

Inkoopbeleid 2022-2023

Organisatie & Infrastructuur

Datum : 1 april 2021

Versie : 1.0

Inhoudsopgave

1. Wat zijn de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2021?	2
2. Wat willen we bereiken?	2
3. Wie kunnen een overeenkomst krijgen?	3
4. Hoe bepalen wij onze tarieven?	5
5. Hoe bepalen we hoeveel zorg wij inkopen?	6
6. Hoe ziet het contracteringsproces eruit?	6
7. Hoe ziet de planning voor contractering eruit?	7
8. Hoe gaan we om met Naleving & Controle?	7
9. Welke onderwerpen zijn mogelijk voor u ook interessant?	7
10. Waar vind ik aanvullingen en wijzigingen?	8
11. Heeft u nog vragen?	8
Bijlage 1: Inkoopspecificaties Chronische zorg	9
Bijlage 2: Prestatie Toekomstbestendige huisartsenzorg	14
Bijlage 3: Prestatie Samenwerking rondom kwetsbare ouderen	17

Versie:	Belangrijkste wijzigingen:
1.0	

1. Wat zijn de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2021?

- Samenwerkingsverbanden voorheen gecontracteerd door De Friesland ontvangen een contractaanbod van Zilveren Kruis. In het belang van een goede overgang zijn we uitvoerig in gesprek met de huisartsen(organisaties) in die regio.
- Het beleid voor de 'Chronische zorg' is samengevoegd met het beleid voor O&I. De inkoopspecificaties staan in de bijlagen.
- Overeenkomst wordt gesloten in het VECOZO zorginkoopportaal.
- Het beleid voor GEZ, OWZ en de overgangperiode van de O&I transitie zijn vervallen omdat de O&I transitieperiode is afgerond.
- H3: Om de samenhang in de regio verder te stimuleren is een voorwaarde toegevoegd over het betrekken van andere disciplines of domeinen bij het opstellen van het regioplan.
- H3: Aan het beleid is een overzicht met onderwerpen toegevoegd waarover een regio-organisatie afspraken kan maken met Zilveren Kruis.
- H3 en bijlage 3: De prestatie 'Samenwerking rondom kwetsbare ouderen' is gewijzigd. We contracteren de prestatie via de regio-organisatie en herijken de aanname voor het percentage kwetsbare ouderen. U vindt de prestatie in bijlage 3.
- H4: We spreken één tarief af voor het zorgdeel, inclusief de voorheen losse onderdelen zoals eHealth en zorgzwaarte.
- H4: Uiterlijk 1 september dient u het regioplan in bij uw regionale zorginkoper.
- Bijlage 1. De inkoopspecificatie 'Chronische zorg' hebben we gecompriëerd en een aantal wijzigingen aangebracht: het samenwerkingsverband is vervangen door de regio-organisatie, de benchmark van InEen is geen voorwaarde meer in ons beleid (de keuze om deel te nemen is aan u) en labkosten zijn geen onderdeel meer van het integrale tarief.
- Bijlage 2: In de prestatie 'Toekomstbestendige Huisartsenzorg' is de tekst ingekort en is het proces voor deelname vereenvoudigd. Ook is de omschrijving van doelstelling B aangepast. Als u voor deze doelstelling kiest, kunt u de gelden inzetten voor het organisatiedeel van de zorg. Voor het zorgdeel (patiëntgebonden) mogen de betreffende professionals vanaf 2022 consulten declareren.

Meer informatie leest u in de betreffende hoofdstukken en bijlagen.

Ontwikkelingen coronavirus

Zilveren Kruis volgt de ontwikkelingen met betrekking tot het coronavirus nauwgezet. Als deze ontwikkelingen gevolgen hebben voor het inkoopbeleid 2022 dan informeren wij u daarover. Kijk voor meer informatie op zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/visie-en-beleid bij uw inkoopbeleid.

2. Wat willen we bereiken?

Eerstelijnszorg is zorg die dichtbij de burger wordt verleend

Zilveren Kruis wil gezondheid dichtbij brengen voor iedereen. Wij geloven dat mensen zich gezonder voelen als ze zelf regie kunnen voeren over hun vitaliteit, of ze nu gezond zijn of ziek. Daarbij onderkennen we dat het niet voor iedereen vanzelfsprekend is om regie over zijn eigen leven te kunnen voeren. Waar mogelijk, brengen we gezondheid heel concreet dichtbij door zorg (digitaal) thuis te brengen. Daarmee spelen we in op de behoefte van onze klanten.

Goed ingerichte eerstelijnszorg kan voorzien in een groot deel van de zorgbehoefte van onze klanten en het beroep op de duurdere voorziening in de tweede lijn beperken. Onder eerstelijnszorg verstaan we huisartsenzorg, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, farmaceutische zorg en paramedische zorg.

De maatschappelijke ontwikkeling is gericht op het langer zelfstandig thuis wonen van burgers

Grote bewegingen hierin zijn de extramuralisering van de ouderenzorg en de ambulantisering van de GGZ. Een deel van de ziekenhuiszorg verplaatst naar de thuissituatie en/of naar de eerste lijn. Voor de eerste lijn ligt de uitdaging om de gevolgen van deze ontwikkelingen én de demografische ontwikkeling op te kunnen vangen. Dit vraagt om een goed georganiseerde eerste lijn die vanuit het klantperspectief de beste oplossing kiest.

Onze ambitie is het realiseren van een samenhangend zorgaanbod

Een middel om dit te bereiken is een samenhangende en effectieve organisatie en infrastructuur (O&I) in de eerste lijn. De O&I is gericht op het faciliteren en ondersteunen van aangesloten zorgverleners, zodat zij zich primair kunnen richten op de direct patiëntgebonden zorg. Daarnaast is infrastructuur belangrijk voor het maken van samenhangende afspraken in de eerste lijn op regionaal niveau met gemeenten, ziekenhuizen en zorgorganisaties. Voor onze klanten moet dit leiden tot zorg die in samenhang is georganiseerd. De O&I draagt hiermee bij aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De organisatie en infrastructuur wordt ingericht voor een afgebakende en aaneengesloten regio

De regio heeft een schaal van minimaal 100.000 inwoners en kent 1 regievoerder, de regio-organisatie. Met deze schaal is de regio-organisatie een serieuze gespreks- en contractpartner voor andere zorgorganisaties in de eerste en tweede lijn en voor de gemeenten. In aansluiting op regionale analyses van de zorgvraag en het zorgaanbod geeft de regio-organisatie sturing aan een samenhangende en persoonsgerichte aanpak in de regio, wijk en praktijk. Met een regionale aanpak en waar nodig een wijkgerichte aanpak borgen we dat er voor elke huisartsenpraktijk een ondersteunend aanbod is.

De organisatie en infrastructuur ondersteunt de patiëntenzorg op praktijk-, wijk- en regionaal niveau

Directe patiëntenzorg gebeurt in de praktijk, in de interactie tussen zorgverlener en patiënt. Op praktijkniveau neemt de praktijkmanager facilitaire en managementtaken over. In de wijk is het vormen van een netwerk van zorgverleners van belang om zorg te coördineren en af te stemmen voor uw patiënten en onze klanten. Een wijkgerichte aanpak kan nodig zijn om specifieke problematiek aan te pakken. Op het niveau van de regio ligt de verantwoordelijkheid voor het maken van een regioplan. Dit plan vormt de basis voor het samenwerken in de regio en bevat afspraken over bijvoorbeeld ondersteuning ketenzorg, vernieuwing en innovatie van het zorgaanbod, samenwerkingsafspraken met ziekenhuis en gemeente en versterken van de samenwerking in de eerste lijn.

