



Zorginkoopbeleid 2019

Multidisciplinaire zorg

OHRA Direct
geregeld

N nationale
nederlanden



Inhoudsopgave

Voorwoord	4	3.3 Hoe wordt multidisciplinaire zorg en O&I in 2019 ingekocht?	11	Bijlage 1: E-Health	19
1 Managementsamenvatting	5	3.4 Overige zorginhoudelijke ontwikkelingen	13		
1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2019	5	4 Proces contractering 2019	15		
1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2019 Multidisciplinaire zorg	5	4.1 Tijdpad	15		
1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst	6	4.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	15		
2 Visie van CZ groep op de eerstelijnszorg	7	4.3 Bereikbaarheid	15		
3 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria multidisciplinaire (eerstelijns)zorg	9	5 Betrekken van verzekerden bij het zorginkoopbeleid	17		
3.1 Inleiding	9	5.1 Visie van CZ op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	17		
3.2 Organisatie & Infrastructuur eerstelijnszorg	9	5.2 Specifiek beleid multidisciplinaire zorg	18		

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving. Wijzigingen in wet- of regelgeving kunnen tot gevolg hebben dat de inhoud van dit document moet worden aangepast. Als er onverhoopt een andere reden voor aanpassing zou zijn, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. Deze aanpassingen zullen zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden.

CZ groep denkt mee over de toekomst van de zorg. Dat doen we door in onze zorginkoop aan te sluiten bij de regionale zorgbehoeften. Met inwoners, zorgverleners en andere betrokken partijen werken we samen aan betere en betaalbare zorg in de regio. In een aantal regio's experimenteren we met nieuwe organisatievormen om dat zo effectief mogelijk te doen. Zie hiervoor www.cz.nl/regie-regio. In deze experimenteerregio's worden afspraken gemaakt die kunnen afwijken van de afspraken voor de reguliere zorginkoop.

Voorwoord

De kostenbeheersing in de zorg stelt de samenleving voor grote uitdagingen. De afgelopen jaren bleven de kostenstijgingen redelijk beperkt, mede dankzij de hoofdlijnenakkoorden. Inmiddels zien we dat de zorgkosten weer een belangrijk onderwerp zijn. Mensen worden steeds ouder en met de leeftijd komen de gebreken. Daarnaast zien we dat de medische technologie steeds meer mogelijkheden biedt. Maar zijn de steeds hogere kosten die we maken voor meer gezondheidswinst en gewonnen levensjaren wel gerechtvaardigd? Dat is een vraag die velen zich stellen vanuit macroperspectief. CZ groep zet zich ook in 2019 en verder in om onnodige zorgkosten te beperken. Denk daarbij aan: het kritisch zijn over inclusie van patiënten, gepast gebruik van zorg en het stimuleren van andere oplossingen dan formele zorg.

Door alle aandacht voor de zorgkosten lijkt de kwaliteit van de zorg soms op de achtergrond te raken. Maar niets is minder waar: CZ groep blijft zich inzetten om verschillen in de kwaliteit van de zorgverlening inzichtelijk te maken. Via interventies willen we de gecontracteerde zorg op een (nog) hoger niveau brengen.

Ook werken we aan een visie waarin we beschrijven hoe we de komende jaren de zorg voor onze verzekerden kunnen verbeteren. Dat doen we op meer manieren dan via contracten met zorgverleners. Ons motto is niet voor niets: 'Alles voor betere zorg'.

Binnen de eerstelijnszorg zien we nog andere grote uitdagingen. De capaciteit van huisartsen en ondersteunend personeel wordt in bepaalde delen van Nederland steeds krappere. Tegelijkertijd wordt er vaker een beroep gedaan op de eerstelijnszorg. Om deze zorg toegankelijk te houden, zetten wij in op betere ondersteuning van zorgverleners vanuit de regio en in de (huisartsen)praktijk, waardoor zij zich meer kunnen richten op zorgverlening.

Daarnaast neemt het aantal kwetsbare patiënten dat thuis woont steeds verder toe. Om deze zorg goed en doelmatig te kunnen leveren, is coördinatie en afstemming tussen verschillende zorgaanbieders onderling én tussen zorgaanbieders en het sociaal domein van groot belang.

De afgelopen jaren zijn in veel regio's initiatieven gestart om deze zorg verder te optimaliseren. Het zorginkoopbeleid van CZ groep is erop gericht om deze initiatieven verder te ontwikkelen en te ondersteunen.

Kary Heldoorn
Manager Huisartsenzorg, Versterking eerste lijn
en Ketenzorg

1 Managementsamenvatting

1.1 Kern van het zorginkoopbeleid Multidisciplinaire zorg 2019

Willen we de eerstelijnszorg kwalitatief goed en toegankelijk houden, dan moet de organisatiekracht in de eerste lijn versterkt worden. Om dit te faciliteren, zet CZ groep de O&I-prestaties in die zijn opgenomen in de beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg'. Wij zien daarbij een belangrijke rol weggelegd voor regionale samenwerkingsverbanden. CZ groep wil zorgaanbieders zo goed mogelijk ontzorgen en faciliteren, zodat zij zich maximaal kunnen richten op hun kerntaak: het verlenen van directe, patiëntgebonden zorg.

Omdat het zorglandschap en de zorgvraag sterk verschillen per regio, maken wij vooral afspraken op regionaal niveau (O&I regiomanagement). Een regionaal samenwerkingsverband dat het mandaat heeft van het merendeel van de zorgverleners in die regio, kan deze ondersteunende en faciliterende rol vervullen. Belangrijk is dat een regionaal samenwerkingsverband aantoonbaar bijdraagt aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Daarvoor is een brede samenwerking binnen de regio essentieel.

Met een voorbehoud voor de juridische accordering van de O&I-financiering, vindt de implementatie van de O&I-prestaties plaats vanaf 2019. Dit gebeurt binnen het vastgestelde macrobudgettaire kader en via herallocatie van de overeengekomen overheadtarieven ketenzorg 2018. Hierbij moet een verschuiving plaatsvinden van de facilitering van de huidige keten-DBC's (diabetes, VRM, astma en COPD) naar brede ondersteuning van de zorg voor kwetsbare groepen en het implementeren van de PDCA-cyclus (O&I regiomanagement).

