

GRZ, ELV en GZSP 2026

Zorginkoopbeleid CZ

Inhoudsopgave

Kortdurende zorg	2
Voorbehoud	2
1. Visie van CZ groep op de kortdurende zorg	3
1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave	3
1.2 Visie op de sector	3
2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	5
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2026	5
2.2 Inhoudelijk beleid	6
2.3 Kosten van zorg	11
2.4 Transformatie en samenwerking	16
2.5 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	16
3. Proces contractering 2026	17
3.1 Tijdpad	17
3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	17
3.3 Bereikbaarheid	17
4. Bijlagen	19
4.1 Minimumeisen ELV, GRZ & GZSP	19

Kortdurende zorg

Zorginkoopbeleid

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ), Eerstelijnsverblijf (ELV), Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

laatste update 31-3-2025

Voorwoord

De aanspraken Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) spelen een belangrijke rol om mensen langer verantwoord thuis te laten wonen. Daarvoor is kennis van specifieke aandoeningen in de thuissituatie cruciaal. Ook als dat even niet meer mogelijk is en mensen tijdelijk moeten worden opgenomen om te herstellen of te revalideren. Uitgangspunt is altijd om de zorg in te zetten op de juiste plaats. We zien hoe de zorgvraag blijft stijgen. Om die het hoofd te kunnen bieden, blijven we de zelfredzaamheid vergroten en gaan we (nog) meer gebruikmaken van technologische en digitale hulpmiddelen.

Door GZSP op een goede manier in te zetten, kunnen cliënten langer thuis wonen, kunnen we zwaardere zorg uitstellen of soms zelfs voorkomen. Hiermee draagt de GZSP waardevol bij aan de hele zorgketen. De GZSP stimuleert samenwerking tussen verschillende sectoren. Zo heeft hij een positieve impact op de transformaties binnen de zorg. We zijn verheugd dat in steeds meer regio's de samenwerking en versteviging van de eerstelijnszorg hun vruchten beginnen af te werpen. Dat we hierdoor complexe zorg en/of intramurale opnames kunnen voorkomen. Het grootste winstpunt is dat professionals steeds meer gebruikmaken van elkaars expertise.

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn door OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep) met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving. Wijzigingen in wet- of regelgeving, gerechtelijke uitspraken en overige onvoorziene omstandigheden kunnen tot gevolg hebben dat het zorginkoopbeleid en/of de inkoopprocedure moet worden aangepast. Indien er een reden voor aanpassing aanwezig is, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. De aanpassingen zullen dan zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden. Als er zich situaties voordoen waarin dit zorginkoopbeleid niet voorziet, dan heeft CZ groep de mogelijkheid om zelfstandig, aan de hand van de stand van zaken, te bepalen hoe daarmee om wordt gegaan.

1. Visie van CZ groep op de kortdurende zorg

1.1 Ontwikkeling en maatschappelijke opgave

Als zorgverzekeraar en zorgaanbieder zijn we er samen verantwoordelijk voor om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Daarnaast dient de kwaliteit van zorg uiteraard te allen tijde geborgd te blijven. Binnen de zorgtransformatie zijn afspraken gemaakt om de zorg toegankelijk te houden door de zorg anders te organiseren. Vanuit CZ stimuleren we deze ontwikkelingen en proberen we dit maximaal te faciliteren door een strategische en betrouwbare gesprekspartner te zijn met een stabiel beleid. Daar waar dit kan, maken we graag meerjarige afspraken, zodat binnen de reguliere contractering meer ruimte is voor preventie en innovatie.

1.2 Visie op de sector

In de transformatie van zorg staat de kortdurende zorg steeds meer centraal. Een goed functionerende eerste lijn zorgt – met de juiste triage – voor optimale in-, door- en uitstroom binnen de regionale keten. Daarnaast zien we hoe steeds meer interventies in de preventieve sfeer ervoor zorgen dat cliënten niet instromen in het ziekenhuis. Andere interventies zorgen er juist voor dat cliënten het ziekenhuis eerder kunnen verlaten. In onze visie zijn er talrijke mogelijkheden binnen de eerste lijn om zorg in de tweede lijn te voorkomen of om de zorgduur in de tweede lijn te verkorten. Zo dragen Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatiezorg en de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen bij aan de maatschappelijke noodzaak om mensen langer verantwoord thuis te laten wonen. Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg faciliteren tijdelijke opnames voor herstel en revalidatie met als doel een duurzame terugkeer naar huis.

De laatste jaren is geïnvesteerd in de regionale coördinatiefuncties. Deze coördinatiefuncties bewijzen in veel regio's hun toegevoegde waarde: cliënten kunnen sneller de juiste zorg op de juiste plaats ontvangen. Los van de feitelijke bemiddeling bieden deze coördinatiefuncties waardevolle inzichten in de balans tussen vraag en aanbod binnen regio's. Ze stellen ons als CZ groep in staat om bij knelpunten sneller te acteren en knelpunten in de toegang te voorkomen en/of op te lossen. De schaalgrootte van de huidige coördinatiefuncties baart ons zorgen. In een aantal regio's is die nog altijd te klein om stand alone toekomstbestendig te zijn en te blijven. Als verzekeraars sturen we op één coördinatiefunctie per zorgkantoorregio. Dit sluit ook goed aan bij de bredere beweging rondom coördinatie van (acute) zorg, waarover we gesprekken voeren met de verschillende ROAZ-regio's.

Per 1 januari 2025 hebben we artikel 2.5c aangepast. Het is nu mogelijk om Geriatrische Revalidatiezorg zonder klinische opname direct thuis te starten. We zien een ontwikkeling naar ambulante GRZ. Die ontwikkeling beoordelen we als positief, mits onder de juiste voorwaarden. We willen ons niet richten op nieuwe doelgroepen voor ambulante GRZ. Dus zullen we tegelijkertijd de klinische capaciteit moeten afvlakken en digitale zorg moeten opschalen. Er is ook geen machtigingsvereiste meer voor een verlenging van de Geriatrische Revalidatiezorg na 6 maanden.

Op verschillende plekken in het land wordt momenteel geëxperimenteerd met zogenoemde wijkklinieken. Inhoudelijk zijn we enthousiast over dit concept. De wijkklinieken zorgen er immers voor dat ouderen sneller het ziekenhuis kunnen verlaten. Maar voordat we het concept verder kunnen uitrollen, moet er nog wel wat gebeuren. Bijvoorbeeld een gedegen evaluatie van de huidige experimenten, met onder andere een meting van de kosteneffectiviteit. Dit is complex, omdat de huidige experimenten een grote diversiteit in de organisatievorm en bijbehorende patiëntenpopulatie laten zien. We gaan de komende jaren werken aan regionale expertisecentra die we selectief en maximaal één per zorgkantoorregio contracteren. Dit zijn reguliere ELV/GRZ-herstelcentra die qua formatie en expertise dusdanig worden opgeschaald dat er ruimte komt om een groep patiënten uit het ziekenhuis te houden of eerder uit het ziekenhuis te laten uitstromen. In onze visie is de specialist ouderengeneeskunde in deze regionale expertisecentra de aangewezen persoon voor de medische eindverantwoordelijkheid, waarbij de geriater consulteerbaar is. We kijken ook hoe we de afspraken met de wijkklinieken kunnen meenemen in de contracten die we sluiten met ziekenhuizen.