We stimuleren persoonsgerichte zorg voor mensen met een chronische aandoening

In de huidige programmatische ketenzorg zijn patiënten ingedeeld op aandoening (DMII/COPD/CVRM). Patiënten krijgen vaste zorgprogramma's aangeboden. Deze zorg kent een aantal voordelen: patiënten zijn goed in beeld en de zorg wordt gecoördineerd. We stimuleren de ontwikkeling naar persoonsgerichte zorg, waarbij het programma beter is afgestemd op de situatie van de patiënt. Het is mogelijk om digitale oplossingen in te zetten bij zelfstandige patiënten en bij patiënten met een complexe zorgvraag passen wellicht juist langere consulten. Wij willen het zorgveld ruimte geven om de ketenzorg anders in te richten. Dit doen we door de focus te verleggen van proces naar uitkomsten, we leren bijvoorbeeld van pilots persoonsgerichte zorg en van experimenten met uitkomstgerichte bekostiging.

3. Wie kunnen een overeenkomst krijgen?

In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende 3 vragen: Aan welke voorwaarden u moet voldoen om een overeenkomst te krijgen? Wat verwachten we van een regio-organisatie? En over welke onderwerpen kunt u afspraken maken?

Aan welke voorwaarden u moet om een overeenkomst te krijgen?

Alleen regio-organisaties die aan alle onderstaande voorwaarden voldoen komen in aanmerking voor een overeenkomst en dat zijn:

- De regio-organisatie bedient een regio met minimaal 100.000 inwoners
U stelt in overleg met Zilveren Kruis vast welke regio de organisatie gaat bedienen. De regio is een aangesloten gebied dat logisch samenhangt met andere infrastructuren zoals adherentiegebieden van ziekenhuizen en WMO-regio's. Zilveren Kruis toetst bij de beoordeling van deze voorwaarde of er geen ongewenste versnippering optreedt. Er is geen maximum aan het aantal inwoners dat de regio-organisatie bedient. Op stadsniveau gaan we naar 1 regio-organisatie.
- De regio-organisatie is een rechtspersoon en bevoegd om een overeenkomst met Zilveren Kruis af te sluiten
Onder de regio-organisatie kunnen meerdere organisaties en netwerken actief zijn. De regio-organisatie heeft een duidelijke governance waarin is vastgelegd hoe onderliggende organisaties en aangesloten huisartsen invloed kunnen uitoefenen op het beleid en de plannen. De governance zorgt

ervoor dat het mandaat bij de regio-organisatie ligt, onder meer om afspraken te maken met Zilveren Kruis. De governance waarborgt ook het proces tot en de kwaliteit van deze afspraken.

- De regio-organisatie vertegenwoordigt tenminste 85% van de huisartsen en 85% van de inwoners in de regio

Wij vinden een brede vertegenwoordiging van zowel de huisartsen als de inwoners belangrijk. Huisartsen sluiten zich aan bij de regio-organisatie en inwoners zijn vertegenwoordigd via de inschrijving bij de huisarts.

- De regio-organisatie betreft ten minste 2 andere disciplines of domeinen bij het maken van het regioplan

Organisatie en Infrastructuur (O&I) is bedoeld voor de eerste lijn en met als doel meer samenhang met andere domeinen. Om de samenwerking met andere disciplines in de eerste lijn en andere domeinen te stimuleren betreft u bij het opstellen van het regioplan minimaal 2 andere disciplines of domeinen. Onder disciplines verstaan we de ander eerstelijnsdisciplines zoals apothekers en fysiotherapeuten. Onder domeinen verstaan we bijvoorbeeld het sociaal domein, de VVT sector of de ziekenhuizen. U bepaalt welke disciplines of domeinen u betreft. U beschrijft in het regioplan wie zijn betrokken, hoe de betrokkenheid is georganiseerd en wat hun inbreng is.

We sluiten alleen overeenkomsten met regio-organisaties binnen het kerngebied. In gebieden waar Zilveren Kruis niet de preferente verzekeraar is, volgen wij in principe de afspraken die de preferente verzekeraar met aanbieders maakt.

Wat verwachten we van de regio-organisatie?

Regio-organisaties hebben dezelfde functie en maken regio specifieke afspraken. De regio-organisatie:

- is aanspreekbaar voor andere regionale zorgorganisaties in de eerste en tweede lijn, gemeenten en organisaties in het sociaal domein voor afstemming, planvorming etc.;
- maakt gemandateerde afspraken met andere regionale zorgorganisaties, gemeenten en de zorgverzekeraar;
- maakt inzichtelijk dat de gemaakte afspraken door de aangesloten zorgverleners worden nageleefd;
- is verantwoordelijk voor een periodiek regioplan toegespitst op de regionale problematiek en ambitie.

De regio-organisatie is op verschillende niveaus actief:

- Praktijkniveau
Het management van de samenwerkende praktijken.
- Wijkniveau
Het feitelijk samenwerken (in het netwerk) in de wijk met andere eerstelijnszorgaanbieders en het sociaal domein. Het ontwikkelen en implementeren van wijkgerichte aanpak waarin een specifieke problematiek wordt aangepakt. En de implementatie van andere initiatieven die regionaal zijn ontwikkeld.
- Regioniveau
Het regioplan vormt de basis voor het samenwerken in de regio en bevat afspraken over bijvoorbeeld ondersteuning ketenzorg, vernieuwing en innovatie van het zorgaanbod, samenwerkingsafspraken met ziekenhuis en gemeente en het versterken van de samenwerking in de eerste lijn.

Toelichting op wijkniveau: Zilveren Kruis maakt in het regioplan graag afspraken over het opzetten en onderhouden van een wijkgericht netwerk. Dit geldt ook voor het ontwikkelen en implementeren van een wijkgerichte aanpak. De feitelijke samenwerking tussen zorgverleners onderling is onderdeel van de professionele zorgverlening en geen ondersteuningsfunctie die we extra inkopen. Dit is in lijn met beleid bij andere eerstelijnszorgaanbieders.

Over welke onderwerpen kunt u afspraken maken?

Als regio-organisatie heeft u de ruimte om afspraken over diverse onderwerpen te maken. De regio-organisatie sluit met Zilveren Kruis dus een regionale O&I overeenkomst. De onderwerpen worden uitgewerkt in het jaarlijkse 'O&I regioplan' en het jaarlijkse 'O&I tarievenoverzicht' van uw regio. Beide documenten zijn een onlosmakelijke bijlage van de regionale O&I overeenkomst.

