Inkoopvoorwaarden | 22 |
| Bijlage 2 Aanvullende voorwaarden ELV PTZ | 25 |
| Bijlage 3 Aanvullende voorwaarden ELV-prestaties | 26 |
| Bijlage 4 Aanvullende voorwaarden direct ambulante GRZ | 28 |
| Bijlage 5 Aanvullende afspraak GRZ thuis | 30 |
| Bijlage 6 Financieel beleid GRZ | 32 |
| Bijlage 7 Financieel beleid ELV | 34 |
| Bijlage 8 Afbakening vormen van tijdelijk verblijf | 35 |

Over versie 5.0

Dit is op 1 december 2025 gewijzigd ten opzichte van versie 4.0.

We hebben de aanleverdata voor de realisatiemonitor GRZ in 2026 opnieuw vastgesteld.

Conform afspraken in ZN-verband is het tweede aanlevermoment in 2026 vervroegd. Hiermee behouden we 3 uniforme aanleverdata per jaar voor de realisatiemonitor.

We bieden een extra mogelijkheid om in 2026 direct ambulante GRZ zonder klinische opname vooraf te leveren.

Zorgaanbieders die uiterlijk 1 april 2026 de gevraagde informatie voor direct ambulante GRZ aanleveren, krijgen de mogelijkheid om in 2026 nog te starten met direct ambulante GRZ. Hierdoor geven we zorgaanbieders meer tijd om het bieden van ambulante GRZ gedegen voor te bereiden.

Over versie 4.0

Dit is op 1 september 2025 gewijzigd ten opzichte van versie 3.0.

Vanaf 1 januari 2026 maken we het mogelijk om direct ambulante GRZ zonder klinische opname vooraf te leveren.

Dit betekent dat zorgaanbieders onder voorwaarden geriatrische revalidatie thuis kunnen leveren aan verzekerden voor wie deze zorg passend is. Het uitgangspunt hierbij is dat direct ambulante GRZ een behandeling in intramurale GRZ vervangt. Deze voorwaarden staan vermeld in Bijlage 4. Van de bijlagen 5 t/m 8 zijn de nummers aangepast. In bijlage 5 zijn kleine tekstuele aanpassingen gedaan om het onderscheid te maken met bijlage 4.

Over versie 3.0

Dit is op 20 februari 2025 gewijzigd ten opzichte van versie 2.0.

De inkoopvoorwaarden rondom kwaliteitszorg worden aangepast.

Het Generiek kompas 'Samen werken aan de kwaliteit van bestaan' is op 1 juli 2024 in het Register opgenomen. Dat heeft tot gevolg dat de inkoopvoorwaarde dat u als zorgaanbieder beschikt over een kwaliteitszorgsysteem zoals ISO 9001, HKZ, NIAZ, JCI of ZKN komt te vervallen. Deze eis wordt vervangen door de voorwaarde om, conform de normen die daarvoor zijn verwoord in het Generiek kompas, jaarlijks een kwaliteitsbeeld op te stellen. Dit kwaliteitsbeeld dient te worden aangeleverd bij het Zorginstituut en op uw website te worden gepubliceerd.

We volgen de KNMG handreiking rondom regiebehandelaarschap.

Dit betekent dat we de term hoofdbehandelaar hebben vervangen door regiebehandelaar. Wel blijft de voorwaarde bestaan dat een specialist ouderengeneeskunde (met bij voorkeur een kaderopleiding geriatrische revalidatie) beschikbaar is.

Het format voor de realisatiemonitor GRZ is beschikbaar op onze website.

Ook hebben wij hebben de frequentie van de uitvraag verlaagd naar 3 keer per jaar en vragen u de realisatiemonitor GRZ tijdig aan te leveren conform de aanleverdata in dit beleid.

We hebben onze tekst in dit inkoopbeleid aangepast op basis van de wetswijziging artikel 2.5c in het Besluit zorgverzekering.

Daar waar wij expliciet verwijzen naar de terugkeer naar huis als doel van de GRZ hebben we dit aangepast. We volgen hierin de definitie van GRZ zoals nu beschreven in de wet. Door de wetswijziging vervalt ook de machtiging op het verlengen van de GRZ behandeling na 180 dagen.

Over versie 2.0

Dit is op 22 oktober 2024 gewijzigd ten opzichte van versie 1.0.

De inkoopvoorwaarden rondom kwaliteitszorg worden aangepast.

Het Generiek kompas 'Samen werken aan de kwaliteit van bestaan' is op 1 juli 2024 in het Register opgenomen. Dat heeft tot gevolg dat de inkoopvoorwaarde dat u als zorgaanbieder beschikt over een kwaliteitszorgsysteem zoals ISO 9001, HKZ, NIAZ, JCI of ZKN komt te vervallen. Deze eis wordt vervangen door de voorwaarde om, conform de normen die daarvoor zijn verwoord in het Generiek kompas, jaarlijks een kwaliteitsbeeld op te stellen. Dit kwaliteitsbeeld dient te worden aangeleverd bij het Zorginstituut en op uw website te worden gepubliceerd.

We volgen de KNMG handreiking rondom regiebehandelaarschap.

Dit betekent dat we de term hoofdbehandelaar hebben vervangen door regiebehandelaar. Wel blijft de voorwaarde bestaan dat een specialist ouderengeneeskunde (met bij voorkeur een kaderopleiding geriatrische revalidatie) beschikbaar is.

Belangrijkste wijzigingen

In dit hoofdstuk hebben wij voor u de belangrijkste wijzigingen in het inkoopbeleid 2025 en 2026 op een rij gezet. Lees voor alle wijzigingen ook de overige hoofdstukken.

We laten de machtiging voor ELV hoog en laag complex bij een behandelduur langer dan 90 dagen vervallen.

Hiermee verlichten we de administratieve lasten voor zorgaanbieders.

Het uitstroompercentage Wlz na een GRZ-opname nemen we in 2025 en 2026 niet mee in de financiële afspraken.

Wel blijven we de uitstroom monitoren en inhoudelijk het gesprek voeren over de juiste zorg en het gepast gebruik van GRZ bij een hoge uitstroom naar Wlz.

We verwachten dat in 2027 slechts 2% van de electieve heup- en knieoperaties in de MSZ wordt doorverwezen naar GRZ.

We stimuleren verwijzers en GRZ-aanbieders om in 2025-2026 toe te werken naar een eenduidig en passend zorgpad om deze ambitie te realiseren.

Vanaf 2025 bouwen wij het aantal overeenkomsten voor ELV hoog complex gefaseerd af.

Hiermee verbeteren we de vindbaarheid van ELV hoog complex voor verwijzers en werken we samen met zorgaanbieders aan uniforme kwaliteit.

De nieuwe NZa ELV-prestaties 'ELV bij (vermoeden van) Wernicke-Korsakov' en 'ELV op een gesloten herstel- en screeningsafdeling' kopen wij onder voorwaarden in.

De inkoopvoorwaarden voor het leveren van deze zorg zijn samen met zorgaanbieders en andere zorgverzekeraars vastgesteld.

High care hospices en palliatieve units declareren in 2025 en 2026 uitsluitend onder ELV PTZ.

Als palliatieve zorg in deze setting wordt geleverd, kan dit niet meer onder de prestatie wijkverpleging worden gedeclareerd.

We bieden GRZ-aanbieders de mogelijkheid om aan te sluiten bij het lopende experiment 'Klinische-ambulante GRZ vanuit (zieken)huis'.

Deze afspraak biedt ruimte om revalidatie en behandeling thuis inhoudelijk en financieel verantwoord te organiseren.

Vanaf 2025 vragen we GRZ-aanbieders om periodiek de geopende GRZ trajecten en verwachte kosten met ons te delen.

In overleg met de andere verzekeraars hebben we een uniform format ontwikkeld en vragen we op dezelfde momenten de monitor bij u op. Dit leest u terug in het hoofdstuk over 'Tarieven en volume'

Wat we willen bereiken

In dit hoofdstuk leest u wat de kern van het inkoopbeleid is. En wat we met het inkoopbeleid willen bereiken.

Om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden moeten we GRZ en ELV anders organiseren.

Het is onze overtuiging dat een optimale inzet van GRZ en ELV een belangrijke bijdrage kan leveren aan passende zorg voor kwetsbare ouderen. Maar om deze zorg voor onze verzekerden ook in de toekomst kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden, moet er iets veranderen. We hebben te maken met een groeiende zorgvraag, personeelstekorten in de zorg en stijgende zorgkosten. Dit betekent dat de zorg anders georganiseerd moet worden om in de toekomst meer verzekerden met hetzelfde aantal professionals zorg te kunnen bieden.

Vanuit onze visie op toekomstbestendige zorg voor ouderen en chronisch zieken is een innovatieve aanpak nodig op drie thema's, om de complexer wordende zorgvraag thuis en de tekorten op de arbeidsmarkt te ondervangen.

1. Zelf en digitaal, tenzij

We werken aan passende doorstroom in de keten door zorg die nu intramuraal vanuit GRZ of ELV plaatsvindt te verplaatsen naar huis of te voorkomen. We implementeren best practice zorgpaden waarbij verwijzers en zorgaanbieders ouderen stimuleren vanuit het principe 'zelf tenzij' regie te houden op hun herstelproces. Digitale oplossingen kunnen hierbij helpen. Zo benutten we de beschikbare capaciteit in GRZ en ELV voor de verzekerden die deze zorg het hardst nodig hebben.

2. Zorg dichterbij

We stimuleren zorgaanbieders om vanuit het 'thuis tenzij' principe vormen van zorg te ontwikkelen, zoals thuisrevalidatie vanuit de GRZ. Digitale hulpmiddelen worden ingezet voor het monitoren, behandelen op afstand en ondersteunen van verzekerden in zelfregie op het revalidatieproces. Integrale samenwerking tussen verwijzers en GRZ- en ELV-aanbieders zien we als belangrijke succesfactor om zorgpaden duurzaam te transformeren en toegankelijk te houden. Belangrijk hierbij is de beste regionale match tussen vraag en aanbod: op plek van voorkeur of dichtbij familie waar dit kan, maar soms ook verder weg als het moet.

3. Samenwerking in een passend zorglandschap

We voeren het gesprek in onze kernregio's over een optimale match tussen de zorgvraag en het zorgaanbod. Dit gaat over aantallen verblijfplaatsen, maar ook over regionale afspraken om hoog complexe zorg en specialistische zorg veilig te organiseren. Ook blijven we de doorontwikkeling van coördinatiefuncties stimuleren om regionaal verzekerden sneller de juiste zorg op de juiste plek te bieden.

Het zorglandschap van GRZ en ELV is volop in beweging en Zilveren Kruis beweegt mee.

We volgen de ontwikkelingen rondom de regelgeving voor instroom naar GRZ of een ZZZP9bVV.

Samen met VWS en veldpartijen worden nieuwe voorwaarden in de wet- en regelgeving uitgewerkt om als verzekerde in aanmerking te komen voor GRZ of ZZZP9bVV. Bij wijzigingen in wet- en regelgeving publiceren we zo nodig aanvullend beleid.

Direct ambulante GRZ zonder klinische opname vooraf is per 2026 onder voorwaarden mogelijk.

Het Zorginstituut heeft in 2022 het advies gegeven om de huidige wet- en regelgeving voor GRZ aan te passen om direct-ambulante geriatrische revalidatie mogelijk te maken. Vanaf 2025 is deze wijziging in de aanspraak opgenomen. Vanaf 2026 past de NZa de beleidsregel aan voor de DBC ambulante GRZ. Hierdoor is direct ambulante GRZ zonder klinische opname vooraf mogelijk via de reguliere prestaties, voor patiënten waarbij GRZ direct thuis passend is. Het uitgangspunt is dat we GRZ direct thuis vergoeden ter vervanging van intramurale GRZ. Hiermee kunnen patiënten in hun eigen woonsituatie optimaal revalideren, passend bij hun eigen dagelijks leven. Daarnaast vangen we een deel van de toekomstige groei van cliënten in de GRZ in de thuissituatie op. De schaarse bedden blijven intramuraal beschikbaar voor de cliënten die dat het hardst nodig hebben, de doorstroom richting tijdelijk verblijf wordt verbeterd en personeel kan zo goed mogelijk worden ingezet. Om deze zorg efficiënt en kwalitatief te organiseren en te leren van deze nieuwe zorgvorm stellen we aanvullende

voorwaarden. U komt in aanmerking voor deze afspraak als u voldoet aan deze voorwaarden. In bijlage 4 vindt u de uitgangspunten en voorwaarden van de afspraak die wij maken.

Vanaf 2025 biedt de NZa de mogelijkheid om te experimenteren met nieuwe vormen van bekostiging voor tijdelijk verblijf. Deze nieuwe regelgeving maakt het voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogelijk om te experimenteren met modulaire bekostiging als alternatief voor de huidige GRZ- en ELV-financiering. Zilveren Kruis vindt het belangrijk om de beweging naar een toekomstbestendige financiering voor tijdelijk verblijf en behandeling thuis te stimuleren. Wij maken hierover afspraken met zorgaanbieders. Wij benaderen zorgaanbieders zelf voor deze experimenten.

In onze kernregio's maken wij proactief afspraken over zorgtransformatie.

Zo zetten we de benodigde verandering samen met verwijzers en zorgaanbieders in gang.

We zien in 2023 en 2024 concrete resultaten uit experimenten en projecten en bouwen hierop voort.

- Met ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt om het aantal verwijzingen naar GRZ en ELV na electieve operaties terug te brengen door het zorgpad voorafgaand aan de operatie te vernieuwen. We gebruiken in deze gesprekken goede voorbeelden uit andere regio's.
- Het experiment GRZ thuis laat veelbelovende resultaten zien om de opnameduur verder te verkorten door een deel van de zorg en behandeling naar huis te verplaatsen.
- ELV-experimenten zijn samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa succesvol afgerond. Het resultaat is dat per 2025 twee nieuwe ELV-prestaties worden toegevoegd aan de ELV-regelgeving.
- We maken met geselecteerde proeftuinen vanuit het leernetwerk acute ouderenzorg afspraken rondom de opschaling van de WijkKliniek, passend binnen de landelijke kaders overeengekomen in ZN-verband.

