

Inkoopbeleid 2021 Geriatrische Revalidatiezorg

Datum : 1 april 2020

Versie : 1.0

1. Wat zijn de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2020?	2
2. Wat willen we bereiken?	2
3. Wie kunnen een overeenkomst krijgen?	4
4. Hoe bepalen wij onze tarieven?	5
5. Hoe bepalen we hoeveel zorg wij inkopen?.....	6
6. Hoe ziet het contracteringsproces eruit?	7
7. Hoe ziet de planning voor contractering eruit?	8
8. Hoe gaan we om met Naleving & Controle?.....	8
9. Welke onderwerpen zijn mogelijk voor u ook interessant?.....	8
10. Waar vind ik aanvullingen en wijzigingen?.....	9
11. Heeft u nog vragen?	9
Bijlage 1 Inkoopvoorwaarden	10
Bijlage 2 Doelmatigheidsmodel	12
Bijlage 3 Juridische aspecten	13
Bijlage 4 Afbakening vormen van tijdelijk verblijf in de Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning en Wet langdurige zorg.....	14

Versie:	Belangrijkste wijzigingen:
1.0	-

1. Wat zijn de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2020?

De inkoopvoorwaarden zijn gewijzigd

U voldoet aan de Wet Normering Topinkomens.

De verhouding in diagnosekenmerken binnen diagnosecategorie 'overige aandoeningen' is meegenomen in de correcties van het doelmatigheidsmodel

Grote zorgaanbieders ontvangen een tarief- en volumeaanbod op basis van hun gemiddelde ligduur ten opzichte van andere zorgaanbieders. De samenstelling van de patiëntpopulatie van een zorgaanbieder is van invloed op de gemiddelde ligduur. Daarom corrigeren we voor deze verschillen. Naast patiënt- en regiokenmerken corrigeren we ook voor de verhouding tussen diagnosecategorieën en vanaf 2021 ook voor de diagnosekenmerken binnen de diagnosecategorieën.

Met alle grote zorgaanbieders spreken we een omzetplafond af

Voor de bepaling van dit omzetplafond kijken we naar de goedgekeurde declaraties van 1 januari tot en met 31 december 2019 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2020. Daarnaast houden we rekening met instroomratio, gemiddelde kosten per verzekerde en de zorgvraagontwikkeling in uw regio. Ook met de eventuele vergoeding van overproductie kijken wij naar de zorgvraagontwikkeling in uw regio.

We willen samen met u de regionale verschillen in instroom verklaren

De grote verschillen in praktijkvariatie van instroomratio en uitstroom naar huis en de verhouding binnen diagnosegroepen gaan we middels onze eigen spiegel- en regio informatie en eventueel in gesprek met u beter proberen te duiden. Hierbij kijken we naar de totale regio en zorgketen voor kwetsbare ouderen.

In 2021 werken zorgaanbieders aan digitale uitwisselbaarheid van gegevens volgens landelijke richtlijnen

Adequate overdracht en uitwisseling tussen zorgverleners is een belangrijke voorwaarde voor kwalitatief goede, veilig en doelmatige zorg. Bestaande zorgaanbieders brengen in 2021 hun digitale infrastructuur op orde zoals beschreven in de richtlijnen van Versnelling Informatie uitwisseling Patiënt-Professional [VIPP-InZicht](#).

2. Wat willen we bereiken?

Het zorglandschap vraagt om verandering

Over alle segmenten heen zien we een toenemende zorgvraag, veranderende klantbehoefte, krapte op de arbeidsmarkt en stijgende zorgkosten. Het zorglandschap moet veranderen om de zorg toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. We sluiten aan bij de beweging van de juiste zorg op de juiste plek van het hoofdlijnenakkoord Medisch specialistische Zorg (MSZ), Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Eerstelijnszorg en Wijkverpleging en het Zorgkantoren Profiel 2021.

Zorg Veilig Thuis: we zien dat patiënten het willen, we vinden dat het moet en we weten dat het kan

Veel mensen vinden het prettig om zorg thuis te krijgen. Zij ervaren dat zorg in hun eigen omgeving hen meer regie op hun leven, flexibiliteit en comfort geeft. We vinden dat het moet: de beweging van zorg naar huis is, mits op de juiste wijze georganiseerd, een antwoord op de toenemende en veranderende zorgvraag, krapte op de arbeidsmarkt en stijgende zorgkosten. En we weten dat het kan: ontwikkelingen in maatschappij en techniek zijn zo ver. Door de beweging van zorg naar huis mogelijk te maken, verwachten we kwaliteit, toegankelijkheid en kosten met elkaar in evenwicht te kunnen houden.