- Organisatie & Infrastructuur (O&I betaaltitels – verplicht onderdeel O&I overeenkomst)
De O&I afspraken vormen de basis voor de overeenkomst met de regio-organisatie. De O&I is gericht op het faciliteren en ondersteunen van aangesloten zorgverleners, zodat zij zich primair kunnen richten op de directe patiëntgebonden zorg. Afspraken worden vastgelegd in het regioplan en het O&I tarievenoverzicht. Monitoring en evaluatie vinden continu plaats in de gesprekken met de regionale zorginkoper.
- Chronische zorg (O&I – verplicht onderdeel O&I overeenkomst)
Voor de chronische zorg maakt u afspraken over het organisatiedeel (O&I betaaltitel ondersteuning ketenzorg) en over het zorgdeel (losse prestatie per keten). Deze tarieven worden opgenomen in het O&I tarievenoverzicht. De inkoopspecificaties zijn opgenomen in de bijlage 1.
- Toekomstbestendige Huisartsenzorg (O&I betaaltitels)
Vanaf 2021 vormt het beleid voor Toekomstbestendige Huisartsenzorg een nadere invulling van het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg. We hebben in gezamenlijkheid met de brancheorganisaties 4 doelstellingen geformuleerd: meer zorg op afstand, andere organisatie van huisartsenzorg, meer persoonsgerichte zorg en efficiëntere praktijkvoering. In bijlage 2 vindt u het specifieke beleid.
- Juiste Zorg op de Juiste Plek (O&I betaaltitels)
Op basis van de financiële groeiimte uit het hoofdlijnenakkoord kunt u vanaf 2020 afspraken maken over 'regionale initiatieven JZOJP'. Het initiatief sluit aan bij minimaal één van de thema's uit het hoofdlijnenakkoord en bevat meetbare doelen. Afspraken worden vastgelegd in het regioplan en O&I tarievenoverzicht.
- Regioafpraak Samenwerking rondom kwetsbare ouderen (S3 betaaltitel)
We contracteren de prestatie 'Samenwerking rondom kwetsbare ouderen' via de regio-organisatie. Hiermee stimuleren we de (multidisciplinaire) samenhang in de regio en ontlasten we de huisartsenpraktijk. In bijlage 3 vindt u het specifieke beleid.
- S3 prestaties Huisartsenovereenkomst (S3 betaaltitel)
We stimuleren het contracteren op regioniveau voor prestaties uit het huisartsenbeleid, denk aan de prestatie Kwaliteit of de vergoeding Praktijkmanagement. Afspraken worden vastgelegd in het regioplan en het O&I tarievenoverzicht.
- Zorgvernieuwing (maatwerk S3 betaaltitels)
Vanaf 2022 zijn de regiotafels voor vernieuwing en innovaties onderdeel van de afspraken met de regio-organisatie. Zorgaanbieders kunnen voorstellen doen voor vernieuwingen in het zorgaanbod en deze worden op regionaal niveau beoordeeld.
- ICT gelden (S3 betaaltitel)
In het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019-2022 zijn financiële middelen beschikbaar gesteld voor ICT en digitalisering. Het doel van deze middelen is het versterken en versnellen van een aantal digitale ontwikkelingen, denk aan de digitale regionale infrastructuur, regionale zorginhoudelijke projecten en de eigen informatiepositie. We hanteren voor de aanvragen een apart op te vragen format.
- Meekijkconsult (S3 betaaltitel)
Het consulteren van de specialist kan via beeldbellen, via een digitaal consult of fysiek (de specialist komt naar de huisarts toe). De huisarts blijft hoofdbehandelaar en zowel de huisarts als de specialist ontvangen een vergoeding. We versterken hiermee o.a. de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten en het voorkomt onnodige verwijzingen. We werken aan standaardafspraken op basis van vaste tarieven.
- Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI betaaltitels)
We contracteren de Gecombineerde Leefstijlinterventie via de regio-organisatie. Hiermee stimuleren we de samenhang met het overige zorgaanbod in de regio. U sluit hiervoor een aparte GLI overeenkomst in het zorginkoopportaal.

Organisatie& Infrastructuur en Chronische zorg zijn verplichte onderdelen van de overeenkomst.

4. Hoe bepalen wij onze tarieven?

De regio-organisatie en Zilveren Kruis komen tarieven overeen op basis van de plannen

Zilveren Kruis maakt met de regio-organisatie afspraken over de te behalen resultaten inclusief de daarbij behorende bekostiging. De overeengekomen bekostiging wordt teruggerekend naar een tarief per

ingeschreven verzekerde. Per regio is er een maximum bedrag beschikbaar, gebaseerd op het aantal ingeschreven verzekerden bij de aangesloten huisartsen.

Over eventuele BTW-last maakt u een aparte afspraak

Als de regio-organisatie onverhoopt wordt belast met BTW als gevolg van het O&I beleid, dan gaan we daar in alle redelijkheid mee om. U maakt hierover een aparte afspraak met ons. Daarin worden de wederzijdse verwachtingen uitgewerkt.

We indexeren de tarieven in lijn met de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord

We voeren continu gesprekken met zorgprofessionals, brancheorganisaties en de patiënten vertegenwoordiging over het vertalen van het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019-2022 in ons beleid. De financiële basis daarvoor is de groeirimte van 2% in 2022.

Daarnaast indexeren we de onderhandelbare tarieven in lijn met het hoofdlijnenakkoord. Het uitgangspunt daarbij is het NZa indexatiepercentage. De tarieven en de indexatie worden definitief in de regionale onderhandeling. De indexatie voor 2023 – het 2e contractjaar – hangt samen met een eventueel nieuw hoofdlijnenakkoord. Voor het geval er geen nieuw hoofdlijnenakkoord volgt, willen we u toch duidelijkheid geven over de indexatie in 2023. We informeren u daarover voor 1 september 2021.

We werken met de landelijke partijen aan een oplossing voor het declareren van de O&I betaaltitels

Een belangrijke voorwaarde voor invoering van de nieuwe betaaltitels O&I is de mogelijkheid om op een administratief eenvoudige manier te declareren, op basis van ingeschreven patiënten van de aangesloten huisartsen. Dat is geen vanzelfsprekendheid vanwege privacy-risico. We daarover in gesprek met de landelijke partijen, we informeren u zodra er meer informatie bekend is.

5. Hoe bepalen we hoeveel zorg wij inkopen?

Op basis van het aantal ingeschreven verzekerden in uw regio stellen we het maximale regionale O&I budget vast. Voor de chronische zorg bepaalt de regio-organisatie – aan de hand van de inclusiecriteria – of programmatische ketenzorg een passende oplossing is voor de patiënt. De motivatie van de patiënt speelt daarbij een belangrijke rol. Doelmatigheid en haalbaarheid zijn onderdeel van de afspraak. Dit kan een effect hebben op het tarief en het volume.

6. Hoe ziet het contracteringsproces eruit?

Wij publiceren ons inkoopbeleid op 1 april en u kunt daarop reageren

Heeft u een vraag over ons inkoopbeleid, staan er onduidelijkheden in of bent u het oneens met het inkoopbeleid? U kunt tot uiterlijk 1 juni 2021 reageren. Kijk voor alle contactmogelijkheden op zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact.

We maken inkoopafspraken op basis van een jaarlijks regioplan

U beschrijft in het jaarlijkse regioplan waar de regio-organisatie voor staat (missie), welke doelen u nastreeft (visie) en hoe u deze doelen gaat bereiken (strategie). U onderbouwt deze onderdelen fact based waaruit blijkt dat de gekozen richting het meest aansluit op de behoefte van de regio. In deze fase ligt de nadruk op wat u wilt bereiken in de regio. Voor het opstellen van het regioplan is een format beschikbaar. U vindt dit op de website van Zilveren Kruis: zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/huisartsenzorg. U bent verantwoordelijk voor het schrijven van het plan en Zilveren Kruis is actief betrokken bij de ontwikkeling van het plan.