Ook in 2025-2026 blijven we in onze kernregio's versnellen.

- We maken met ziekenhuizen en GRZ-aanbieders voor minimaal 2 andere doelgroepen, zoals trauma, COPD of CVA, afspraken over verwijzingen of zorgpadvernieuwing. Deze afspraken zijn gericht op directe revalidatie thuis na een ziekenhuisopname of integrale zorgpadvernieuwing. Het uitgangspunt is dat de integrale opnameduur wordt verkort, de patiënt zo min mogelijk wordt verplaatst en dat de afspraken bijdragen aan de toegankelijkheid van zorg en doorstroom in de keten.
- We maken samen met Zilveren Kruis Zorgkantoor en zorgaanbieders passende afspraken over een toekomstbestendige organisatie van tijdelijk verblijf. Dit gaat over aantallen verblijfplaatsen in relatie tot de regionale beweging op de thema's 'Zelf en digitaal, tenzij' en 'Zorg dichterbij'. Dit kan in sommige regio's betekenen dat het aantal GRZ- en ELV-plaatsen afgebouwd wordt, dat plaatsen worden ingezet om doelgroepen met specifieke zorgvragen op te vangen die niet op een reguliere ELV- of GRZ-locatie opgevangen kunnen worden, of dat plaatsen worden omgezet naar tijdelijke verblijfsplaatsen voor thuiswonenden met een Wlz-indicatie.

Op basis van de behaalde regionale resultaten schalen we in 2025 en 2026 landelijk op.

Dit doen we om de benodigde transformatie van GRZ en ELV in het hele zorglandschap te stimuleren.

We verwachten dat in 2027 slechts 2% van de patiënten met electieve heup- en knieoperaties wordt doorverwezen naar GRZ.

Deze ambitie is gebaseerd op de verwijsafspraken tussen best practice ziekenhuizen en betrokken GRZ-aanbieders. Zij laten al jaren zien dat met een proactieve aanpak voorafgaand aan de operatie terugkeer naar huis na een electieve knie- of heupoperatie voor vrijwel iedere verzekerde mogelijk is. We verwachten dat in 2025-2026 in alle regio's toegewerkt wordt naar een eenduidig en passend zorgpad dat gericht is op directe terugkeer naar huis.

We bieden de mogelijkheid om aan te sluiten bij het lopende experiment GRZ 'Klinische-ambulante GRZ vanuit (zieken)huis' van Zilveren Kruis.

Zilveren Kruis is in 2022 gestart met het experiment 'Klinische-ambulante GRZ vanuit (zieken)huis'. Deze afspraak biedt ruimte om (een deel van de) revalidatie en behandeling thuis inhoudelijk en financieel verantwoord te organiseren. U komt in aanmerking voor deze afspraak als u zich aansluit bij de afspraken van het lopende experiment van Zilveren Kruis. In bijlage 5 vindt u de uitgangspunten en voorwaarden van de afspraak die wij maken.

De nieuwe NZa ELV-prestaties ‘Eerstelijnsverblijf aan patiënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov’ en ‘Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling’ kopen wij onder voorwaarden in.

We kunnen afspraken maken als de zorgaanbieder aantoont dat er knelpunten zijn om verzekerden op te nemen met het (vermoeden van) syndroom van Wernicke-Korsakov of verzekerden met een complexe ondersteuningsvraag op basis van een delier of anderszins verward gedrag, waarbij een gesloten setting noodzakelijk is. Als dit het geval is maken wij met de aangewezen zorgaanbieder onder voorwaarden afspraken voor het leveren van deze zorg (zie hiervoor bijlage 3). Het uitgangspunt is dat verzekerden uitsluitend op deze locatie verblijven als deze setting strikt noodzakelijk is. Zorgaanbieders spannen zich in om zo spoedig mogelijk en uiterlijk binnen 6 weken na opname de juiste vervolgzorg in te zetten.

Een zorgaanbieder die door de regio wordt aangewezen voor de organisatie van onplanbare ELV opnames, komt in aanmerking voor een toeslag op het ELV-tarief.

Het is voorstelbaar dat regio's ervoor kiezen om een zorgaanbieder aan te wijzen die onplanbare opnames op zich neemt. Dit gaat om opnames in de avond, nacht en weekenden vanuit de coördinatiefunctie, huisartsenpost of SEH die niet tot de volgende ochtend kunnen wachten. Dit kan een efficiënte organisatie van opnames buiten kantooruren ten goede komen en de vindbaarheid voor verwijzers en coördinatiefuncties verbeteren. Het uitgangspunt is dat één zorgaanbieder per werkgebied van de coördinatiefunctie de opnames van onplanbare aanmeldingen ELV in de avond, nacht en weekend organiseert. Werkafspraken over toeleiding en inzicht in beschikbare plaatsen worden vastgelegd bij de coördinatiefunctie en afgestemd met verwijzers. Met een wijziging in het werkgebied van de coördinatiefunctie (bijvoorbeeld samenvoeging van regio's of aansluiting op andere ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie) wordt ook deze inkoopafpraak opnieuw besproken. Zo wordt ook in de nieuwe situatie aan het uitgangspunt voldaan.

Met een vastgestelde opslag op het reguliere tarief voor ELV hoog complex compenseren we deze zorgaanbieder voor de extra gemaakte kosten. In bijlage 3 vindt u de voorwaarden het leveren van deze zorg.

We maken in 2025 en 2026 geen nieuwe maatwerkafspraken voor specifieke doelgroepen binnen het ELV of GRZ.

We richten ons uitsluitend op gesprekken over experimenten die zich richten op de ontwikkeling van een nieuwe toekomstige bekostiging voor de gehele GRZ- en ELV-doelgroep. Ook buiten onze kernregio's volgen wij dit uitgangspunt.

Alleen in bepaalde situaties kan een verzekerde aansluitend op GRZ-opname medisch specialistische revalidatie (MSR) ontvangen of vice versa.

Een gepaste inzet van revalidatie begint bij een juiste verwijzing, triage en indicatiestelling. Als tijdens een GRZ- of MSR-opname blijkt dat een verzekerde meer gebaat is bij een andere vorm van revalidatie, dan is het mogelijk om de indicatie aan te passen. Hier is geen toestemming van Zilveren Kruis voor nodig. We maken geen aanvullende maatwerkafspraken voor deze doelgroep en verwachten dat de omzetting naar een andere revalidatie indicatie enkel in uitzonderlijke gevallen wordt toegepast. We monitoren op het gepast gebruik.

Het aantal gecontracteerde GRZ- en ELV-plaatsen kan in onze kernregio's alleen in afstemming met Zilveren Kruis worden uitgebreid.

Wij stellen als voorwaarde dat in onze kernregio's een uitbreiding van het aantal gecontracteerde GRZ- of ELV-plaatsen alleen in afstemming met Zilveren Kruis mogelijk is. Dit geldt zowel voor een uitbreiding op een nieuwe locatie als voor een uitbreiding op een bestaande locatie. Wij beoordelen eerst op basis van de regionale vraag of volume uitbreiding noodzakelijk is. Daarnaast kijken we naar de mogelijkheden om met bestaande GRZ- en ELV-plaatsen meer verzekerden op te nemen. Bijvoorbeeld door een deel van de bestaande zorg (eerder) te verplaatsen naar huis.

Ook vragen wij zorgaanbieders met Zilveren Kruis af te stemmen voordat er afspraken met ketenpartners worden gemaakt om patiënten (vanuit het ziekenhuis) sneller te verplaatsen naar GRZ of ELV. Op deze manier kunnen we van tevoren afspraken maken hoe deze initiatieven een deel van de bestaande (ziekenhuis)zorg zal gaan vervangen, welke budgetverschuivingen hiermee gerealiseerd worden en welke mogelijkheden er gezien worden om deze zorg (deels) thuis te organiseren.

In 2025 en 2026 maken wij afspraken in onze kernregio's over de benodigde toekomstige capaciteit van tijdelijk verblijf plaatsen. We nemen als vertrekpunt de regionale potentie om opnames te voorkomen of opnames te verkorten door zorg anders te organiseren. Ook nemen we in dit gesprek signalen over leegstand en knelpunten in de keten om complexe

patiënten die vragen om een passende inrichting van tijdelijk verblijf mee. We voeren dit gesprek samen met Zilveren Kruis Zorgkantoor.

Vanaf 2025 bouwen wij het aantal overeenkomsten voor ELV hoog complex gefaseerd af.

Zo verbeteren we steeds meer de vindbaarheid voor verwijzers en de kwaliteit van het zorgaanbod ELV hoog complex. In twee fases op basis van omvang geven we zorgaanbieders tijd om zich voor te bereiden en de impact op de zorgplicht en verzekerden zorgvuldig te laten verlopen (zie voor de fases ook het hoofdstuk 'Voorwaarden overeenkomst').

Buiten onze kernregio's toetsen wij of de preferente verzekeraar een overeenkomst voor ELV hoog complex is aangegaan. In dat geval volgen wij dit inkoopbeleid.

Vanaf 2027 kopen wij in onze kernregio's ELV hoog complex uitsluitend in bij GRZ-aanbieders en/of netwerkpartners.

Netwerkpartners in de regio hebben een segment- en domeinoverstijgend aanbod en vervullen daarmee een coördinerende rol in de keten met ziekenhuizen, regio-organisaties en welzijnsorganisaties. Dit betekent ook dat deze zorgaanbieders al in een aanbod van zorg voorzien waarmee het efficiënt aanbieden van de schaarse capaciteit van GRZ en ELV hoog complex geborgd is. Zo bouwen we aan een optimale match tussen de zorgvraag en het zorgaanbod en de toegankelijkheid voor kwetsbare ouderen met hoog complex zorgvragen.

Wij blijven inzetten op een zorgvuldige en onderbouwde afweging tussen ELV of GRZ en Wlz.

Een gepaste inzet van tijdelijk (medisch) verblijf begint bij een juiste verwijzing, triage en indicatiestelling. Voor de juiste zorg op de juiste plaats is goede triage cruciaal.

Bij een hoge uitstroom naar Wlz gaan we met zorgaanbieders in gesprek over het gepast gebruik van GRZ en ELV.

GRZ heeft als doel herstel of verbetering van het functioneren en participatie in de maatschappij van de verzekerde. (Zvw). Een groot deel van onze verzekerden stroomt vanuit de GRZ toch uit naar de intramurale langdurige zorg (Wlz). Wij zien daarin veel praktijkvariatie tussen zorgaanbieders en regio's. Goede triage is cruciaal om in één keer goed te verwijzen als er geen uitzicht is op voldoende herstel en revalidatie. Daarnaast zijn er duidelijke verwijsafspraken met verwijzers nodig om verzekerden direct onder de juiste indicatie op te nemen. Zo wordt een oneigenlijke inzet van GRZ of ELV voorkomen als bij opname duidelijk is dat er sprake is van een Wlz-zorgvraag.

Wij verwachten van zorgaanbieders dat de onderbouwing van de triage GRZ of ELV is opgenomen in het zorgdossier van de patiënt.

Wij verwachten van zorgaanbieders dat er een onderbouwde afweging is vastgelegd voor de indicatie voor GRZ of ELV. In bijlage 8 van dit inkoopdocument lichten wij de afbakening van GRZ en ELV ten opzichte van andere vormen van tijdelijk verblijf toe en onze verwachtingen van de beschrijving van de revalidatiedoelstellingen in het behandelplan voor de GRZ.

In bepaalde situaties sluit een ELV-opname voorafgaand aan GRZ aan op de zorgvraag van de verzekerde.

Soms kan een verzekerde bij een verwijzing GRZ niet direct starten met een actieve revalidatie. Dan kan er gebruik gemaakt worden van een ELV-bed tot het moment dat actieve revalidatie gestart wordt.

High care hospices en palliatieve units declareren in 2025 en 2026 uitsluitend onder ELV PTZ.

Als palliatieve zorg in deze setting wordt geleverd, kan dit niet meer onder de prestatie wijkverpleging worden gedeclareerd. Branche partijen VPTZ en AHZN hebben een lijst opgesteld van zorgaanbieders die palliatieve zorg in een high care hospice, palliatieve unit of Bijna Thuis Huis bieden. Op basis van deze lijst kunt u in aanmerking komen voor een ELV PTZ overeenkomst. Wij volgen met dit beleid de duiding van het Zorginstituut en de NZa.

Onze visie

We brengen gezondheid dichterbij. Voor iedereen. Voor zorg bij voorkeur digitaal en thuis. Maar dat doen we natuurlijk niet alleen. Want [samen kan het beter](#).

Van papier naar handen uit de mouwen.

We publiceren ons inkoopbeleid in een periode waarin veel speelt. Er zijn grote uitdagingen met tekorten aan personeel, toenemende zorgvraag en inflatie. Mensen merken hier steeds vaker de effecten van. Als ze zorg nodig hebben, is dat niet meer altijd op het moment dat ze dat willen. En ook niet op de plek waar ze zich met hun zorgvraag melden. Ook voelen ze de inflatie in hun portemonnee. Om dat alles het hoofd te bieden, werken we met elkaar aan het transformeren van de zorg. Zodat voor iedereen die dat nodig heeft zorg toegankelijk blijft. Nu, straks, later. Lees over de [goede voorbeelden](#) op onze website.

Sluit aan bij uw regio.

Het regioplan was in december klaar. Dit jaar komt het plan van papier en werken we aan de uitvoering, aan vernieuwing! Iedereen raakt er steeds meer van doordrongen dat niet meedoen geen optie is. We gaan naar het nieuwe normaal zoals meer zelf doen, meer zorg bij mensen thuis en steeds meer digitalisering. Het plan geeft u duidelijkheid wat er de komende jaren in uw regio gebeurt en hoe u bij kan dragen. Zodat mensen uw en onze inspanningen concreet merken. Bekijk uw [regioplan](#) op onze website.

