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](mailto:info@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: |