De beweging van zorg naar huis stelt de patiënt centraal

Niet het zorgaanbod is leidend, maar de patiënt en zijn of haar zorgvraag. Een andere manier van zorg

organiseren met inzet van digitale middelen brengt zorg dichterbij de patiënt. Hiervoor zien wij drie belangrijke manieren:

- Online contact met zorgverleners
- Monitoring op afstand
- Behandeling thuis

Zilveren Kruis wil de beweging van zorg naar huis versnellen

We willen de beweging naar huis versnellen zolang dit medisch verantwoord is, de thuissituatie het toelaat en de patiënt dit wil. Hoe Zilveren Kruis deze beweging naar huis samen met u wil vormgeven leest u op onze [website](#).

In 2021 werken zorgaanbieders aan digitale uitwisselbaarheid van gegevens volgens landelijke richtlijnen

Adequate overdracht en uitwisseling tussen zorgverleners is een belangrijke voorwaarde voor kwalitatief goede, veilige en doelmatige zorg. Bestaande zorgaanbieders brengen in 2021 hun digitale infrastructuur op orde zoals beschreven in de richtlijnen van Versnelling Informatie uitwisseling Patiënt-Professional (VIPP) InZicht. Dat betekent onder meer dat u systemen implementeert die digitale interne intra- en transmurale gegevensuitwisseling mogelijk maken en dat verpleegkundigen en verzorgenden deze vervolgens ook gebruiken. Volgens [wetgeving](#) per juli 2020 geven zorgaanbieders aan eigen cliënten bovendien digitaal inzicht in patiëntinformatie, bij voorkeur via een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Voor implementatie van nieuwe systemen kunt u gelden aanvragen via [VIPP-InZicht](#).

Zilveren Kruis legt de focus op integrale, persoonsgerichte zorg voor ouderen en chronisch zieken

De klant staat centraal in het zorgproces. Dit betekent dat de zorg is afgestemd op de persoonlijke gezondheidssituatie en behandeldoelen. Hierbij heeft de klant - en eventueel zijn of haar naaste - regie over het eigen zorgproces en vindt zorgverlening waar mogelijk in de vertrouwde omgeving van de klant plaats. Integrale, persoonsgerichte zorg vraagt gezamenlijke verantwoordelijkheid en samenwerking om het zorgpad van de klant optimaal te laten verlopen. Dit leidt tot de juiste zorg op de juiste plek.

Wij zien ruimte voor verbetering van de acute keten voor (kwetsbare) ouderen

We krijgen vanuit de praktijk en onderzoek¹ duidelijke signalen dat bij een deel van de ouderen die op de Spoedeisende Hulp (SEH) komen, dit bezoek vermijdbaar is. Deze ouderen hebben wel een zorg- of hulpvraag die wellicht op een andere plek kan worden opgevangen. Wij zien voor deze groep ouderen ruimte voor verbetering door de vermijdbare instroom op de SEH te verminderen en bij een acute hulpvraag direct de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Ouderen liggen soms ook onnodig lang in het ziekenhuis. Er is potentie om de door- en uitstroom vanuit het ziekenhuis naar Wlz, tijdelijk verblijf of thuis te verbeteren. Wij zien verschillende initiatieven die leiden tot het verbeteren van de acute keten voor ouderen. In een aantal van onze kerngebieden maken wij met aanbieders waar mogelijk en wenselijk aanvullende afspraken op dit thema.

Gepaste inzet van tijdelijk (medisch) verblijf begint bij een juiste verwijzing, triage en indicatiestelling

Het Eerstelijnsverblijf (ELV) biedt herstellende zorg (met uitzondering van ELV palliatief) en de Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) is gericht op revalidatie. Beide vormen van tijdelijk verblijf zijn gericht op terugkeer naar huis. Juiste positionering en inzet van het ELV en de GRZ in de zorgketen van ouderen kan bijdragen aan het voorkomen van acute ziekenhuisopnames, en het verkorten van de ligduur in het ziekenhuis met beter functioneel herstel.

Bij verwijzing naar beide zorgvormen is het belangrijk dat een individuele afweging wordt gemaakt welke zorgvorm het best passend is bij de zorgbehoefte van de klant. Het ELV en de GRZ horen hierbij in samenhang gezien te worden met andere vormen van tijdelijk verblijf die worden gefinancierd vanuit de

¹ Fluent, 2018 <http://fluent.nl/jaarlijks-ruim-300-000-ouderen-onnodig-in-ziekenhuisbedden/>

Wmo en de Wlz. In bijlage 4 van dit inkoopdocument lichten wij de afbakening van ELV en GRZ ten opzichte van andere vormen van tijdelijk verblijf toe.