Regio specifieke financiering.

Ons inkoopbeleid laat ruimte voor regio specifieke afspraken. Financiering kan met [transformatiemiddelen](#) als het binnen de transformatie in het regioplan valt. Valt het buiten het regioplan? Onderzoek dan de financieringsmogelijkheden via één van de [stichtingen](#).

Laat u inspireren door praktijkvoorbeelden.

Mensen krijgen gelukkig steeds vaker zorg dichtbij. Zoals een passend behandelplan, cardiologisch onderzoek thuis of welzijn op recept. Dat is de nieuwe werkelijkheid. Laat u inspireren door goede praktijkvoorbeelden van zorgtransformatie, digitalisering en innovatie. We updaten het overzicht continu. Lees over de [goede voorbeelden](#) op onze website.

Passende zorg versnellen.

Het Zorginstituut Nederland beschrijft al een aantal voorbeelden voor het hele land: de passende zorgpraktijken. Daarmee helpt het Zorginstituut passende zorg te versnellen, samen met alle zorgpartijen. Passende zorgpraktijken zijn voorbeelden die zichtbare impact hebben op mensgerichte en duurzame zorg. En laten iedereen de zorg van de toekomst zien. Bekijk de [passende zorgpraktijken](#) op de website van Zorginstituut Nederland. <https://www.zorginstituutnederland.nl/passende-zorg/passende-zorgpraktijken>.

Digitalisering.

De vraag of digitalisering noodzakelijk is, is inmiddels wel beantwoord. Nu moeten we de regionale ambities waarmaken. We zetten daarom in op het delen van persoonlijke zorgdata, het stimuleren van landelijke standaarden en het maken van concrete afspraken voor de implementatie van digitale zorg, met als doel zorg rondom de patiënt te organiseren en eigen regie te bevorderen. Op de website van Zorgverzekeraars Nederland leest u over de [gezamenlijke ambities van de zorgverzekeraars](#).

Voorwaarden overeenkomst

In dit hoofdstuk leest u wie voor een overeenkomst in aanmerking komt. En welke voorwaarden aan u gesteld worden.

Wij contracteren geen nieuwe zorgaanbieders.

Met de huidige gecontracteerde GRZ- en ELV-aanbieders verwachten wij aan onze zorgplicht te voldoen en keuzevrijheid te garanderen. Mocht de situatie daarom vragen dan behouden wij ons het recht voor om alsnog nieuwe partijen te contracteren.

Wij maken een uitzondering voor high care hospices of palliatieve units.

Wij zien u als nieuwe aanbieder wanneer:

- U als high care hospice of palliatieve unit bent opgenomen in de lijst zoals opgesteld door Branchepartijen VPTZ en AHZN.
- U in 2024 geen samenwerking heeft met een door Zilveren Kruis gecontracteerde ELV-aanbieder en geen overeenkomst heeft voor eerstelijns verblijf met Zilveren Kruis.

U kunt zich dan als nieuwe zorgaanbieder aanmelden. De inkoopvoorwaarden vindt u in bijlage 1 en 2. In het hoofdstuk 'Contracteerprocedure' staan de procedure en termijnen beschreven.

Zorgaanbieders met een overeenkomst 2024 komen ook in 2025 en 2026 in aanmerking voor een overeenkomst als zij aan de voorwaarden voldoen.

Zorgaanbieders met een overeenkomst voor GRZ en/of ELV bij Zilveren Kruis in 2024, die gedurende de looptijd niet ontbonden is, komen in aanmerking voor een overeenkomst tot en met 2026. Zorgaanbieders moeten de zorg leveren zoals beschreven in de meest actuele NZa Beleidsregel Eerstelijnsverblijf en de aanspraak Geriatrie Revalidatiezorg in artikel 2.5c Besluit zorgverzekering. Alle inkoop- en kwaliteitsvoorwaarden waaraan zorgaanbieders voldoen en blijven voldoen gedurende de looptijd van de overeenkomst staan in bijlage 1 van dit inkoopbeleid.

Vanaf 2025 bouwen wij het aantal overeenkomsten voor ELV hoog complex af in twee fases.

Hiermee verbeteren we de vindbaarheid van hoog complexe ELV zorg voor verwijzers en werken we samen met zorgaanbieders aan uniforme kwaliteit in het zorgaanbod voor onze verzekerden.

Vanaf 1 januari 2025 zetten we de eerste stap bij zorgaanbieders met een kleine omvang ELV hoog complex.

In 2025 krijgen alleen zorgaanbieders met een minimale productie ELV hoog complex van €50.000,- een overeenkomst voor deze zorg. De productie wordt bepaald op basis van de goedgekeurde declaraties ELV hoog complex in de periode 1 januari 2023 tot en met 31 december 2023, met peildatum 30 april 2024. Voor zorgaanbieders met een omzet lager dan €50.000,- op ELV hoog complex blijft het mogelijk om ELV laag complex te leveren. Het omzetplafond voor 2025 passen wij hierop aan. Zorgaanbieders die vanaf 2025 niet voldoen aan deze voorwaarde krijgen hierover uiterlijk 30 juni 2024 bericht vanuit Zilveren Kruis.

Vanaf 1 januari 2026 gaan we uit van een minimale omvang ELV hoog complex van €300.000,-.

Dit betekent dat alleen zorgaanbieders met een overeenkomst in 2025 en een minimale productie van €300.000,- op ELV hoog complex een overeenkomst krijgen voor deze zorg in 2026. De productie wordt bepaald op basis van de goedgekeurde declaraties ELV hoog complex in de periode 1 januari 2024 tot en met 31 december 2024, met peildatum 30 april 2025. Voor zorgaanbieders met een omzet lager dan €300.000,- op ELV hoog complex blijft het mogelijk om ELV laag complex te leveren. Het omzetplafond voor 2026 passen wij hierop aan. Zorgaanbieders die vanaf 2026 niet voldoen aan deze voorwaarde krijgen hierover uiterlijk 30 juni 2025 bericht vanuit Zilveren Kruis.

Vanaf 2027 kopen wij in onze kernregio's ELV hoog complex uitsluitend in bij GRZ-aanbieders en/of netwerkpartners.

Netwerkpartners in de regio hebben een segment- en domeinoverstijgend aanbod en vervullen daarmee een coördinerende rol in de keten met ziekenhuizen, regio-organisaties en welzijnsorganisaties. Dit betekent ook dat deze zorgaanbieders al in een aanbod van zorg voorzien waarmee het efficiënt aanbieden van de schaarse capaciteit van GRZ en ELV hoog complex

geborgd is. Zo bouwen we aan een optimale match tussen de zorgvraag en het zorgaanbod en de toegankelijkheid voor kwetsbare ouderen met hoog complex zorgvragen.

Voor de prestatie ELV voor palliatief terminale zorg (PTZ) gelden aanvullende voorwaarden.

PTZ wordt ingezet om lijden te voorkomen of te verlichten, op basis van de behoefte van de verzekerden en naasten op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel gebied. Zilveren Kruis neemt het Kwaliteitskader Palliatieve zorg daarbij als uitgangspunt. De aanvullende voorwaarden voor ELV voor PTZ staan in bijlage 2 van dit inkoopbeleid.

Wij bieden u een tweejarige overeenkomst aan voor GRZ en ELV.

Zorgaanbieders sluiten een overeenkomst voor de periode van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2026, tenzij partijen anders overeenkomen.

Wij onderscheiden GRZ- en ELV-aanbieders op basis van omvang.

Zilveren Kruis deelt zorgaanbieders voor GRZ en ELV op basis van eerdere productie in twee groepen in, te weten reguliere en grote zorgaanbieders. Deze indeling is bepalend bij het maken van de afspraken over de tarieven en volumes (zie volgende hoofdstuk). Voor GRZ kijken wij naar de totale declaraties voor Zilveren Kruis verzekerden in 2023. Bij ELV gaat het om de omzet op ELV laag complex en ELV hoog complex (dus exclusief ELV palliatief terminale zorg) in de periode 1 juni 2023 tot en met 31 mei 2024.

| Type zorgaanbieder | GRZ | ELV |
|-------------------------|--|--|
| Reguliere zorgaanbieder | Omzet kleiner dan € 1.000.000 | Omzet kleiner dan € 150.000 |
| Grote zorgaanbieder | Omzet groter dan of gelijk aan € 1.000.000 | Omzet groter dan of gelijk aan € 150.000 |

Tabel 1. Indeling zorgaanbieders op basis van omzet.

De contractant voldoet aan de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Wij gaan ervan uit dat u aan de vereisten van de Wtza voldoet en blijft voldoen. Mocht u niet (meer) voldoen aan de vereisten van de Wtza, dan kunnen wij besluiten u geen overeenkomst aan te bieden of de overeenkomst met u te beëindigen. Wij zullen de overeenkomst in ieder geval beëindigen indien uw toelatingsvergunning van overheidswege wordt ingetrokken.

Tarieven en volume

In dit hoofdstuk leest u meer over de totstandkoming van de tarieven en omzetplafonds.

Het uitgangspunt van het financieel beleid blijft het verminderen van praktijkvariatie.

Wij zien nog steeds veel praktijkvariatie tussen zorgaanbieders. Middels de tariefstelling willen we kortdurende, intensieve behandeling stimuleren. Daarnaast werken we aan passende doorstroom in de keten door zorg, die nu op een GRZ- of ELV-bed plaatsvindt, te verplaatsen naar huis of te voorkomen.

U ontvangt uw persoonlijke aanbod in VECOZO.

Wij stellen het aanbod voor 2025 na publicatie van de NZa beleidsregels en tarieventabel vast. De voor u geldende tarieven, omzetplafond en toelichting staan uiterlijk 30 september 2024 voor u klaar in VECOZO. Bij het maken van een voorstel hanteren we de uitgangspunten in tabel 2 en 3.

| GRZ | |
|---|--|
| Tarief | <ul style="list-style-type: none">Grote GRZ-aanbieders krijgen op basis van de doelmatigheidscategorie een tariefvoorstel. Hiervoor nemen we de gemiddelde opnameduur en behandelintensiteit in een benchmark mee voor de bepaling van het tarief. We corrigeren hierbij voor de variatie in patiëntpopulatie. Iedere grote zorgaanbieder valt binnen een doelmatigheidscategorie. Deze wordt berekend over de behandelperiode 1 januari 2023 tot en met 31 december 2023. Meer informatie over de berekening van de (gecorrigeerde) gemiddelde opnameduur en de totstandkoming van de doelmatigheidscategorieën vindt u in bijlage 6.Reguliere GRZ-aanbieders bieden wij een vast tarief. Het doelmatigheidsmodel geeft gezien de relatief kleine omvang van omzet van deze zorgaanbieders voor Zilveren Kruis verzekerden geen statistisch juiste uitkomst.Bij een tweejarige overeenkomst worden de afgesproken tarieven voor 2026 geïndexeerd volgens de actuele tarieventabel van de NZa. |
| Verbeterafspraken met tariefopslag | <ul style="list-style-type: none">Grote GRZ zorgaanbieders met verbeterpotentieel hebben de mogelijkheid om zelfstandig een verbeterafpraak af te spreken. Zij kunnen in VECOZO voor een tariefopslag kiezen. Hier staat tegenover dat de gemiddelde DBC-prijs gedurende de contractduur wordt verlaagd ten opzichte van de gemiddelde DBC-prijs in 2024. In bijlage 6 zijn de voorwaarden ten behoeve van deze aanvullende afspraken verder toegelicht. In het Zorginkoopportaal van VECOZO wordt u de keuze geboden een verbeterafpraak te maken. |
| Volume | <ul style="list-style-type: none">We stellen een omzetplafond vast voor grote GRZ-aanbieders. Voor 2025 houden we rekening met:<ul style="list-style-type: none">Alle goedgekeurde declaraties van 1 januari 2023 tot en met 31 december 2023 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2024;De tarieven van 2025.Reguliere GRZ-aanbieders krijgen een volumevrije afspraak.Voor 2026 worden de afgesproken omzetplafonds geïndexeerd op basis van de actuele tarieventabel van de NZa. U ontvangt hierover uiterlijk 30 september 2025 bericht via de zorgaanbiederspost in VECOZO. U hoeft hier verder niets voor te doen. |

Tabel 2. Financieel beleid GRZ.

| ELV | |
|---------------|--|
| Tarief | <ul style="list-style-type: none">Grote ELV-aanbieders worden in een doelmatigheidscategorie ingedeeld op basis van gemiddelde opnameduur ten opzichte van de landelijk benchmark. We corrigeren hierbij voor de variatie in patiëntpopulatie. De (gecorrigeerde) gemiddelde opnameduur per zorgaanbieder wordt berekend over de behandelperiode 1 juni 2023 tot en met 31 mei 2024. U wordt op basis van uw (gecorrigeerde) gemiddelde opnameduur ingedeeld in een doelmatigheidscategorie. De doelmatigheidscategorie bepaalt het tariefaanbod en de eventuele ruimte voor overproductie. Meer |

| | |
|---|--|
| | <p>informatie over de berekening van de (gecorrigeerde) gemiddelde opnameduur en de totstandkoming van de doelmatigheidscategorieën vindt u in bijlage 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reguliere ELV-aanbieders bieden wij een vast gemiddeld tarief. Zij komen niet in aanmerking voor een opslag op het tarief op basis van een doelmatigheidscategorie. Het model geeft gezien de relatief kleine omvang van omzet van deze zorgaanbieders voor Zilveren Kruis verzekerden geen statistisch juiste uitkomst. • Wij hanteren een vast tarief voor ELV palliatief terminale zorg (PTZ). Er is geen opslag op dit tarief mogelijk en PTZ is niet meegenomen in het doelmatigheidsmodel. • Bij een tweejarige overeenkomst worden de afgesproken tarieven voor 2026 geïndexeerd volgens de actuele Prestatie- en tariefbeschikking van de NZa. U ontvangt hierover uiterlijk 30 september 2025 bericht via de zorgaanbiederspost in VECOZO. |
| Verbeterafspraken met tariefopslag | <ul style="list-style-type: none"> • Grote ELV-aanbieders kunnen zelf een aanvullende afspraak voor een tariefopslag met ons afspreken. Hier staat tegenover dat de gemiddelde opnameduur wordt verkort. In VECOZO wordt u de keuze geboden een afspraak voor 2025 en 2026 te maken. In bijlage 7 zijn de voorwaarden voor deze aanvullende afspraak verder toegelicht. |
| Volume | <ul style="list-style-type: none"> • We stellen een omzetplafond vast voor alle ELV-aanbieders. Alle ELV-prestaties met uitzondering van ELV PTZ vallen onder het omzetplafond. • Voor 2025 houden we rekening met: <ul style="list-style-type: none"> – Alle goedgekeurde declaraties van 1 juni 2023 tot en met 31 mei 2024 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2024; – De tarieven van 2025. • Voor 2026 worden de afgesproken omzetplafonds geïndexeerd op basis van de actuele Prestatie- en tariefbeschikking van de NZa. U ontvangt hierover uiterlijk 30 september 2025 bericht via zorgaanbiederspost in VECOZO. U hoeft hier verder niets voor te doen. • Voor zorgaanbieders die vanaf 2025 of 2026 geen overeenkomst voor ELV hoog complex meer ontvangen passen we het omzetplafond aan. Dit doen we door het aantal goedgekeurde declaraties op ELV hoog complex in de referentieperiode (1 juni 2023 tot en met 31 mei 2024) te vermenigvuldigen met het geldende tarief voor ELV laag complex. |

Tabel 3. Financieel beleid ELV.