CZ groep nodigt de huidige aanbieders van geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ) en ketenzorg uit om met ons in overleg te gaan over het invullen van de O&I-prestaties en de daarvoor noodzakelijke herallocatie van de bestaande overheadmiddelen. Wij contracteren geen nieuwe zorgketens of nieuwe aanbieders voor ketenzorg (O&I ketenzorg) en O&I wijkmanagement. We financieren aanvullende projecten op het gebied van zorgvernieuwing als die aantoonbare meerwaarde hebben voor de zorg aan onze verzekerden (door een combinatie van kwaliteit en doelmatigheid).

1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid Multidisciplinaire zorg 2019

CZ groep contracteert de O&I-prestaties voor 2019 volgens de vigerende NZa-beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Dit betekent dat er een scheiding in de financiering komt tussen de zorgkostencomponent en de overheadcomponent. Er komt een tarief voor zorgkosten per geïncludeerde patiënt per kwartaal. Voor de O&I-prestaties komt er een tarief per ingeschreven verzekerde per kwartaal.

Om O&I regiomanagement te realiseren, is herallocatie van de bestaande overheadmiddelen ketenzorg noodzakelijk. In overleg maken we hier afspraken over. Als aanbieders de keuze maken om alleen O&I ketenzorg aan te bieden, dan stellen wij het tarief voor O&I ketenzorg naar beneden bij. Voor O&I regiomanagement moet een regionaal zorgaanbodplan aangeleverd worden met een bijbehorende begroting.

CZ groep financiert de voetzorg met ingang van 2019 niet langer via de S2-zorgkosten DM2. De zorgkosten voor voetzorg worden vanaf dan via de overeenkomsten met de individuele zorgverleners gefinancierd.

Wij contracteren geen zorgkostentarief (S2B-prestatie) met samenwerkingsverbanden voor nieuwe ketens (bijvoorbeeld voor depressie of programmatische zorg voor kwetsbare ouderen). Ook contracteren wij geen nieuwe elementen van zorg binnen bestaande ketens. De betreffende zorgkosten worden via de overeenkomsten van de individuele zorgverleners gefinancierd.

CZ groep maakt geen contractuele afspraken voor alleen wijkmanagement of alleen ketenzorg met nieuwe aanbieders. Voor O&I wijkmanagement en O&I ketenzorg geldt dat bestaande aanbieders (gezondheidscentra en zorggroepen) die in 2018 een overeenkomst hebben met CZ groep gecontracteerd worden voor wijkmanagement en/of ketenzorg. Voorwaarde daarbij is dat we resultaat-afspraken overeenkomen voor 2019.

De O&I-prestatie 'Geïntegreerde eerstelijnszorg overige' contracteren we niet.

1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

Om voor O&I wijkmanagement in aanmerking te komen, heeft een samenwerkingsverband:

- afhankelijk van de omvang van de wijk een minimale omvang van 10.000-20.000 op naam ingeschreven patiënten;

- aantoonbaar mandaat van 80% van de huisartsen in de betreffende wijk;
- aantoonbare samenwerkingsafspraken met de O&I-regiomanagement-organisatie;
- één zorgaanbodplan voor 2 jaar opgesteld aan de hand van het format van CZ groep;
- één begroting voor 2 jaar opgesteld, aansluitend op het zorgaanbodplan, aan de hand van het format van CZ groep;
- concrete resultaatafspraken omschreven die een voorwaarde zijn voor de financiering.

Om voor O&I regiomanagement in aanmerking te komen, heeft een samenwerkingsverband:

- een minimale omvang van 100.000 op naam ingeschreven patiënten;
- aantoonbaar mandaat van 80% van de huisartsen in de betreffende regio;
- één zorgaanbodplan voor 2 jaar opgesteld aan de hand van het format van CZ groep;
- één begroting voor 2 jaar opgesteld, aansluitend op het zorgaanbodplan, aan de hand van het format van CZ groep;
- concrete resultaatafspraken omschreven die een voorwaarde zijn voor de financiering.



2 Visie van CZ groep op de eerstelijnszorg

Goede zorg is zorg die zo veel mogelijk waarde oplevert voor onze verzekerden. Dat is het geval als zijn zorgdoelen in het totale zorgtraject worden gehaald, met een hoge kwaliteit van zorg tegen acceptabele kosten. Bij het inkopen van zorg letten we daarom steeds nadrukkelijker op de kwaliteit én de kosten.

Door veranderingen binnen het zorglandschap en de veranderde demografie van de Nederlandse bevolking, wordt de druk op de eerstelijnszorg steeds groter. Tegelijkertijd wordt het in sommige delen van Nederland steeds moeilijker om vacatures voor medisch personeel in te vullen.

Omdat het zorglandschap en de zorgvraag per regio sterk verschillen, kiest CZ groep ervoor om de zorginkoop meer regionaal in te richten. Daarbij is het van belang dat de zorg afgestemd wordt geleverd; over sectoren en lijnen heen en in samenhang met het sociaal domein. Betere afstemming moet ertoe leiden dat het zorg- en voorzieningenaanbod in de regio aansluit bij de (zorg) vraag van de inwoners en dat de kwaliteit en de beschikbaarheid van de voorzieningen geborgd is. De manier waarop de regionale samenwerking inhoud krijgt, kan per regio verschillen.

In enkele proeftuinregio's doen we hier momenteel ervaring mee op (regioregie).

Om goed deel te kunnen nemen aan de regionale samenwerking, moet de organisatiekracht in de eerste lijn versterkt worden. CZ groep ziet daarbij een belangrijke rol weggelegd voor regionale samenwerkingsverbanden. Zij hebben als belangrijkste taken: het organiseren van programmatische zorg voor kwetsbare groepen (chronisch zieken, ouderen, GGZ-patiënten), het ondersteunen van zorgaanbieders bij kwaliteitsverbeteringen en het initiëren en ondersteunen van zorgvernieuwing.

Wij zetten de NZa-beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' uit 2017 in om de regionale organisaties te faciliteren. De komende periode geven we stapsgewijs – binnen de landelijk gestelde (financiële) kaders en in goed overleg met de zorgverleners – invulling aan de nieuwe mogelijkheden op het gebied van de organisatie en infrastructuur binnen de eerste lijn.