Voor Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg starten we per 1 januari 2026 met het experiment modulaire bekostiging. De aanspraken ELV en GZR kenmerken zich door een heterogene groep patiënten. Een modulaire opbouw van de bekostiging sluit dan beter aan bij de wisselende zorgvraag. Inhoudelijk ziet CZ groep de voordelen van deze nieuwe bekostiging. Op procesmatig vlak hebben we nog wel wat vraagtekens. Hoe beheersbaar zijn de zorgkosten? Hoe voorkomen we dat een nieuwe bekostiging zorgt voor een onevenredige stijging van zorgkosten? Een ander vraagteken betreft de data die aan de declaraties zijn gekoppeld. Binnen de huidige bekostiging hebben we bijvoorbeeld zicht op de verschillende diagnosegroepen. Zonder deze data wordt het een uitdaging om dat inzicht te verkrijgen, om het zorgaanbod goed af te stemmen met de zorgvraag en om te benchmarken.

Binnen de GZSP zien we een aantal positieve ontwikkelingen. In onze visie kunnen we met de GSZP mensen langer thuis laten wonen en kunnen we de druk op de eerste lijn verzachten. In steeds meer regio's lukt het om de specialist ouderengeneeskunde (SO) rond of naast de huisarts te positioneren. Wel kan de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde per regio danig verschillen. We zien dat cliënten langer thuis blijven wonen. Dat minder snel een Wlz-indicatie wordt vastgesteld. De specialist ouderengeneeskunde en de huisarts vormen de spil om dit langer thuis wonen mogelijk te maken en te houden. CZ groep volgt met interesse de medisch generalistische zorg binnen de Wlz: waar stopt de verantwoordelijkheid van de huisarts en begint die van de specialist ouderengeneeskunde? Helaas is het aantal beschikbare specialisten ouderengeneeskunde een punt van zorg. Hier zullen we verstandig mee om moeten gaan. Het kan zijn dat de verpleegkundig specialist en de physician assistant hierin een rol kunnen spelen, als verlengde arm van en/of na een herschikking van taken. Deze discussie wordt gevoerd op de landelijke tafels. We volgen die met bijzondere aandacht. Uitgangspunt hierbij is dat we de landelijke wetgeving en standpunten van beroepsgroepen willen blijven volgen.

We stimuleren meer samenwerking tussen (zorg)sectoren. Dit past ook goed binnen de transformatie van de zorg. Zo draagt de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen zorg voor heterogene groepen cliënten die anders tussen wal en schip zouden vallen. Als CZ groep stimuleren we groei binnen de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen, maar zijn we tegelijkertijd alert op afbakeningsvraagstukken met bijvoorbeeld de GGZ, ambulante Wlz en Wmo. Het doel is en blijft passende zorg bieden en de toegang tot zorg voor specifieke groepen borgen. De praktijkvariatie binnen de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen is nu nog te groot. Deze zullen we proberen te verkleinen door onder meer spiegelinformatie te delen en met zorgprogramma's te werken.

CZ groep hecht waarde aan kwalitatief goede zorg. We stimuleren de ontwikkeling van zorgprogramma's. Samen met declaratiedata zorgen die zorgprogramma's ervoor dat we inzicht krijgen in wat voor zorg we feitelijk inkopen. Een zorgprogramma beschrijft een stapsgewijze aanpak van een behandeling en is in beginsel gericht op herstel en/of stabilisatie. Hiermee dagen we de zorgaanbieders uit om na te denken over de zorg die ze leveren binnen de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen. Tegelijkertijd leren we zelf steeds beter wat de praktijkvariatie verklaart. Een positieve ontwikkeling is dat steeds meer zorgprogramma's worden opgeleverd.

2. Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2026

In onderstaande paragrafen gaan we nader in op het beleid voor 2026. Speerpunt in het beleid voor kortdurende zorg is het borgen van toegankelijkheid. Zowel Geriatrische Revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf als Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen is een cruciale aanspraak binnen de regionale zorgketens. Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg zijn tijdelijke interventies. Zij bieden een brugfunctie tussen de thuissituatie en de tweede lijn. Vanuit de aanspraak Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen lukt het steeds beter om de eerste lijn te verstevigen. Zo zien we in steeds meer regio's de specialist ouderengeneeskunde (SO) een prominente rol nemen bij complexe casuïstiek. Hiermee ontlast deze ook de schaarse capaciteit van huisartsen. Ook voor 2026 geldt dat het vergroten van zelfredzaamheid, zorg op de juiste plaats en meer inzet van digitale en technologische zorg noodzakelijk zijn.

2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2026

Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg

- We maken het omzetplafond Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg voor maximaal 25 procent substitueerbaar.
- De prestatie ELV PTZ (A0003) maakt geen onderdeel uit van het omzetplafond Eerstelijnsverblijf.
- Onder bepaalde voorwaarden zijn afspraken voor ambulante Geriatrische Revalidatiezorg met alle gecontracteerde GRZ-aanbieders mogelijk. We specificeren dit op detailniveau in de aanbiedingsbrief die we medio augustus 2025 zullen aanbieden.
- We focussen op praktijkvariatie electieve orthopedie en zullen de GRZ-instroom per 2027 reduceren.

Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen

- We voegen de prestaties zorgtrajecten kwetsbare patiënten toe.

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

Alle (high-care) hospices en palliatieve units worden vanaf 2025 bekostigd vanuit het tarief voor eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg (ELV). Het vragen van een eigen bijdrage van cliënten is hierbij niet toegestaan. De verblijfskosten zijn onderdeel van het tarief.

Het aanvragen van een GRZ-machtiging bij een verblijfsduur langer dan 6 maanden komt te vervallen door aanpassing van art. 2.5c.

2.2 Inhoudelijk beleid

In lijn met het IZA-gedachtegoed heeft CZ groep vorig jaar een tweejarig beleid afgegeven voor de kortdurende zorg. Dit betekent dat we in de basis geen wijzigingen doorvoeren en/of uitsluitend wijzigingen in het voordeel van zorgaanbieders. Met dit beleid wil CZ groep de eerste lijn verder verstevigen en complexe vervolgzorg zo veel mogelijk voorkomen. Een sterke eerste lijn is cruciaal om onze zorgplicht en de toegankelijkheid van zorg te kunnen borgen.

2.2.1 Kwaliteit van zorg

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

2.2.2 Minimumeisen

De kwaliteit van zorg is vanzelfsprekend belangrijk. Daarom hebben we voor de aanspraken ELV, GRZ en GZSP een set aan minimumeisen opgesteld die borgen dat we voor onze verzekerden kwalitatief goede zorg inkopen. De minimumeisen kunt u vinden in hoofdstuk 4.1. Zorgaanbieders die niet voldoen aan de minimumeisen komen niet in aanmerking voor een overeenkomst. Bij nieuwe zorgaanbieders toetsen we actief op de minimumeisen, voor bestaande zorgaanbieders geldt dat we uitgaan van het principe van high trust high penalty.

2.2.3 We contracteren ELV hoog complex uitsluitend in combinatie met GRZ

CZ groep maakt bij de inkoop een duidelijk onderscheid tussen ELV laag complex en ELV hoog complex. ELV laag complex moet bij voorkeur zo dicht mogelijk bij de patiënt worden aangeboden en laagdrempelig bereikbaar zijn voor de verwijzende huisarts. De GRZ kenmerkt zich door multidisciplinaire revalidatiedoelen, bijvoorbeeld na een beroerte of amputatie. ELV hoog complex wordt veelal gebruikt voor conditionering. De inhoudelijke raakvlakken tussen ELV en GRZ zijn geen probleem als we cliënten kunnen plaatsen op geconcentreerde herstel- en revalidatieafdelingen die beide aanspraken kunnen inzetten, afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag. Om die reden is het bieden van GRZ voor ons randvoorwaardelijk voor het maken van een afspraak over ELV hoog complex. Uitzonderingen hierop worden uitsluitend gemaakt in het geval van een dreigend knelpunt voor onze zorgplicht of een zogeheten 'witte vlek' in het door ons gecontracteerd aanbod.