Uiterlijk 1 september voorafgaand aan het contractjaar dient u het regioplan in bij uw inkoper in het daarvoor beschikbare format. Uw inkoper beoordeelt het plan aan de hand van een beoordelingskader. Uiterlijk 4 weken na indiening krijgt u een formele reactie van ons. Bij een positieve beoordeling kan het plan worden omgezet in inkoopafspraken. Als het plan niet (volledig) voldoet, krijgt u het plan voorzien van feedback terug voor aanpassing. Uw inkoper maakt met u een afspraak over de termijn waarop u een aangepast plan indient.

Als het regioplan is vastgesteld, worden de inkoopafspraken gemaakt. U schrijft een uitgewerkt projectplan waarin alle activiteiten en gewenste resultaten staan beschreven. U stelt hierbij ook een kosten-batenanalyse op waarin de baten (financieel, kwaliteit) en de kosten staan beschreven. De gevraagde bekostiging maakt u transparant, zodat duidelijk wordt wat de kosten van de afzonderlijke onderdelen zijn (personeel, huisvesting, ICT, etc.). Wij kijken of de begrote kosten realistisch zijn (in vergelijking met andere regio's bijvoorbeeld) en of de kosten opwegen tegen de verwachte baten.

De overeenkomst wordt digitaal afgesloten

U maakt de afspraken met uw zorginkoper. Vervolgens worden de tarieven vastgesteld in het O&I tarievenoverzicht, dat overzicht is ook een bijlage van de O&I overeenkomst. Wij bieden u vervolgens de overeenkomst aan in het zorginkoopportaal. Vervolgens sluit u een overeenkomst 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.

In het zorginkoopportaal tekent u de overeenkomst

U maakt de afspraken met uw zorginkoper. Vervolgens worden de tarieven ingeregeld en ontvangt u een aanbiedingsbrief met de inloggegevens voor het zorginkoopportaal, zodat u de overeenkomst digitaal kunt ondertekenen.

7. Hoe ziet de planning voor contractering eruit?

datum	onderwerp
1 april 2021	publicatie inkoopbeleid
1 juli 2021	publicatie conceptovereenkomst
Uiterlijk 1 september	aanleveren regioplan bij uw regionale inkoper
Uiterlijk 1 oktober 2021	opening zorginkoopportaal voor digitaal contracteren
12 november 2021	communicatie met verzekeren over gecontracteerde zorg

8. Hoe gaan we om met Naleving & Controle?

We beoordelen of zorg feitelijk en terecht is geleverd

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 (formele en materiële controle).

We maken in onze controleprocessen de beweging naar preventie

Om controles achteraf te verminderen of te voorkomen, zijn we gestart met het verstrekken van spiegelinformatie. Door inzicht te geven in uw declaratiegedrag kunt u eventuele foutieve of afwijkende declaraties zelf corrigeren en in de toekomst aanpassen. De onderwerpen in de spiegelinformatie gaan bijvoorbeeld over correct declareren en registreren, gepast gebruik, juiste zorg, feitelijke levering en doelmatigheid. De onderwerpen worden de komende jaren verder uitgebreid. Als de declaraties hier aanleiding toe geven, kan door Zilveren Kruis een vervolgstap in het controleproces nemen.

9. Welke onderwerpen zijn mogelijk voor u ook interessant?

Onderstaande onderwerpen zijn mogelijk interessant voor u.

- Huisartsenzorg
- Gecombineerde Leefstijlinterventie
- Wijkverpleging
- Zorg in de wijk

- Eerstelijnsverblijf
- Eerstelijns Diagnostiek
- GGZ
- Extramurale Farmacie

Deze onderwerpen en meer vindt u op zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/visie-en-beleid.

10. Waar vind ik aanvullingen en wijzigingen?

Dit inkoopbeleid is gepubliceerd op 1 april 2021. Het is mogelijk dat hierop aanvullingen of wijzigingen komen. Houd u dit zelf goed in de gaten!

U vindt deze aanvullingen en wijzigingen op zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/visie-en-beleid bij uw inkoopbeleid.

11. Heeft u nog vragen?

Neem gerust contact met ons op. Kijk voor alle contactmogelijkheden op zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact.

Bijlage 1: Inkoopspecificaties Chronische zorg

- A. Algemene voorwaarden
- B. Specifieke voorwaarden DM2
- C. Specifieke voorwaarden COPD
- D. Specifieke voorwaarden CVRM

1. Algemene voorwaarden

Algemene voorwaarden chronische zorg (multidisciplinaire zorg) overeenkomst

Zilveren Kruis koopt chronische zorg in bij een regio-organisatie, waarbij:

- Naast de huisartsenzorg, minimaal 2 andere disciplines deelnemen die passend zijn bij de zorgvraag van de populatie waaraan zorg geboden wordt.
- Alle zorgverleners binnen de regio-organisatie of waar het de regio-organisatie afspraken mee heeft, zelfstandig een schriftelijke overeenkomst met Zilveren Kruis of de preferente zorgverzekeraar in de desbetreffende regio hebben gesloten (als Zilveren Kruis voor die zorg een contracteerbeleid heeft geformuleerd).

Samenwerking

- De regio-organisatie heeft geformaliseerde schriftelijke samenwerkingsafspraken met alle zorgverleners die van belang zijn voor de uitvoering van de zorgprogramma's. De regio-organisatie draagt zorg voor de naleving en periodieke evaluatie van deze afspraken. De samenwerkingsafspraken hebben betrekking op de inhoud van de te leveren zorg en de financiële afspraken tussen partijen.
- De regio-organisatie heeft schriftelijk samenwerkingsafspraken vastgelegd met de tweede lijn op basis van Landelijk Transmurale afspraken met de grootste ziekenhuizen in het adherentiegebied voor die ketenzorgprogramma's die met Zilveren Kruis zijn afgesproken. Hierbij worden in ieder geval afspraken gemaakt over het door- en terugverwijsbeleid, het hoofdbehandelaarschap en gezamenlijke realisatie van substitutie.
- De zorgverleners die participeren binnen de regio-organisatie of waar de regio-organisatie afspraken mee heeft, zetten zich actief in om daadwerkelijke samenwerking te stimuleren.
- De regio-organisatie betreft actief een patiënten vertegenwoordiging om de aansluiting op de behoefte van de patiënt goed te borgen.

Kwaliteit

- De regio-organisatie besteedt aandacht aan de ontwikkeling van de eigen professionele organisatie en sluit daarbij aan bij de binnen de branche geldende normen.
- De regio-organisatie heeft een kwaliteitscyclus waarin alle deelnemende disciplines participeren en verbeterafspraken worden gemaakt en bewaakt.
- De regio-organisatie levert zorg en ondersteuning die is afgestemd op de zorgvraag van de patiënt (zorg op maat) waarbij de patiënt de afspraken heeft vastgelegd in een persoonlijk gezondheidsplan.
- De regio-organisatie biedt een passend aanbod aan de patiënt op het gebied van leefstijl (bewegen, stoppen met roken, voeding) en informeert de patiënt over de inhoud van het programma, toegang tot lotgenotencontact en de patiëntenorganisatie.
- De regio-organisatie voert periodiek een klantervaringsonderzoek uit met daaraan gekoppeld een verbetercyclus.
- De regio-organisatie heeft een jaarlijkse scholingscyclus voor alle deelnemende disciplines waarbij nieuwste inzichten op gebied van behandeling in de multidisciplinaire zorg, de uitkomsten van de zorg, betrokkenheid patiënten en uitkomsten klantervaringsonderzoek aan bod komen.
- De regio-organisatie zet geregistreerde gespecialiseerde zorgverleners in bij de zorg, bijvoorbeeld een kaderarts, specialistische verpleegkundige en/of medisch specialist met als doel de zorg in de eerste lijn te houden.
- De regio-organisatie stuurt jaarlijks het kwaliteitsjaarverslag aan Zilveren Kruis, waarin de voortgang op de verbeterpunten zijn opgenomen.