CZ groep vindt dat de eerstelijnszorg beter en doelmatiger georganiseerd kan worden door de inzet van e-health-toepassingen en het stimuleren van de zelfredzaamheid

van patiënten. Hoewel er steeds meer mogelijkheden zijn voor e-health en andere instrumenten, wordt hier in de eerstelijnszorg nog beperkt gebruik van gemaakt. Wij streven ernaar om in overleg met de zorgaanbieders na te gaan hoe nieuwe ontwikkelingen beter en sneller geïmplementeerd kunnen worden in hun dagelijkse praktijk.

Om eerstelijnszorgverleners verder te ontlasten en te faciliteren, steunen wij actief initiatieven die onnodige bureaucratie tegengaan en administratieve lasten voorkomen, zoals Het Roer Gaat Om (HRGO). Verder gaat CZ groep de verdere uitrol van de praktijkmanager huisartsen stimuleren en evalueren.

Bij de inkoop van eerstelijns, huisartsgerelateerde zorg stelt CZ groep de volgende uitgangspunten centraal.

Kwaliteit

Bij het contracteren van zorg maken we afspraken die leiden tot:

- **persoonsgerichte zorg**
CZ groep vindt het belangrijk dat niet de beperking of ziekte centraal staat, maar de persoon, zodat hij passende ondersteuning en zorg ontvangt.

- **een betere coördinatie en afstemming van zorg**

Als meerdere zorgverleners bij de behandeling van een patiënt/categorie betrokken zijn, is het belangrijk dat er een goede samenwerking is en dat de huisarts en de wijkverpleegkundige hier een centrale rol bij vervullen.

- **meer transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg**

Het ontwikkelen en gebruiken van (uitkomst) indicatoren is essentieel voor het evalueren van het zorginkoopproces. Deze indicatoren kunnen ook gebruikt worden om patiënten beter te informeren over de resultaten van de geleverde zorg.

- **meer eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement van de verzekerde**

Door meer eigen regie kan de patiënt zijn ziekte beter zelf managen en eventuele vragen op het gebied van ziekte en gezondheid beantwoorden zonder of met een beperktere inzet van professionele hulpverleners.

- **goede toegankelijkheid**

CZ groep vindt het belangrijk dat de eerstelijnszorg goed toegankelijk is en dat er voldoende keuzevrijheid is voor onze verzekerden. Gelet op de verwachte tekorten aan zorgverleners zetten wij in op verdergaande taakdelegatie/taakherschikking in de eerste lijn en de inzet van andere behandelingsvormen, zoals e-health.

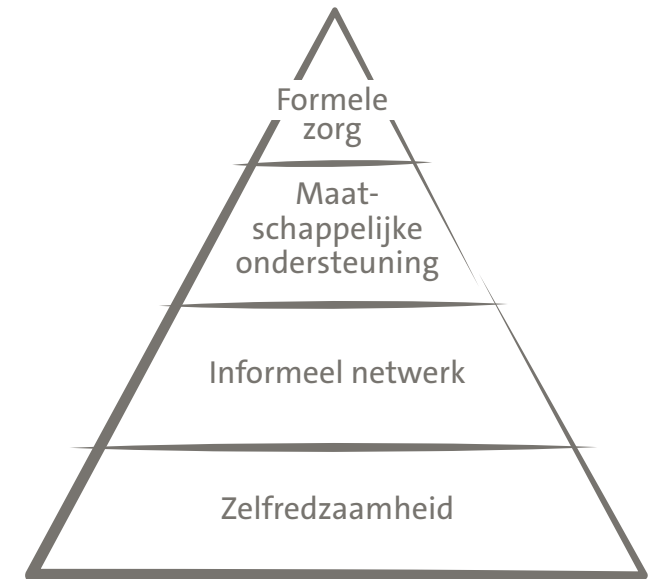
Doelmatigheid

Uitgangspunt is dat de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt wordt verleend. In de eerste lijn als dat kan, in de tweede lijn als dat nodig is. Substitutie van zorg staat hierbij centraal (van de tweede naar de eerste lijn en van de eerste naar de nulde lijn). Deze substitutie kan alleen plaatsvinden als de eerste lijn hiervoor is uitgerust en als de tweede lijn hieraan meewerkt. CZ groep stimuleert initiatieven op dit gebied. Momenteel zijn er pilots voor onder meer taakdelegatie, anderhalvelijnszorg, consultatiemogelijkheden en het stimuleren van zelfredzaamheid.

Zelfredzaamheid

Mensen met een (intensieve) zorgvraag blijven langer thuis wonen. Dat betekent een beroep op henzelf, hun omgeving, de samenwerking tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en gemeenten. Zorg en ondersteuning in de nabijheid moeten onze verzekerden in staat stellen zo lang mogelijk in de eigen omgeving te blijven, ondanks ziekte, beperking of ouderdom en zolang dat verantwoord en doelmatig te organiseren is. De focus ligt hierbij op zelfredzaamheid, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik. Met zelfredzaamheid bedoelen we de mate waarin iemand in staat is om zelfstandig te functioneren en om zelf de regie te voeren over zijn leven. Dat vergroot de patiëntbetrokkenheid en daarmee neemt de kwaliteit van zorg toe, omdat die beter aansluit bij de behoefte van de

patiënt (zorg op maat). Zelfredzaamheid wordt versterkt door de mogelijkheden van zelfregie te vergroten met bijvoorbeeld (effectieve) ICT, domotica, e-health, en door de sociale contacten te bevorderen.



Meer informatie over waardegedreven zorgcontractering vindt u op onze **website**.

3 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria multidisciplinaire (eerstelijns)zorg

3.1 Inleiding

De landelijke partijen hebben een visie ontwikkeld op een sterke organisatie en infrastructuur (O&I) voor de eerstelijnszorg. Deze visie heeft uiteindelijk zijn beslag gekregen in de NZa-beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg'. In september en oktober 2017 hebben wij bijeenkomsten georganiseerd als voorbereiding op het opstellen van het zorginkoopbeleid 2019. Tijdens deze bijeenkomsten hebben we gesproken met vertegenwoordigers van regionale en wijksamenwerkingsverbanden over de invulling van de O&I-financiering. Hun input hebben we meegenomen in het zorginkoopbeleid 2019 dat hier voor u ligt. Dit document bevat ons beleid voor de inkoop van multidisciplinaire zorg en de O&I-prestaties die de huidige financiering van eerstelijnszorg vervangen (GEZ en organisatiekosten voor ketenzorg).