De tarieven zijn niet onderhandelbaar.

Voor elke prestatie staat het Zilveren Kruis basistarief vast en is er geen mogelijkheid tot onderhandeling.

U bent zelf verantwoordelijk voor het gelijkmatig verdelen van de inzet van zorg over het jaar.

Als zorgaanbieder bent u zelf verantwoordelijk voor een gelijkmatige verdeling van de zorg over het jaar, waarbij u rekening houdt met het vaste omzetplafond, de zorgvraagontwikkeling en seizoenpatronen. Bij het bereiken van het omzetplafond:

- Vordert Zilveren Kruis te veel betaalde declaraties achteraf terug.
- Dient de zorg aan bestaande verzekerden door geleverd te worden.
- Verwijst u verzekerden die zich met een nieuwe zorgvraag aandienen terug naar Zilveren Kruis voor verdere bemiddeling naar een gecontracteerde zorgaanbieder die nog wel (financiële) ruimte heeft.

Met de onderhanden werk realisatiemonitor voor GRZ krijgen we vroegtijdig inzicht in het regionaal gebruik van zorg.

Wij vragen grote GRZ-aanbieders om drie keer per jaar hun geopende DBC's (ongeacht of deze ook al gesloten zijn) te delen. In overleg met de andere verzekeraars hebben we een uniform format ontwikkeld en vragen we op dezelfde momenten de realisatiemonitor bij u op.

Dit zijn de deadlines voor het aanleveren van de monitoring van het jaar 2025:

- 21 mei 2025 (data t/m april)
- 21 september 2025 (data t/m augustus)
- 21 januari 2026 (data t/m december)

De deadlines voor het aanleveren van de monitoring van het jaar 2026 zijn:

- 21 mei 2026 (data t/m april)
- 21 augustus 2026 (data t/m juli)
- 21 januari 2027 (data t/m december)

Het format van de realisatiemonitor vindt u onder de documenten beleid en contract ELV & GRZ op [onze website](#) en kunt u sturen naar naleving.dzg@zilverenkruis.nl.

Een vergoeding van productie boven het omzetplafond is niet vanzelfsprekend en afhankelijk van doelmatigheid en zorgvraag in de regio.

Bij het bereiken van het omzetplafond gaat Zilveren Kruis niet automatisch over tot betaling van de desbetreffende declaraties die boven het omzetplafond uitkomen. Zorgaanbieders zonder marge die 80% van hun plafond hebben bereikt en verwachten dat het plafond niet toereikend is, melden zich via het [online contactformulier](#). Dit kan tot uiterlijk 1 september van het lopende contractjaar 2025 en 2026.

In reactie op deze melding zullen wij u vragen aanvullende gegevens aan te leveren. Wanneer de informatie compleet is, ontvangt de zorgaanbieder hierover bericht van ons en volgt binnen 2 weken uitsluitel over het al dan niet ophogen van het omzetplafond. Bij voldoende capaciteit voor de zorgvraagontwikkeling in de regio wordt uw budget niet opgehoogd. Bij onvoldoende capaciteit in de regio bespreken we met u de problematiek van de overproductie en zoeken we vanuit samenwerking naar wenselijke oplossingen voor de verzekerden van Zilveren Kruis.

Bij grote ELV-aanbieders bepaalt de uitkomst van het doelmatigheidsmodel hoe wij productie boven de plafondafspraken vergoeden.

Wij kennen pas een verhoging van het omzetplafond toe vanaf het punt dat de maximale productie is bereikt. De onderbouwing van uw doelmatigheidscategorie met eventuele vergoeding voor geleverde zorg boven het afgesproken omzetplafond lichten we uiterlijk 30 september 2024 toe in ons tarief- en volumevoorstel dat u ontvangt via de zorgaanbiederspost in VECOZO.

Bij reguliere ELV-aanbieders vergoeden wij de productie tot 50% boven het afgesproken omzetplafond.

Hiervoor geldt een gereduceerd tarief. De uitwerking hiervan voor 2025 en 2026 lichten we uiterlijk 30 september 2024 verder toe in ons tarief- en volumevoorstel dat u ontvangt via de zorgaanbiederspost in VECOZO.

Voor grote zorgaanbieders is er mogelijkheid tot substitutie van GRZ-budget naar ELV-budget.

Wanneer u ook een ELV-overeenkomst heeft, staan wij permanente substitutie van GRZ-budget naar ELV toe. U ontvangt hier meer informatie over in uw aanbod in VECOZO. Substitutie van ELV naar GRZ is niet mogelijk.

Zilveren Kruis streeft ernaar om de negatieve effecten van financiële constructies tegen te gaan.

Hiermee willen we de zorg betaalbaar houden. Zilveren Kruis ziet namelijk dat sommige zorgaanbieders steeds vaker gebruik maken van manieren om geld uit het zorgstelsel te halen. Een voorbeeld hiervan is het aangaan van leningen met verbonden partijen waarover een rente wordt betaald die veel hoger is dan gebruikelijk in de markt. Ook kunt u hierbij denken aan hoge huren voor vastgoed die door zorgaanbieders worden betaald aan verbonden partijen.

Zorg die wij inkopen

In dit hoofdstuk leest u meer over de zorg die wij inkopen. En wat onze overwegingen daarvoor zijn.

Kwaliteit van zorg heeft continu aandacht.

De kwaliteit van de Nederlandse zorg verbetert continu binnen de kaders van betaalbaarheid en toegankelijkheid. Dit houdt in dat zorgaanbieders innovatieve manieren verkennen om zorg zowel fysiek als digitaal toegankelijker te maken, zonder de kwaliteit uit het oog te verliezen. Dat is hard nodig gezien de toenemende personeelstekorten. Passende zorg is de norm. Om dit mogelijk te maken, maken we hierover contractafspraken met zorgaanbieders. Daar waar concentratie van zorg gewenst is, gaan wij actief met zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en andere betrokkenen in gesprek om deze beweging in gang te zetten. Lees meer over [kwaliteit](#) op onze website.

We zetten ons in voor verduurzaming.

De zorgsector in Nederland draagt aanzienlijk bij aan de milieu-impact, maar maakt voortgang richting verduurzaming dankzij de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0).

Het zorginkoopbeleid voor 2025 vereist van zorgaanbieders dat zij zich inzetten voor de doelstellingen van GDDZ 3.0, duurzaamheid integreren in hun strategieën. Meer over het landelijk uniforme inkoopbeleid vindt u op zn.nl/zib-generiek.

Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om (in 2026) te rapporteren conform de CSRD-vereisten over het verzekeringsjaar 2025. Dit betekent dat wij mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties van onze leveranciers en zorgaanbieders nodig hebben. Zodra hierover meer duidelijk is, zult u door de zorgverzekeraars worden geïnformeerd.

Groene Initiatieven.

Elke sector heeft zijn eigen duurzaamheidsdoelstellingen en -plannen, waaronder het verminderen van CO₂-uitstoot, verbeterd afvalbeheer, het terugdringen van medicijnverspilling, het stimuleren van hergebruik van hulpmiddelen en het bevorderen van plantaardige voeding.

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector. Bekijk zn.nl/tabel-groene-initiatieven voor Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars daartoe hebben verzameld.

Geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf.

In bijlage 8 staat omschreven welke zorg voor Zilveren Kruis onder GRZ en ELV valt.

Contracteerprocedure

In dit hoofdstuk leest u stapsgewijs hoe de contractering in zijn werk gaat. Voor zorgaanbieders die voorgaande contractperiode al een contract met ons hadden en voor zorgaanbieders die voor het eerst een contract met ons willen.

Wij publiceren ons inkoopbeleid op 1 april 2024.

Bent u het oneens of ziet u fouten of onduidelijkheden in ons zorginkoopbeleid? Dan kunt u dit tot uiterlijk 17 mei 2024 aan ons laten weten via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact. Wij publiceren na deze datum, als dat nodig is, hieruit voortvloeiende informatie voor zorgaanbieders op onze website. Als u een andere vraag heeft over ons inkoopbeleid of de inkoopprocedure, kijk dan op onze website of neem contact met ons op via het contactformulier.

Bij publicatie van aanvullend beleid krijgt u uiteraard ook de gelegenheid uw vragen te stellen aan ons.

Wij kopen de zorg in via een digitale contracteerprocedure.

Met alle zorgaanbieders maken wij afspraken in het Zorginkoopportaal van VECOZO. Om te kunnen inloggen op het Zorginkoopportaal van VECOZO heeft u een geldig persoonlijk certificaat nodig met de juiste autorisatie. Het verwerken van een aanvraag kost maximaal vijf werkdagen. Wij adviseren u daarom om uw aanvraag op tijd in te dienen. Ga naar vecozo.nl/aanvragen-en-wijzigen, aanvragen en wijzigen voor zorgaanbieders en vul het online formulier Zorginkoopportaal in.

Uw persoonlijke aanbod ontvangt u uiterlijk 30 september 2024.

De onderbouwing van uw doelmatigheidscategorie, het aangeboden omzetplafond en tarief lichten we toe in ons tarief- en volumevoorstel dat u ontvangt via de zorgaanbiederspost in VECOZO. Op onze website [Zorgaanbiederspost - Zilveren Kruis](#) leest u hoe u toegang kunt aanvragen voor de zorgaanbiederspost.

Bent u een nieuwe zorgaanbieder ELV PTZ?

U komt alleen in aanmerking voor een overeenkomst als u als high care hospices of palliatieve unit bent opgenomen in de lijst zoals opgesteld door Branchepartijen VPTZ en AZHN.

Maak voor 1 juni 2024 via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact bij ons bekend dat u zich wilt aanmelden voor de Eerstelijnsverblijf overeenkomst 2025-2026 voor de prestatie 'palliatief terminale zorg'. U ontvangt dan van ons een uitnodiging voor de vragenlijst in het Zorginkoopportaal van VECOZO, uiterlijk 30 september 2024. Ontvangen wij uw aanmelding later dan start de overeenkomst in 2026.

U gaat akkoord met de inkoopprocedure bij het digitaal ondertekenen van de overeenkomst.

Als u de overeenkomst digitaal ondertekent, geeft u aan dat u op de hoogte bent van dit inkoopbeleid en dat u onvoorwaardelijk akkoord gaat met de inkoopprocedure van Zilveren Kruis en de hieraan verbonden voorwaarden.

Op 12 november 2024 maken wij onze gecontracteerde zorgaanbieders bekend aan onze verzekerden.

Wij nemen alle gecontracteerde zorgaanbieders op in de Zorgzoeker van Zilveren Kruis.

Planning en termijnen

In dit hoofdstuk leest u welke data belangrijk zijn. Zodat we met elkaar op tijd de afspraken voor het nieuwe jaar rond hebben.

| Datum | Onderwerp |
|------------------------------------|---|
| 1 april 2024 | Publicatie inkoopbeleid GRZ ELV 2025-2026. |
| 1 juni 2024 | Sluiting aanmelding nieuwe zorgaanbieders ELV PTZ 2025-2026. |
| Uiterlijk 30 juni 2024 | Bericht aan ELV-aanbieders met productie ELV hoog complex minder dan €50.000,-. |
| Uiterlijk 30 september 2024 | Zorgaanbieders ontvangen de uitnodigingsmail. De vragenlijst staat klaar in het Zorginkoopportaal van VECOZO. De toelichting ontvangt u via de zorgaanbiederpost van VECOZO. |
| 12 november 2024 | Alle contractanten GRZ ELV 2025 zijn voor onze verzekerden zichtbaar op de Zorgzoeker van Zilveren Kruis. |
| Uiterlijk 31 december 2024 | Uitvraagformat onderhandenwerk GRZ gereed. |

Tabel 4. Planning contractering 2025.

Als u voor 10 november 2024 de overeenkomst via het Zorginkoopportaal VECOZO heeft getekend, dan bent u vanaf 12 november 2024 voor onze verzekerden als gecontracteerde zorgaanbieder zichtbaar op de Zorgzoeker van Zilveren Kruis.

De verwachte planning voor het jaar 2025 staat in tabel 5.