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

- Het "Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0" van Significant is een hulpmiddel bij triage-en indicatiestelling voor verschillende vormen van tijdelijk verblijf.
- Het 'triage instrument geriatrische revalidatiezorg' van Verenso.
- Het 'Verwijskader en medisch zorg eerstelijnsverblijf' van ActiZ en de LHV.

Aanvullend formuleren we in bijlage 4 wat wij verwachten van de beschrijving van de revalidatiedoelstellingen in het behandelplan voor de GRZ.

De coördinatiefuncties tijdelijk verblijf worden regionaal doorontwikkeld

Inzicht in de beschikbaarheid en goede coördinatie van zorg zijn belangrijk om de juiste zorg op de juiste plek te realiseren. Dit betekent waar mogelijk ook een verbreding naar andere zorgsoorten. De regionale coördinatiefunctie tijdelijk verblijf zal dan ook een grotere rol spelen in de ondersteuning van verwijzers. Voor meer informatie verwijzen wij u naar het [inkoopbeleid Coördinatiefunctie tijdelijk verblijf 2021](#).

Wij vinden een zorgvuldige afweging voor instroom en een goede uitstroom naar de thuissituatie belangrijk

Het ELV en de GRZ bieden herstel- of revalidatiezorg zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. In de praktijk zien we grote verschillen in de instroom naar GRZ en ELV tussen regio's. Daarnaast stroomt een groot deel van onze klanten vanuit de GRZ en het ELV uit naar de langdurige zorg (Wlz). Ook daarin zien we veel praktijkvariatie tussen zorgaanbieders en regio's. Wanneer in het zorgtraject onverhoopt duidelijk wordt dat de klant niet meer op een verantwoorde wijze naar huis kan terugkeren, dan kan de klant binnen de Wlz voor langdurig verblijf in aanmerking komen. In dit geval zal tijdig een Wlz-indicatie bij het CIZ aangevraagd moeten worden.

Soms zijn deze verschillen verklaarbaar maar vaak ook niet. Daar waar we verschillen in instroom en doorstroom niet kunnen duiden, gaan we met zorgaanbieders in gesprek. Doelmatige inzet van (vervolg)zorg is voor ons belangrijk onderdeel van de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek.

Hierna leest u wat dit betekent voor u.

3. Wie kunnen een overeenkomst krijgen?

U krijgt een overeenkomst GRZ als u aan de inkoopvoorwaarden voldoet

Zorgaanbieders die zorg leveren zoals is opgenomen in de aanspraak Geriatrische Revalidatiezorg in artikel 2.5c Besluit Zorgverzekering en in 2020 een overeenkomst GRZ met Zilveren Kruis hebben die niet ontbonden is gedurende de looptijd, komen in aanmerking voor een overeenkomst GRZ. U vindt de inkoopvoorwaarden waaraan u voldoet en blijft voldoen gedurende de looptijd van de overeenkomst in bijlage 1 van dit inkoopbeleid.

Wij hanteren enkele kwaliteitseisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst

De kwaliteitseisen zijn opgenomen in de inkoopvoorwaarden in bijlage 1 van dit inkoopdocument. De zorgaanbieder moet gedurende de looptijd van de overeenkomst voldoen aan deze kwaliteitseisen.

Wij contracteren geen nieuwe zorgaanbieders voor 2021

U bent een nieuwe zorgaanbieder als u in 2020 geen overeenkomst GRZ heeft met Zilveren Kruis. Wij contracteren in 2021 geen nieuwe zorgaanbieders omdat wij met de huidige gecontracteerde GRZ-aanbieders voldoende zorgaanbod in te kopen voor klanten om aan onze zorgplicht te voldoen en keuzevrijheid te garanderen. Mocht de situatie daarom vragen dan behoudt Zilveren Kruis zich het recht voor om alsnog nieuwe partijen te contracteren.

Wij bieden u een éénjarige overeenkomst aan

U sluit een overeenkomst af met een looptijd van één jaar af (van 1 januari 2021 tot en met 31 december 2021).

Innovatie

Wij stimuleren de opschaling van kostenbesparende innovaties voor een duurzaam zorglandschap. Innovatie is een essentieel deel van de transformatie Juiste Zorg Op de Juiste plek. Wij stimuleren innovaties die bijdragen aan onze meerjarenstrategie Zorg Veilig Thuis en kostenbesparende innovaties die vanuit Juiste zorg bijdragen aan een duurzaam zorglandschap. Innovatieve voorstellen op basis van de Juiste Zorg op de Juiste plek zien wij graag tegemoet. Heeft u een idee voor verbetering van de zorg? En voor het versterken van de positie van de klant in het zorgproces? Dien uw zorginnovatie dan in via onze Zorginnovatiedesk. Meer over het innovatiebeleid van Zilveren Kruis leest u [op onze website](#).