Inclusie- en exclusiecriteria

De regio-organisatie werkt volgens de meest recente versie van de 'Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's'.

Ondersteuning bij zelfzorg

Zilveren Kruis vindt het belangrijk dat de regio-organisatie een actief beleid voert voor het implementeren van ondersteuning bij zelfzorg. We maken hiervoor vanaf 2022 geen aparte afspraken meer. Deze activiteiten zijn vanaf 2022 onderdeel van de O&I betaaltitel 'Ondersteuning Ketenzorg'.

ICT-ondersteuning

De regio-organisatie waarmee afspraken zijn gemaakt over financiering voor een ICT-systeem voor de multidisciplinaire zorgprocessen, gelden de volgende voorwaarden:

- De regio-organisatie voert technische en organisatorische maatregelen in om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Ook bij uitwisseling van persoonsgegevens worden de gegevens voldoende beveiligd.
- De regio-organisatie draagt er zorg voor dat de patiëntenregistratie in ieder geval 5 jaar na afloop van het desbetreffende kalenderjaar wordt bewaard. De patiëntenregistratie blijft ook na het einde van de bilaterale overeenkomst voor de zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, conform de bepalingen uit de overeenkomst waarin de controletermijnen zijn benoemd.

Ondersteuning van de inhoudelijke zorgverlening

Het systeem:

- is geschikt voor het ondersteunen van meerdere zorgprogramma's (ketens).
- ondersteunt voor verschillende patiëntengroepen binnen de DBC geprotocolleerde begeleiding en behandelingen.
- geeft de patiënt de mogelijkheid het eigen zorgdossier in te zien en actief deel te nemen aan de eigen behandeling vanuit de thuissituatie.
- geeft, met inachtneming van de privacyregels, alle betrokken zorgaanbieders binnen de keten inzage in de voor hen relevante parameters van de patiënten die zij in zorg hebben en stelt zorgaanbieders in staat zelf relevante gegevens in het systeem registreren.
- signaleert wanneer afspraken tussen patiënt en zorgverlener niet zijn nagekomen in het belang van kwaliteitszorg.
- is in staat om comorbiditeit te registreren.

Managementinformatie

Het systeem:

- registreert de essentiële gegevens die nodig zijn om zorg conform de geldende standaarden te kunnen leveren.
- levert managementinformatie op het niveau van de patiënt, de zorgverleners en de regio-organisatie over het proces, de inhoud en financiën om het zorgprogramma te kunnen (bij)sturen.
- is geschikt om te registreren als een patiënt is geïncludeerd in de keten.
- is geschikt om hoofdbehandelaar huisarts en/of specialist te registreren.

Elektronische gegevensaanlevering aan zorgverzekeraars

Het systeem:

- levert conform geldende standaarden via VECOZO digitale declaraties.
- genereert in het kader van verantwoordingsinformatie betrouwbare digitale gegevens voor de rapportage aan de zorgverzekeraars. De met de zorgverzekeraars afgesproken dataset is daarvoor leidend.

Financiële verantwoordelijkheid en transparantie

- De regio-organisatie stuurt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, een door een accountant gecontroleerde of geaccordeerde jaarrekening van het voorafgaande jaar aan de zorgverzekeraar toe. Bij de verantwoording van bestede gelden wordt een onderscheid gemaakt in gespecificeerde organisatiekosten en gespecificeerde (zorg)kosten.
- De regio-organisatie is verantwoordelijk voor de afspraken zoals opgenomen in de overeenkomsten met haar ondercontractanten voortvloeiend uit de overeenkomst gesloten met Zilveren Kruis.

Algemene onderdelen integrale tarief

- Alleen voor patiënten die in zorg zijn, kan het integrale tarief gedeclareerd worden. 'In zorg' zijn betekent dat de coördinatie en verantwoordelijkheid bij de hoofdcontractant van de keten ligt en de patiënt zorg ontvangt voor de bestaande chronische aandoening gedurende het kalenderjaar.
- Het ketentarieft moet gerechtvaardigd zijn door de te behalen baten. De baten bestaan uit het verplaatsen van patiënten vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn en/of door het verlagen van risicofactoren en daarmee het voorkomen van ziekenhuiskosten (preventie).
- De regio-organisatie levert per kwartaal zelf aan voor welke patiënten ze hoofdbehandelaar waren en waarvoor ze dus het ketentarieft krijgen.
- Stoppen met roken maakt integraal onderdeel van het tarief en heeft betrekking op de individuele gedragsmatige begeleiding zoals omschreven in de Zorgmodule Stoppen met Roken.

Voorkomen dubbelloop van declaraties

De regio-organisatie organiseert de ketenzorg op een wijze dat dubbelloop van declaraties wordt voorkomen:

- Een ketenzorg-DBC eerste lijn mag niet samenlopen met een tweedelijns DOT voor dezelfde behandeling.
- Als de medisch specialist de hoofdbehandelaar is van de patiënt dan sluit de regio-organisatie de keten-DBC bij de eerstvolgende kwartaaldeclaratie.
- Een eenmalig consult van een specialist (longarts, internist, oogarts, podotherapeut) voor een individuele patiënt mag niet door de betreffende zorgverlener aan de zorgverzekeraar gedeclareerd worden.
- Bij de keten-DBC mogen de volgende verrichtingen niet worden gedeclareerd:

DM2	COPD	CVRM
<ul style="list-style-type: none">• Dieetadvisering in relatie tot DM type 2 zorg• Stoppen met roken• Huisartsenconsulten• CVRM ketenzorg• Glucose-test strips• Fundusfoto• DM-gerelateerde voetzorg indien deze is opgenomen in de overeenkomst	<ul style="list-style-type: none">• Dieetadvisering in relatie tot COPD-zorg• Stoppen met roken• Huisartsenconsulten• Spirometrie	<ul style="list-style-type: none">• Dieetadvisering in relatie tot CVRM-zorg• Stoppen met roken• Huisartsenconsulten• DM2 ketenzorg

2. Specifieke voorwaarden DM2

Voor het aangaan van een overeenkomst met Zilveren Kruis voor ketenzorg zijn de hierboven beschreven 'Algemene voorwaarden' van toepassing. Hieronder staan de voorwaarden die specifiek gelden voor Diabetes Mellitus type 2 (DM2).

Algemeen

- De hoofdcontractant draagt zorg voor registratie van de contactmomenten tussen huisartsgeneeskundige zorgverleners en patiënt, die zorginhoudelijk verband houden met de zorg die via de ketenprestatie is ingekocht zoals omschreven in de meest recente beleidsregel.
- De regio-organisatie heeft een uitgewerkt zorgprogramma DM type 2. Het programma is gebaseerd op de stand van de wetenschap en de praktijk, de meest recente NDF-zorgstandaard en vigerende richtlijnen van de deelnemende beroepsgroepen.
- De uitvoerende zorgverleners die begeleiding geven voor stoppen met roken, voldoen aan de opleidingseisen zoals gesteld door het Partnership Stoppen met Roken.