2.2.4 Selectieve inkoop specialistische functies

De afgelopen jaren zijn meerdere experimenten afgesproken binnen het Eerstelijnsverblijf voor specifieke doelgroepen. Vanaf 2025 is de prestatie resultaatbeloning en zorgvernieuwing in de regelgeving ELV vervallen, waardoor deze experimenten niet konden worden verlengd. Daarom is gekeken naar een andere financieringsvorm voor de experimenten die zorgverzekeraars structureel in willen kopen.

Uit de experimenten is gebleken dat voor patiënten met Korsakov en voor patiëntgroepen met een specifieke zorgvraag structureel meer kosten voor gesloten herstel nodig zijn dan vanuit het reguliere ELV-tarief kan worden bekostigd.

Patiënten met Korsakov en patiënten voor wie een gesloten opname nodig is, vormen slechts een kleine doelgroep. In de pilots worden ieder jaar gemiddeld 200 tot 250 patiënten opgenomen. Voor deze zorg is specifieke expertise nodig. Het is zaak om de vindbaarheid voor deze zorg en de behandeling van deze groep patiënten zo goed mogelijk regionaal te organiseren. Deze experimenten zijn tot stand gekomen naar aanleiding van de discussies over de vraag waar deze patiënten kunnen worden opgenomen en de vraag of de juiste behandeling wel kon worden geboden gezien de aard van de klacht/aandoening.

Omdat er bij het Eerstelijnsverblijf sprake is van zorg ingevolge de zorgverzekering moeten we de zorg die in het experiment is geleverd goed afbakenen in de prestatie. Hierover zijn diverse gesprekken met de Nederlandse Zorgautoriteit gevoerd. Voor de prestatie eerstelijnsverblijf voor patiënten met (vermoeden van) Korsakov en de prestatie eerstelijnsverblijf op een gesloten herstelafdeling lijkt dit een passende mogelijkheid. De conceptbeschrijvingen hebben we samen met zorgaanbieders en de Nederlandse Zorgautoriteit vormgegeven.

We hebben de Patiëntenfederatie benaderd voor hun zienswijze op deze aanvullingen. Zij vinden het van belang dat voor zowel avond-, nacht- en weekendzorg als daarbuiten acute en gespecialiseerde opnamelocaties worden gecombineerd met reguliere Geriatrische Revalidatiezorg en Eerstelijnsverblijf.

De Nederlandse Zorgautoriteit omschrijft deze zorg functioneel, waardoor het niet mogelijk is om kwaliteitsvoorwaarden aan de omschrijving toe te voegen. Zorgverzekeraars vinden het vanuit kwaliteit en doelmatigheid van belang om deze zorg in te kopen bij een select aantal aanbieders die de juiste expertise kunnen waarborgen. Daarom nemen de zorgverzekeraars uniform aanvullende voorwaarden op in het inkoopbeleid als het gaat om twee prestaties (Korsakov en gesloten herstel). Daarnaast hanteren zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden binnen het ELV max-max-tarief voor opname in de avond-, nacht- en weekendzorg.

In het inkoopbeleid 2025 zijn de gezamenlijke voorwaarden opgesteld voor de prestaties eerstelijnsverblijf voor patiënten met (vermoeden van) Korsakov en de prestatie eerstelijnsverblijf op een gesloten herstelafdeling.

Eerstelijnsverblijf voor patiënten met (vermoeden van) Korsakov

Inkoopvoorwaarden:

Prestatie: eerstelijnsverblijf aan patiënten met (vermoeden van) 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 expertisecentrum of regionaal expertisecentrum).
Behandeling vindt plaats aan de hand van een gespecialiseerd zorgpad en door een multidisciplinair
4. gespecialiseerd kernteam bestaande uit tenminste een GZ-psycholoog en een specialist ouderengeneeskunde met veel kennis en ervaring in de behandeling en zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov.
5. De twee grootste verzekeraars in een zorgkantoorregio stemmen met elkaar de locatie af en/of wijzen de zorgaanbieder aan.
6. De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden met bekwaam personeel om expertise te borgen.
7. De zorgaanbieder is aangesloten bij een regionale coördinatiefunctie.
8. De zorgaanbieder spant zich in voor passende vervolgzorg of voor voorzieningen om de terugkeer naar huis tijdig in te zetten.

Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstelafdeling

Inkoopvoorwaarden:

Prestatie: eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling

1. Het zorgaanbod wordt in de regio geclusterd aangeboden met als uitgangspunt 1 gesloten herstel- en screeningsafdeling per regionale coördinatiefunctieregio.
2. Het 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-crisiszorg.
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 met bekwaam personeel om expertise te borgen.
7. De zorgaanbieder spant zich in om tijdig de benodigde stappen te zetten voor passende vervolgzorg of de benodigde voorzieningen in te zetten voor een terugkeer naar huis.
8. De zorgaanbieder handelt conform de Wet zorg en dwang.

ANW zorg financieren in reguliere ELV hoog-prestatie

De afgelopen jaren zijn in meerdere regio's pilots gestart met betrekking tot observatie en diagnostiek bedden. Uit de evaluatie is gebleken dat we deze pilots niet verlengen. De beoogde doelgroep bleek inhoudelijk niet te verschillen van die van het Eerstelijnsverblijf of de Geriatrische Revalidatiezorg. De betaaltitel triage en observatie bedden is ingezet om acute zorgafdelingen passend te kunnen financieren. Aansluitend bij IZA-afspraken is er wel behoefte aan een mogelijkheid om de doorstroom vanuit de huisarts, de huisartsenpost of de spoedeisende hulp naar het eerstelijnsverblijf te bevorderen. Om dit te stimuleren is er behoefte aan extra financiële ruimte voor zorgaanbieders die in de avond-, nacht- en weekenduren klanten op kunnen nemen. In de reguliere ELV-prestatie is rekening gehouden met opname tot 20 uur.

Het is lastig om de doelgroep af te bakenen. Het is ook lastig om beperkingen in de prestatie op te nemen. Daarom hanteren zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden binnen het ELV max-max-tarief. Hierbij financiert iedere zorgverzekeraar individueel de zorgaanbieder die in de regio is aangewezen als partij die beschikbaar is voor de acute opnames.

Het gaat specifiek om oudere kwetsbare patiënten, die vanuit een acute situatie, maar zonder medisch-specialistische zorgvraag, vanuit de spoedeisende hulp of huisartsenpost worden opgenomen. Omdat hier sprake is van een clustering van acute opnames, is het wenselijk om binnen de reguliere ELV hoog-afpraak een opslag toe te passen voor extra personele kosten om buiten kantooruren, in het weekend en vaak kortdurend en intensief te behandelen. Dit bevordert een efficiënte inzet van middelen en personeel in de regio en verbetert de vindbaarheid voor verwijzers en regionale coördinatiefuncties. Zorgverzekeraars stellen voor dat zorgaanbieders in een regio (bijvoorbeeld ROAZ, ROS of regio van de coördinatiefunctie) afspraken met elkaar maken welke aanbieder de mogelijkheid tot acuut opnemen gaat organiseren. De conclusie kan dan ook zijn dat de inkoop bovenregionaal kan worden georganiseerd.

