Meldingsformulier

Proeftuin kortdurende zorg(elv/grz/gzsp)

In dit formulier kunt u uw plan voor de vormgeving van uw proeftuin kortdurende zorg (combinatie van eerstelijnsverblijf (elv), geriatrische revalidatiezorg (grz) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) ) kenbaar maken. U kunt het formulier vervolgens sturen naar info@nza.nl.

Als u vragen heeft over uw formulier, kunt u contact opnemen met Stéfani Warning via swarning@nza.nl.

|  |
| --- |
| **1. Naam van de zorgprestatie:** |
| **2. Innovatieve karakter van uw proeftuin**Omschrijf wat u gaat doen in uw nieuwe proeftuin en met welke combinatie van zorgsoorten in de proeftuin wordt geëxperimenteerd.  |
| **3. Welke prestatie(s) en tarief/tarieven worden in de proeftuin gebruikt?**Benoem de overeengekomen prestatie en het tarief (of deelprestaties en deeltarieven). |
| **4. Opbouw van de zorgprestatie**Omschrijf de zorgprestatie op productniveau en specificeer de afzonderlijke zorgonderdelen. De beschrijving moet duidelijk maken:- wat de zorg inhoudt; en- door wie deze zorg wordt geleverd. |
| **5. Geïndiceerde patiëntenpopulatie** - Beschrijf welke patiënten voor de proeftuin in aanmerking komen. - Hoeveel patiënten nemen deel aan de proeftuin? |
| **6. Doelen en subdoelen** Benoem welke doelen en subdoelen u verwacht te realiseren: -- |
| **7. Indicatoren waarmee doelen meetbaar worden gemaakt** Beschrijf per doel en/of subdoel van de proeftuin met welke indicatoren u de doelstellingen meetbaar maakt. Beschrijf (of verwijs) indien van toepassing (naar) instrumenten waarmee de indicatoren worden gemeten: -- |
| **8. Monitoren NZa** De NZa gaat alle proeftuinen monitoren om inzicht te krijgen in onder meer:* de combinaties van de zorgsoorten;
* in welke regio’s wordt geëxperimenteerd in een proeftuin;
* welke prestaties worden afgesproken;
* wat de doelen zijn;
* de startdatum van het experiment.

De NZa gaat deze informatie delen met de betrokken brancheorganisaties en beroepsverenigingen. Gaat u hiermeeakkoord?* ja
* nee
 |
| **Contactpersoon Zorgverzekeraar:**Naam:Emailadres:Telefoonnummer: | **Contactpersoon Zorgaanbieder**Naam:Emailadres:Telefoonnummer: |