- Binnen de consultatie heeft de regio-organisatie zowel de (tele)consultatie tussen artsen als fysieke meekijkconsult tussen de patiënt en de gespecialiseerde zorgverleners geregeld. Dit ter voorkoming van doorverwijzing naar de tweede lijn.
- Voetzorg: de regio-organisatie draagt zorg dat er samenwerkingsafspraken zijn met podotherapeuten en pedicure over onder andere door- en terugverwijzen en overdracht van informatie.
- Dieetadvies: een goede organisatie van de dieetzorg binnen de keten is de verantwoordelijkheid van de regio-organisatie. Door voldoende aanbod en goede voorlichting voorkomt de regio-organisatie DM-gerelateerde dieetzorg buiten de keten.

Specifieke onderdelen integraal tarief

- Onder dieetadvies vallen ook de nevendiagnoses die samenhangen met DM2 conform de meest recente NDF-richtlijnen.
- De jaarlijkse voetscreening valt binnen het integrale tarief.
- Toebehoren zoals glucose-teststrips vallen binnen het integrale tarief.

3. Specifieke voorwaarden COPD

Voor het aangaan van een overeenkomst met Zilveren Kruis voor ketenzorg zijn de hierboven beschreven 'Algemene voorwaarden' van toepassing. Hieronder staan de voorwaarden die specifiek gelden voor COPD.

Algemeen

- De hoofdcontractant draagt zorg voor registratie van de contactmomenten tussen huisartsgeneeskundige zorgverleners en patiënt, die zorginhoudelijk verband houden met de zorg die via de ketenprestatie is ingekocht zoals omschreven in de meest recente beleidsregel.
- De regio-organisatie heeft een uitgewerkt zorgprogramma COPD. Het programma is gebaseerd op de meest recente LAN COPD zorgstandaard en vigerende richtlijnen van de deelnemende beroepsgroepen.
- Het voorkomen van een longaanval is belangrijk. Het gebruik van het Longaanval ActiePlan (Longfonds) wordt vanuit de regio-organisatie gestimuleerd.
- De regio-organisatie heeft aandacht voor het voorkomen van een opname in de tweede lijn door een longaanval. Afspraken zijn gebaseerd op de meest recente 'Landelijke richtlijn COPD longaanval met ziekenhuisopname'.
- Binnen de consultatie heeft de regio-organisatie zowel de (tele)consultatie tussen artsen als het fysieke meekijkconsult tussen de patiënt en de gespecialiseerde zorgverleners geregeld. Dit ter voorkoming van doorverwijzing naar de tweede lijn.
- Bewegen is een belangrijke interventie bij de behandeling van COPD. De regio-organisatie heeft dan ook met pluspraktijken fysiotherapie afspraken gemaakt over de inzet van beweegprogramma's COPD.
- Dieetadvies: een goede organisatie van de dieetzorg binnen de keten is de verantwoordelijkheid van de regio-organisatie. Door voldoende aanbod en goede voorlichting voorkomt de regio-organisatie COPD-gerelateerde dieetzorg buiten de keten.
- Indien een dieetinterventie ingezet wordt, is dat altijd gecombineerd met inspanningstraining.

Aanvullende exclusiecriteria

- Patiënten met ernstige comorbiditeit, kwetsbare ouderen en/of een beperkte levensverwachting waarbij de verwachting is dat gestructureerde COPD-zorg geen of beperkte gezondheidswinst zal geven (casemanagement/ palliatieve zorg meer geïndiceerd dan disease management).
- Ondanks herhaald uitnodigen niet gemotiveerd voor gestructureerde zorg (zorgmijders).

Opleidingseisen

- Als de huisarts of de POH-S spirometrie in de praktijk uitoefent, geldt de voorwaarde dat de CASPIR cursus en de bijbehorende bijscholingsactiviteiten zijn gevolgd.
- Voor de fysiotherapeut: cursus COPD NPI, hogeschool Leiden of vergelijkbare opleiding.
- De uitvoerende zorgaanbieders van Stoppen met Roken voldoen aan de opleidingseisen zoals gesteld door het Partnership Stoppen met Roken.

4. Specifieke voorwaarden CVRM

Het doel van de ketenzorg CVRM blijft het verbeteren van de gezondheid van verzekerden. Centraal staat de ondersteuning en beloning voor het verbeteren van leefstijl, waarbij lagere kosten van zorg ontstaan door substitutie naar de eerste lijn en het voorkomen van ziektes. Hierbij doen we de aanname dat het succesvol verlagen van risicofactoren leidt tot preventie op de lange termijn.

Algemeen

- De hoofdcontractant draagt zorg voor registratie van de contactmomenten tussen huisartsgeneeskundige zorgverleners en patiënt, die zorginhoudelijk verband houden met de zorg die via de ketenprestatie is ingekocht zoals omschreven in de meest recente beleidsregel.
- De regio-organisatie heeft de populatie in beeld, weet wie de hoofdbehandelaar is (huisarts, specialist) en welke patiënten structurele multidisciplinaire zorg nodig hebben.
- Er is een plan van aanpak met daarin de doelstelling van het project en de te behalen resultaten.
- De regio-organisatie heeft een uitgewerkt zorgprogramma CVRM. Het programma is gebaseerd op de meest recente CVRM zorgstandaard en vigerende richtlijnen van de deelnemende beroepsgroepen en speelt in op de behoefte van de patiënt (zorg op maat) en ondersteunde zelfzorg.
- Naast behandeling richt het programma zich op leefstijl beïnvloeding zoals stoppen met roken, voedings- en dieetbegeleiding. Het persoonlijk gezondheidsplan van de patiënt staat centraal.
- De regio-organisatie heeft een ICT-tool om bewezen actieve leefstijlinterventies in te zetten.

Bijlage 2: Prestatie Toekomstbestendige huisartsenzorg

1. Wat willen we bereiken en wat betekent dit voor u?

Deze prestatie is een invulling van het hoofdlijnenakkoord

Deze prestatie is tot stand gekomen in nauw overleg met uw brancheorganisaties LHV en InEen. We geven hiermee ruimte om te werken aan toekomstbestendige huisartsenzorg en geven tegelijk invulling aan de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord. Deze prestatie is gebaseerd op de groeiruimte uit het hoofdlijnenakkoord voor 2021.

Uw brancheverenigingen en Zilveren Kruis streven naar toekomstbestendige huisartsenzorg

In de gesprekken met uw brancheorganisaties kwamen een aantal knelpunten naar voren. Huisartsen zien een toename van (nieuwe) chronisch zieken, GGZ-patiënten en kwetsbare ouderen. Tegelijk is de arbeidsmarkt krap en vindt er toenemend substitutie plaats vanuit de tweede lijn. We constateren gezamenlijk dat bovenstaande knelpunten leiden tot drukte in de praktijk.

De complexiteit van de patiëntenzorg neemt toe en dat vraagt om 'meer tijd voor de patiënt'. Tegelijkertijd vraagt dit om het anders inrichten van de zorg, zodat we rekening houden met de krappe arbeidsmarkt en aansluiten op de behoefte van de patiënt. Bijvoorbeeld een digitaal consult als het kan en een fysiek consult als dat beter is, hierbij speelt de beoordeling van de huisarts een belangrijke rol. Het streven is een toekomstbestendige huisartsenzorg.