Inkoopvoorwaarden:

Aanvullende financiering voor avond-, nacht- en weekendzorg binnen ELV hoog complex

We verwachten dat de keuze voor het regionaal clusteren van ELV- spoedaanmeldingen bij de aangewezen

1. zorgaanbieder aantoonbaar is vastgelegd in **het ROAZ-plan of de besluitenlijst van het ROAZ-overleg** en de werkafspraken zijn vastgelegd met de regionale coördinatiefunctie en verwijzers.
2. De regionale clustering sluit aan bij de doorontwikkeling van het werkgebied van coördinatiefunctie.
3. De zorgaanbieder kan op de locatie waar acute opnames plaatsvinden ook reguliere GRZ en ELV hoog complexe zorg bieden. Hiermee worden patiëntverplaatsingen zo veel 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 spoedeisende hulp via de coördinatiefunctie worden aangemeld.

2.2.5 Doorontwikkeling coördinatiefunctie (CF)

Voor 2025 zijn de voorwaarden voor een coördinatiefunctie landelijk geüniformeerd. Zie voor meer informatie [deze tekst](#) op de website van Zorgverzekeraars Nederland. De betreffende tekst is ook als bijlage toegevoegd. Speerpunten uit deze voorwaarden zijn bereikbaarheid, schaalgrootte en digitalisering.

De regionale coördinatiefuncties hebben veel raakvlakken met zorgcoördinatie. Deels overlappen ze elkaar in de organisatie ervan. Daarom is het belangrijk dat zorgaanbieders deze coördinatiefunctie goed afstemmen met de regionale zorgcoördinatievoorziening. In de toekomst willen we kijken hoe we die beide op elkaar kunnen laten aansluiten en misschien wel kunnen integreren. Vooruitlopend hierop sturen we aan op een beperkte schaalgrootte. We streven naar één coördinatiefunctie per zorgkantorregio. Daarnaast verwachten we dat zorgaanbieders de coördinatiefunctie zo veel mogelijk afstemmen met de ontwikkelingen binnen de aanspraak Wijkverpleging, op het thema samenwerking in een hecht wijkverband en in het regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV).

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

CZ groep stond de afgelopen jaren uitsluitend bij hoge uitzondering het Eerstelijnsverblijf toe voorafgaand aan Geriatrische Revalidatiezorg in geval van onbelastbaarheid. Inhoudelijk is dit een terechte afweging. Toch gaan we deze eis loslaten voor 2026. De belangrijkste reden is dat we de komende jaren de beweging naar modulaire bekostiging gaan maken. CZ groep zal die beweging in 2026 nauwgezet monitoren en onderzoeken of die geen ongewenste effecten met zich meebrengt in de vorm van hogere zorgkosten. We melden ons bij zorgaanbieders als we zien dat het in onze ogen niet goed gaat. Als zij in deze context aanspraken onjuist gebruiken. En als de zorgkosten substantieel toenemen, expliciet veroorzaakt door aan elkaar gekoppelde trajecten.

2.2.7 In- en uitstroom GRZ

De voorwaarden voor Geriatrische Revalidatiezorg zijn onlangs aangepast. In het kader van passende zorg blijft voor CZ groep de terugkeer naar huis de belangrijkste doelstelling van een GRZ-traject.

Planbare orthopedie

We constateren een grote praktijkvariatie in het aantal diagnose-behandelcombinaties voor planbare orthopedie. In een aantal regio's ligt dit aantal diagnose-behandelcombinaties onverklaarbaar hoog. We verwachten dat in 2027 slechts een paar procent van de patiënten na een geplande heup- of knieoperatie wordt doorverwezen naar de Geriatrische Revalidatiezorg. Gemiddeld genomen zijn de patiënten binnen de planbare orthopedie niet heel erg kwetsbaar. Met een proactieve aanpak voorafgaand aan de operatie kan vrijwel elke verzekerde na de operatie terug naar huis of naar een Eerstelijnsverblijf. We verwachten dat de zorgaanbieders in alle regio's in 2026 toewerken naar een eenduidig en passend zorgpad, gericht op directe terugkeer naar huis. Waar we substantiële afwijkingen zien in de zorgpaden, zullen we die als eerste opvragen. In de aanbiedingsbrief 2026 die we medio augustus versturen, zullen we hierover spiegelinformatie opnemen, met daarin onder meer de verschillen per regio.

2.2.8 Ambulantisering GRZ

Per 1 januari 2025 is de aanspraak Geriatrische Revalidatiezorg verruimd. Sindsdien kan GRZ ook direct ambulant worden ingezet. Daarvoor hoeft de patiënt niet eerst opgenomen te zijn geweest in een instelling voor medisch-specialistische zorg. We juichen dit toe in het kader van de juiste zorg op de juiste plaats. Door een deel van de intramurale Geriatrische Revalidatiezorg te verplaatsen naar ambulante GRZ, komt er meer capaciteit in de klinische GRZ. Dit nemen we mee in demografische ramingen van het aantal benodigde bedden nu en in de toekomst.

Vanaf 2026 verwachten we met een groot aantal GRZ-aanbieders afspraken te maken over ambulante GRZ. Een rechtmatige betaaltitel is hierbij wel voorwaardelijk, ambulante Geriatrische Revalidatiezorg zal naar verwachting worden verwerkt in de structuur van diagnose-behandelcombinaties. Momenteel wordt geëxperimenteerd met ambulante GRZ. In de loop van 2025 zullen we de uitkomsten daarvan evalueren en duiden. CZ groep participeert in het project 'Thuis als het kan'. Binnen dit project zitten meerdere deelexperimenten waarin ambulante zorgpaden worden ontwikkeld, voorwaarden worden opgesteld en de kosteneffectiviteit in kaart wordt gebracht. De rol van e-health in de zorg op afstand is zeer belangrijk.

In de genoemde aanbiedingsbrief geven we meer informatie over de productieafspraken GRZ en de minimale voorwaarden die we hieraan stellen. Het belangrijkste aspect hierin zal zijn, dat we geen nieuwe doelgroepen willen includeren binnen de Geriatrische Revalidatiezorg en dat de afspraken rondom ambulante GRZ in beginsel budgetneutraal worden gemaakt.

2.3 Kosten van zorg

2.3.1 We contracteren geen nieuwe zorgaanbieders ELV en GRZ

We verwachten met de huidige groep gecontracteerde zorgaanbieders de zorgplicht in te kunnen vullen. Om deze reden contracteren we in beginsel geen nieuwe zorgaanbieders, tenzij knelpunten ontstaan en we hierdoor de zorgplicht niet meer kunnen borgen.

2.3.2 We contracteren onder voorwaarden nieuwe zorgaanbieders GZSP

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

2.3.3 Waardegedreven zorgcontractering

CZ groep wil met zijn zorginkoopbeleid de waarde van de zorg vergroten. We willen dat de zorgdoelstellingen van de verzekerde worden gehaald met een hoge kwaliteit van zorg en tegen aanvaardbare kosten, waarbij de zorg nu en in de toekomst toegankelijk blijft.