Invoering nieuwe wet kan gevolgen hebben

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) wordt naar verwachting (deels) vervangen door de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Op het moment van publicatie van dit inkoopbeleid is nog niet duidelijk wanneer deze wet in werking treedt. Invoering van de Wtza kan gevolgen hebben voor de contractering. Wij informeren u tijdig over de mogelijke gevolgen van de inwerkingtreding van de Wtza.

Zorgaanbieders werken in 2021 aan implementatie van de Wet zorg en dwang (Wzd)

De Wet zorg en dwang is per 2020 in werking getreden. Om de zorg vanuit de Wet zorg en dwang goed te organiseren verwachten wij dat de desbetreffende zorgaanbieders VVT en GGZ met elkaar samenwerken. De locaties waar zorgaanbieders de zorg onder de Wzd leveren zijn opgenomen in het locatieregister op de site www.dwangindezorg.nl.

Op de [website](#) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vindt u meer informatie. Hier wordt beschreven dat in samenspraak met de veldpartijen een roadmap voor implementatie tot en met 31 december 2021 wordt opgesteld.

We onderscheiden 2 categorieën zorgaanbieders op basis van omvang

Zilveren Kruis deelt zorgaanbieders op basis van omvang 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. Wij stellen de omzetcategorie van een zorgaanbieder vast op basis van de goedgekeurde declaraties van onze klanten van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 met boekdatum 31 juli 2020.

Categorie	Omzetgrens in €
Reguliere zorgaanbieder	Omzet kleiner dan € 1.000.000
Grote zorgaanbieder	Omzet groter dan of gelijk aan € 1.000.000

Tabel 1. Indeling zorgaanbieders in categorieën

U leest hier meer over in hoofdstukken 4, 5 en 6.

4. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Wij zetten uw aanbod voor u klaar in Vecozo

Wij stellen per prestatie de tarieven voor 2021 na publicatie van de NZa beleidsregels 2021 vast. De voor u geldende tarieven en toelichting staan vanaf 20 september 2020 voor u klaar in Vecozo. De indeling in de groep reguliere of grote aanbieder is van invloed op uw tarief. Wij hanteren hierbij de definities zoals in tabel 1 in hoofdstuk 3 staat omschreven.

Reguliere aanbieders bieden wij een vast tarief

Reguliere aanbieders bieden wij een vast tarief met een vrij volume.

Bij grote aanbieders nemen we gemiddelde ligduur en behandelintensiteit mee in de tariefstelling

De behandeling bij GRZ is multidisciplinair en intensief en is gericht op het behalen van de revalidatie-doelen zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. Hierbij wordt gestreefd naar een zo kort mogelijk intramurale behandeling. Middels de tariefstelling willen we kortdurende, intensieve behandeling stimuleren en willen we praktijkvariatie binnen de verschillende diagnosegroepen verminderen.

Voor grote aanbieders wordt de gemiddelde ligduur en behandelintensiteit ten opzichte van andere grote aanbieders meegenomen in de bepaling van het tarief. We corrigeren hierbij voor de variatie in patiëntpopulatie. Iedere grote zorgaanbieder valt binnen een doelmatigheidscategorie. Meer informatie over de berekening van de (gecorrigeerde) gemiddelde ligduur en de totstandkoming van de doelmatigheidscategorieën vindt u in bijlage 2.

De tarieven zijn niet onderhandelbaar

Voor alle GRZ-DBC's staat het basistarief van Zilveren Kruis voor 2021 vast en is er geen mogelijkheid tot onderhandeling.

5. Hoe bepalen we hoeveel zorg wij inkopen?

Reguliere zorgaanbieders bieden wij een volumevrije afspraak

Bent u een reguliere zorgaanbieder? Dan bieden u een vast tarief met een vrij volume.

Met grote aanbieders spreken we een omzetplafond af

Bij de bepaling van uw volume voor 2021 houden we rekening met:

- Goedgekeurde declaraties van 1 januari tot en met 31 december 2019 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2020.
- Daarnaast houden we rekening met instroomratio, gemiddelde kosten per verzekerde en de zorgvraagontwikkeling in uw regio.

Het voor u geldende omzetplafond en toelichting staat vanaf 14 september 2020 voor u klaar in Vecozo.

