



Uitwerking Inkoopbeleid **Multidisciplinaire zorg 2024-2025**



COÖPERATIE VGZ

**Voorop in gezondheid en zorg.
Voor iedereen.**

Inleiding

Naast de Zorgovereenkomst Zorgverlening Regionale Huisartsenorganisaties (RHO) kunnen RHO's in aanmerking komen voor aanvullende prestaties. Deze prestaties worden via een addendum op de hoofdovereenkomst afgesloten. Meer hierover leest u in het [zorginkoopbeleid Huisartsenzorg 2024 en zorginkoopbeleid Huisartsenzorg 2025](#). In dit document vindt u de voorwaarden die nodig zijn om in aanmerking te komen voor de prestaties.

Inhoud

1. Standaardketens en ketenmanagement	3
1.1 Zorgketen DM II	3
1.2 Zorgketen COPD	5
1.3 Zorgketen VRM Zeer hoog Risico (voorheen HVZ)	6
1.4 Zorgketen VRM Hoog risico (voorheen VVR)	7
1.5 Variabele beloning	9
1.6 Ketenmanagement	9
2. Innovatieve zorgketens	10
2.1 Zorgketen astma	10
2.2 Zorg voor kwetsbare ouderen	11
2.3 Zorgprogramma GGZ	12
3. Organisatie & Infrastructuur	13
3.1 Praktijkmanagement	13
3.2 Regio- en wijkmanagement	13
4. Overige afspraken	14
4.1 Digitaal meekijkconsult	14
4.2 POH-GGZ	15
4.3 Advance Care Planning (ACP)	15
4.4 Zorgvernieuwing	15

1. Standaardketens en ketenmanagement

In 2024-2025 contracteren wij de volgende standaardketens:

- DM II
- COPD
- Vasculair risicomanagement (VRM)
 - VRM Zeer hoog risico (voorheen HVZ)
 - VRM Hoog risico (voorheen VVR)

Voor alle standaardketens geldt een standaardtarief voor de zorgkosten. Voor de standaardketens geldt daarnaast een variabele beloning. Overheadkosten worden bekostigd op basis van een standaardtarief via de prestatie ketenmanagement.

Op de zorgkosten voor de standaardketens wordt niet nagecalculeerd. Nacalculatie vindt alleen plaats op overschrijding van inclusie en eventuele aanvullende afspraken.

Hieronder de voorwaarden voor de zorginhoud van de standaardketens en een overzicht met de voorwaarden voor de variabele beloning en de prestatie ketenmanagement.

1.1 Zorgketen DM II

Nr.	Onderwerp en toelichting
1	Grondslagen voor inkoopbeleid Als basis voor de voorwaarden geldt: de actuele versie van de NDF Zorgstandaard Diabetes o.a. gebaseerd op de NHG-standaard, inclusief het addendum 'Geïndiceerde Preventie'. Als uitgangspunt voor de uitvoering van ketenzorg kiezen wij voor het Chronic Care Model (Vrijhoef, 2008). In dit model staat de patiënt centraal in het voeren van regie over gezondheid. Daarnaast wordt toegewerkt naar het realiseren van betere zorguitkomsten door productieve interacties tussen geïnformeerde en geactiveerde patiënten en voorbereide en proactieve teams van zorgverleners.
2	Doelgroep patiënten Diabetespatiënten type II van wie de huisarts de hoofdbehandelaar is en waarbij voldaan wordt aan de landelijk afgesproken aandoeningsspecifieke en generieke in- en exclusiecriteria. Inclusie is maximaal 4,6%.
3	Zorg in de keten: huisartsenzorg Alle DM II gerelateerde directe/indirecte zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, voor de chronische patiënt, zoals: • Huisarts- / POH controle • Diabetesbegeleiding zoals leefstijl, dieet of medicamenteus • Individueel zorgplan • Stoppen met roken (de smr-begeleiding door de huisarts en POH. De specialistische vormen zoals groepsbegeleiding en intensieve persoonlijke begeleiding worden geleverd door gespecialiseerde smr-aanbieders) • Indien voor DM patiënt ook CVRM zorg nodig is, wordt deze binnen de DM II keten gegeven