CZ groep hecht veel waarde aan de uitkomsten van het waardemodel ELV en GRZ. In onze waardemodellen verbinden we kwaliteit met doelmatigheid. Dat resulteert in een uitkomst (A,B,C-score benchmark). Deze score vertaalt zich in een tarief- en volumevoorstel per zorgaanbieder. Regionale omstandigheden en/of experimenten kunnen leiden tot andere tarieven en/of maatwerkafspraken. Voor 2026 hebben we onderzocht of de pijler toegankelijkheid ook een plaats kon krijgen binnen het waardemodel. Dit is niet gelukt ondanks het feit dat een aantal zorgaanbieders hierin heeft meegedacht. Wellicht is dit ook positief uit te leggen. Want gelukkig zijn er geen wachtlijsten voor het Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg. In tegenstelling tot andere zorgvormen is toegankelijkheid bij ELV en GRZ niet of nauwelijks een issue.

Artikel 2.5c Besluit zorgverzekering is aangepast per 1 januari 2025. De mogelijke impact hiervan op het waardemodel nemen we mee in de voorbereiding waardemodel 2026.

2.3.4 Tarief en omzetplafond

In de aanbestedingsbrief die wij u medio augustus sturen, vermelden we de tarieven en volumes ELV, GRZ en GZSP en lichten we deze nader toe.

ELV Palliatieve zorg (PTZ)

We hebben ervoor gekozen om de prestatie Eerstelijnsverblijf Palliatieve zorg formeel los te koppelen van het omzetplafond 2026. Hiermee wordt deze prestatie volumevrij. Dat is in overeenstemming met hoe we in de praktijk al handelen. Deze ontkoppeling evalueren we in 2026 evalueren. In extra analyses onderzoeken we hoe we mogelijke excessen tegen kunnen gaan..

2.3.5 Uitwisselbaar omzetplafond

Voorgaande jaren stonden we uitsluitend substitutie toe van Geriatrische Revalidatiezorg naar Eerstelijnsverblijf als de substitutie een structureel karakter kreeg. Vanaf 2026 maken we maximaal 25 procent van het omzetplafond ELV of GRZ substitueerbaar in beide richtingen.

2.3.6 Zorgplicht

Een cliënt die al zorg van een zorgaanbieder ontvangt, heeft recht op continuïteit van zorg, ook als de zorgaanbieder het omzetplafond heeft bereikt of als de zorgvraag verandert. CZ groep legt zorgaanbieders geen doorleververplichting op voor nieuwe cliënten.

Wij gaan ervan uit dat het omzetplafond passend is voor de hele zorgvraag. Als dit niet het geval is, hoeven nieuwe cliënten niet verplicht in zorg genomen te worden. Door de coördinatiefunctie steeds verder te ontwikkelen, zullen de betreffende cliënten naar verwachting op een andere plek de benodigde zorg krijgen of zal de regionale capaciteit optimaal worden benut. In bijzondere en onvoorziene omstandigheden waardoor het regionale aanbod – ondanks de coördinatiefunctie – toch knelt, zijn wij bereid om het omzetplafond te bespreken en eventueel te verhogen. In paragraaf 2.3.9 staat beschreven hoe we dit doen. Een zorgaanbieder mag zonder expliciete schriftelijke toezegging niet rekenen op een ophoging van het omzetplafond.

2.3.7 Toegankelijkheid van zorg

De zorgvraag neemt de komende decennia sterk toe, in het bijzonder door de vergrijzing en door meer medische mogelijkheden, terwijl de beroepsbevolking nauwelijks groeit. Deze ontwikkelingen schuren steeds meer met de toegankelijkheid van zorg. Een nauwere samenwerking en zorgcoördinatie zijn en worden steeds belangrijker om de patiëntstromen te kunnen managen. Specifiek ten aanzien van de kortdurende zorg ervaren we nog weinig knelpunten in de toegankelijkheid. Er zijn geen wachtlijsten en van witte vlekken is geen sprake. CZ groep vindt groei op de verstrekkingen Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatiezorg en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen een goede zaak als dit leidt tot een afbuiging van de tweedelijnszorg.

In 2025 hebben we op regionaal niveau met het veld afspraken gemaakt die borgen dat opnames ook in de avonden en weekenden altijd mogelijk zijn. Met dit soort afspraken zorgen we voor een optimale toegang en voorkomen we een oneigenlijke instroom in het ziekenhuis. Hetzelfde geldt voor regio's waar een groep patiënten aantoonbaar moeilijk te plaatsen is in passende vervolgzorg. Voor andere doelgroepen zoals Korsakov en gesloten herstel borgen we toegankelijkheid door die zorg selectief in te kopen.

Binnen de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen is toegankelijkheid lastiger te voorspellen, omdat deze relatief nieuwe verstrekking nog onvoldoende stabiel is. We zien op verschillende prestatiecodes grote praktijkvariatie. Tegelijk ontvangen wij weinig signalen van echte tekorten in regio's. We zullen de komende jaren benutten om doelmatig te sturen op de prestaties in de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen. Het zorgtraject kwetsbare patiënten kan een rol vervullen in het toegankelijkheidsvraagstuk. Om deze zorg breed in te kopen, willen wij echter eerst meer grip krijgen op de inhoud ervan en moet deze zorg goed worden afgebakend. In nauw contact met Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut willen we dit verder vorm en inhoud geven.

Iemands levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop hij in contact wil staan met zorgverleners of zorg af wil nemen. CZ groep vindt het belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.

2.3.8 Digitale zorg

We hebben onze visie en ambities op het gebied van digitale zorg verder uitgewerkt op <https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorginkoopbeleid/digitale-zorg>. Daarnaast vindt u in de [Gezamenlijke ambities Zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling](#) de afspraken die we op ZN-niveau hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen.

2.3.9 Aanvullende zorginkoop

Als aanvullende zorg nodig is en een zorgaanbieder doet een verzoek tot aanvullende zorginkoop, dan geldt het volgende.

Minimumeisen

CZ groep toetst aan de hand van het verzoek of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor een aanvullende afspraak en zo ja, onder welke voorwaarden.

Bij aanvullende zorginkoop gelden de volgende minimumeisen:

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

Wij zouden een verzoek tot bijcontractering kunnen honoreren als:

- de zorgaanbieder aan de voorwaarden voldoet voor een aanvullende afspraak (zie hierboven);
- in de regio sprake is van een zorgplichtprobleem. Dit blijkt uit signalen die CZ groep ontvangt van ofwel verwijzers ofwel klanten (via CZ Zorgteam) dat zij onvoldoende gecontracteerde passende zorg kunnen vinden. De aanvraag is gericht op het oplossen van dit probleem. We kunnen overigens ook zelf zorgaanbieders benaderen als we een zorgplichtprobleem constateren;
- de verzekerden voor die aandoeningen niet (meer) bemiddeld kunnen worden naar een ander geschikt zorgaanbod;
- de zorgaanbieder een A- of B-score heeft in het waardemodel.

Aanvullende contractafspraken maken we uitsluitend tegen een staffeltarief.

Op onze website staat een aanvraagformulier voor bijcontractering. Linkje: [Aanvraag ophoging productieplafond - CZ](#)

Termijn

Als de aanvraag en de benodigde gegevens compleet zijn, melden we de zorgaanbieder binnen 15 werkdagen of we die aanvraag honoreren of niet. Is dat het geval, dan maken we een aanvullende productieafpraak met de zorgaanbieder. De zorg die hij levert tussen het moment van aanvragen van de extra productieruimte en het uitsluitel komt slechts voor vergoeding in aanmerking als het productieplafond bij de zorgaanbieder op dat moment nog niet is overschreden.

Plafondaanpassingen als gevolg van fusies, overnames of faillissementen vormen een uitzondering op de hierboven benoemde regel. Deze aanpassingen kunnen zorgaanbieders afzonderlijk met CZ groep bespreken.