3.2 Organisatie & Infrastructuur eerstelijnszorg

CZ groep streeft naar een doelmatige en effectieve infrastructuur binnen de eerstelijnszorg

Wij willen zorgaanbieders zo goed mogelijk ontzorgen en faciliteren, zodat zij zich volledig kunnen richten op hun kerntaak: het verlenen van directe, patiëntgebonden zorg. Een regionaal samenwerkingsverband dat het mandaat heeft van het merendeel van de zorgverleners in die regio, kan deze ondersteunende en faciliterende rol vervullen. Daarvoor is een brede samenwerking in de regio essentieel: op sociaal en medisch gebied én tussen het professionele en informele netwerk. Het regionale samenwerkingsverband is van belang voor het maken van adequate samenwerkingsafspraken met bijvoorbeeld ziekenhuizen, wijkverpleging en gemeenten op regionaal niveau. CZ groep heeft geen blauwdruk voor de organisatievorm van de infrastructuur, maar vindt wel dat een regionaal samenwerkingsverband aantoonbaar moet bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Organisatie HAZ



CZ groep wil dat regionale samenwerkingsverbanden invulling geven aan drie belangrijke rollen/prioriteiten:

1. Organiseren en faciliteren van de programmatische zorg voor kwetsbare groepen (zoals chronische zorg, ouderenzorg en GGZ)

Een regionaal samenwerkingsverband zorgt voor een eenduidig regionaal zorg- en organisatiebeleid en de aansturing op de implementatie daarvan. Hierbij is aandacht voor het doelmatig organiseren van persoonsgerichte zorg (het stimuleren van zelfzorg en eigen regie) en adequate samenwerkingsafspraken met regionale ziekenhuizen, GGZ- en VVT-instellingen, gemeenten en overige relevante organisaties.

2. Verbetering van zorg

Een regionaal samenwerkingsverband is verantwoordelijk voor het vormgeven van een kwaliteitssysteem (PDCA-systeem) voor de aangesloten eerstelijnszorgverleners. Hierbij ziet de organisatie toe op de resultaten van de verleende zorg op het gebied van de gezondheid, de kwaliteit en de kosten van de hele populatie in de regio. Dit omvat het vormgeven van de PDCA-cyclus op basis van spiegelinformatie, (gebundelde of regionale) praktijkspiegels en andere bronnen om de kwaliteit van de zorg te toetsen en praktijkvariatie terug te dringen. Deze regionale analyse leidt tot relevante verbeterdoelstellingen. Denk hierbij aan substitutie, rationeel voorschrijven, diagnostiek aanvragen, behandelen en verwijzen. In de jaarlijkse evaluatiegesprekken met de regionale samenwerkingsverbanden bespreken we de PDCA-cyclus, inclusief de regionale verbeterafspraken en de evaluatie daarvan.

Deze PDCA-cyclus vindt plaats binnen de O&I-financiering en leidt dus niet tot aanvullende S3-afspraken.

3. Zorgvernieuwing op regionaal niveau

We bieden ruimte aan de regio om zelf te komen met onderbouwde plannen voor vernieuwingen in het regionale zorgaanbod. Daarbij hanteren we de volgende aandachtsgebieden:

- beleid voor zelfredzaamheid;
- e-health;
- substitutieafspraken (inclusief horizontale verwijzingsafspraken) en anderhalvelijnszorg;
- integratie van persoonsgerichte programmatische zorg;
- doelmatig voorschrijven van medicatie;
- dementie/ouderenzorg.

CZ groep financiert plannen die een aantoonbare kwaliteitsverbetering opleveren tegen aanvaardbare kosten en plannen die aantoonbare doelmatigheidswinst opleveren zonder achteruitgang van de kwaliteit van de zorg.

Het samenwerkingsverband neemt de volgende onderwerpen in zijn plan op:

- de beoogde toegevoegde waarde;
- de meetbare doelen;
- de activiteiten die zij ondernemen om dit te bereiken;
- een gespecificeerde begroting;
- een tijdpad met evaluatiemomenten.

Als een samenwerkingsverband meer dan één preferente zorgverzekeraar heeft, is het aan te bevelen om bij het aanleveren van een plan vooraf alle stakeholders te betrekken. Pas na de evaluatie van deze pilots ontwikkelt CZ groep definitief beleid rondom dit thema.

Concrete invulling van de eerstelijns infrastructuur vindt plaats op regionaal niveau

CZ groep wil samen met zorgorganisaties de uitdaging aangaan om regionaal invulling te geven aan de O&I-prestaties die bijdragen aan de kwaliteit van zorg en beheersbare zorgkosten. Binnen de financiële macrokaders van het hoofdlijnenakkoord en onze eigen randvoorwaarden, geven we ruimte aan zorgorganisaties om een plan op te stellen voor de best mogelijke ondersteuning en infrastructuur voor de regio. Dit betekent voor zorgaanbieders een heroriëntatie op de huidige regionale infrastructuur. Dit kan (op termijn) leiden tot een andere rol en andere activiteiten voor uw organisatie. Daardoor kan een verschuiving plaatsvinden van (financiële) middelen en activiteiten naar en tussen andere eerstelijnszorgaanbieders. CZ groep past de financiering in de verschillende overeenkomsten aan op de gemaakte beleidskeuzes.

CZ groep gaat functioneel contracteren

Onder voorbehoud van de juridische accordering van de O&I-financiering, vervangen de O&I-prestaties de huidige financiering van de GEZ en de vergoeding voor de organisatiekosten in het integrale tarief voor ketenzorg. De O&I-betaaltitels gaan uit van functies die op wijk- of regionaal niveau worden afgesproken en van het maken van concrete resultaatafspraken.

3.3 Hoe kopen we multidisciplinaire zorg en O&I in 2019 in?

CZ groep contracteert volgens de vigerende NZa-beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg'. Met de komst van de O&I-prestaties vindt er een scheiding plaats tussen de financiering van de zorgkostencomponent en de overheadcomponent. Er komt een tarief voor zorgkosten per geïncorporeerde patiënt per kwartaal. Voor de O&I-prestaties komt er een tarief per ingeschreven verzekerde per kwartaal. Op de financiering van de O&I is het macrokader huisartsenzorg van toepassing.