Grote aanbieders zijn verantwoordelijk voor het gelijkmatig verdelen van de inzet van zorg over het jaar

Als grote aanbieder 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:

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

Voor grote aanbieders is er mogelijkheid tot substitutie van GRZ budget naar ELV budget

Wanneer u ook een ELV overeenkomst heeft staan wij 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.

Ook in 2021 delen we elk kwartaal spiegelinformatie met u

Op basis van onze declaratiegegevens van voorgaande jaren zien we grote verschillen tussen zorgaanbieders in de gemiddelde ligduur, heropnames, instroomratio, behandelintensiteit en uitstroom (ontslagbestemming). Per kwartaal delen we deze inzichten met u op geaggregeerd niveau.

Samen met De Friesland Zorgverzekeraar maken wij afspraken met zorgaanbieders

Voor de zorginkoop van wijkverpleging, ELV en GRZ werken Zilveren Kruis en De Friesland Zorgverzekeraar samen. De samenwerking houdt in dat De Friesland de zorg voor Zilveren Kruis verzekerden in Friesland inkoopt en dat buiten Friesland, Zilveren Kruis de zorg voor De Friesland

verzekerden inkoop. Bent u in 2020 zowel door Zilveren Kruis als DFZ gecontracteerd? De Friesland Zorgverzekeraar sluit dan een contract met u af voor alle cliënten die in Friesland wonen en Zilveren Kruis sluit contracten voor 2021 voor de cliënten in de rest van Nederland.

6. Hoe ziet het contracteringsproces eruit?

Wij publiceren ons inkoopbeleid op 1 april 2020

Bent u het oneens of ziet u fouten of onduidelijkheden in ons zorginkoopbeleid? Dan kunt u dit tot uiterlijk 15 mei 20 aan ons laten weten via ons [contactformulier](#). Als u een andere vraag heeft over ons inkoopbeleid of de inkoopprocedure, kijk dan eens op onze website of neem contact met ons op via het contactformulier. Antwoorden op veel gestelde vragen publiceren wij op onze website in augustus 2020.

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.

Via Vecozo ontvangt u 20 september een uitnodiging om onze vragenlijst te beantwoorden

U logt voor dit uitvraagportaal in met uw Vecozo-certificaat. In [Vecozo](#), loopt u een vragenlijst door waarin u aangeeft of u per 1 januari 2021 voldoet aan de inkoopvoorwaarden zoals opgenomen in dit inkoopbeleid. Als u niet aan de gestelde voorwaarden voldoet, komt er geen overeenkomst tot stand en stopt het contracteringsproces automatisch. Als u aan de gestelde voorwaarden voldoet, ontvangt u een conceptovereenkomst die u digitaal kunt ondertekenen.

Tot aan de sluiting van Vecozo op 30 oktober 2020 kunt u uw overeenkomst met Zilveren Kruis digitaal ondertekenen

Als u een vraag heeft over de overeenkomst, kunt u deze aan ons stellen via ons [contactformulier](#).

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. In bijlage 3 van dit inkoopbeleid leest u de juridische aspecten die op onze inkoopprocedure van toepassing zijn.

Op 12 november 2020 maken wij onze gecontracteerde zorgaanbieders bekend aan onze klanten

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

7. Hoe ziet de planning voor contractering eruit?

Datum	Onderwerp
1 april 2020	Publicatie inkoopbeleid Geriatrische Revalidatiezorg 2021
1 juli 2020	Publicatie overige documenten (zoals de modelovereenkomst)
20 september 2020	Versturen uitnodiging voor de vragenlijst via Vecozo
30 oktober 2020	Sluiting Vecozo
12 november 2020	Communicatie naar onze verzekerden over gecontracteerde zorg
1 januari 2021	Ingangsdatum overeenkomst Geriatrische Revalidatiezorg 2021

8. Hoe gaan we om met Naleving & Controle?

Eén van de verantwoordelijkheden en kernactiviteiten van Zilveren Kruis is het beoordelen of de zorg die vergoed wordt, aan de wettelijke eisen voldoet en feitelijk en terecht geleverd is. Hierbij maakt Zilveren Kruis onderscheid in het beoordelen of de overeenkomst die wij met een zorgaanbieder hebben afgesloten wordt nageleefd (controle op naleving) en het uitvoeren van controles die voortkomen uit de wettelijke eisen (formeel en materiële controle).

Een belangrijk onderdeel bij de (materiële) controle is de terechte levering. We kijken dan in hoeverre de geleverde zorg passend is bij zich evoluerende gezondheidstoestand van de verzekerde. Op meerdere relevante vlakken, zoals instroom, uitstroom, en verhouding diagnosecategorieën, zullen we dit per aanbieder en regio onderzoeken. Naast een goede triage en indicatiestelling is binnen de GRZ het tegengaan van de zogenaamde upscaling van belang. Van upscaling is sprake wanneer een verzekerde doelbewust langer blijft opgenomen zodat er een hogere financiële prestatie kan worden gedeclareerd.