Nr.	Onderwerp en toelichting
4	Zorg in de keten: diabetesverpleegkundige
	De diabetesverpleegkundige maakt deel uit van het multidisciplinaire team. Deze voldoet aan het beroepsdeelprofiel diabetesverpleegkundige.
5	Zorg in de keten: consultatie medisch specialist/kaderarts
	De medisch specialist/kaderarts is beschikbaar voor consultatie (telefonisch of via email).
6	Zorg in de keten: diëtetik
	Het algemene voedingsadvies wordt gegeven door de POH-S. Het gespecialiseerde voedingsadvies wordt gegeven door een diëtist. Binnen de DBC is een bedrag opgenomen voor diëtetik. Dit is een gemiddeld bedrag. Dat wil zeggen dat er patiënten zijn die meer, minder of geen diëtetik nodig hebben. Voor patiënten waarvoor diëtetik is geïndiceerd, wordt op maat bepaald hoeveel uren nodig zijn. Het gemiddelde per patiënt die diëtetik in relatie tot Diabetes ontvangt, is afhankelijk van hoe lang iemand Diabetes heeft en hoe ernstig. Gemiddelden per patiënt variëren tussen 18 en 105 minuten. Er zijn dus patiënten die slechts een eenmalig advies nodig hebben en patiënten die veelvuldig diëtetik gebruiken. Er is geen maximum per patiënt, uiteraard dient sprake te zijn van medisch noodzakelijke zorg. Voor diëtetik die geen relatie heeft met Diabetes, kan de diëtist buiten de DBC om maximaal 3 uur declareren vanuit de basisverzekering. Wanneer van toepassing kan ook ureninzet vanuit de aanvullende zorgverzekering worden vergoed.
7	Zorg in de keten: voetverzorg
	De podotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici. Minstens één van de volgende voorwaarden gelden voor de pedicure: • De pedicure is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert • De pedicure heeft een aantekening 'Diabetes voet' • De pedicure is geregistreerd in het Register Paramedische Voetverzorg (RPV) van Stipezo • De pedicure is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetverzorgverleners (KMMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetverzorgverleners (NMMV) Voor de diabetische voetverzorg wordt de actuele Richtlijn Diabetische voet gehanteerd.
8	Zorg in de keten: fundus
	Fundusscreening is onderdeel van de zorgketen en vindt plaats binnen 3 maanden na diagnose. Vervolgscreening vindt plaats na maximaal 2 jaar. Tussentijdse extra screening is mogelijk bij aanwezige risicofactoren. Toetsing vindt plaats aan de hand van de NHG-standaard/zorgstandaard.
9	Zorg in de keten: bloeddrukmeting
	Bloeddrukmeting wordt ingezet volgens de richtlijn: evalueer de bloeddruk door middel van meerdere spreekkamermetingen. Gebruik bij een behandelindicatie ook een ambulante meting. Doe een 24-uursmeting (voorkeur) of een geprotocolleerde thuismeting om een wittejashypertensie uit te sluiten. Indien die niet haalbaar zijn, kan een BP30-meting worden overwogen.

1.2 Zorgketen COPD

Nr.	Onderwerp en toelichting
1	Grondslagen voor inkoopbeleid Als basis voor de voorwaarden geldt de actuele versie van de NHG-standaard COPD. Als uitgangspunt voor de inkoop van ketenzorg kiezen wij voor het Chronic Care Model (Vrijhoef, 2008). In dit model staat de patiënt centraal in het voeren van regie over gezondheid. Daarnaast wordt toegewerkt naar het realiseren van betere zorguitkomsten door productieve interacties tussen geïnformeerde en geactiveerde patiënten en voorbereide en proactieve teams van zorgverleners. Specifieke aandachtspunten: • Scholing: Caspir cursus, Reducing Delay through EdUcation on eXacerbations (REDUX) scholing voor POH'ers. • Inhalatie instructie: VGZ wil stimuleren dat gebruik gemaakt wordt van "eenduidige inhalatie instructie" van Long Alliantie Nederland, zie ook www.inhalatorgebruik.nl. • Medicatie: opvolging van het advies van de NHG-richtlijn, met daarbij specifieke aandacht voor inhalatiecorticosteroiden. • Exacerbaties: bij elke exacerbatie is het van belang om te beoordelen of aanvullende patiënteninformatie en/of herziening van het individueel zorgplan noodzakelijk is.
2	Doelgroep patiënten Alle (stabiele) COPD-patiënten, ongeacht ernst/mate van ziektelast, van wie de huisarts de hoofdbehandelaar is. Waarbij voldaan wordt aan de landelijk afgesproken aandoening specifieke en generieke in- en exclusiecriteria. Er geldt een maximale inclusie van 1,5%. Bij dubbeldiagnose COPD en Astma valt keuze op die ICPC-code die het meest recht doet aan het profiel van de patiënt. Bij relevante rookhistorie (> 20 jaar rokend of > 15 pak -jaren) geldt ICPC R95 (COPD). Inclusie is 1% à 1,5%. Met RHO's wordt een regionaal inclusiepercentage afgesproken, waarbij afspraken worden gemaakt over substitutie.
3	Zorg in de keten: huisartsenzorg Alle aan COPD gerelateerde directe/indirecte zorg zoals huisartsen die bieden voor de chronische patiënt zoals: • Huisarts- / POH-controle • Voorlichting en educatie • Medicamenteuze behandeling • Signaleren en behandelen exacerbaties • Overleg met longarts • Stoppen met roken (de smr-begeleiding door de huisarts en POH. De specialistische vormen zoals groepsbegeleiding en intensieve persoonlijke begeleiding worden geleverd door gespecialiseerde smr-aanbieders) • Individueel zorgplan • Indirecte tijd
4	Zorg in de keten: consultatie medisch specialist/kaderarts De medisch specialist/kaderarts is beschikbaar voor consultatie (telefonisch of via email).