Als de zorgaanbieder zich genoodzaakt voelt om een zorgstop voor nieuwe cliënten in te voeren, moet hij de cliënten doorverwijzen naar het CZ Zorgteam. Zij kunnen hen doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder. Wij nemen dan via een *service call* contact op met de verzekerde om na te gaan of hij ook daadwerkelijk is geholpen.

2.3.10 Duurzaamheid

Als zorgverzekeraars willen we niet alleen onze eigen organisatie verduurzamen, maar ons ook inzetten voor een versnelde verduurzaming van het gehele zorglandschap ([Zvw- en Wlz-breed](#)). We willen dat doen op basis van de Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ3.0)¹, die ondertekend is door Zorgverzekeraars Nederland, de verschillende zorgbranches, individuele zorgverzekeraars en veel zorgaanbieders. Veel zorgaanbieders/leveranciers hebben inmiddels met grote of kleinere stappen hun zorg verduurzaamd. Via ons zorginkoopbeleid willen we zorgaanbieders aansporen om verder te werken aan de doelen en afspraken uit de GDDZ3.0. Als zorgverzekeraars zorgen we voor gelijkgericht beleid en sluiten we zo veel mogelijk aan op de focuspunten die de zorgbranches het belangrijkst vinden.

CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)

Alle zorgverzekeringsbedrijven moeten – conform de Europese Corporate Sustainability Reporting Directive – rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Dit omvat de impact van de eigen bedrijfsvoering én de impact van de gehele keten van zorgaanbieders en (toe)leveranciers. De komende jaren werken de zorgverzekeringsbedrijven uit hoe ze compliant kunnen rapporteren. Een van de belangrijke uitgangspunten is het minimaliseren of voorkomen van administratieve lasten. Bijvoorbeeld door zo veel mogelijk reeds beschikbare informatie te gebruiken. We kunnen echter nog niet uitsluiten dat we geen informatie bij zorgaanbieders hoeven uit te vragen. Als dit het geval is, verwachten wij van zorgaanbieders dat zij informatie aanleveren als wij die uit hoofde van de CSRD-verplichtingen nodig hebben. Vóór 1 oktober 2025 geven we definitieve duidelijkheid over eventuele benodigde metingen gedurende 2026 voor onze CSRD-rapportages 2026. Meer informatie hierover kunt u vinden via [ZN-website, dossier Duurzaamheid, onderwerp CSRD](#).

De zorgverzekeraars willen de impact van de zorg op klimaat en milieu verlagen. Wij stimuleren hen om (verder) te verduurzamen door in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken. We verwachten van zorgaanbieders dat zij:

- de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 mee willen helpen realiseren;
- duurzaamheid verankeren in hun strategie; van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in hun jaarverslag of duurzaamheidsverslag rapporteren over hun duurzaamheidsprestaties voor zover die beschikbaar zijn bij de zorgaanbieder;
- aantoonbaar voortgang boeken op de uitvoering van het mobiliteitsplan². Dat plan is gericht op het terugdringen van de CO₂-emissie door vervoerbewegingen van medewerkers. De zorgaanbieders laten zien dat zij voortgang boeken via de beschikbare rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit³ (alleen van toepassing bij zorgaanbieders met meer dan 100 fte).

We inspireren zorgaanbieders en geven hun handelingsperspectief door groene voorbeelden in de zorgsector te verspreiden. Zie de [tabel groene initiatieven](#) die de zorgverzekeraars hebben verzameld of de websites van de GDDZ3.0 en Groene Zorgalliantie (GZA).

We verwachten van zorgaanbieders verpleging en verzorging (V&V) dat ze zich inspannen om bij te dragen aan de acties uit het [uitvoeringsplan GDDZ 3.0 van Actiz](#). Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleiderzorgverzekeraar, gaan met de grote V&V-zorgaanbieders²⁴ in gesprek over hun duurzaamheidsprestaties. Daarbij focussen we, na afstemming met Actiz, op de volgende onderwerpen en sectorbrede doelstellingen uit het uitvoeringsplan van de branche:

- het terugdringen van de CO₂-uitstoot door reisbewegingen en daarbij in 2030 komen tot 55 procent reductie ten opzichte van 2018;
- de verspilling van medicatie tegengaan, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken;
- de verspilling van incontinentiemateriaal tegengaan en daarbij in 2026 komen tot 5 procent reductie van incontinentiemateriaal ten opzichte van 2018, ook door patiënten/cliënten hiervan bewust te maken;
- de kennis over afvalsortering bevorderen en in 2026 komen tot 25 procent minder ongesorteerd restafval ten opzichte van 2018;
- implementeren van ten minste 1 nieuw groen initiatief in 2026 uit de lijst die zorgverzekeraars gepubliceerd hebben²⁵ of een initiatief implementeren uit een andere bron met een bewezen positief effect op klimaat en/of milieu.

2.3.11 Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2026 met CZ groep komt de zorgaanbieder:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;

-
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
 - die zich schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt;
 - waarbij een integriteitsonderzoek beletselen oplevert.

2.4 Transformatie en samenwerking

2.4.1 Visie op regionale samenwerking

Om de uitdagingen binnen de zorg het hoofd te kunnen bieden, is een transformatie van de zorg nodig. Een deel daarvan vindt plaats in instellingen en die faciliteren we onder andere met inkoopafspraken. Toch kunnen we lang niet alle uitdagingen op dat niveau aanpakken, omdat ze op veel punten de individuele instellingen en sectoren overstijgen. Voor de problemen met de toegankelijkheid van de zorg is bijvoorbeeld een gezamenlijke oplossing nodig. De regioplannen uit 2023 bevestigen dit. Daarom zetten wij in op regionale samenwerking en thematische coalities met veldpartijen.

Deze samenwerking is niet nieuw: we zijn al meer dan 10 jaar geleden begonnen met intensieve regionale samenwerkingen in Limburg en Zeeland. Ook hebben we inmiddels 5 jaar ervaring met het vormen van duurzame coalities met zorginstellingen. Op basis van de regiobeelden en regioplannen blijven we samenwerken in de huidige regionale samenwerkingsverbanden en vormen we waar nodig grotere coalities met zorgpartijen, gemeenten en andere relevante partners. We richten ons daarbij op de belangrijkste regionale opgaven en op passende zorg, digitale (zelf)zorg en een herinrichting van waar en wanneer zorg geleverd wordt.

Samenwerking in regio's en coalities gaat niet vanzelf. Het vergt wederzijds commitment voor de strategie in de regio, de uitvoering van de plannen en de randvoorwaarden. Met ons Duurzaam Transformatiemodel en de coalitieaanpak stimuleren en faciliteren we een optimale samenwerking.

Deze transformatie kunnen we niet alleen binnen de Zvw bereiken. We hebben ook de Wlz, het sociaal domein, gemeenten, maatschappelijke organisaties en vooral de inwoners van de regio's keihard nodig. Deze veranderingen raken iedereen, direct of indirect. Juist daarom vinden we dat alle partijen moeten aanhaken bij de regionale aanpak.

2.4.2 Integraal Zorgakkoord en transformatiemiddelen

Het is een enorme uitdaging om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De urgentie is hoog en er zijn fundamentele transformaties nodig. Daarom hebben zorgpartijen eind 2022 het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten met afspraken die moeten bijdragen aan deze opgave.