We controleren op juiste instroom en de aanwezigheid van realistische revalidatiedoelstellingen

We overwegen maatregelen te nemen om onjuiste inzet, ondoelmatige en onrechtmatige zorg te beperken. We publiceren hierover eventueel aanvullend inkoopbeleid uiterlijk 1 september 2020. Indien van toepassing passen we de polisvoorwaarden voor onze verzekerden aan per 1 januari 2021.

Wij publiceren jaarlijks het algemeen materiële controle jaarplan Zvw op onze [website](#)

In dit jaarplan staat de controlemethodiek zoals Zilveren Kruis deze uitvoert beschreven. Controles voeren wij uit met inachtneming van de privacywetgeving (AVG).

De zorgaanbieder wordt geïnformeerd wanneer deze geselecteerd is voor een controle

De afdeling Naleving & Controle brengt de zorgaanbieder schriftelijk op de hoogte over de aanleiding van de controle en de vervolgstappen.

9. Welke onderwerpen zijn mogelijk voor u ook interessant?

- Eerstelijnsverblijf
- Coördinatiefunctie tijdelijk verblijf
- Medisch Specialistische Zorg
- Huisartsenzorg
- Wijkverpleging

Deze onderwerpen en meer vindt u op zilverenkruis.nl/zorginkoopbeleid2021

10. Waar vind ik aanvullingen en wijzigingen?

Dit inkoopbeleid is gepubliceerd op 1 april 2020. Het is mogelijk dat hierop aanvullingen of wijzigingen komen. Houd u dit zelf goed in de gaten!

U vindt deze aanvullingen en wijzigingen op [onze website](#).

11. Heeft u nog vragen?

[Stuur ons uw bericht](#) of bel ons op telefoonnummer (071) 751 0061, maandag t / m vrijdag van 08.00 - 18.00 uur.

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 om bewijs dat u aan de voorwaarden voldoet vragen.

Kunt u de volgende vragen met 'ja' beantwoorden?

1. Bent u ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel?
2. Heeft u een WTZi-toelating, waaruit blijkt dat u minimaal bent toegelaten voor de functie verblijf met behandeling en verpleging en verzorging en daarbij minimaal 24/7 een verpleegkundige aanwezig is? De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) wordt naar verwachting (deels) vervangen door de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Als de WTZa in werking is getreden dient u te voldoen aan de geldende voorwaarden.
3. Heeft u aantoonbaar de geldende Governancecode Zorg ingevoerd (als deze geldt voor u)? (<http://www.governancecodezorg.nl>)
4. Verleent u zorg in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving?
5. 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)?
6. Heeft u een eigen vastgelegd privacybeleid?
7. Voldoet u aan de Wet Normering Topinkomens (WNT)?
8. Voldoet u aan de Regeling verslaggeving WTZi (voor zover van toepassing)?
9. Voldoet u aan de Regeling AO/IC (als deze niet is uitgesloten op basis van de wet- en regelgeving)?
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?
11. Staat u garant voor de continuïteit van – de te leveren – zorg aan bestaande patiënten?
12. Voert u periodiek een klanttevredenheidsmeting uit die u gebruikt voor interne verbeterplannen? De aanbieder is transparant over de klantervaringen.
13. Bent u ISO 9001, HKZ, NIAZ, JCI of ZKN gecertificeerd? Indien u een ander erkend kwaliteitssysteem heeft, waarvan het doorlopen van de kwaliteitscyclus (plan do check act) op teamniveau een essentieel onderdeel is, kunt u hiervan de gelijkwaardigheid aantonen.
14. 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 2021 afgesloten?
15. Toetst en registreert u bij opname of GRZ passende zorg is, bijvoorbeeld op basis van het Triage instrument Geriatrische Revalidatiezorg van Verenso en heeft u een geriatrisch assessment uitgevoerd als er geen sprake is van voorgaande ziekenhuisopname?
16. Handelt u in overeenstemming met wat in bijlage 4 "Afbakening tijdelijk verblijf" is opgenomen?
17. Biedt u 7 dagen per week paramedische behandeling als onderdeel van de GRZ? Met instemming van de klant kan dit naar beneden worden bijgesteld.
18. Levert u de zorg zelf? Het is niet toegestaan gecontracteerde zorg uit te besteden aan een derde (onderaanneming).
19. Borgt u hoofdbehandelaarschap door de specialist ouderengeneeskunde, bij voorkeur opgeleid tot kaderarts geriatrische revalidatie?
20. Heeft u regionale samenwerkingsafspraken over triage, overdracht van patiënten en de medische verantwoordelijkheidsverdeling gemaakt met ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleegkundigen, verpleeghuizen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners?
21. Registreert u de ontslagbestemming voor alle klanten in aantal per hoofddiagnosegroep en verstrekt u deze informatie op verzoek van Zilveren Kruis?