Nr.	Onderwerp en toelichting
5	Zorg in de keten: diëtetiek Het algemene voedingsadvies wordt gegeven door de POH-S. Het gespecialiseerde voedingsadvies wordt gegeven door een diëtist. Binnen de DBC is een bedrag opgenomen voor diëtetiek. Dit is een gemiddeld bedrag. Dat wil zeggen dat er patiënten zijn die meer, minder of geen diëtetiek nodig hebben. Voor de patiënten waarvoor diëtetiek is geïndiceerd is het de bedoeling dat op maat wordt bepaald hoeveel zorg nodig is. VGZ gaat voor het gemiddelde per patiënt die diëtetiek in relatie tot COPD ontvangt uit van gemiddeld 180 minuten. Daar zijn dus patiënten bij die slechts een eenmalig advies nodig hebben en patiënten die veelvuldig diëtetiek gebruiken. Er is geen maximum per patiënt, uiteraard dient sprake te zijn van medisch noodzakelijke zorg. Voor diëtetiek die geen relatie heeft met COPD, kan de diëtist buiten de DBC om maximaal 3 uur declareren vanuit de basisverzekering. Wanneer van toepassing kan ook ureninzet vanuit de aanvullende verzekering worden vergoed.
6	Zorg in de keten: spirometrie • Lichte ziektelast bij patiënten met klachten of patiënten die roken: eenmaal per 3 jaar • Matige en ernstige ziektelast: jaarlijks. Bij adequate omgang met de aandoening bij patiënt die gestopt is met roken en zonder relevante pulmonale comorbiditeit zoals astma kan dit eenmaal per 3 jaar.

1.3 Zorgketen VRM Zeer hoog Risico (voorheen HVZ)

Nr.	Onderwerp en toelichting
1	Grondslagen voor inkoopbeleid Als basis voor de voorwaarden geldt de actuele versie van de NHG standaard Cardiovasculair risicomanagement. Als uitgangspunt voor de uitvoering van ketenzorg kiezen wij voor het Chronic Care Model (Vrijhoef, 2008). In dit model staat de patiënt centraal in het voeren van regie over gezondheid. Daarnaast wordt toegewerkt naar het realiseren van betere zorguitkomsten door productieve interacties tussen geïnformeerde en geactiveerde patiënten en voorbereide en proactieve teams van zorgverleners.
2	Doelgroep patiënten Nieuwe doelgroepomschrijving: • Eerder vastgestelde hart- of vaatziekte • Diabetes mellitus met orgaanschade, zoals proteïnurie, of met een belangrijke risicofactor, zoals roken of ernstige hypercholesterolemie (totaal cholesterol > 8 mmol/l) dan wel ernstig verhoogde bloeddruk (≥ 180 mmHg) • Ernstige chronische nierschade • Een berekende SCORE $\geq 10\%$ Voor nadere omschrijvingen: zie NHG- CVR.

Nr.	Onderwerp en toelichting
3	Zorg in de keten: huisartsenzorg Alle aan de aandoening gerelateerde directe/indirecte zorg zoals huisartsen die bieden voor de chronische patiënt zoals: • Huisarts- / POH-controle • Individueel zorgplan • Stoppen met roken (de smr-begeleiding door de huisarts en POH. De specialistische vormen zoals groepsbegeleiding en intensieve persoonlijke begeleiding worden geleverd door gespecialiseerde smr-aanbieders) • Indirecte tijd Bij de DM-patiënt wordt deze zorg als onderdeel van de DM-keten gegeven. Indien er sprake is van beweegadvies, dan adviseren wij om dit te verbinden met het lokale sportaanbod in de wijk.
4	Zorg in de keten: consultatie medisch specialist/kaderarts De medisch specialist/kaderarts is beschikbaar voor consultatie (telefonisch of via email).
5	Zorg in de keten: diëtetiek Het algemene voedingsadvies wordt gegeven door de POH-S. Het gespecialiseerde voedingsadvies wordt gegeven door een diëtist. Binnen de DBC is een bedrag opgenomen voor diëtetiek. Dit is een gemiddeld bedrag. Dat wil zeggen dat er patiënten zijn die geen diëtetiek nodig hebben. Voor de patiënten waarvoor diëtetiek is geïndiceerd, is het de bedoeling dat op maat wordt bepaald hoeveel nodig is. VGZ gaat uit van een gemiddelde van 90 minuten per patiënt die diëtetiek in relatie tot VRM Zeer hoog risico ontvangt. Daar zijn patiënten bij die slechts eenmalig een advies nodig hebben en patiënten die veelvuldig diëtetiek gebruiken. Er is geen maximum per patiënt. Uiteraard dient sprake te zijn van medisch noodzakelijke zorg. Voor diëtetiek die geen relatie heeft met VRM Zeer hoog risico, kan de diëtist buiten de DBC om maximaal 3 uur declareren vanuit de basisverzekering. Wanneer van toepassing kan ook ureninzet vanuit de aanvullende verzekering worden vergoed.
6	Zorg in de keten: bloeddrukmeting Bloeddrukmeting wordt ingezet volgens de richtlijn: evalueer de bloeddruk door middel van meerdere spreekkamermetingen. Gebruik bij een behandelindicatie ook een ambulante meting. Doe een 24-uursmeting (voorkeur) of een geprotocolleerde thuismeting om een wittejashypertensie uit te sluiten. Indien die niet haalbaar zijn, kan een BP30-meting worden overwogen.

1.4 Zorgketen VRM Hoog risico (voorheen VVR)

Nr.	Onderwerp en toelichting
1	Grondslagen voor inkoopbeleid Als basis geldt de actuele versie van de NHG standaard Cardiovasculair risicomanagement. Als uitgangspunt voor de uitvoering van ketenzorg kiezen wij voor het Chronic Care Model (Vrijhoef, 2008). In dit model staat de patiënt centraal in het voeren van regie over gezondheid. Daarnaast wordt toegewerkt naar het realiseren van betere zorguitkomsten door productieve interacties tussen geïnformeerde en geactiveerde patiënten en voorbereide en proactieve teams van zorgverleners.