Huisartsenpraktijken en regio-organisaties werken nauw samen rondom verschillende doelstellingen

De prestatie is gericht op huisartsenpraktijken en regio-organisaties. We hebben in gezamenlijkheid met de brancheorganisaties 4 doelstellingen geformuleerd:

- A. Meer zorg op afstand
- B. Andere organisatie van huisartsenzorg
- C. Meer persoonsgerichte zorg
- D. Efficiëntere praktijkvoering

De regio-organisatie (i.o.) coördineert en ondersteunt de keuze van de huisartsen voor de doelstellingen. Hierbij wordt gekeken naar: de voorkeur van de aangesloten huisartsen, de haalbaarheid van de ondersteuning door de regio-organisatie en de samenhang met het huidige regioplan. De huisartsenpraktijk kiest bij voorkeur één doelstelling.

Huisartsenpraktijken en regio-organisaties werken nauw samen bij het realiseren van de doelstellingen en ontvangen beiden een aparte bekostiging. Hiertoe hebben we een beknopte uitwerking gemaakt van wat we onder de doelstellingen verstaan en welke voorwaarden daarbij horen.

2. Wat zijn de voorwaarden?

Hieronder lichten we de doelstellingen toe en benoemen een aantal specifieke voorwaarden:

- A. Meer zorg op afstand (digitaal):** Het inzetten van online dienstverlening die aansluit bij de behoeften van patiënten, onder meer voortbordurend op de kansrijke initiatieven die zijn ontstaan tijdens de corona-uitbraak. De huisartsenpraktijk:
- Vergroot de inzet van digitale middelen voor communicatie met de patiënt, zoals de consulten en de monitoring van de patiënt;
 - Committeert zich aan de geformuleerde KPI's in het regioplan voor deze doelstelling;
 - Krijgt hiervoor niet-patiëntgebonden tijd.
- B. Andere organisatie van de huisartsenzorg:** Het herverdelen van de taken en verantwoordelijkheden tussen professionals in de praktijk. Zodat de organisatie van de huisartsenzorg verbetert en er meer tijd ontstaat voor complexe patiënten. De huisartsenpraktijk:
- Kan deze extra tijd inzetten voor een specifieke zorgprofessional. Hiervoor komen – behalve de doktersassistent – alle medewerkers in de huisartsenpraktijk in aanmerking, zoals physician assistent, verpleegkundig specialist, praktijkverpleegkundige en (waarnemend)huisarts;

- Committeert zich aan de geformuleerde KPI's in het regioplan voor deze doelstelling. Hieruit blijkt het beoogd resultaat van de extra inzet en het aantal uur per professional;
 - Krijgt niet-patiëntgebonden tijd (organisatietijd) voor de inzet van deze professionals.
- C. Meer Persoonsgerichte zorg:** Een holistische benadering van de patiënt en het verbeteren van het gesprek in de praktijk. Zodat de huisarts de patiënten met een brede hulpvraag kan begeleiden naar de juiste plek (incl. sociaal domein). De huisartsenpraktijk:
- Werkt volgens een vaststaand concept, zoals Krachtige Basiszorg of Positieve Gezondheid. Dit uit zich onder meer in de inzet van een aanjager, deelname aan trainingen en (kennisuitwisselings)bijeenkomsten en vertaling naar concrete interventies en activiteiten in de huisartsenpraktijk. Het betreft onderdelen van Krachtige Basiszorg. Het gaat hierbij niet om de pilots Krachtige Basiszorg;
 - Committeert zich aan de geformuleerde KPI's in het regioplan voor deze doelstelling;
 - Krijgt patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd voor de invoering van (onderdelen van) het concept.
- D. Efficiëntere praktijkvoering:** Het verbeteren van de efficiëntie binnen de huisartsenpraktijk, zodat de druk op de praktijk afneemt. De huisartsenpraktijk:
- Neemt deel aan een praktijkscan en voert aantoonbare verbeteringen door;
 - Committeert zich aan de geformuleerde KPI's in het regioplan voor deze doelstelling;
 - Krijgt een niet-patiëntgebonden tijd voor het doorvoeren van de verbetering.

Hieronder werken we een aantal algemene voorwaarden uit die gelden voor alle doelstellingen:

De huisartsenpraktijk:

- Brengt de gewenste doelstelling bij de regio-organisatie naar voren en stemt dit af;
- Maakt werkafspraken met de regio-organisatie en deze worden vastgelegd in het regioplan;
- Neemt deel aan de ondersteunende activiteiten die door de regio-organisatie worden aangeboden;
- Werkt mee aan een kwantitatieve of kwalitatieve analyse.

De regio-organisatie:

- Stemt af met de aangesloten huisartsen over de gekozen doelstellingen en checkt deze op samenhang en haalbaarheid om deze doelstellingen te ondersteunen;
- Ondersteunt de praktijken bij de implementatie (zoals bijv. de praktijkscan en scholing) en werkt dit uit in het regioplan;
- Maakt resultaatafspraken met Zilveren Kruis in de vorm van KPI's en legt deze vast in het O&I regioplan;
- Stelt een kwantitatieve of kwalitatieve analyse op om over de resultaten op de KPI's te kunnen rapporteren en draagt daarbij zorg voor de aanlevering van de benodigde gegevens door huisartsen en tijdige aanlevering ervan bij Zilveren Kruis.

Het is mogelijk om voort te bouwen op eerder ingezette initiatieven en bekostiging

En dat stimuleren we. Om dubbele bekostiging te voorkomen dient echter wel duidelijk vermeld te worden in het regioplan welke andere of aanvullende activiteiten gefinancierd worden met behulp van de middelen uit de groeiruimte ten opzichte van de andere bekostigingsstroom.

De huisartsenpraktijken die deelnemen aan de pilots Krachtige Basiszorg zijn uitgesloten van dit beleid

De reden is dat zij een aparte bekostiging ontvangen vanuit dezelfde groeiruimte

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Voor de huisartsenpraktijken is een maximum tarief vastgesteld per verzekerde via de S3-afpraak 'Toekomstbestendige huisartsenzorg'. Voor de regio-organisaties bepalen we een budget op basis van de aangesloten huisartsenpraktijken en bekostigen we via de O&I-afpraak. In overleg met de betrokken huisartsen kunnen regio-organisaties als kassier optreden.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

Huisartsen en regio-organisatie stemmen af over de doelstelling, de ondersteuning en de KPI's. Dit wordt vastgelegd in een regio-afspraken, ook levert de regio-organisatie een lijst met deelnemende huisartsenpraktijken aan bij Zilveren Kruis. Wanneer wij vervolgens de regio-afspraken hebben goedgekeurd, ontvangt de huisarts van Zilveren Kruis een mailbericht dat u kunt declareren. U moet dan voldoen aan alle betreffende voorwaarden uit ons inkoopbeleid.

Bijlage 3: Prestatie Samenwerking rondom kwetsbare ouderen

1. Wat willen we bereiken en wat betekent dit voor u?

Vanaf 2022 is deze prestatie gewijzigd. We contracteren de prestatie via de regio-organisatie en zetten een deel van de groeiruimte uit het hoofdlijnenakkoord in om de prestatie uit te breiden. Daartoe is de aanname van het aantal kwetsbare ouderen onder 75-plussers verruimd. De aanname is dat 28% kwetsbaar is, voorheen gingen we uit van 20%. Daarnaast is het implementeren en gebruik van een digitaal platform standaard onderdeel van de prestatie geworden.