Bij wijzigingen actualiseren wij zo nodig deze planning. Hiermee heeft u een actueel overzicht van de stappen die we doorlopen om de afspraken voor 2025 en 2026 na te komen.

| Datum | Onderwerp |
|------------------------------------|---|
| 2 juni 2025 | Sluiting aanmelding nieuwe zorgaanbieders ELV PTZ 2026. |
| Uiterlijk 30 juni 2025 | Bericht aan ELV-aanbieders met productie ELV hoog complex minder dan €300.000,-. |
| Uiterlijk 19 juli 2025 | Uiterlijke datum afronding vragenlijst nieuwe aanbieder ELV PTZ. |
| Uiterlijk 30 september 2025 | De aangepaste overeenkomsten GRZ en ELV met geïndexeerde omzetplafonds staan klaar in de contracteermodule van het Zorginkoopportaal van VECOZO. U ontvangt bericht wanneer dit zichtbaar is. U hoeft hier verder niets voor te doen. |
| 12 november 2025 | Alle contractanten GRZ ELV 2026 zijn voor onze verzekerden zichtbaar op de Zorgzoeker van Zilveren Kruis. |

Tabel 5. Planning proces 2025.

Naleving en controle

In dit hoofdstuk leest u meer over hoe wij met naleving van (contract)afspraken en controles van declaraties omgaan.

Zilveren Kruis wil haar klanten verzekeren van kwalitatief goede en toegankelijke zorg.

Eén van onze verantwoordelijkheden is het beoordelen of de zorg die vergoed wordt, aan de wettelijke eisen voldoet en/of feitelijk en terecht geleverd is. Wij kennen hiervoor de volgende controleprocessen;

- Materiële controle
- Formele controle
- Fraudeonderzoek

U vindt het algemeen controle jaarplan Zvw op onze website.

U gaat daarvoor naar zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/declareren/controleren. In dit jaarplan staan de controlemethodiek en de verschillende stappen daarin beschreven. Natuurlijk voeren wij onze controles altijd uit met inachtneming van de privacywetgeving (AVG en UAVG).

Wij kunnen spiegelinformatie inzetten als eerste stap in ons materiële controleproces.

Spiegelinformatie geeft u inzicht in uw declaratiegedrag ten opzichte van uzelf en/of andere zorgaanbieders. Ziet u eventuele foutieve of afwijkende declaraties? Dan corrigeert u die eenvoudig zelf. U ontvangt altijd een e-mail over de inzichten uit de spiegelinformatie. U kunt schriftelijk reactie geven of we maken een afspraak om het met elkaar door te nemen. Alleen als het nodig is volgt dan nog een materiële controle met algemene of specifieke controlemiddelen.

Wij beoordelen of de (contract)afspraken worden nageleefd.

Wij onderzoeken of zorgaanbieders zich aan de met Zilveren Kruis overeengekomen afspraken houden. Dit zijn bijvoorbeeld afspraken over zorgkosten, kwaliteit, doelmatigheid en transparantie. Ook hiervoor kunnen we spiegelinformatie inzetten. Net als voor het delen van de voortgang op onze beleidsthema's.

Wij laten de machtiging voor ELV hoog en laag complex bij een behandelduur langer dan 90 dagen vervallen.

Hiermee verlichten we de administratieve lasten voor zorgaanbieders. We verwachten dat aanbieders passend en doelmatig omgaan met de benodigde ligduur. Wij blijven de ligduur monitoren. Als we opvallend declaratiegedrag zien voeren wij controle uit op gepast gebruik. Wij controleren of de gedeclareerde prestatie het meest aangewezen was bij de gezondheidssituatie van de verzekerde.

Wij laten machtiging voor GRZ vervallen als de behandeling langer duurt dan 180 dagen.

Dit komt door een wetswijziging in het Besluit zorgverzekering 2.5c. Vanaf 2025 is de regel dat geriatrische revalidatie maximaal zes maanden mag duren, niet meer van kracht.

Aanvullingen en wijzigingen

Dit inkoopbeleid is gepubliceerd op 1 april 2024. Zilveren Kruis behoudt zich het recht voor, in geval van gewijzigde wet- en regelgeving, overheidsbesluiten en overige onvoorziene omstandigheden, wijzigingen in het inkoopbeleid aan te brengen. Houdt u dit zelf goed in de gaten! U vindt deze aanvullingen en wijzigingen bij uw inkoopbeleid op zk.nl/zorgaanbieders. Andere onderwerpen die interessant zijn voor u vindt u daar ook.

Wij helpen u graag verder



Kijk op zilverenkruis.nl/zorgaanbieders.

Op onze website vindt u veel informatie. Heeft u het antwoord op uw vraag niet gevonden? Op zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact vindt u een overzicht van alle contactmogelijkheden en openingstijden.

Bijlage 1 Inkoopvoorwaarden

In deze bijlage staan de inkoopvoorwaarden die wij aan elke zorgaanbieder stellen. Deze inkoopvoorwaarden blijven gelden gedurende de looptijd van de overeenkomst. Zilveren Kruis kan u vragen om te bewijzen dat u aan de voorwaarden voldoet.

Kunt u de volgende vragen met 'ja' beantwoorden?

| | GRZ | ELV |
|-----|---|---|
| 1. | Bent u ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel? | Bent u ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel? |
| 2. | Staan de UBO's (Ultimate Beneficial Owners) van de zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst aangaan ingeschreven in het UBO-register en zijn deze gegevens actueel? | Staan de UBO's (Ultimate Beneficial Owners) van de zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst aangaan ingeschreven in het UBO-register en zijn deze gegevens actueel? |
| 3. | Heeft u aantoonbaar de geldende Governancecode Zorg ingevoerd (als deze geldt voor u)? | Heeft u aantoonbaar de geldende Governancecode Zorg ingevoerd (als deze geldt voor u)? |
| 4. | Voldoet u aan de Wtza en, voor zover van toepassing, aan de verplichtingen die in verband met de invoering van de Wtza, in andere wetten zijn opgenomen. | Voldoet u aan de Wtza en, voor zover van toepassing, aan de verplichtingen die in verband met de invoering van de Wtza, in andere wetten zijn opgenomen. |
| 5. | Verleent u zorg in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving? | Verleent u zorg in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving? |
| 6. | Beschikt u over een klachtenprocedure en hanteert u daarbij een reglement voor klachtenbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)? | Beschikt u over een klachtenprocedure en hanteert u daarbij een reglement voor klachtenbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)? |
| 7. | Heeft u een eigen vastgelegd privacybeleid? | Heeft u een eigen vastgelegd privacybeleid? |
| 8. | Voldoet u aan de Wet Normering Topinkomens (WNT)? | Voldoet u aan de Wet Normering Topinkomens (WNT)? |
| 9. | Is het geheel van processen, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, risico's en beheersmaatregelen van uw organisatie schriftelijk vastgelegd in een AO/IB en wordt de beheersing van de administratieve organisatie aantoonbaar intern gecontroleerd? | Is het geheel van processen, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, risico's en beheersmaatregelen van uw organisatie schriftelijk vastgelegd in een AO/IB en wordt de beheersing van de administratieve organisatie aantoonbaar intern gecontroleerd? |
| 10. | Beschikt u over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens – bijvoorbeeld declaratiegegevens – aan Zilveren Kruis binnen de door Zilveren Kruis aangegeven termijn? | Beschikt u over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens – bijvoorbeeld declaratiegegevens – aan Zilveren Kruis binnen de door Zilveren Kruis aangegeven termijn? |
| 11. | Staat u garant voor de continuïteit van – de te leveren – zorg aan bestaande patiënten? | Staat u garant voor de continuïteit van – de te leveren – zorg aan bestaande patiënten? |
| 12. | Bent u adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 per gebeurtenis, of heeft u deze verzekering per 1 januari 2025 afgesloten? | Bent u adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 per gebeurtenis, of heeft u deze verzekering per 1 januari 2025 afgesloten? |
| 13. | Levert u de zorg zelf? Het is niet toegestaan gecontracteerde zorg uit te besteden aan een derde (onderaanneming). | Levert u de zorg zelf? U mag alleen gecontracteerde zorgverlening aan een derde partij of aan zzp-ers uitbesteden als: 1) u meer dan 50% van de zorg voor klanten van Zilveren Kruis zelf uitvoert; en 2) u afspraken met de inkoper van Zilveren Kruis heeft gemaakt over onderlinge dienstverlening. Uitzendkrachten en personeel die onderdeel zijn van de organisatie waar u als zorgaanbieder onderdeel van uitmaakt, vallen niet onder onderlinge dienstverlening. |

| | | |
|-----|---|--|
| 14. | Voert u periodiek een klanttevredenheidsmeting uit die u gebruikt voor interne verbeterplannen? De zorgaanbieder is transparant over de klantervaringen. | Voert u periodiek een klanttevredenheidsmeting uit die u gebruikt voor interne verbeterplannen? De zorgaanbieder is transparant over de klantervaringen. |
| 15. | U stelt, conform de voorwaarden die daarvoor zijn verwoord in het Generiek Kompas, jaarlijks een kwaliteitsbeeld op, u levert dit kwaliteitsbeeld aan bij het Zorginstituut en u publiceert het kwaliteitsbeeld op uw website. | U stelt, conform de voorwaarden die daarvoor zijn verwoord in het Generiek Kompas, jaarlijks een kwaliteitsbeeld op, u levert dit kwaliteitsbeeld aan bij het Zorginstituut en u publiceert het kwaliteitsbeeld op uw website. |
| 16. | Toetst en registreert u bij opname of ELV dan wel GRZ passende zorg is, bijvoorbeeld op basis van het 'Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0' van Significant of het Triage instrument Geriatrische Revalidatiezorg van Verenso en heeft u een geriatrisch assessment uitgevoerd als er geen sprake is van voorgaande ziekenhuisopname? | Toetst en registreert u bij opname of ELV dan wel GRZ passende zorg is, bijvoorbeeld op basis van het 'Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0' van Significant of het Triage instrument Geriatrische Revalidatiezorg van Verenso en heeft u een geriatrisch assessment uitgevoerd als er geen sprake is van voorgaande ziekenhuisopname? |
| 17. | Heeft u regionale samenwerkingsafspraken over triage, overdracht van patiënten en de medische verantwoordelijkheidsverdeling gemaakt met ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleegkundigen, verpleeghuizen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners? Registreert u de ontslagbestemming voor alle klanten in aantal per hoofddiagnosegroep en verstrekt u deze informatie op verzoek van Zilveren Kruis? | Heeft u regionale samenwerkingsafspraken over triage, overdracht van patiënten en de medische verantwoordelijkheidsverdeling gemaakt met ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleegkundigen, verpleeghuizen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners? Registreert u de ontslagbestemming voor alle klanten in aantal per hoofddiagnosegroep en verstrekt u deze informatie op verzoek van Zilveren Kruis? |
| 18. | Borgt u dat het zorgplan van de klant continu up-to-date blijft voor aard, volume en duur, zodat tijdig over ontslag en eventuele vervolgzorg nagedacht wordt? | Borgt u dat het zorgplan van de klant continu up-to-date blijft voor aard, volume en duur, zodat tijdig over ontslag en eventuele vervolgzorg nagedacht wordt? |
| 19. | Vindt er een vorm van evaluatie plaats waarbij op structurele wijze retrospectief wordt getoetst (tijdens of na opname) of de indicatiestelling juist was? Gebruikt u deze informatie voor uw eigen kwaliteitsverbetering en terugkoppeling aan verwijzers? | Vindt er een vorm van evaluatie plaats waarbij op structurele wijze retrospectief wordt getoetst (tijdens of na opname) of de indicatiestelling juist was (met uitzondering van ELV PTZ)? Gebruikt u deze informatie voor uw eigen kwaliteitsverbetering en terugkoppeling aan verwijzers? |
| 20. | Borgt u regiebehandelaarschap met de daarbij behorende afspraken conform de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (zie: https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/kwaliteit-en-veiligheid-2/verantwoordelijkheidsverdeling), waarbij medisch-inhoudelijke expertise op het gebied van geriatrische revalidatiezorg door een specialist ouderengeneeskunde met bij voorkeur een kaderopleiding geriatrische revalidatie beschikbaar is? | Is de eerstverantwoordelijke een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4? |
| 21. | Voldoet het zorgplan GRZ aan de minimumeisen zoals gesteld in bijlage 8? | |
| 22. | De contractant levert CVA-zorg volgens de richtlijn herseninfarct en hersenbloeding (zie https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/herseninfarct_en_hersenbloeding/startpagina_herseninfarct_-_bloeding.html) | |

Kunt u de volgende vragen met 'nee' beantwoorden?