Nr.	Onderwerp en toelichting
2	Doelgroep patiënten
	Personen die vallen in een van de volgende categorieën: • Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder totaal cholesterol > 8 mmol/l of bloeddruk $\geq$ 180 mmHg • De meeste andere personen met diabetes mellitus (met uitzondering van jongeren met diabetes mellitus type 1 en zonder klassieke risicofactoren, die een laag of matig risico kunnen hebben) • Matige chronische nierschade • Een berekende SCORE $\geq$ 5% en < 10% Voor nadere omschrijving: zie NHG-CVR Maximale vergoedingspercentage is 4%.
3	Zorg in de keten: huisartsenzorg
	Alle directe/indirect zorg die zich richt op verhoogd vasculair risico zoals huisartsen die bieden voor de chronische patiënt: • Huisarts- / POH-controle • Begeleiding verhoogd vasculair risico zoals leefstijl, dieet of medicamenteus • Individueel zorgplan • Stoppen met roken Bij de DM patiënt wordt deze zorg als onderdeel van de DM keten gegeven. Indien er sprake is van beweegadvies, dan adviseren wij om dit te verbinden met het lokale sportaanbod in de wijk.
4	Zorg in de keten: consultatie medisch specialist/kaderarts
	De medisch specialist/kaderarts is beschikbaar voor consultatie (telefonisch of via email).
5	Zorg in de keten: diëtetiek
	Het algemene voedingsadvies wordt gegeven door de POH-S. Het gespecialiseerde voedingsadvies wordt gegeven door een diëtist. Binnen de DBC is een bedrag opgenomen voor diëtetiek. Dit is een gemiddeld bedrag. Dat wil zeggen dat er patiënten zullen zijn die meer, minder of geen diëtetiek nodig hebben. Voor de patiënten waarvoor diëtetiek is geïndiceerd, is het de bedoeling dat op maat wordt bepaald hoeveel zorg nodig is. VGZ gaat uit van een gemiddelde van 90 minuten per patiënt die diëtetiek in relatie tot VRM Hoog risico ontvangt. Daar zijn patiënten bij die slechts een eenmalig advies nodig hebben, en patiënten die veelvuldig diëtetiek gebruiken. Er is geen maximum per patiënt, uiteraard dient sprake te zijn van medisch noodzakelijke zorg. Voor diëtetiek die geen relatie heeft met VRM Hoog risico, kan de diëtist buiten de DBC om maximaal 3 uur declareren vanuit de basisverzekering. Wanneer van toepassing kan ook ureninzet vanuit de aanvullende zorgverzekering worden vergoed.
6	Zorg in de keten: bloeddrukmeting
	Bloeddrukmeting wordt ingezet volgens de richtlijn: evalueer de bloeddruk door middel van meerdere spreekkamermetingen. Gebruik bij een behandelindicatie ook een ambulante meting. Doe een 24-uursmeting (voorkeur) of een geprotocolleerde thuismeting om een wittejashypertensie uit te sluiten. Indien die niet haalbaar zijn, kan een BP30-meting worden overwogen.

1.5 Variabele beloning

Binnen de variabele beloning bestaat de mogelijkheid om op maat afspraken te maken over projecten waar een variabele beloning tegenover kan staan als de afgesproken resultaten zijn behaald. De afgesproken resultaten hebben betrekking op de doelgroepen waar de standaardketens voor zijn afgesproken.

De voorwaarden voor de variabele beloning zijn als volgt:

- De maximale hoogte voor variabele beloning is afhankelijk van het moment dat er een akkoord met ons bereikt wordt over de inkoop van de standaardketens. Als er uiterlijk 1 november 2023 overeenstemming is over het totale pakket aan te maken afspraken dan bedraagt de hoogte van de variabele beloning 4% van de DBC-tarieven van de verschillende standaardketens. Als dat niet lukt bedraagt dit percentage maximaal 2%.
- In gezamenlijk overleg wordt bepaald hoe de projecten bij het behalen van resultaat worden gehonoreerd.
- De variabele beloning betalen wij na afloop van het jaar uit, nadat wij gezamenlijk hebben geconcludeerd dat het afgesproken resultaat is behaald.

1.6 Ketenmanagement

Ketenmanagement omvat de financiering van activiteiten van RHO's die gericht zijn op de organisatie en uitvoering van multidisciplinaire samenwerking op het gebied van de zorgketens: DM II, COPD/Astma en vasculair risicomanagement.

Aan onderstaande voorwaarden moet minimaal zijn voldaan om in aanmerking te komen voor de prestatie ketenmanagement. In het offertetraject vragen we u in te stemmen met onderstaande voorwaarden. Wanneer u niet aan deze voorwaarden voldoet, kunt u dit met ons bespreken.