Uitgangspunt bij de contractering zijn de huidige overheadkosten, waarbij een verschuiving plaats moet vinden van de facilitering van de huidige keten-DBC's (diabetes, VRM, astma en COPD) naar brede ondersteuning van de zorg voor kwetsbare groepen en het implementeren van de PDCA-cyclus (O&I regiomanagement). Wij financieren aanvullende projecten op het gebied van zorgvernieuwing als die aantoonbare meerwaarde hebben voor de zorg aan onze verzekerden (door een combinatie van kwaliteit en doelmatigheid).

Voor de contractering van S2-prestaties geldt het volgende:

- De zorgkosten voor DM2, VRM, COPD en astma (S2A-prestaties) worden overeengekomen en uitbetaald aan een regionaal samenwerkingsverband dat deze zorg organiseert. De kaders voor de zorgkosten per zorgprogramma zijn beschikbaar via www.cz.nl/zorgaanbieders. CZ groep financiert de voetzorg met ingang van 2019 niet langer via de

S2-zorgkosten DM2. Dit is ingegeven door de grote praktijkvariatie, de onbeheersbaarheid van de component voetzorg in het tarief, het ontbreken van multidisciplinaire indicatoren die inzicht geven in de geleverde zorg en het risico op dubbeldeclaraties.

- CZ groep contracteert geen zorgkostentarif (S2B-prestatie) met samenwerkingsverbanden voor nieuwe ketens (zoals depressie of programmatische zorg voor kwetsbare ouderen) of nieuwe elementen van zorg binnen bestaande ketens (zoals farmaceutische zorg). De desbetreffende zorgkosten worden via de overeenkomsten met individuele zorgverleners gefinancierd. Eventuele organisatiekosten en infrastructuurkosten die gemaakt worden om deze zorg te organiseren, worden – als daar overeenstemming over is bereikt – gefinancierd via O&I regiomanagement.
- **O&I wijkmanagement en O&I ketenzorg**
Voor O&I wijkmanagement en O&I ketenzorg geldt dat bestaande aanbieders (gezondheidscentra en zorggroepen) die in 2018 een overeenkomst hebben met CZ groep gecontracteerd worden voor wijkmanagement en/of ketenzorg. Voorwaarde daarbij is dat we resultaatafspraken overeenkomen voor 2019. Hiermee willen wij rust en continuïteit bieden aan zorgorganisaties, zodat we ons samen kunnen richten op het gesprek over de inrichting van de infrastructuur op wijk- en regionaal niveau. Als aanbieders de keuze maken om alleen O&I ketenzorg aan te bieden, dan stellen wij het tarief voor O&I ketenzorg naar beneden bij. Hiermee wil CZ groep middelen vrijmaken om verder invulling te geven aan O&I regiomanagement. Wij maken geen contractuele

afspraken voor alleen wijkmanagement¹ of alleen ketenzorg met nieuwe aanbieders. Voor een goede afstemming en coördinatie tussen de zorg op wijk-, regio- en ketenzorgniveau, moet wijkmanagement en/of ketenzorg bij voorkeur integraal deel uitmaken van de O&I-functies die in de regio worden afgesproken. Daarmee zijn ze deel van de regionale afspraak.

• **O&I regiomanagement**

CZ groep wil dat de regionale eerstelijns-samenwerkingsverbanden in elk geval invulling geven aan drie belangrijke rollen/prioriteiten: het organiseren en faciliteren van de programmatische zorg voor kwetsbare groepen, verbetering van zorg en zorgvernieuwing op regionaal niveau. We gaan met samenwerkingsverbanden in gesprek over de contractering voor 2019-2020 aan de hand van hun regionaal zorgaanbodplan (inclusief resultaatafspraken) en één totaalbegroting. CZ groep gaat uit van regionale initiatieven om invulling te geven aan O&I regiomanagement, waardoor de juiste afstemming wordt bereikt op praktijkniveau, wijkniveau en regionaal niveau.

¹ Voor 2019 neemt CZ groep alleen nieuwe aanvragen voor wijkmanagement in behandeling als de continuïteit van de (huisartsen)zorg in de desbetreffende wijk in gevaar is en de inzet van wijkmanagement een oplossing biedt voor het continuïteitsprobleem. We gaan in deze gevallen ook na of de initiatieven op een andere manier gefinancierd kunnen worden, bijvoorbeeld met prestaties in segment 3.

Daarbij zijn het macrobudgettaire kader en de overeengekomen ketenzorgoverheadtarieven 2018 leidend, waarbij herallocatie van de bestaande overheadmiddelen nodig is. Om dubbelfinanciering van praktijkmanagement, ketenzorg-, wijk- en regiomanagement te voorkomen, kan het zijn dat bepaalde prestaties niet meer aan de individuele huisarts vergoed worden.

- **O&I-prestatie 'Geïntegreerde eerstelijnszorg overige'**
Deze prestatie contracteren we niet, omdat die geïntegreerd kan worden in O&I wijk- en regiomanagement.

Overeenkomst, addenda en duur

In het gebied waar CZ groep de preferente zorgverzekeraar is, sluiten we, parallel aan de individuele huisartsen-overeenkomst (segment 1), een tweejarige overeenkomst voor de inhoud én het tarief met regionale samenwerkingsverbanden. Dat doen we voor de periode 1 januari 2019 tot en met 31 december 2020. Met wederzijdse instemming kan de overeenkomst tussentijds aangepast worden om in elke regio tot een invulling te komen van de eerstelijns-infrastructuur.

De overeenkomst bestaat uit een algemeen deel en addenda voor de verschillende prestaties. Het algemene deel bevat (voor zover van toepassing) de landelijke uniforme bepalingen. De addenda worden op maat opgesteld voor het samenwerkingsverband.

In gebieden waar CZ groep niet de preferente zorgverzekeraar is, volgen we in principe de afspraken die de preferente verzekeraar met de samenwerkingsverbanden maakt.