| | GRZ | ELV |
|----|---|---|
| 1. | Is tegen u bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht? | Is tegen u bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht? |
| 2. | Verkeert u in staat van faillissement of liquidatie, zijn uw werkzaamheden gestaakt, of geldt een surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord, of verkeert u in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure | Verkeert u in staat van faillissement of liquidatie, zijn uw werkzaamheden gestaakt, of geldt een surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord, of verkeert u in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke |

| | |
|--|--|
| <p>uit hoofde van op u van toepassing zijnde wet- en regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie?</p> | <p>procedure uit hoofde van op u van toepassing zijnde wet- en regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie?</p> |
| <p>3. Is faillissement of liquidatie aangevraagd dan wel tegen u een procedure van vereffening of surseance van betaling of akkoord dan wel een andere soortgelijke procedure die voorkomt in de op u van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie, aanhangig gemaakt?</p> | <p>Is faillissement of liquidatie aangevraagd dan wel tegen u een procedure van vereffening of surseance van betaling of akkoord dan wel een andere soortgelijke procedure die voorkomt in de op u van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie, aanhangig gemaakt?</p> |
| <p>4. Is tegen u een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde van toepassing volgens de op u van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met uw beroepsgedragsregels?</p> | <p>Is tegen u een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde van toepassing volgens de op u van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met uw beroepsgedragsregels?</p> |
| <p>5. Heeft u in de uitoefening van uw beroep de afgelopen drie jaar een ernstige fout begaan, waardoor uw integriteit in twijfel kan worden getrokken? Als het begaan van een ernstige fout in de uitoefening van uw beroep wordt in ieder geval aangemerkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. het doen van een gift of belofte of het aanbieden van een dienst indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd iemand iets te laten doen wat in strijd is met zijn plicht; b. het vervalsen of valselijk opmaken van een geschrift dat bestemd is om tot bewijs van enig feit te dienen; c. het verstrekken van onjuiste gegevens of het ten onrechte niet verstrekken van juiste gegevens, indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd financieel voordeel te behalen (vermoeden van fraude); d. het handelen of nalaten waardoor de lichamelijke integriteit van werknemers of andere personen ernstig in gevaar wordt gebracht; e. het opgelegd hebben gekregen van een boete of last onder dwangsom in de zin van artikel 56 van de Mededingingswet; f. het in het kader van de uitvoering van een opdracht hebben begaan van een onrechtmatige daad waaruit ernstige schade is voortgevloeid, met dien verstande dat de onder a tot en met f genoemde gedragingen plaatsvinden in het kader van de beroepsuitoefening. | <p>Heeft u in de uitoefening van uw beroep de afgelopen drie jaar een ernstige fout begaan, waardoor uw integriteit in twijfel kan worden getrokken? Als het begaan van een ernstige fout in de uitoefening van uw beroep wordt in ieder geval aangemerkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. het doen van een gift of belofte of het aanbieden van een dienst indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd iemand iets te laten doen wat in strijd is met zijn plicht; b. het vervalsen of valselijk opmaken van een geschrift dat bestemd is om tot bewijs van enig feit te dienen; c. het verstrekken van onjuiste gegevens of het ten onrechte niet verstrekken van juiste gegevens, indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd financieel voordeel te behalen (vermoeden van fraude); d. het handelen of nalaten waardoor de lichamelijke integriteit van werknemers of andere personen ernstig in gevaar wordt gebracht; e. het opgelegd hebben gekregen van een boete of last onder dwangsom in de zin van artikel 56 van de Mededingingswet; f. het in het kader van de uitvoering van een opdracht hebben begaan van een onrechtmatige daad waaruit ernstige schade is voortgevloeid, met dien verstande dat de onder a tot en met f genoemde gedragingen plaatsvinden in het kader van de beroepsuitoefening. |
| <p>6. Heeft u niet aan uw verplichtingen voldaan ten aanzien van de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar u bent gevestigd of van Nederland?</p> | <p>Heeft u niet aan uw verplichtingen voldaan ten aanzien van de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar u bent gevestigd of van Nederland?</p> |
| <p>7. Heeft u niet aan uw verplichtingen voldaan ten aanzien van de betaling van uw belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar u bent gevestigd of van Nederland?</p> | <p>Heeft u niet aan uw verplichtingen voldaan ten aanzien van de betaling van uw belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar u bent gevestigd of van Nederland?</p> |
| <p>8. Heeft u zich ernstig schuldig gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen overeenkomstig dit inkoopbeleid?</p> | <p>Heeft u zich ernstig schuldig gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen overeenkomstig dit inkoopbeleid?</p> |

Bijlage 2 Aanvullende voorwaarden ELV PTZ

In deze bijlage staan de aanvullende voorwaarden die gelden voor de prestatie ELV voor palliatief terminale zorg. Deze aanvullende voorwaarden blijven gelden gedurende de looptijd van de overeenkomst.

Kunt u de volgende vragen met 'ja' beantwoorden?

| ELV palliatief terminale zorg | |
|--------------------------------------|---|
| 1. | De zorg wordt geleverd overeenkomstig het Kwaliteitskader Palliatieve zorg en de richtlijnen voor palliatieve zorg van IKNL (www.pallialine.nl). |
| 2. | De vaststelling van de palliatief terminale fase gebeurt altijd en aantoonbaar in overleg met de (huis)arts. Dit is vastgelegd in het zorgplan, waarin samen met de klant en naasten ook de aard en omvang van de zorg wordt opgenomen. |
| 3. | De zorg wordt geboden in eenpersoonkamers. |
| 4. | De zorgaanbieder heeft bijzondere aandacht voor gezamenlijke besluitvorming van de klant, naasten en zorgverlener, en voor vroegtijdige en proactieve zorgplanning. |
| 5. | De zorgaanbieder wijst nabestaanden op de mogelijkheden van nazorg en ondersteuning. |
| 6. | De zorgaanbieder draagt 24 uur per dag, 7 dagen per week zorg voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met minimaal deskundigheidsniveau 4, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te kunnen bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundige palliatieve zorg van V&VN). |
| 7. | De eerstverantwoordelijke is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4 en bevoegd en bekwaam om palliatieve zorg te kunnen bieden. |
| 8. | De zorgaanbieder schoolt medewerkers op het gebied van palliatieve zorg. |
| 9. | De zorgaanbieder beschikt over een aandachtsfunctionaris voor palliatieve zorg die direct betrokken is bij het primaire proces. |
| 10. | De zorgaanbieder participeert actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en werkt conform de afspraken die binnen het netwerk zijn gemaakt. |
| 11. | Binnen het netwerk is een consultatieteam beschikbaar met huisartsen en/of SO die ten minste gestart zijn met de kaderopleiding palliatieve zorg of de zogenoemde Cardiff opleiding. |

Bijlage 3 Aanvullende voorwaarden ELV-prestaties

In deze bijlage staan de aanvullende voorwaarden die gelden voor de prestatie 'Eerstelijnsverblijf aan patiënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov', 'Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling' en voor een aanvullende financiering voor ANW zorg binnen ELV hoog complex. Deze aanvullende voorwaarden blijven gelden gedurende de looptijd van de overeenkomst.

Kunt u de volgende vragen met 'ja' beantwoorden?

| Prestatie 'Eerstelijnsverblijf aan patiënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov' | |
|--|---|
| 1. | De zorgaanbieder is aangesloten bij het Korsakov Kenniscentrum. |
| 2. | De zorgaanbieder is door het Zorgkantoor gecontracteerd. |
| 3. | De zorgaanbieder is aangewezen als expertisecentrum (Doelgroep Expertise Centrum of Regionaal Expertise Centrum). |
| 4. | 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. |
| 5. | De 2 grootste zorgverzekeraars in de zorgkantoorregio stemmen locatie af of wijzen zorgaanbieder aan. |
| 6. | De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden met bekwaam personeel om expertise te borgen. |
| 7. | De zorgaanbieder is aangesloten bij een regionale coördinatiefunctie. |
| 8. | De zorgaanbieder spant zich in om de benodigde stappen voor passende vervolgzorg of benodigde voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten. |

| Prestatie 'Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling' | |
|---|---|
| 1. | Het zorgaanbod wordt in de regio geclusterd aangeboden met als uitgangspunt één per regionale coördinatiefunctieregio. |
| 2. | Zorgaanbod wordt in een gesloten setting aangeboden. |
| 3. | De zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die ook door het Zorgkantoor is gecontracteerd voor de opvang van WLZ V&V-crisis zorg. |
| 4. | De verwijzers zijn bekend met de locatie voor het gesloten herstel. |
| 5. | De zorgaanbieder is aangesloten bij de regionale coördinatiefunctie en het specifieke zorgaanbod is hier bekend. |
| 6. | De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden ELV gesloten herstel met voldoende en bekwaam personeel om expertise te borgen. |
| 7. | De zorgaanbieder spant zich in om de benodigde stappen voor passende vervolgzorg of benodigde voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten. |
| 8. | De zorgaanbieder handelt conform de Wet Zorg en Dwang. |

Aanvullende financiering voor ANW zorg binnen ELV hoog complex

- 1.** We verwachten dat de keuze voor het regionaal clusteren van ELV-spoedaanmeldingen bij de aangewezen zorgaanbieder aantoonbaar is vastgelegd in het ROAZ-plan of besluitenlijst van het ROAZ overleg en de werkafspraken zijn vastgelegd met de coördinatiefunctie en verwijzers.

 - 2.** De regionale clustering sluit aan bij de doorontwikkeling van het werkgebied van de regionale coördinatiefunctie.

 - 3.** De zorgaanbieder kan op de locatie waar acute opnames plaatsvinden ook reguliere GRZ en ELV hoog complexe zorg bieden. Hiermee worden patiënt verplaatsingen zoveel mogelijk voorkomen.

 - 4.** De zorgaanbieder kan alle ELV- en GRZ-patiënten 24/7 opnemen, waar deze toeslag specifiek is bestemd voor de opnames tussen 20.00 en 08.00 uur en in het weekend.

 - 5.** Patiënten kunnen vanuit huis, de huisartsenpost en de SEH via de regionale coördinatiefunctie aangemeld worden voor een acute opname.
-

Bijlage 4 Aanvullende voorwaarden direct ambulante GRZ

De aanvullende voorwaarden in deze bijlage gelden voor de volgende prestaties uit de beleidsregel:

- Diagnosen CVA | >32 behandeluren ambulante | Geriatrische revalidatiezorg; Declaratiecode 14E22
- Diagnosen CVA | 6 tot maximaal 32 behandeluren ambulante | Geriatrische revalidatiezorg; Declaratiecode 14E23
- Diagnosen CVA | Maximaal 5 behandeluren ambulante | Geriatrische revalidatiezorg; Declaratiecode 14E24
- Overige diagnosen | >23 behandeluren ambulante | Geriatrische revalidatiezorg; Declaratiecode 14E25
- Overige diagnosen | 5 tot maximaal 23 behandeluren ambulante | Geriatrische revalidatiezorg; Declaratiecode 14E26
- Overige diagnosen | Maximaal 4 behandeluren ambulante | Geriatrische revalidatiezorg; Declaratiecode 14E27

Deze aanvullende voorwaarden blijven gelden gedurende de looptijd van de overeenkomst. Voor direct ambulante GRZ gaan wij ervan uit dat het aantal patiënten van de geïncludeerde diagnosecategorie niet toeneemt ten opzichte van realisatie 2024, anders dan door demografische ontwikkelingen. De afspraak is onderdeel van het budgetplafond zoals opgenomen in de overeenkomst GRZ 2025-2026. We gaan in gesprek bij grote afwijkingen in volume en patiëntmix. Samenloop met MSR of paramedie is niet toegestaan.

Om in aanmerking te komen levert u uiterlijk 1 april 2026 informatie over uw organisatie van direct ambulante GRZ.

U gebruikt hiervoor het [sjabloon direct ambulante GRZ](#) waarin wij op basis van onderstaande voorwaarden documentatie bij u opvragen. Deze informatie stuurt u uiterlijk 1 april 2026 op naar zorginkoop.wijkverpleging@zilverenkruis.nl. Op basis van deze informatie stellen wij vast of uw plan volledig is en aan de voorwaarden voldoet. Uiterlijk 15 mei 2026 ontvangt u hierover een terugkoppeling.

Kunt u de volgende vragen met 'ja' beantwoorden?

Direct ambulante GRZ

1. Direct ambulante GRZ vervangt een intramurale GRZ-opname. Dit betekent dat er geen intramuraal GRZ-traject vooraf gaat aan direct ambulante GRZ.
2. De zorgaanbieder heeft ervaring met klinisch-ambulante GRZ. Dit blijkt uit:
 - Een zorgpad voor klinisch ambulante GRZ.
 - Een beschrijving van behaalde resultaten in 2024 en 2025 op in ieder geval: aantal cliënten, type cliënten qua doelgroep, totale duur van behandeling, ligduurverkorting, tevredenheid van cliënten en behandelaren.
3. De zorgaanbieder heeft een specifiek triageprotocol opgesteld, waarin staat beschreven wanneer direct ambulante GRZ toepasbaar is. Het [triage instrument geriatrische revalidatiezorg van Verenso](#) kan als basis dienen. Als verdieping hierop verwachten we daarnaast in het triageprotocol een toelichting op:
 - Welke doelgroepen in aanmerking komen en toelichting waarom deze passend zijn voor direct ambulante GRZ. De doelgroep electieve orthopedie komt niet in aanmerking voor direct ambulante GRZ: deze doelgroep wordt in de eerstelijns behandeld of bij uitzondering (bijvoorbeeld in geval van complicaties) via klinische opname.
 - Welke in- en exclusiecriteria worden meegenomen in de triage voor direct ambulante GRZ. Deze omvatten minimaal een beschrijving van de mate van zelfstandigheid om veilig thuis te revalideren, een inschatting van de intensiteit van de revalidatie en de wijze waarop dit haalbaar is in de thuissituatie, en de rol van mantelzorg.
 - Waarom een direct ambulante traject noodzakelijk is en niet volstaan kan worden met behandeling vanuit de eerste lijn.
4. De zorgaanbieder heeft een zorgpad/zorgprogramma direct ambulante GRZ. Hierin zijn in ieder geval opgenomen:
 - Op welke wijze aanvragen voor direct ambulante GRZ kunnen worden gedaan door verwijzers en hoe hier snel en adequaat vervolg aan kan worden gegeven.
 - Op welke wijze wordt samengewerkt met eerstelijns zorgaanbieders in de regio (denk aan paramedie en wijkverpleging).
 - De manier waarop digitale zorg onderdeel is van het hybride zorgpad.

- Concrete criteria wanneer direct ambulante GRZ kan stoppen dan wel overdracht naar monodisciplinaire inzet in de eerstelijns.
- De manier waarop de zorg is afgestemd met verwijzers in de regio: dit omvat het informeren van huisartsen en ziekenhuizen over de werkwijze.
- Op welke wijze de zorg in de avond-, nacht- en weekenduren geborgd wordt en een adequate informatievoorziening over de actuele status van de patiënt wordt geleverd, ook in spoedsituaties.