- Een uitwerking van zorgstandaard naar zorgprogramma. Hierin staan minimaal opgenomen:
 - Taak-, functie- en rolomschrijvingen
 - Protocol(len)
 - Werk- en verwijfsafspraken (RTA's)
- Een implementatieprogramma of werkwijze waarin een vertaling wordt gemaakt van het zorgprogramma naar de huisartsenpraktijk. Hierin wordt aangegeven of en hoe er verbinding wordt gelegd met relevante andere disciplines\ domeinen.
- Een beheer-, onderhoud- en optimalisatiecyclus van het zorgprogramma (volgens de PDCA-cyclus). Ook is beschreven hoe wordt omgegaan met aanpassingen in zorgstandaarden en zinvolle innovaties.
- Beschrijving van vereiste scholing en nascholing van zorgprofessionals.
- Beschrijving van de werkwijze rondom:
 - Stimuleren zelfredzaamheid
 - Zorgplansturing
 - Patiënt communicatie
- Uitvoering geven aan het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. Deze voldoet onder andere aan:
 - Kwaliteitscyclus
 - Spiegelen
 - Transparantie en inzicht in praktijkvariaties
 - Binnen de context van de keten gerelateerde NHG-standaarden tot doelmatige invulling komen (receptuur, verwijzingen, diagnostiek etc).
- Invulling geven aan juiste zorg op juiste plek door juiste hulpverlener.
- Aanwezigheid van een juiste ICT-structuur (Keten Informatie Systeem).
- Gemandateerd regionaal aanspreekpunt voor ketenpartners en zorgverzekeraar.

2. Innovatieve zorgketens

2.1 Zorgketen astma

In 2022 is de keten Astma geëvalueerd. De beoogde doelstelling om substitutie te bewerkstelligen van tweede naar eerste lijn zien we helaas nog onvoldoende of niet terug in de verschillende regio's. VGZ kiest er daarom voor om de keten niet verder uit te rollen naar nieuwe regio's. Met de RHO's waar de keten astma reeds loopt, continueren we de contractering in 2024 en 2025.

Nr.	Zorgketen Astma
1	Grondslagen voor inkoopbeleid
	Als basis geldt de actuele versie van de NDF Zorgstandaard Astma o.a. gebaseerd op de NHG-standaard, inclusief het addendum 'Geïndiceerde Preventie'. Als uitgangspunt voor de uitvoering van ketenzorg kiezen wij voor het Chronic Care Model (Vrijhoef, 2008). In dit model staat de patiënt centraal in het voeren van regie over gezondheid. Daarnaast wordt toegewerkt naar het realiseren van betere zorguitkomsten door productieve interacties tussen geïnformeerde en geactiveerde patiënten en voorbereide en proactieve teams van zorgverleners. De basis voor het inkoopbeleid astmaketenzorg is het inhoudelijke zorgprogramma astmaketenzorg restyle, zoals besproken met de InEen/VGZ-werkgroep. De nieuwe zorgketen astma kan uitsluitend gecontracteerd worden met RHO's die in 2023 gecontracteerd zijn voor de innovatieve zorgketen astma.
2	Doelgroep patiënten
	Patiënten met astma van wie de huisarts de hoofdbehandelaar is en waarbij voldaan wordt aan de landelijk afgesproken aandoeningsspecifieke en generieke in- en exclusiecriteria. Inclusie: Een patiënt kan geïnccludeerd worden in het ketenzorgprogramma Astma, wanneer bij de patiënt de diagnose astma is gesteld. Daarnaast gelden de volgende voorwaarden: • De astmacontrole is onvoldoende (instabiele klachten en/of exacerbaties) • De behandeling met voorschrift voor inhalatiecorticosteroïden (NHG-standaard Astma) is geïndiceerd Patiënten die niet aan bovenstaande criteria voldoen, mogen niet geïnccludeerd worden in het astmaketenzorgprogramma. Naast de bovengenoemde criteria spelen ook de wens van de patiënt en zelfmanagementvaardigheden van de patiënt een rol bij het uiteindelijk wel of niet includeren van de patiënt. Exclusie: Wanneer de ketenzorg tot goede astmacontrole geleid heeft en tot voldoende zelfmanagement om tijdig hulp in te roepen bij toename van klachten en/of ziektelast, is ketenzorg niet langer nodig. Voor astma geldt dat patiënten niet langer ketenzorg nodig hebben als aan alle volgende voorwaarden gedurende de laatste 3 jaar is voldaan: • Lage ziektelast (lage ACQ-ACT/MRC-score, stabiele LF, geen exacerbaties) • Niet / gestopt met roken • Goede voedingstoestand • Bewezen therapietrouw • Adequate inhalatietechniek We maken individuele afspraken over het inclusiepercentage, waarbij het uitgangspunt is dat uiterlijk in 2025 de maximale inclusie van 1% wordt bereikt.

Nr.	Onderwerp en toelichting
3	Zorg in de keten: huisartsenzorg
	Alle astmagerelateerde directe/indirecte zorg zoals huisartsen die bieden, voor de chronische patiënt, zoals: • Huisarts- / POH-controle • Individueel zorgplan • Spirometrie • Stoppen met roken (de smr-begeleiding zoals geleverd door de huisarts en POH. De speciaistische vormen zoals groepsbegeleiding en intensieve persoonlijke begeleiding wordt geleverd door gespecialiseerde smr-aanbieders)
4	Zorg in de keten: consultatie medisch specialist/kaderarts
	De medisch specialist/kaderarts is beschikbaar voor consultatie (telefonisch of via email).