Algemene inkoopvoorwaarden waaraan een samenwerkingsverband moet voldoen:

Een samenwerkingsverband:

- voldoet aan de eisen uit de vigerende NZa-beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg';
- is een rechtspersoon, die is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel;
- heeft, om voor O&I wijkmanagement in aanmerking te komen:
 - afhankelijk van de omvang van de wijk een minimale omvang van 10.000-20.000 op naam ingeschreven patiënten;
 - aantoonbaar mandaat van 80% van de huisartsen in de desbetreffende wijk;
 - aantoonbare samenwerkingsafspraken met de O&I-regiomanagement-organisatie;
- heeft, om voor O&I regiomanagement in aanmerking te komen:
 - een minimale omvang van 100.000 op naam ingeschreven patiënten;
 - aantoonbaar mandaat van 80% van de huisartsen in de desbetreffende regio;
 - samenwerkingsafspraken met regionale ziekenhuizen, GGZ- en VVT-instellingen, gemeenten en andere relevante organisaties;
- stelt één zorgaanbodplan op voor 2 jaar aan de hand van het format van CZ groep;

- stelt één begroting voor 2 jaar op, aansluitend op het zorgaanbodplan, aan de hand van het format van CZ groep;
- omschrijft concrete resultaatafspraken die de voorwaarde zijn voor de financiering;
- kan alleen huisartsen aan zich verbinden die nog niet aangesloten zijn bij een ander regionaal samenwerkingsverband.

Uitsluitingen

Niet alle zorgaanbieders komen in aanmerking voor een overeenkomst 2019 met CZ groep. Dit geldt in ieder geval voor de zorgaanbieder:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt;
- waarbij een integriteitsonderzoek beletsel oplevert.

3.4 Overige zorginhoudelijke ontwikkelingen

Persoonsgerichte zorg

Persoonsgerichte zorg is zorg waarbij een persoon en diens mogelijkheden centraal staan, en niet de ziekte. Bij de behandeling gaat het dus ook om de manier waarop iemand in het leven staat, hoe hij met zijn aandoening omgaat en hoe hij zijn gezondheid en kwaliteit van leven ervaart. CZ groep vindt het belangrijk om gezamenlijk met samenwerkingsverbanden en vertegenwoordigers van patiënten te onderzoeken hoe de huidige zorg in de eerstelijns DBC's doorontwikkeld kan worden naar meer persoonsgerichte zorg, bijvoorbeeld door het integreren van de huidige ketenzorgafspraken.

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

Ouderenzorg

Goede, persoonsgerichte zorg voor ouderen vereist dat iedere schakel in de zorgketen doet waar hij in is gespecialiseerd. Als meerdere zorgaanbieders bij een patiënt betrokken zijn, staan betere coördinatie en afstemming van de zorg centraal, net als het werken vanuit één zorgleefplan. Daarbij hebben alle zorgaanbieders aandacht voor de gezamenlijke zorgdoelen en een goede informatieoverdracht. De huisarts werkt samen met de wijkverpleegkundige en andere eerstelijnszorgaanbieders op het gebied van case finding, signalering van zorgmijders

en de zorg voor chronisch zieken en kwetsbare mensen in de wijk. Het regionale samenwerkingsverband kan eerstelijnszorgaanbieders faciliteren bij de organisatie van de ouderenzorg en namens de eerstelijnszorgaanbieders gesprekspartner zijn voor de andere partijen in de keten, zoals de gemeente, VVT-instellingen en tweedelijnszorg (zie ook 3.2).

CZ groep heeft op 1 april 2017 voor het eerst zijn beleidsvisie '**Ouderenzorg nu en in de toekomst**' gepubliceerd, waarbij de nadruk lag op de samenhang in de regionale zorgketen. Ons doel daarbij was het stimuleren van een optimale samenwerking tussen de verschillende sectoren, zodat er een effectieve zorgketen voor (kwetsbare) ouderen ontstaat. Inmiddels hebben we een verdere verdiepingsslag gemaakt. In ons nieuwe **visiedocument** beschrijven we hoe wij vinden dat de samenwerkingsafspraken eruit zouden moeten zien om te komen tot een optimale keten om de ouderen en de mantelzorgers heen.

Dementie

Sinds 2015 is dementie een strategisch speerpunt voor CZ groep. Het programma dementie richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, het ondersteunen en begeleiden van mantelzorgers en het beheersbaar houden van de kosten. Goede ketensamenwerking is van belang om regionaal goede dementiezorg te kunnen leveren. De huisarts is een belangrijke schakel in de dementieketen, maar zijn betrokkenheid bij de ketensamenwerking is op dit moment beperkt. CZ groep ziet hierin een rol voor de regionale samenwerkingsverbanden. De afgelopen jaren hebben we hier ervaring mee opgedaan in drie experimentregio's. Daardoor weten we waar de knelpunten zitten en op welke manier we deze

kunnen aanpakken. In 2019 richt CZ groep zich gefaseerd op het in kaart brengen van de samenwerking van dementienetwerken met het instrument Netwerk Review Scan. De bevindingen moeten leiden tot optimalisatie van het zorgpad, waarbij vooral wordt gekeken naar de rol van de huisarts. Onze visie op dementiezorg vindt u in het **visiedocument Dementie 2018**.

Ondersteunen van zelfzorg

CZ groep vindt het belangrijk dat het samenwerkingsverband een actief beleid voert voor het implementeren van zelfzorg en gebruik kan maken van de middelen die Zelfzorg Ondersteund! (ZO!) beschikbaar stelt. Kijk voor meer informatie over deze middelen en de resultaten van afgelopen jaren op **www.zelfzorgondersteund.nl**. Veel partijen zijn inmiddels begonnen met de implementatie. Het jaar 2019 is gericht op verdere opschaling.

Een verandering ten opzichte van de vorige twee jaren, is dat vanaf 2019 geen sprake meer is van een initiële investering via Zelfzorg Ondersteund, maar dat eventuele benodigde (eenmalige) investeringen om het plan uit te voeren worden besproken met de betreffende zorgverzekeraar.

Op dit moment wordt in afstemming met alle partijen binnen Coöperatie Zelfzorg Ondersteund! dit proces vorm gegeven. Uiterlijk 1 juli 2018 publiceren we het proces en de voorwaarden om aanvragen voor benodigde investeringen in te dienen.