5. De zorgaanbieder spant zich in om minimaal 20 trajecten direct ambulante GRZ in 2026 te leveren.

Bijlage 5 Aanvullende afspraak GRZ thuis

Met deze afspraak kunt u revalidatie en behandeling thuis na GRZ opname inhoudelijk en financieel verantwoord organiseren. Deze afspraak is voor patiënten waarbij eerst een deel intramurale GRZ noodzakelijk is. Het tweede deel van het GRZ-traject wordt dan vervangen door ambulante revalidatie en behandeling thuis. U komt in aanmerking voor deze afspraak als u zich aansluit bij de afspraken van het lopende experiment van Zilveren Kruis.

Met de inzet van GRZ thuis verwachten we op termijn meer patiënten met dezelfde capaciteit te kunnen revalideren.

In het huidige GRZ-landschap wordt revalidatie thuis op zeer kleine schaal ingezet. Dit heeft zowel te maken met de financiering als de logistieke uitdagingen om revalidatie in de thuissituatie voor deze kwetsbare doelgroep te organiseren. Het doel van het experiment is om de opnameduur in een GRZ-setting significant te verkorten (gemiddeld 7 tot 10 dagen korter) en de revalidant zoveel mogelijk in de thuissituatie met behulp van e-tools te revalideren. De patiënttevredenheid blijft minimaal gelijk en de werkomgeving voor professionals aantrekkelijk. Hiermee beogen we dat de doorstroom op de intramurale GRZ wordt vergroot en de periode van opname alleen wordt ingezet als dit echt nodig is.

In het experiment halen we ook informatie op voor de toekomstige inrichting van de GRZ en daarbij passende financieringssystematiek. In dit experiment maken we alleen afspraken voor GRZ thuis na een opname, waarbij een deel van de revalidatie die nu intramuraal plaatsvindt naar huis wordt verplaatst.

We spreken GRZ thuis af voor de totale patiëntpopulatie, maar u kunt ook eerst met een afgebakende doelgroep starten.

De ambitie is om GRZ thuis voor alle verzekerden van Zilveren Kruis beschikbaar te maken. Met een gefaseerde opstart kan er gebruik worden gemaakt van de eerste ervaringen en uitgewerkte zorgpaden van andere zorgaanbieders die GRZ thuis al toepassen. Als streven moeten er jaarlijks minimaal 100 patiënten geïncludeerd kunnen worden. In overleg met Zilveren Kruis kan de doelgroep gedurende de afspraak uitgebreid worden.

Voor GRZ thuis hanteren we dezelfde toegangscriteria als voor klinische GRZ, met de uitzondering dat de indicatie voor ambulante GRZ gesteld wordt door de specialist ouderengeneeskunde.

Gedurende de experimentfase zetten we in op een budgetneutrale financiering.

We gebruiken de GRZ-experimentprestatie voor (65144 klinisch ambulante GRZ thuis). Op basis van een recente, representatieve declaratieperiode stellen we een gemiddeld trajecttarief per patiënt in de geïncludeerde doelgroep vast.

We gaan ervan uit dat het aantal patiënten van de geïncludeerde diagnosecategorie niet toeneemt ten opzichte van realisatie 2024, anders dan door demografische ontwikkelingen. De afspraak is onderdeel van het budgetplafond zoals opgenomen in de overeenkomst GRZ 2025-2026. We gaan in gesprek bij grote afwijkingen in de patiëntmix.

We monitoren de voortgang en evalueren de uitkomsten.

In het experiment leren we over de kansen en beperkingen rondom GRZ thuis. Zorgpaden worden (deels) opnieuw ontwikkeld waarbij we evalueren wat passende zorg en behandeling is en in welke omgeving dit het beste geboden kan worden. Ook onderzoeken we welke vormen van eHealth bijdragen om de zelfregie en veiligheid van GRZ thuis te garanderen. We monitoren een aantal KPI's die ons inzicht geven in de resultaten op:

- Patiënt- en medewerkerstevredenheid
- Opnameduur (gemiddeld over de hele doelgroep 7 tot 10 dagen korter)
- Behandelinzet en -duur
- Inzet van reistijd

- Verhouding ambulante behandeling: digitaal, thuis en poliklinisch
- Gemaakte kosten in het totale traject

We evalueren de afspraak en werkelijke zorginzet twee keer per jaar met alle deelnemende partijen in samenspraak met het leernetwerk 'Beter Thuis'.

Bijlage 6 Financieel beleid GRZ

Het financieel beleid GRZ bouwt voort op het beleid van eerdere jaren.

We stellen tarieven vast als percentage van het NZa-maxtarief.

Het basistarief wordt voor grote zorgaanbieders op basis van de doelmatigheidscategorie vastgesteld. Voor reguliere zorgaanbieders is een gemiddeld basistarief vastgesteld, omdat de benchmark waarmee de doelmatigheidscategorie wordt bepaald niet betrouwbaar is bij een relatief kleine GRZ-omvang. Ter compensatie krijgen reguliere zorgaanbieders geen omzetplafond.

Grote zorgaanbieders krijgen een gecorrigeerde doelmatigheidscategorie.

Zorgaanbieders zijn in een doelmatigheidscategorie ingedeeld op basis van gemiddelde opnameduur en behandelinzet ten opzichte van het landelijk gemiddelde. De samenstelling van de patiëntpopulatie van een zorgaanbieder is van invloed op de gemiddelde opnameduur. Daarom wordt er gecorrigeerd voor deze verschillen door in ieder geval rekening te houden met:

- De verhouding in diagnosecategorie (CVA, Electieve orthopedie, trauma, amputatie en overig) en diagnosekenmerken binnen deze diagnosecategorie
- Patiëntkenmerken als leeftijd en geslacht
- Regiokenmerken. Het regiokenmerk wordt in het vereveningsmodel gebruikt en kent per regio een score toe op basis van stedelijkheid, aandeel niet-westerse allochtonen, gemiddeld inkomen, aandeel alleenstaanden, gestandaardiseerde sterfte, nabijheid van ziekenhuizen, huisartsen en verpleeghuizen.

De gemiddelde ligduur wordt als volgt berekend:

- De basis zijn de goedgekeurde declaraties van 1 januari 2023 tot en met 31 december 2023 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2024 voor klanten van Zilveren Kruis (incl. FBTO, De Friesland en overige aanverwante labels).
- De gemiddelde opnameduur van de zorgaanbieder is het gemiddelde van alle geïncludeerde patiënten, rekening houdend met variatie in patiëntpopulatie.
- Trajecten van 0-7 dagen en langer dan 120 dagen worden uitgesloten.

De categorie waarin zorgaanbieders op basis van bovenstaande worden ingedeeld heeft impact op de hoogte van het tweejarige tariefvoorstel voor de jaren 2025 en 2026.

GRZ-aanbieders komen in aanmerking voor een tweejarige tariefopslag als zij een verbetering op de gemiddelde DBC-prijs in 2025 en 2026 realiseren.

Grote zorgaanbieders kunnen in VECOZO voor een tariefopslag kiezen. Hier staat tegenover dat de gemiddelde DBC-prijs gedurende 2025 en 2026 wordt verlaagd ten opzichte van de gemiddelde DBC-prijs van het referentiejaar 2024.

De gemiddelde DBC-prijs wordt als volgt berekend:

- a. Voor de berekening van de gemiddelde DBC-prijs worden de goedgekeurde declaraties van klanten van Zilveren Kruis inclusief aanverwante labels gebruikt.
- b. Voor het referentiejaar gelden declaraties met startdatum 1 januari 2024 tot en met 31 december 2024. Om te corrigeren voor tariefindexaties wordt de productie vermenigvuldigd met het gemiddelde, afgesproken tarief (inclusief opslag) van 2025 en 2026 en gedeeld door het totaal aantal DBC's.
- c. Op de totale productie van 2025 en 2026 verwachten we de afgesproken verlaging te zien in de gemiddelde DBC-prijs. Dit heeft betrekking op de declaraties met startdatum 1 januari 2025 tot en met 31 december 2026. Het totaal gedeclareerde bedrag wordt gedeeld door het totaal aantal DBC's om tot een gemiddelde DBC-prijs te komen.

Wij hanteren twee aanvullende voorwaarden.

- De afgesproken omzetplafonds blijven ongewijzigd.
- De verhouding in diagnosegroepen (CVA, Trauma, Electieve orthopedie, Amputaties en Overig) is niet significant (meer dan 5%) en zonder overleg met Zilveren Kruis gewijzigd.

Uiterlijk 30 september 2027 stellen wij vast in hoeverre de aanvullende afspraak behaald is.

- Een voorlopig referentiekader van de gemiddelde DBC-prijs wordt in juni 2025 gedeeld, het definitieve referentiekader in september 2025.
- Uiterlijk 30 september 2027 stelt Zilveren Kruis vast of de verlaging van de gemiddelde DBC-prijs is behaald.
- De tariefopslag is onderdeel van het afgesproken tarief gedurende de overeenkomst. Mocht de verlaging van de gemiddelde DBC-prijs niet zijn gehaald, dan betaalt de zorgaanbieder naar rato de opslag terug aan Zilveren Kruis.
- Indien de verbetering wel is behaald, vindt er geen financiële verrekening plaats over de verbeterafpraak.

Bijlage 7 Financieel beleid ELV

Het financieel beleid ELV bouwt voort op het beleid van eerdere jaren.

Per prestatie is voor iedere zorgaanbieder een basistarief vastgesteld.

Het basistarief per prestatie is per zorgaanbieder op basis van omvang en doelmatigheidscategorie vastgesteld. Hierbij is rekening gehouden met de indexatie zoals in de meest actuele NZa beleidsregel Eerstelijnsverblijf is bepaald.

De doelmatigheidscategorie voor grote zorgaanbieders wordt vastgesteld op basis van gemiddelde ligduur.

Zorgaanbieders zijn in een doelmatigheidscategorie ingedeeld op basis van gemiddelde opnameduur ten opzichte van het landelijk gemiddelde. De samenstelling van de patiëntpopulatie van een zorgaanbieder is van invloed op de gemiddelde opnameduur. Daarom wordt gecorrigeerd voor deze verschillen. De gemiddelde opnameduur is als volgt berekend:

- De basis zijn de goedgekeurde declaraties van 1 juni 2023 tot en met 31 mei 2024 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2024 voor klanten van Zilveren Kruis (incl. FBTO, De Friesland en overige aanverwante labels).
- De gemiddelde opnameduur van de zorgaanbieder is het gemiddelde van alle geïnccludeerde patiënten, rekening houdend met variatie in patiëntpopulatie.
- Trajecten op ELV laag complex van 0-7 dagen en op ELV hoog complex van 0-14 dagen worden uitgesloten. Door deze afbakening vergelijken we een meer homogene doelgroep.
- Langdurige opnames (90 dagen of langer voor zowel ELV laag complex als ELV hoog complex) worden uitgesloten.

De categorie waarin zorgaanbieders worden ingedeeld heeft impact op zowel de hoogte van het tariefvoorstel, als de mogelijke ruimte voor overproductie.

U kunt kiezen voor een verbeterafpraak op de gemiddelde opnameduur in 2025 en 2026.

Grote zorgaanbieders kunnen in VECOZO voor een tariefopslag kiezen. Hier staat tegenover dat de gemiddelde opnameduur gedurende 2025 en 2026 wordt verlaagd ten opzichte van de gemiddelde opnameduur in het referentiejaar 2024.

De gemiddelde opnameduur wordt als volgt berekend:

- a. Voor de berekening van de gemiddelde opnameduur worden de goedgekeurde declaraties van klanten van Zilveren Kruis inclusief aanverwante labels gebruikt.
- b. Voor het referentiejaar gelden declaraties met startdatum 1 januari 2024 tot en met 31 december 2024.
- c. Op de totale productie van 2025 en 2026 verwachten we de afgesproken verlaging te zien in de gemiddelde opnameduur. Dit heeft betrekking op de declaraties met startdatum 1 januari 2025 tot en met 31 december 2026.
- d. Het procentuele verschil tussen beide periodes is de verandering in gemiddelde opnameduur. Is de score in 2025 en 2026 lager, dan is sprake van een verbetering en bij voldoende verbetering wordt een tariefopslag behaald.

Uiterlijk 1 juli 2027 stellen wij vast in hoeverre de aanvullende afspraak behaald is

- Een definitieve referentiekader van de gemiddelde opnameduur wordt in juni 2025 gedeeld.
- Uiterlijk 1 juli 2027 stelt Zilveren Kruis vast of de verlaging van de gemiddelde opnameduur is behaald.
- De tariefopslag is onderdeel van het afgesproken tarief gedurende de overeenkomst. Mocht de verlaging van de gemiddelde opnameduur niet zijn gehaald, dan betaalt de zorgaanbieder naar rato de opslag terug aan Zilveren Kruis.
- Indien de verbetering wel is behaald, vindt er geen financiële verrekening plaats over de verbeterafpraak.

Bijlage 8 Afbakening vormen van tijdelijk verblijf

Wij blijven inzetten op een zorgvuldige en onderbouwde afweging tussen ELV of GRZ.

We vinden het belangrijk dat de zorg wordt ingezet die het best passend is bij de zorgvraag en de gezondheidsdoelen van onze klanten. Een goede triage, indicatiestelling en zorgvuldige afweging zijn hierbij cruciaal. De zorgvraag is hierbij altijd leidend en nooit de gewenste financiering. Wij verwachten van zorgaanbieders dat de onderbouwde afweging is opgenomen in het zorgdossier van de klant.

Voor een juiste triage en indicatiestelling kunt u gebruik maken van de volgende instrumenten:

- Het 'Afwegingsinstrument voor opname Eerstelijnsverblijf 2.0' van Significant¹ is een hulpmiddel bij triage-en indicatiestelling voor verschillende vormen van tijdelijk verblijf.
- Het 'Triage instrument geriatrie revalidatiezorg' van Verenso.
- Het 'Verwijskader en medisch zorg Eerstelijnsverblijf' van ActiZ en de LHV.