22. Staat u vermeld op Zorgkaart Nederland, inclusief de geboden GRZ-zorg per locatie en per hoofddiagnosegroep? Deze inkoopvoorwaarde is alleen van toepassing als het mogelijk is om GRZ als aparte organisatie op Zorgkaart Nederland te vermelden.
23. Borgt u dat het zorgplan van de klant continu up-to-date blijft voor aard, volume en duur, zodat tijdig over ontslag of eventuele vervolgzorg nagedacht wordt?
24. Voldoet het zorgplan aan de minimumeisen zoals gesteld in bijlage 3 van dit inkoopbeleid?
25. 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/of terugkoppeling aan verwijzers?

Kunt u de volgende vragen met 'nee' beantwoorden?

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?
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 uit hoofde van op u van toepassing zijnde wet- en regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie?
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?
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?
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:
 - 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.
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?
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?
8. Heeft u zich ernstig schuldig gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen overeenkomstig dit inkoopbeleid?

Bijlage 2 Doelmatigheidsmodel

Grote zorgaanbieders ontvangen een tarief- en volumeaanbod op basis van hun gemiddelde ligduur ten opzichte van andere aanbieders. De samenstelling van de patiëntpopulatie van een zorgaanbieder is van invloed op de gemiddelde ligduur. Daarom corrigeren wij voor deze verschillen. Dit doen we 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.

Op basis van de gecorrigeerde gemiddelde ligduur wordt de doelmatigheidscategorie vastgesteld.

De gemiddelde ligduur wordt als volgt berekend:

- De basis zijn de goedgekeurde declaraties van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2020 voor klanten van Zilveren Kruis (incl. FBTO, De Friesland en overige aanverwante labels).
- De gemiddelde ligduur van de zorgaanbieder is het gemiddelde van alle geïnccludeerde patiënten, rekening houdend met variatie in patiëntpopulatie.
- Trajecten van 0-7 dagen en langer dan 120 dagen worden uitgesloten.

Wij monitoren de gemiddelde ligduur gedurende het jaar

Wij streven er naar om u elk kwartaal te voorzien van spiegelinformatie waarin ook de ontwikkeling op gemiddelde ligduur wordt meegenomen. De zorgaanbieder heeft daarnaast zelf ook de inspanningsverplichting om de voortgang gedurende het jaar zelf te monitoren.

Bijlage 3 Juridische aspecten

De inkoopprocedure kent een aantal beginselen

Zilveren Kruis sluit een overeenkomst voor de duur van 1 kalenderjaar. In de overeenkomst worden de verplichtingen van zorgaanbieders en Zilveren Kruis vastgelegd. Onze inkoopprocedure gaat uit van de rechtsbeginselen van precontractuele goede trouw, redelijk- en billijkheid. Die precontractuele goede trouw wordt ingevuld door de (procedure)regels in dit inkoopbeleid. Eventuele vragen en/of opmerkingen van een zorgaanbieder waarvan het antwoord gevolgen heeft voor alle zorgaanbieders binnen de betreffende procedure worden per omgaande op de website van Zilveren Kruis gepubliceerd.

Zilveren Kruis kan de procedure wijzigen

Zilveren Kruis behoudt zich het recht voor om een correctie in het inkoopbeleid en in de inkoopprocedure toe te passen of een wijziging of aanpassing van de voorschriften van de inkoopprocedure toe te passen, als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid (waaronder nieuwe standpunten van het Zorginstituut Nederland, wijzigingen in de regelgeving van de NZa en wijzigingen in het budgettair kader van het ministerie van VWS) worden getroffen die:

- van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte of;
- van invloed zijn op de afspraken die Zilveren Kruis met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dient te maken of;
- een wijziging betreffen van de Zvw-aanspraken of een voortschrijdend inzicht zijn op basis van ontwikkelingen in de zorg.