Tarief zorgkostendeel

Wij hanteren vanaf 2023 een standaardtarief voor zorgkosten. Het zorgkostendeel is gebaseerd op het zorgprogramma zoals besproken met de InEen/VGZ-werkgroep astma.

Bedrijfskosten

De bedrijfskosten worden gedekt uit de vergoeding voor ketenmanagement voor de geïntegreerde COPD/astma-keten.

Experimenteren met digitale zorgvormen

Belangrijk onderdeel van het nieuwe programma is digitale monitoring, waardoor zorg op termijn efficiënter kan worden geleverd. De RHO die wordt gecontracteerd onderzoekt de mogelijkheid om digitale monitoring in te zetten voor astmapatiënten. Over de impact op zorginhoud en kosten gaat de RHO in gesprek met de zorgverzekeraar.

2.2 Zorg voor kwetsbare ouderen

Naast de standaard ketens is het mogelijk om een afspraak te maken voor het zorgprogramma ouderenzorg. Per 2024 zijn hiervoor twee mogelijkheden:

- De prestatie Zorg voor kwetsbare ouderen in combinatie met een vergoeding voor de overhead via de prestatie Regionale ondersteuning kwetsbare ouderen.
- Een integraal zorgprogramma Zorg voor Kwetsbare ouderen.

Hieronder de minimumeisen voor deze twee mogelijkheden:

Algemene minimumeisen (geldt voor beide prestaties):

Het programma heeft de volgende kenmerken:

- Integraal, gericht op medische en niet-medische aspecten, met focus op het dagelijks functioneren en bevordering van zelfredzaamheid van de kwetsbare oudere.
- Geriatriemodel met als kenmerken: multidomein-analyse, het integrale leefzorgplan en MDO (multidisciplinair overleg) /casemanagement.
- Uitvoering door het eerstelijns kernteam (EKT) bestaande uit huisarts en verpleegkundige (een praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige).
- De SO (specialist ouderengeneeskunde) biedt specialistische ondersteuning.

Doelgroep: Ouderen van 75 jaar of ouder met meervoudige complexe problematiek en aantoonbaar problematisch verlies van vermogen tot eigen regie.

Minimumeisen voor de prestatie Zorg voor kwetsbare ouderen en de Prestatie Regionale ondersteuning kwetsbare ouderen:

- De RHO is contractpartij met betrekking tot de prestatie Zorg voor kwetsbare ouderen. De prestatie wordt niet aangeboden aan individuele praktijken die zijn gevestigd in de regio van de RHO.
- De RHO heeft een inhoudelijk zorgprogramma geïmplementeerd bij de deelnemende huisartsenpraktijken conform de voorwaarden zoals hierboven beschreven
- De RHO maakt/borgt samenwerkingsafspraken met relevante partijen binnen en buiten de zorg (bijvoorbeeld ziekenhuis, V&V, ELV, sociaal domein e.d.)
- De RHO faciliteert ACP bij de huisarts (scholingsbehoefte, dossierfunctie, overdracht gegevens naar relevante partijen).

Minimumeisen voor de Prestatie Integraal zorgprogramma Zorg voor Kwetsbare ouderen:

Wij streven naar contractering van integrale ketenzorg voor kwetsbare ouderen met RHO's die de afgelopen jaren hebben aangetoond al succesvol te zijn met de uitvoering van een integraal zorgprogramma voor kwetsbare ouderen. Met RHO's die geïnteresseerd zijn in de contractering van integrale ketenzorg voor kwetsbare ouderen, gaan wij in gesprek. Hierbij willen we vooral weten wat de bereikte resultaten van de RHO zijn op het vlak van zorg voor kwetsbare ouderen. Uw aanvraag beoordelen wij op basis van onze voorwaarden voor het zorgprogramma (zie hierboven de algemene minimumeisen).

Wij maken afspraken over inclusie, zorginzet en de ondersteuning door de RHO met een tarief voor de volledige zorginzet van huisarts en ondersteunend personeel en een overheadvergoeding voor de RHO. Nacalculatie vindt plaats op inclusie, inzet derden en kosten voor overhead.

2.3 Zorgprogramma GGZ

Wij bieden ook in 2024-2025 de mogelijkheid om integrale GGZ ketenzorg te organiseren binnen de eerste lijn. Wij nemen hiervoor de maximale financiële ruimte uit de beleidsregels als uitgangspunt. Uit evaluaties blijkt dat het werken in een GGZ keten binnen de eerste lijn inhoudelijk belangrijke voordelen oplevert, maar dat niet in alle ketens voldoende substitutie wordt gerealiseerd. Aanvullende financiering op de beleidsregel is alleen mogelijk als er vooraf substitutieafspraken gemaakt zijn met de relevante GGZ-aanbieders in de betreffende regio.

In 2024-2025 zien wij voor de integrale GGZ ketenzorg, naast het realiseren van substitutie vanuit de GGZ, een kans om in te zetten op betere toeleiding naar de GGZ. Bijvoorbeeld met behulp van screeningsinstrumenten. Zo laat de Good Practice 'Telescreening' zien dat cliënten op deze manier sneller de juiste zorg op de juiste plek ontvangen. Meer informatie vindt u op onze website.

Indien een RHO interesse heeft om integrale ketenzorg GGZ te organiseren, kunnen zij hiervoor contact opnemen met de regionale zorginkoper.