Toch kan het in sommige gevallen moeilijk zijn om meteen de juiste afweging voor passende zorg te maken. Daarom lichten wij hieronder de afbakening tussen verblijfsvormen toe.

Allereerst lichten we de verschillende (tijdelijke) verblijfsvormen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) toe. Daarna volgt een afbakening van tijdelijk verblijf vallend onder de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De informatie is afkomstig uit o.a. het Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0. Indien andere bronnen zijn gebruikt wordt hier specifiek naar verwezen.

1. Zorgverzekeringswet (Zvw)

Onder de Zvw vallen meerdere vormen van geneeskundige zorg waarbij verblijf nodig is. Bijvoorbeeld verblijf in een ziekenhuis, een revalidatie-instelling, of een GGZ-instelling. Tijdens dit verblijf is de medisch-specialist verantwoordelijk voor de zorg voor de patiënt. Binnen het eerstelijnsverblijf draagt een huisarts de medische verantwoordelijkheid voor de patiënt. Dit kan ook een specialist ouderengeneeskunde (SO) of een arts verstandelijk gehandicapten zijn (AVG)².

1.1. Geriatrie revalidatiezorg (GRZ)

GRZ omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit met als doel herstel of verbetering van het functioneren en de participatie in de maatschappij van de verzekerde.³

GRZ wordt gekenmerkt door 5 doelgroepen, ieder met een eigen zorg- en tijdspad:

- **Cerebro vasculair accident (CVA):** Geriatrie revalidant die doorgaans na ziekenhuisopname voor een CVA wordt doorverwezen voor GRZ;
- **Trauma:** Geriatrie revalidant die bijvoorbeeld door een val een heup- of bovenbeenfractuur heeft opgelopen en doorgaans na ziekenhuisopname wordt doorverwezen;
- **Electieve orthopedie:** Geriatrie revalidant die een planbare operatie ondergaat voor gewrichtsvervangings van de heup, knie of schouder en verder dient te revalideren;
- **Amputatie:** Geriatrie revalidant bij wie een lichaamsdeel chirurgisch is afgezet en die tijdelijk nog niet naar huis kan om daar te revalideren;
- **Overig:** Geriatrie revalidant die doorgaans na ziekenhuisopname wordt doorverwezen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) of oncologische revalidanten.

¹ https://www.eerstekamer.nl/overig/20161222/afwegingsinstrument_voor_opname/document

² Zorginstituut Nederland <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/verblijf-zvw>

³ Artikel 2.5C Besluit zorgverzekering <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2025-01-01/0>

Het Zorginstituut Nederland duidt de doelgroep binnen de GRZ als volgt⁴: GRZ is bedoeld voor kwetsbare ouderen. Een behandeling wordt ingezet met het oog op verwacht herstel of het verbeteren van het participeren en functioneren van de verzekerde. Om voor GRZ in aanmerking te komen moet er sprake zijn van:

- Kwetsbaarheid
- Complexe multimorbiditeit
- Afgenomen leerbaarheid en trainbaarheid

Zilveren Kruis duidt kwetsbaarheid als volgt: Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname en overlijden)⁵.

Zilveren Kruis duidt complexe multimorbiditeit als volgt: Als er sprake is van meerdere ziekten, stoornissen, beperkingen of handicaps is er sprake van multimorbiditeit. Als de oorzaken hiervan moeilijk te achterhalen zijn spreken we van complexe multimorbiditeit. De klant heeft behoefte aan een integrale en multidisciplinaire aanpak van de zorg die rekening houdt met de andere aandoeningen. De zorgverlening moet onderling goed afgestemd worden⁶.

Zilveren Kruis duidt een verminderde leerbaarheid en trainbaarheid als volgt: De zorg moet aangepast worden aan de individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo. De zorgverleners moeten rekening houden met de verminderde mogelijkheden van de klant⁷.

Zilveren Kruis stelt minimaal de volgende eisen aan de beschrijving van de revalidatiedoelstellingen: Wij verwachten van zowel de verwijzer als de GRZ-aanbieder dat er een zorgvuldige afweging wordt gemaakt in de verwijzing en triage waarbij een duidelijke toegevoegde waarde van GRZ blijkt aan het totale zorgpad van de klant. Dit blijkt onder andere uit een individueel revalidatieplan met haalbare revalidatiedoelstellingen. Ook vindt er minimaal tweewekelijks een vorm van multidisciplinair overleg (MDO) op de afdeling plaats waarin de voortgang van patiënten wordt besproken.

Op individueel niveau moet er minimaal aangetoond kunnen worden dat:

- Na het vaststellen van het revalidatieplan met doelen en zorgactiviteiten, op periodieke wijze de voortgang hiervan wordt geborgd middels het MDO. Hierbij hoort iedere keer ook de vraag te worden beantwoord in hoeverre terugkeer naar huis nog een reële mogelijkheid is. De overwegingen over zorgvraagontwikkeling en prognose worden vastgelegd in het zorgdossier.
- Bij de start van opname in de GRZ-instelling wordt door (of onder supervisie van) de specialist ouderengeneeskunde een revalidatieplan opgesteld. (Evaluatie)doelen, zorgactiviteiten en termijnen worden SMART geformuleerd. In het MDO vastgestelde zorgvraagontwikkelingen kunnen leiden tot een wijziging in het revalidatieplan.

1.2. Eerstelijnsverblijf (ELV)

ELV is medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in een intramurale locatie van een (toegelaten) zorginstelling. Ook wel: 'verblijf in verband met zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dit arsenaal omvat een verscheidenheid aan activiteiten, bijvoorbeeld: observeren, bewaken, diagnosticeren en medicatie toedienen. Zorg in ELV is gericht op herstel van de patiënt en de situatie/context waarin deze zich bevindt en daarmee de terugkeer naar huis. ELV is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrie) revalidatiezorg is aangewezen. Wettelijke kaders van het ELV zijn terug te vinden in de duiding van het Zorginstituut Nederland.⁸

De zorg binnen het ELV is medisch noodzakelijk en kortdurend. Dit staat verder omschreven in de duiding van het Zorginstituut Nederland.⁹

⁴ Zorginstituut Nederland <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/geriatrie-revalidatiezorg-zvw>

⁵ SCP, 2011

⁶ Zorginstituut Nederland <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/geriatrie-revalidatiezorg-zvw>

⁷ Zorginstituut Nederland <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/geriatrie-revalidatiezorg-zvw>

⁸ Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0, Significant

⁹ Zorginstituut Nederland, Het Eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet, 2016

1.2.1. ELV laag complex

De patiënt heeft een enkelvoudige aandoening en/of beperking die een bedreiging vormt/vormen voor de gezondheid van de patiënt. Er is verzorging en verpleging in de nabijheid, observatie, signalering en interventie nodig. De medische zorg in ELV laag complex bestaat uit zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden' al dan niet gepaard gaande met paramedische zorg.

1.2.2. ELV hoog complex

Bij de patiënt is sprake van meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen en/of beperkingen. Er is vaak sprake van polyfarmacie en de mogelijke gevolgen daarvan. Er is multidisciplinaire behandeling nodig. De patiënt heeft verzorging en verpleging in de directe nabijheid nodig. De (multidisciplinaire) behandeling dient plaats te vinden in een op de specifieke doelgroep ingerichte omgeving. De zorg ondersteunt de ADL van de patiënt of neemt deze over. De verantwoordelijk arts neemt zowel de generalistische als de specialistische behandeling op zich. De medische zorg in ELV hoog complex richt zich vooral op: functionele diagnostiek, prognostiek, het opstellen van een behandelplan met SMART geformuleerde doelen op basis van 'shared decision making' met de patiënt en het patiëntensysteem, regievoering tijdens het behandeltraject, verantwoordelijkheid nemen in de keten en zorgdragen voor adequate samenwerking, zoals vastgelegd in samenwerkingsafspraken. Afhankelijk van de problemen bij en van de patiënt kunnen professionals toegevoegd worden aan het multidisciplinair (zorg-)team.

1.2.3. ELV palliatief terminale zorg

Palliatief terminale zorg is mogelijk binnen het eerstelijnsverblijf onder de Zvw. De aangewezen verblijfsvorm kan het eerstelijnsverblijf zijn als de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten de verantwoordelijke arts is. Zorginhoudelijk spreken we van palliatief terminale zorg als de verantwoordelijk arts heeft aangegeven dat er sprake is van een levensverwachting van maximaal drie maanden.¹⁰

2. Respijtzorg binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Bij de keuze tussen respijtzorg en ELV gaat het om de vraag of er een behoefte is aan geneeskundige zorg. Als de medische situatie stabiel is, is respijtzorg op basis van de Wmo aan de orde. Respijtzorg is een gemeentelijke voorziening die tijdelijk als vervanging voor de eigen omgeving geldt. Planbare verpleging kan daarom op basis van de Zvw binnen de plaatselijke/ lokale voorzieningen geleverd worden. Bij het wegvallen van de mantelzorger zijn er verschillende overwegingen die tot de conclusie kunnen leiden dat er sprake is van een behoefte aan 'verblijf in verband met geneeskundige zorg'. Er is sprake van een indicatie voor het eerstelijns verblijf in plaats van respijtzorg bij een bevestigend antwoord op één of meerdere van de volgende vragen:

- Is er sprake van medische instabiliteit in de zin van behoefte aan een 'wakend oog'; dreigende gezondheidsverlies, en/of
- Is er een behoefte aan onplanbare verpleging, en/of
- Is er een behoefte aan verzorging in de zin van het overnemen van ADL-verrichtingen?

3. Tijdelijk verblijf binnen de Wet langdurige zorg (Wlz)

3.1 Wlz logeerszorg¹¹

Logeerszorg is kortdurend verblijf voor mensen met een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb) vanuit de Wlz om één of meer mantelzorgers te ontlasten van de zorg van verzekerde. Bij logeerszorg gaat het om logeren in een voor klantbeschermende woonomgeving waarin hij samenhangende zorg ontvangt. Klanten met een vpt of mpt kunnen logeerszorg alleen afnemen bij een door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieder.

3.2. Crisisopname V&V Wlz¹²

Crisiszorg is zorg die acuut nodig is en dus direct ingezet moet worden. Er is sprake van crisis in de volgende situaties:

- Wanneer de gezondheidssituatie van een klant die niet is opgenomen in een instelling plotseling verandert. Of wanneer de gezondheidssituatie van een klant die is opgenomen in een instelling plotseling verandert.
- Wanneer de informele hulp plotseling verandert, bijvoorbeeld door het wegvallen van de mantelzorg en dit leidt tot een substantieel andere inhoud (functie en/of plaats) en omvang van de nodige zorg.

¹⁰ Zorginstituut Nederland, Het Eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet, 2016

¹¹ Zorginstituut Nederland <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/L/logeerszorg-wlz>

¹² <https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/uw-zorgverlening/Paginas/crisiszorg-regelen.aspx>

- Wanneer het noodzakelijk is om opname binnen 24 uur (verpleging en verzorging) in te zetten om onaanvaardbare gezondheidsrisico's voor de klant, zijn gezin en/of woonomgeving te voorkomen.

Voor crisiszorg in de verpleging en verzorging gelden de volgende eisen:

- De klant heeft een Wlz-indicatie of de aanvrager van de crisisopname verwacht dat de klant een Wlz-indicatie krijgt binnen twee weken en met terugwerkende kracht per opnamedatum
- Er is sprake van een acute en naar verwachting permanente verandering
- Gevaarscriterium is duidelijk aanwezig
- Binnen 24 uur is intramurale zorg noodzakelijk.

*Versnelde procedure voor Wlz-indicatie na opname in het ELV*¹³: Klanten die in een ELV verblijven kunnen, indien blijkt dat zij niet meer naar huis kunnen, een Wlz-indicatie aanvragen. De ingangsdatum van de zorg kan liggen vóór de afgifte datum van het indicatiebesluit als er sprake is van een aanvraag voor Wlz zorg aansluitend aan geriatrische revalidatie en aansluitend aan eerstelijnsverblijf.

Vanuit het ELV is een spoedaanvraagprocedure mogelijk voor een Wlz-indicatie. Hiervoor geldt een afhandeltermijn van twee weken in plaats van de wettelijke termijn van zes weken.

3.3. Zorgprofiel VV9B

Zorgprofiel VV9B is herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling. Dit zorgprofiel is bedoeld voor mensen:

- Die medisch specialistische diagnostiek/interventie hebben gehad (meestal tijdens een opname in het ziekenhuis) en waarbij deze medisch specialistische diagnostiek/interventie - ook van comorbiditeit en multimorbiditeit - is afgerond, én
- Die aansluitend tijdelijk een herstelgerichte behandeling nodig hebben vanuit een integrale en multidisciplinaire aanpak; omdat de verwachting is dat de persoon in die tijdelijke periode kan herstellen en/of een aantal vaardigheden kan leren en trainen waardoor hij beter kan functioneren. Een specifieke benadering is nodig vanwege problemen met regie, regelvermogen en psychosociale/cognitieve functies, én
- Waarbij het functioneren niet zodanig kan verbeteren dat hij op termijn zonder permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid kan (om escalatie dan wel ernstig nadeel te voorkomen). Relevant is dus dat de persoon ook na de herstelgerichte behandeling is aangewezen op de Wlz.
- Waar verblijf met behandeling in de Wlz van toepassing is, of waar bij aanvang van de herstelgerichte behandeling al vaststaat dat de klant na het traject is aangewezen op verblijf met behandeling vanuit de Wlz.

Voor deze mensen is het zorgprofiel VV9B aan de orde gedurende 2 tot 6 maanden.¹⁴

¹³ Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0, Significant

¹⁴ https://www.ciz.nl/images/pdf/beleidsregels/Beleidsregels_indicatiestelling_Wlz_2020.pdf