In totaal is er € 2,8 miljard beschikbaar voor transformaties in de regio. In 2023 zijn in elke regio regiobeelden en regioplannen opgesteld. Die laten een gezamenlijk beeld zien van de belangrijkste opgaven in de regio. Daarbij staat ook wie deze opgaven oppakt en op welke manier. Samenwerkende partijen kunnen nog steeds plannen indienen die een substantiële bijdrage leveren aan deze uitdaging: hoe kunnen we met een gelijkblijvende inzet van zorgverleners en binnen de financiële kaders antwoord geven op de groeiende zorgvraag?

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

2.5 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid

We krijgen beter inzicht in de wensen en behoeften van onze verzekerden dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiënten(organisaties) en onze Ledenraad. Op basis van hun inbreng vormen en toetsen wij het zorginkoopbeleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we steeds of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben. Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, leest u in het [transparantiedocument](#).

3. Proces contractering 2026

3.1 Tijdpad

Activiteiten	Planning
Vorbereiden, formuleren en publiceren van het zorginkoopbeleid 2026	Uiterlijk 1 april 2025
Invullen van de uitvraagmodule kwaliteitsinformatie van VECOZO	Tussen 1 mei en 31 mei 2025
Zorgaanbieder deelt, als door zorgverzekeraar gevraagd, zijn strategisch beleid met de zorgverzekeraar, of verwijst naar de plek waar deze informatie te vinden is.	Uiterlijk 1 juni 2025
Aanleveren GRZ-monitor door zorgaanbieders	Uiterlijk 21 mei 2025
Verzending waardemodellen/spiegelrapportagesets ELV, GRZ en GZSP inclusief productievoorstel	Uiterlijk 31 augustus 2025
Uiterste reactietermijn op de voorgestelde productieafspraken	30 september 2025
Uiterste tekentermijn van de verschillende overeenkomsten en afsluiting van de contracteerronde. Op deze datum ronden wij dus ook de onderhandelingen/contractbesprekingen af.	Uiterlijk 1 november 2025
Publicatie van het zorgaanbod	Uiterlijk 12 november 2025

In overeenstemming met het NZa-richtsnoer 'tijdige contractering' zullen we binnen 2 weken reageren. We verwachten dit ook van zorgaanbieders. .

3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2025 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2026. Op www.cz.nl/zorgvinder is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

- NAW-gegevens van de zorgaanbieder;
- de etalage-informatie die u zelf invult en beheert in Mijn Zorgaanbod;
- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden;
- de wachttijden (indien beschikbaar);
- kwaliteitsinformatie, waaronder de selectieve inkoopresultaten (indien beschikbaar);
- patiëntervaringen (indien beschikbaar).

3.3 Bereikbaarheid

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

[https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/eerstelijnsverblijf_Geneeskundige_Zorg_voor_Specifieke_Cliëntgroepen_\(GZSP\)_-CZ](https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/eerstelijnszorg/eerstelijnsverblijf_Geneeskundige_Zorg_voor_Specifieke_Cliëntgroepen_(GZSP)_-CZ)

<https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/geriatrische-revalidatiezorg>

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

Vragen kunt u e-mailen naar een van de volgende mailadressen, afhankelijk van het onderwerp:

Onderwerp vraag	ELV	GRZ	GZSP
Contractering, monitoring en inschrijving	rz.eerstelijnsverblijf@cz.nl	rz.grz@cz.nl	rz.gzsp@cz.nl
Declaraties	decl.wijkverpleging@cz.nl	decl.wijkverpleging@cz.nl	decl.wijkverpleging@cz.nl
Zorginkoopbeleid	inkoopvvt.zvw@cz.nl	inkoopvvt.zvw@cz.nl	inkoopvvt.zvw@cz.nl
Zorginhoudelijke vraag op verzekerdeniveau	zorgteam@cz.nl		
Individuele casuïstiek voor machtigingen ter beoordeling aan ons voorleggen		Afhankelijk van de verzekering van de cliënt: mbz.specialistenhulp@cz.nl mbz.specialistenhulp@nn-zorg.nl mbz.specialistenhulp@ohra-zorg.nl	

Let op dat u geen verzekerdengegevens meestuurdt naar de algemene e-mailadressen. Naar de adressen van zorgteam@cz.nl en mbz.specialistenhulp@cz.nl is dit wel toegestaan.

Wij streven ernaar uw vragen binnen 2 weken te beantwoorden in overeenstemming met het NZa-richtsnoer. Indien dit om moverende redenen onmogelijk is, informeren wij u hierover tijdig. Wij verwachten van u een gelijkaardige werkwijze. Vanwege de privacy verzoeken wij u om gegevens van individuele verzekerden (naam, NAW-gegevens) alleen te delen met het CZ Zorgteam, via een beveiligd kanaal ([Cryptshare](#)). Deze gegevens mogen **nooit** gedeeld worden met andere afdelingen, zoals CZ Zorginkoop.

4. Bijlagen

4.1 Minimumeisen ELV, GRZ & GZSP

4.1 Minimumeisen ELV

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling via een Wtza-beschikking. Bij hoogcomplex ELV zijn er 24/7 verpleegkundigen van niveau 4/5 aanwezig.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZa.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (handelt volgens binnen de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen en protocollen, zoals de NHG-standaarden).
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan kwaliteitsverbetering. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en waar een onafhankelijke toetsing (externe audit) aan verbonden is.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties per doelgroep ELV.
- De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met de cliëntenraad verbeterplannen op.
- Bij een wijziging van locatie levert de zorgaanbieder de locatiebijlage ELV tijdig en volledig in.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- Voor de contractering voor de prestatie hoog complex ELV geldt dat een zorgaanbieder een aanbod van Geriatrische Revalidatiezorg én Eerstelijnsverblijf heeft. Uitzondering hierop vormen regio's waar door niet-contracteren een onacceptabel lange reisafstand voor verzekerden ontstaat (meer dan circa 25 kilometer of meer dan een halfuur reistijd). In die gevallen maakt CZ groep afspraken over de wijze waarop de zorgaanbieder de kwaliteit van zorg kan borgen door een andere manier van samenwerken met andere organisaties. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid.
- De zorgaanbieder neemt deel aan een regionale coördinatiefunctie, waarin in ieder geval sprake is van 1 telefoonnummer voor huisartsen en ziekenhuizen die ELV in willen zetten. Verder is de actuele beschikbaarheid van bedden duidelijk. Ook is er een consultatiefunctie ingericht voor de specialist ouderengeneeskunde.
- De zorgaanbieder maakt afspraken over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen het ziekenhuis en het Eerstelijnsverblijf en tussen de huisarts en het Eerstelijnsverblijf bij opname en ontslag.

4.2 Aanvullende eisen palliatief terminale zorg binnen ELV

Voor zorgaanbieders die het Eerstelijnsverblijf aanbieden voor palliatief terminale zorg, gelden de volgende aanvullende eisen:

- Er is een setting met eenpersoonskamers.
- Er zijn 24/7 verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5 beschikbaar, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen palliatieve zorg van de V&VN).
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers zich (bij)scholen op het gebied van palliatieve zorg.
- Een verpleegkundige met minimaal niveau 4 is de eerstverantwoordelijke verpleegkundige en dus ook het eerste aanspreekpunt voor de cliënt.
- De zorgaanbieder beschikt over een palliatief verpleegkundige die direct betrokken is bij het primaire proces. Huisartsen en/of specialisten ouderengeneeskunde uit het consultatieteam zijn ten minste gestart met de kaderopleiding Palliatieve zorg of de zogeheten Cardiff-opleiding Palliatieve zorg. De zorgaanbieder maakt indien nodig aantoonbaar gebruik van deze consultatievoorziening, tenzij de eigen huisarts of specialist ouderengeneeskunde deze opleiding volgt of heeft gevolgd.
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ).
- De zorgaanbieder werkt volgens de Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0 en het Zorgpad Stervensfase.
- De zorgaanbieder werkt samen met het regionale team of maakt gebruik van subregionale consultatievoorzieningen (TOPZ: Team Ondersteuning Palliatieve Zorg).