3. Organisatie & Infrastructuur

3.1 Praktijkmanagement

Het doel van deze prestatie is het ondersteunen van de huisarts op niet-patiëntgebonden taken. Hierdoor heeft de huisarts meer tijd voor het leveren van zorg. Uitgangspunt van deze prestatie is dat de hoeveelheid patiëntgebonden tijd van de zorgaanbieder moet toenemen. De praktijkmanager heeft een bedrijfskundige/ bedrijfsmatige aanpak, faciliteert de zorgaanbieders in de huisartspraktijk en vergroot de kwaliteit van de organisatie van de huisartspraktijk.

De volgende minimumvoorwaarden zijn van toepassing:

- De praktijkmanager beschikt minimaal over een diploma op HBO-niveau op het gebied van management en zorg. Ook een praktijkmanager met HBO werk- en denkniveau die gestart is met een relevante managementopleiding is toegestaan. Competenties en ervaring sluiten aan bij het vakgebied en de functiewaardering van niveau B en of C praktijkmanager.
- Praktijkmanagement wordt uitgevoerd door een persoon anders dan de reguliere disciplines binnen de huisartspraktijk (zoals huisarts, assistent, POH).
- De praktijkmanager wordt hiërarchisch aangestuurd door de praktijkhouder of directeur van de RHO en houdt zich bijvoorbeeld bezig met het aansturen van het team binnen de huisartsenpraktijk (o.a. DA en POH) en het realiseren van personeelsbeleid. Daarnaast behoren het ontwikkelen en implementeren van (tactisch) beleid van de praktijk(-en) en regio organisatie (w.o zorgprogramma's), het bewaken van de kwaliteit van zorg, het realiseren van productiedoelstellingen en beheren van toegewezen budget, tot de kerntaken van de praktijkmanager. Daarnaast kan de praktijkmanager de praktijkhouder/directie van de RHO op tactisch en strategisch gebied adviseren en zoekt deze naar mogelijkheden waar de (multidisciplinaire) dienstverlening verbeterd kan worden. De zorgaanbieder maakt zelf een keuze voor welke van bovengenoemde taken de praktijkmanager wordt ingezet.
- De vergoeding van deze prestatie is een tegemoetkoming in de kosten voor de inzet van een praktijkmanager en gebaseerd op CAO huisartsenzorg schaal 9.

3.2 Regio- en wijkmanagement

We vragen RHO's een regioplan aan te leveren. In dit plan staan regionale doelstellingen die door samenwerking moeten worden behaald. Het regioplan geeft inzicht in de benodigde inzet in de wijk om de doelstellingen te bereiken.

Wij hanteren de volgende minimumeisen voor het indienen van een regioplan:

- Een regionale analyse van de totale populatie in het werkgebied en de bijbehorende zorgvraag vormt de basis.
- Op basis van deze analyse worden regionale speerpunten bepaald. Dit kan op verschillende niveaus:
 - Inhoudelijk: gebaseerd op de beschikbare GGD-cijfers met toelichting op de regionale populatie (o.a. SES, vergrijzing, opbouw populatie).
 - Financieel: gebaseerd op de beschikbare Vektis-cijfers. Waarbij inzicht wordt gegeven in welke algemene en sectorale bijzonderheden en afwijkingen zich voordoen ten opzichte van het land en vergelijkbare regio's.
 - Organisatorisch: gebaseerd op empirische data van de verschillende zorgverleners en aanpalende organisaties (gemeenten). Zoals data m.b.t. wachttijden, zorg op de juiste plek en kwaliteit.
- Per speerpunt worden het doel, het resultaat, de aanpak en de betrokken partners SMART omschreven.
- De thema's waar VGZ regionaal gezien mogelijkheden ziet, zijn: digitalisering, diagnostiek, Meer Tijd Voor de Patiënt, GGZ, kwetsbare ouderen, samenwerking in de wijk, V&V/VVT,

jeugdzorg, gemeentelijk domein, zorg op de juiste plek, substitutie, farmaceutische zorg, ICT (breed), continuïteit en kwaliteit van zorg.

- Minimaal één van de afspraken onder regiomanagement moet betrekking hebben op een andere zorgsoort of een ander domein.
- Daar waar VGZ alliantieafspraken met ziekenhuizen, VVT- of GGZ-aanbieders heeft gemaakt, wordt in de beoordeling van het plan rekening gehouden met gepaste aansluiting van de Zinnige Zorg agenda van de alliantiepartners.
- Bestuurlijk mandaat van regionale stakeholders (betrokken bij speerpunten) is een voorwaarde voor verdere uitwerking en financiering.

4. Overige afspraken

4.1 Digitaal meekijkconsult

De prestatie digitaal meekijkconsult betreft de inzet van medisch specialistische consultatie van de medisch specialist of de inzet van andere specialistische expertises naar de huisarts. Doel van de inzet moet zijn om verwijzing te voorkomen of, indien verwijzing toch nodig is, om doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar.