PREM

Wij vinden het belangrijk om patiëntervaringen te meten, onder meer via PREM (Patient Reported Experience Measures) en op termijn uitkomsten via PROM (Patient Related Outcome Measures). We verwachten dat alle zorgaanbieders deelnemen aan relevante landelijke metingen. Deze zijn te vinden op www.patiëntervaringen.nl. Daar staan ook alle werk- en meetinstructies. De afspraken omtrent PREM worden opgenomen in de overeenkomst Multidisciplinaire zorg.

Zorgvernieuwing en e-health

De zorgvraag groeit. Dat komt onder meer door de vergrijzing, de toename van het aantal chronische patiënten en het overhevelen van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Dit maakt het steeds belangrijker om de zorgvraag en het zorgaanbod in een duurzaam evenwicht te brengen. Daarbij staan kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid centraal. Gezondheidszorg wordt steeds meer ouderenzorg. Mensen blijven langer thuis wonen met (complexe) zorgvragen, waardoor de druk op de zorg, zoals de wijkverpleging, huisartsenzorg en ziekenhuiszorg, stijgt. Tegelijkertijd nemen de capaciteitsproblemen in de huisartsenzorg en wijkverpleging toe. Dit alles vraagt om een andere en slimmere manier van werken. Bijvoorbeeld door duurzame innovaties in de zorg. Innovaties die bijdragen aan meer eigen regie, een betere ondersteuning van zelfzorg, het verbeteren van de service en bereikbaarheid binnen de huisartsenzorg en de inzet van zelfmanagement-programma's in de chronische zorg, zodat er minder formele zorg nodig is. Dankzij onder meer e-health kan de patiënt de regie nemen over zijn eigen zorgproces.

Het resultaat is een verbetering van de patiënttevredenheid en een verbetering van de kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van de ingezette zorg.

CZ groep daagt zorgaanbieders uit om goede ideeën en concrete plannen te delen met de zorginkoper. In zo'n plan moet duidelijk staan welke toepassingen zij gaan gebruiken en hoe de inzet van e-health zal leiden tot een daling van de formele zorginzet van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het plan moet een businesscase bevatten, waarin de doelmatigheid wordt aangetoond, en dan specifiek de besparing op zorginzet en opbrengsten. Uiteraard moet de businesscase SMART zijn (Specifiek, Meetbaar, Realistisch, Acceptabel en Tijdsgebonden). Meer informatie over e-health vindt u in bijlage 1.

Ondersteunend ICT-systeem voor programmatische zorg

Wij vinden ICT bij uitstek een component om op regionaal niveau vorm te geven. Samenwerkingsverbanden die programmatische zorg aanbieden, kunnen ICT-systemen gebruiken voor de organisatie en coördinatie van deze zorg, zoals KIS-systemen en VIP calculus. CZ groep financiert het gebruik van een van deze systemen onder de volgende voorwaarden. Het systeem:

- is gecertificeerd door Zelfzorg Ondersteund;
- heeft een zelfmanagementportaal waarin een individueel zorgplan beschikbaar is;
- heeft een naadloze communicatie met het HIS;
- moet ondersteunend zijn aan de bedrijfsprocessen;
- ondersteunt de programmatische zorg voor DM2, COPD, astma en CVRM en heeft de mogelijkheid om integraal programmatische zorg te ondersteunen.

Stoppen met roken

Voor de begeleiding bij stoppen met roken contracteert CZ groep onder meer huisartsen en samenwerkingsverbanden als zij voldoen aan de vereisten voor gespecialiseerde stoppen-met-roken-aanbieders. Uitgangspunt is dat er geen dubbele financiering plaatsvindt. Meer informatie vindt u in ons **zorginkoopbeleid Stoppen met Roken**.

Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

Op het moment van het schrijven van dit zorginkoopbeleid is de wet- en regelgeving voor de inzet van de Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) nog niet definitief vastgesteld. CZ groep publiceert daarom zijn zorginkoopbeleid dat is gebaseerd op de concept-beleidsregel. Projecten GLI die al zijn afgesproken onder de beleidsregel Innovatie, worden conform de afspraken voortgezet.

GLI is een nieuwe ontwikkeling. De komende 2 jaar monitoren we, samen met de regionale samenwerkingsverbanden die GLI hebben gecontracteerd, de invloed van GLI op de inzet van de praktijkondersteuner binnen de programmatische zorg voor diabetes, astma, COPD en VRM. Meer informatie vindt u in ons **zorginkoopbeleid Gecombineerde leefstijlinterventie**.

4 Proces contractering 2019

4.1 Tijdpad

Activiteiten	Planning
CZ groep publiceert het zorginkoopbeleid 2019	1 april 2018
CZ groep publiceert de initiële overeenkomst 2019 en eventuele aanvullende voorwaarden	1 juli 2018
Contractant levert zorgaanbodplan en begroting aan	1 augustus 2018
Contracteringsgesprekken	1 augustus tot en met 1 oktober 2018
Contractant levert definitief aanbodplan en definitieve begroting 2019 aan	1 november 2018
Aanbieden definitieve overeenkomst door CZ groep	na 1 november 2018
Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	12 november 2018

Uiterlijk 1 juli 2018 publiceert CZ groep de initiële overeenkomst. Daarna volgt een periode van gesprekken over de contractering 2019.

Wij streven ernaar om de definitieve overeenkomsten (bestaande uit een algemeen deel en een samenwerkingsverband specifiek deel) uiterlijk 1 november toe te sturen. CZ groep is voornemens de overeenkomsten per 2019 digitaal aan te bieden.

4.2 Tijdspad 2018

Uiterlijk 12 november 2018 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2019, met uitzondering van de organisaties die O&I wijkmanagement organiseren. Op www.cz.nl/zorgvinder is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

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

4.3 Bereikbaarheid

Afdeling Declaraties

Voor vragen over declaraties

huisartsen@cz.nl

(046) 45 95 740

Zorginkopers

Regio Den Haag e.o. en West-Brabant

Gaby Prins-Siemons, gaby.siemons@cz.nl

Paul Raaijmakers, paul.raaijmakers@cz.nl

Liesbeth van Spaandonk-Scheek, liesbeth.scheek@cz.nl

Regio Zuid-Hollandse eilanden

Paul Raaijmakers, paul.raaijmakers@cz.nl

Liesbeth van Spaandonk-Scheek, liesbeth.scheek@cz.nl

Regio Zeeland

Jonneke Klingens, jonneke.klingens@cz.nl

Nathalie van Schoonhoven,

nathalie.van.schoonhoven@cz.nl

Regio Midden-Brabant en Zuidoost-Brabant

Casper Besters, casper.besters@cz.nl

Karen Schram, karen.schram@cz.nl

Regio Noordoost-Brabant

Michel Rouss, michel.rouss@cz.nl

Karen Schram, karen.schram@cz.nl

Regio Nijmegen e.o.