- De zorgaanbieder maakt in het zorgleefplan, naast de fysieke, psychische en sociale aspecten, ook zichtbaar dat hij de cliënt de gewenste geestelijke en spirituele zorg biedt, en dat hij ook de naasten van de cliënt begeleiding en nazorg biedt.
- Nazorg is onderdeel van de palliatieve zorg. Het gaat hierbij concreet om 1 of 2 gesprekken of telefoontjes met de nabestaanden over het verloop van de palliatieve fase van de overledene en over hoe zij de begeleiding daarvan hebben ervaren.
- De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van de LESA-richtlijnen (landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken) en de regionale transmurale afspraken (RTA) op het gebied van palliatieve zorg (als die aanwezig zijn binnen het werkgebied).
- De zorgaanbieder maakt gebruik van VPTZ-vrijwilligers (vrijwilligers palliatieve terminale zorg). Zij bieden ondersteuning, rust en concrete hulp in de laatste levensfase.
- De zorgaanbieder kan patiënten niet verplichten tot een eigen bijdrage, ELV PTZ betreft een integraal tarief waarop aanvullende betaling door de patiënt en onze verzekerde niet opportuun is.

4.3 Minimumeisen GRZ

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder is toegelaten voor verblijf met behandeling via een WTZi-beschikking. Er zijn 24/7 verpleegkundigen van niveau 4/5 aanwezig.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (hij handelt volgens binnen de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen en protocollen, zoals de NHG-standaarden).
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan kwaliteitsverbetering. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat verbonden is aan een onafhankelijke toetsing (externe audit).
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties (per doelgroep) voor geriatrische revalidatiezorg.
- De zorgaanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit en bespreekt de resultaten in ieder geval met de cliëntenraad en stelt gezamenlijk met de cliëntenraad verbeterplannen op.
- Bij een wijziging van locatie levert de zorgaanbieder de locatiebijlage GRZ tijdig en volledig in.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- De zorgaanbieder levert transparantie op het gebied van kwaliteit en kosten (indicatoren) door het tijdig en volledig aanleveren van het formulier realisatie GRZ, conform het proces dat is beschreven op de website van CZ groep.
- De zorgaanbieder beschikt over een specialist ouderengeneeskunde, die bij voorkeur is opgeleid tot kaderarts geriatrische revalidatie.
- De zorgaanbieder volgt in zijn opnamebeleid het triageprotocol en heeft een geriatrisch assessment uitgevoerd als er geen sprake is van voorafgaande ziekenhuisopname.
- De opnamemogelijkheden zijn afgestemd op het transferbeleid van het verwijzende ziekenhuis en de instroom vanuit huis. De opnamemogelijkheden zijn zodanig dat een cliënt binnen 48 uur kan worden opgenomen als de medisch specialist heeft geoordeeld dat de cliënt kan starten met geriatrische revalidatiezorg.
- Een zorgaanbieder behandelt minimaal 60 CVA-clienten en/of 70 orthopedieclienten (electief en trauma) en/of 60 cliënten met een overige diagnose. Uitzondering daarop vormen zorgaanbieders in regio's waar door niet-contracteren een onacceptabel lange reisafstand voor verzekerden ontstaat (meer dan circa 25 kilometer of meer dan een halfuur reistijd). Als het aanbod in deze regio's de minimale volumenormen niet haalt, kunnen we hierop een uitzondering maken. Zo bereiken we een optimale balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid. Als we zo'n uitzondering maken, moet het ontwikkelen van ervaring en kennis worden geborgd. De aanbieders van geriatrische revalidatiezorg in de regio moeten met elkaar samenwerken. Wij hanteren daarvoor de volgende voorwaarden:
- Er is sprake van een locatieoverstijgend behandelteam. Dit houdt in ieder geval in dat het hele behandelteam inzetbaar is op alle locaties.
- Er is sprake van gelijke behandelprotocollen en zorgpaden.
- Er is sprake van een gezamenlijk multidisciplinair overleg.
- Er is sprake van een gezamenlijk scholingsprogramma en gezamenlijke intervisiemogelijkheden.

4.4 Aanvullende eisen CVA binnen GRZ

- De zorgaanbieder neemt deel aan de lokale CVA-keten (in het geval van CVA).

4.5 Minimumeisen GZSP

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon.
- De zorgaanbieder beschikt over een WTZa-toelating voor een instelling voor verblijf met behandeling.
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZa.
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist.
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wkkgz.
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid.
- De zorgaanbieder verleent zorg op basis van medische en verpleegkundige standaarden en best practices (hij handelt volgens binnen de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen en protocollen, zoals de NHG-standaarden).
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan kwaliteitsverbetering. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat is verbonden aan een onafhankelijke toetsing (externe audit).
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz.
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Governancecode Zorg ingevoerd.
- Aan de zorgaanbieder is ten minste een specialist ouderengeneeskunde en/of een arts verstandelijk gehandicapten verbonden.¹
- De zorgaanbieder voldoet aan Uitgangspunten ZN 'Individuele prestaties' en 'Zorg in een groep' GZSP (zie bijlage 2).

4.6 Aanvullende eis GZSP Parkinson

- Zorgaanbieders die zorg leveren aan Parkinsonpatiënten zijn minimaal aangesloten bij ParkinsonNet.

4.7 Aanvullende eis SGLVG/GZSP

- Een zorgaanbieder, die de behandeling SVGLV aanbiedt, is aangesloten bij het samenwerkingsverband 'Expertisecentrum De Borg'.

4.8 Uitgangspunten 'Individuele prestaties' GZSP

<https://www.zn.nl/app/uploads/2023/03/Uitgangspunten-GZSP-Individuele-prestaties-2026.pdf>

4.9 Uitgangspunten 'Zorg in een groep' binnen de GZSP

<https://www.zn.nl/app/uploads/2023/03/Uitgangspunten-GZSP-Zorg-in-een-groep-2026.pdf>

4.10 Landelijk beleid coördinatiefunctie 2025/2026

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

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

Wij verwachten van de coördinatiefuncties dat de mogelijkheid tot bemiddelingen 7 dagen per week tussen 08:00 uur en 23:00 uur is georganiseerd. Voor de mogelijkheid tot bemiddelingen tijdens de andere uren kunnen coördinatiefuncties (boven)regionale afspraken maken.

Schaalgrootte

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

Vervolgzorg

Om juist in te kunnen schatten welke vervolgzorg passend is, heeft Verenso een triage-instrument ontwikkeld². Met dit instrument krijgen de coördinatiefuncties zicht op welke vervolgzorg passend is bij een ongeplande verwijzing. Zij kunnen de klant vervolgens actief bemiddelen naar het Eerstelijnsverblijf, de Geriatrische Revalidatiezorg, een crisisbed WLZ of een beveiligd bed (IBS). Omdat het om 1 functie gaat voor zowel cliënten met en zonder een WLZ-indicatie, voeren zorgverzekeraars en zorgkantoren steeds meer gezamenlijk het gesprek over de doorontwikkeling van de coördinatiefuncties.

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

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

Digitalisering

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