Het uitgangspunt is dat kwetsbare ouderen zorg op maat krijgen

De huisartsenpraktijk zet hiervoor zijn expertise in en werkt optimaal samen met andere zorgverleners. Met als doel: het behoud en herstel van functioneren, het verhogen van zelfredzaamheid en daarmee het verhogen van de ervaren kwaliteit van leven. Dit vraagt om een samenhangend zorgnetwerk, waarbinnen de huisarts een regierol heeft en samenwerkt met praktijkondersteuner (POH), physician assistant (PA) of verpleegkundig specialist (VS), specialist ouderengeneeskunde (SO), VVT-aanbieder en sociaal domein.

Wij vinden het belangrijk dat huisartsen ondersteund worden bij de samenwerking rondom kwetsbare ouderen

Het inrichten van dit zorgnetwerk kost tijd en inzet. Daarom stimuleren we regio-organisaties om de huisartsenpraktijk te ondersteunen bij het vormgeven en onderhouden van deze samenwerking rondom kwetsbare ouderen. We contracteren deze module vanaf 2022 via de regio-organisatie. We vragen van regio-organisaties regie te nemen in deze samenwerking, het daaraan gerelateerd overleg en de digitale uitwisseling van informatie. Zo kan de regio-organisatie de huisartspraktijk waar nodig of passend ondersteunen en ontlasten. Regio-organisaties kunnen daarnaast ook andere taken op zich nemen, zoals het implementeren van een digitaal platform, scholingen of administratieve taken.

2. Wat zijn de voorwaarden?

De regio-organisatie voldoet in ieder geval één jaar na deelname aan alle gestelde voorwaarden:

Voorwaarden samenwerking binnen lokale netwerken

- De regio-organisatie heeft haar visie op ouderenzorg, specifiek op kwetsbare ouderen en de samenwerking rondom kwetsbare ouderen, verwerkt in het regioplan.
- Er is een zichtbaar effectief lokaal netwerk rondom kwetsbare ouderen onder regie van de regio-organisatie. Aangesloten huisartsenpraktijken worden zo ondersteund bij het opzetten en onderhouden van het netwerk, bijvoorbeeld bij het implementeren van een digitaal platform of het maken van samenwerkafspraken met andere zorgaanbieders. Als er nog geen vorm van samenwerking is, neemt de regio-organisatie samen met de huisartsenpraktijk(en) initiatief om een effectief lokaal netwerk op te zetten.
- Vanuit de huisartsenpraktijk neemt een POH, VS, PA en/of huisarts deel aan het lokaal netwerk. De deelnemer voldoet aan het competentieprofiel en opleidingsvereisten van de eigen beroepsgroep.
- In het lokale netwerk worden minimaal de specialist ouderengeneeskunde (SO), wijkverpleging en het sociaal wijkteam betrokken.
- De regio-organisatie zorgt ervoor dat de plannen en activiteiten (rondom kwetsbare ouderen) aansluiten bij die van andere disciplines en domeinen. Daarover stemt de regio-organisatie in ieder geval jaarlijks af met gemeenten, sociale wijkteams, zorgaanbieders VVT en eventuele andere betrokken partijen.
- De activiteiten die worden uitgevoerd binnen dit lokale netwerk zijn onderdeel van één regionaal zorgprogramma, waarbij partijen een duidelijke rolverdeling hebben in de taken.

Voorwaarden zorgprogramma

De regio-organisatie implementeert één zorgprogramma in de regio. In ieder geval zijn in dit zorgprogramma de volgende onderdelen opgenomen:

- Het identificeren van kwetsbare ouderen.
- Het indiceren en uitvoeren van Advance Care Planning.

- Het signaleren, indiceren en uitvoeren van de polyfarmacie-check.
- Het signaleren van valrisico en initiëren van passende interventies.
- Het signaleren van behoefte aan en het inzetten van mantelzorgondersteuning.
- Werkafspraken over het bespreken van individuele en algemene casuïstiek, in bijvoorbeeld MDO's.
- Werkafspraken over het bepalen van een gezamenlijke aanpak (preventie en/of zorg) afgestemd op de zorgvraag en zorgbehoefte van de patiënt.
- Werkafspraken over het bepalen welke zorgverlener het casemanagement op zich neemt voor een patiënt, indien casemanagement nodig is.
- Werkafspraken over efficiënte en volledige informatie-uitwisseling rondom de kwetsbare oudere.

Voorwaarden digitaal platform

De regio organisatie:

- Implementeert bij voorkeur één digitaal platform in de regio. Voorbeelden van systemen zijn: OZOverbindzorg, eGPO, Caresharing cBoards en ZWIP.
- Alle betrokkenen hebben toegang tot het platform en werken daar ook mee. Idealiter is ook de oudere en/of de mantelzorger betrokken.
- We gaan ervan uit dat daar waar huisartspraktijken al een digitaal platform voor deze samenwerking hebben geïmplementeerd, er ruimte is om deze te behouden. Regio-organisatie en huisartsenpraktijk overleggen dit samen.
- Bij voorkeur is het digitaal platform ook voor andere doelgroepen toepasbaar, bijvoorbeeld voor PaTZ of GGZ.

Voorwaarden evaluatie en monitoring

De regio-organisatie:

- Maakt resultaatafspraken met Zilveren Kruis en legt deze SMART meetbaar geformuleerd vast in het O&I regioplan. De regio-organisatie doet dit in ieder geval in samenspraak met wijkverpleging en sociaal domein. We hanteren in ieder geval 2 standaard resultaatafspraken:
 - "In X aantal jaar zijn Y% van de 75-plussers minimaal één keer beoordeeld als kwetsbaar of niet kwetsbaar"
 - "In X aantal jaar heeft Y% van alle kwetsbare ouderen ACP gehad"
 Naast deze 2 standaard resultaatafspraken spreken wij in samenspraak eventueel nog een aantal andere resultaatafspraken af.
- Evalueert jaarlijks met de betrokken partijen of de resultaatafspraken zijn behaald.
- Rapporteert de voortgang van de resultaatafspraken in het regiogesprek met Zilveren Kruis. Mocht u de resultaatafspraken niet behalen, dan maakt u concrete verbeterafspraken met uw regionale zorginkoper.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Het tarief is een vast bedrag per kwetsbare oudere. Het tarief wordt berekend op basis van het aantal 75-plussers. Daarbij wordt aangenomen dat gemiddeld 28% van de 75-plussers kwetsbaar is. Dit bedrag is bedoeld voor de organisatie van het netwerk en voor de indirect patiëntgebonden tijd die voortkomt uit de samenwerking en uitvoering van het zorgprogramma, zoals overleg en uitwerking van interventies. De direct patiëntgebonden zorg voor kwetsbare ouderen, zoals consulten, visites en polyfarmaciecheck kunnen via de reguliere financiering worden gedeclareerd door zowel huisarts, VS en PA als POH.

Het tarief voor de prestatie 'Samenwerking rondom kwetsbare ouderen' vindt u uiterlijk 1 september op onze website.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

De regio-organisatie maakt afspraken met onze regionale zorginkoper. Om de afspraak definitief te maken, moet de regionale zorginkoper akkoord zijn met de uitwerking in het regioplan op basis van onze voorwaarden. Onderdeel van de aanvraag is een lijst met deelnemende huisartsenpraktijken en het aantal 75-plussers, zodat het budget kan worden bepaald.