Aanpassingen aan de inkoopprocedure en inkoopbeleid kunnen divers zijn

Zilveren Kruis behoudt zich het recht voor om zonder enige schadevergoedingsplicht het volgende te doen:

- Geheel of gedeeltelijke aanpassing of opschorting van de inkoopprocedure – tussentijds, tijdelijk of definitief – om redenen die voor ons overtuigend zijn. Hieronder verstaan we mede externe omstandigheden als overheidsbeslissingen of gerechtelijke uitspraken.
- De inkoopprocedure gedeeltelijk stoppen en het overige deel voortzetten.
- Het aanbrengen van wijzigingen in de inkoopprocedure of in de aard en de omvang van de zorgprestaties die we inkopen.
- Het nemen van besluiten of treffen van maatregelen voor situaties die tijdens de publicatie van dit document niet bij ons bekend waren of die we niet konden voorzien.
- Het wijzigen van de tijdsplanning.

Bijlage 4 Afbakening vormen van tijdelijk verblijf in de Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning en Wet langdurige zorg

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 en zorgvuldige afweging zijn hierbij cruciaal. Het Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0 van Significant² is hierbij een goed hulpmiddel. 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 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)³.

1.1. Geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is⁴.

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

- **Cerebro vasculair accident (CVA):** Geriatrische revalidant die doorgaans na ziekenhuisopname voor een CVA wordt doorverwezen voor GRZ;
- **Trauma:** Geriatrische revalidant die bijvoorbeeld door een val een heup- of bovenbeenfractuur heeft opgelopen en doorgaans na ziekenhuisopname wordt doorverwezen;
- **Electieve orthopedie:** Geriatrische revalidant die een planbare operatie ondergaat voor gewrichtsvervangings van de heup, knie of schouder en verder dient te revalideren;
- **Amputatie:** Geriatrische revalidant bij wie een lichaamsdeel chirurgisch is afgezet en die tijdelijk nog niet naar huis kan om daar te revalideren;
- **Overig:** Geriatrische revalidant die doorgaans na ziekenhuisopname wordt doorverwezen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) of oncologische revalidanten.⁵

Het Zorginstituut Nederland duidt de doelgroep binnen de GRZ als volgt:⁶

GRZ is bedoeld voor kwetsbare ouderen. Het doel van GRZ is om hen te helpen terug te keren naar de Thuissituatie middels revalidatie. Om voor GRZ in aanmerking te komen moet er sprake zijn van:

- Kwetsbaarheid
- Complexe multimorbiditeit
- Afgenomen leerbaarheid en trainbaarheid

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2016/11/01/afwegingsinstrument-voor-opname-eerstelijns-verblijf-2.0>

³ Zorginstituut Nederland <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/verblijf-zvw>

⁴ Artikel 2.5C Besluit zorgverzekering <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2020-01-01>

⁵ Inkoopbeleid Geriatrische revalidatiezorg Zilveren Kruis, 2020

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

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)⁷

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 worden⁸.

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 klant⁹

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 (binnen de hiervoor gestelde termijn van zes maanden). 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)

Eerstelijns verblijf 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 eerstelijns verblijf is gericht op herstel van de patiënt en de situatie/context waarin deze zich bevindt en daarmee de terugkeer naar huis. Eerstelijns verblijf 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 eerstelijns verblijf zijn terug te vinden in de duiding van het Zorginstituut Nederland.¹⁰

De zorg binnen het ELV is medisch noodzakelijk en kortdurend. Dit staat verder omschreven in de duiding van het Zorginstituut.¹¹

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.

⁷ SCP, 2011

⁸ Zorginstituut Nederland <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/geriatrie-revalidatiezorg-zvw>

⁹ Zorginstituut Nederland <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/geriatrie-revalidatiezorg-zvw>

¹⁰ Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0, Significant

¹¹ Zorginstituut Nederland, Het Eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet, 2016

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.¹²

2. Respijtzorg binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Bij de keuze tussen respijtzorg en eerstelijns verblijf 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 mantelzorgers 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 logeerszorg¹³

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 verzekerde beschermende woonomgeving waarin hij samenhangende zorg ontvangt. Klanten met een vpt of mpt kunnen logeerszorg alleen afnemen bij een door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde aanbieder.

3.2. Crisisopname V&V Wlz¹⁴

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.

¹² Zorginstituut Nederland, Het Eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet, 2016

¹³ Zorginstituut Nederland <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/l/logeerszorg-wlz>

¹⁴ <https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/uw-zorgverlening/crisiszorg-regelen>

- 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.
- 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*¹⁵

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 afgiftedatum 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 VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling (zorgprofiel VV9B)

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.

Voor deze mensen is het zorgprofiel 9b aan de orde gedurende 2 tot 6 maanden.¹⁶

¹⁵ Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0, Significant

¹⁶ https://www.ciz.nl/images/pdf/beleidsregels/Beleidsregels_indicatiestelling_Wlz_2020.pdf