Voor de prestatie digitaal meekijkconsult gelden de volgende minimumeisen:

- Er is sprake van een positieve businesscase, waarin minimaal de volgende items zijn toegelicht:
 - Het doel en de scope van het project
 - De looptijd van het project (met als doel om dit duurzaam te continueren)
 - De betrokken partijen
 - Welke specialisten in het ziekenhuis participeren
 - De verwachte besparing aan kosten op macroniveau
 - De inschatting van het aantal digitale meekijkconsulten (per specialisme) gedurende de looptijd van het project
 - De gemiddelde prijs van een licht-ambulante DOT per specialisme
- Voor patiënten die geïnccludeerd zijn in een chronische keten kan geen afzonderlijk digitaal meekijkconsult worden gedeclareerd, wat gerelateerd is aan de chronische ziekte. De Regionale Huisartsenorganisatie besteedt in de communicatie aan deelnemende huisartsen over het meekijkconsult aandacht aan de verschillende werkwijzen voor deze doelgroepen.
- De extra te maken kosten in de eerste lijn moeten minimaal worden bespaard in de tweede lijn.
- De KPI's voor monitoring zijn minimaal:
 - Registratie van het werkelijk aantal digitale meekijkconsulten per specialisme.
 - Het aantal voorkomen verwijzingen naar de tweede lijn.
 - Percentage verwijzingen na meekijkconsult: het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn moet minimaal 50% minder bedragen dan voorheen, waarbij het streven 75% is.
 - Financiële evaluatie van de afspraken op de positieve businesscase, inclusief de gevolgen van het niet-doorberekenen van het eigen risico.
 - Per huisarts inzicht in het aantal deelnemers en inzicht in praktijkvariatie. Hierbij is het inzicht in praktijkvariatie mogelijk beperkt door de omvang van het aantal digitale meedenkconsulten.
 - Ervaringen van eerste lijn, tweede lijn en verzekerden (kwalitatief onderzoek): Partijen bekijken gezamenlijk hoe dit vorm te geven.

De inzet van de specialist en de Regionale Huisartsen Organisatie wordt vergoed via deze prestatie, die wordt gecontracteerd met Regionale Huisartsenorganisaties. De inzet van

de huisarts kan gedeclareerd worden middels reguliere consulten voor de daadwerkelijke geleverde zorg.

4.2 POH-GGZ

De functie praktijkondersteuning geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) betreft zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan alle patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard. De functie kan worden ingevuld door (een combinatie van) personele inzet, e-health en consultatieve raadpleging van gespecialiseerde zorgaanbieders. Taken en opleidingseisen zijn beschreven in het landelijke functie- en competentieprofiel POH-GGZ.

In de NZa beleidsregel is de inzet in uren POH-GGZ per week per normpraktijk vormgegeven en gelden de voorwaarden zoals door de NZa opgesteld. Wanneer deze uren ontoereikend zijn, kan aanvullend een afspraak met ons gemaakt worden voor extra uren, consultatie en e-health.

Het aanvragen van POH-GGZ is mogelijk via het aanvraagformulier in VECOZO.

4.3 Advance Care Planning (ACP)

De prestatie ACP of Behandelwensgesprek betreft de interventie waarmee de behandelend arts in samenspraak met de patiënt komt tot vaststelling van de behandelwensen in de laatste levensfase van de patiënt. De behandelwensen worden vastgelegd in een document en/of behandelplan. Dit document is bekend bij de betrokken behandelaren/zorgverleners van de patiënt. De prestatie kan eenmaal per patiënt worden gedeclareerd. Het actualisatiegesprek (indien behandelwensen van de patiënt zijn gewijzigd als gevolg van gewijzigde omstandigheden of gezondheid) kan jaarlijks worden gedeclareerd.

Doelgroep is de groep geïdentificeerde kwetsbare oudere patiënten (75+) en overige kwetsbaren met een beperkte levensverwachting.

De minimumeisen voor ACP zijn als volgt:

- De behandelwensen worden vastgelegd in een hiervoor ontwikkeld formulier en geregistreerd in het HIS van de huisarts.
- De behandelwensen worden uitgewisseld met relevante zorgpartners (zoals zorginstelling, thuiszorg, Huisartsenpost, SEH). Beschikbaarheid van de informatie wordt geborgd in de informatiesystemen van relevante partijen.
- De deskundigheid van de zorgverlener is geborgd door onder andere gebruikmaking van de toolkit ACP van de NHG en de KNMG Handreiking "Tijdig spreken over het levenseinde" of de "11 spelregels voor praten over het einde".
- De prestatie kan niet worden gedeclareerd voor patiënten die zijn geïnccludeerd in de prestatie Integraal Zorgprogramma Zorg voor kwetsbare ouderen.

4.4 Zorgvernieuwing

Projecten en innovaties financieren wij op basis van de criteria van zinnige zorg. Het gaat hierbij om innovaties die leiden tot zowel een verbetering van de kwaliteit van zorg als tot een reductie van de kosten of meer tijd voor de patiënt opleveren. Zorgaanbieders kunnen innovatieve ideeën bespreken met de zorginkoper in hun regio. Na maximaal 2 jaar evalueren wij het project samen. Indien het project succesvol is onderzoeken we samen of het project kan worden opgeschaald en mogelijk kan worden doorontwikkeld tot Good Practice. Indien de resultaten niet voldoen, stoppen wij de financiering en rollen wij het project niet verder uit. Wij nodigen zorgaanbieders uit om een aanvraagformulier in te dienen bij ons als u een goed idee heeft. Het formulier is te vinden op onze [website](#).