Marian Jacobs, marian.jacobs@cz.nl

Karen Schram, karen.schram@cz.nl

Regio Noord- en Midden-Limburg

Marian Jacobs, marian.jacobs@cz.nl

René Bekhuis, rene.bekhuis@cz.nl

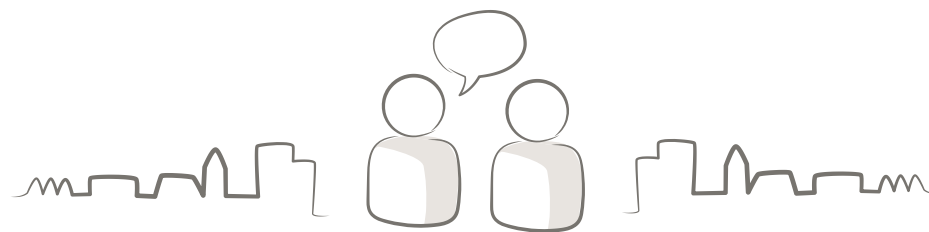
Regio Zuid-Limburg

Martin Wijnen, martin.wijnen@cz.nl

Karen Schram, karen.schram@cz.nl



5 Betrekken van verzekerden bij het zorginkoopbeleid



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

CZ groep wil zorg inkopen die in het belang van onze verzekerden is. Dat doen we door verzekerden en hun vertegenwoordigers actief en structureel te betrekken bij onze zorginkoop. De infographic hiernaast laat zien hoe, waarom en met wie we dat doen. We geven de mate van betrokkenheid aan via de zogeheten participatieladder. Dankzij patiënten² - en verzekerdenervaringen én de betrokkenheid van patiëntenorganisaties en onze Ledenraad krijgen we beter inzicht in de wensen en behoeften van patiënten waarmee wij ons zorginkoopbeleid vormen, toetsen en indien nodig aanpassen, zodat het nog beter aansluit. Zo checken we of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die de verzekerden zoeken en nodig hebben.



² Voor de leesbaarheid is gekozen voor de term 'patiënt'. Dit woord staat ook voor cliënt, naaste, ervaringsdeskundige en patiëntvertegenwoordiger.

5.2 Specifiek beleid multidisciplinaire zorg

Door goed te luisteren naar patiënten, worden de zorg en de zorginkoop steeds beter. Daarom wil CZ groep patiënten meer betrekken bij onze inkoopcyclus. Bijvoorbeeld door het inzetten van de adviseurs zorgkwaliteit vanuit patiëntenorganisaties. We verwachten van samenwerkingsverbanden dat zij invulling geven aan patiëntparticipatie. Bij het opstellen van nieuwe projecten op het gebied van zorgvernieuwing, e-health en zelfredzaamheid is het een voorwaarde dat de patiënten geraadpleegd worden of vertegenwoordigd zijn bij de totstandkoming van de plannen.



Bijlage 1: E-health

E-health³ speelt een belangrijke ondersteunende rol bij preventie en het stimuleren van zelfmanagement bij incidentele huisartsenzorg en de zorg voor chronisch zieken. E-health verhoogt de kwaliteit van de zorg en helpt om de zorg toegankelijk, betaalbaar en toekomstbestendig te houden.

Mede ingegeven door de ontwikkelingen, de wens van de patiënten zelf en de druk vanuit de overheid⁴, is e-health een strategisch speerpunt van CZ groep. We zien een belangrijke rol weggelegd voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in te spelen op de huidige trends rondom e-health en om deze een stevige positie te geven in het zorgaanbod. Vernieuwing van het zorgaanbod betekent een andere werkwijze én een andere cultuur binnen het zorgproces (ofwel: een systeeminnovatie). Het zorgproces moet zó ontworpen zijn dat techniek daarbinnen een natuurlijke plaats inneemt. Zo draagt e-health niet alleen bij aan de kwaliteit van leven en van de zorg, maar ook aan de betaalbaarheid en de efficiency van de zorg.

Verder vinden we het belangrijk dat er geen geïsoleerde systemen ontstaan, maar dat informatie-uitwisseling mogelijk wordt via koppelingen met bestaande

zorgsystemen (HIS/KIS). Zo is opschaling eenvoudig mogelijk. De patiënt moet daarbij de toegang en regie hebben over zijn eigen gezondheidsgegevens. Ten slotte moet de toepassing voldoen aan de geldende randvoorwaarden op het gebied van interne beheersing en informatiebeveiliging. CZ groep werkt met andere zorgverzekeraars samen aan de realisatie van de benodigde randvoorwaarden en kwaliteitscriteria, bijvoorbeeld in programma's van Zelfzorg Ondersteund en MedMij.

Idealiter bepaalt de zorgaanbieder in overleg met de patiënt of diegene baat heeft bij een bepaalde technologie. Dat betekent wel dat de zorgaanbieder en bij voorkeur ook de patiënt over voldoende kennis moeten beschikken. Daarnaast moeten zorgaanbieders de (kwalitatieve en financiële) waarde ervan inzien om een bepaalde technologie in te zetten. Ook moet de technologie geïntegreerd worden binnen het zorgproces: dus niet boven op de bestaande zorg, maar door de zorg op een andere manier te organiseren. Eerstelijnsamenwerkingsverbanden kunnen een rol spelen bij het realiseren van e-health die is geïntegreerd in het zorgaanbod van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten samen kijken hoe de

efficiencywinst vervolgens zichtbaar kan worden gemaakt en wat er gebeurt met de ruimte die ontstaat.

Alleen e-health-toepassingen die deel uitmaken van zinnige en effectieve zorg, mogen door zorgaanbieders worden gedeclareerd binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (WLz). Voor e-health in de vorm van een ICT-applicatie of een app die losstaat van een geneeskundige behandelrelatie tussen zorgverlener en patiënt kan de NZa geen prestatie vaststellen.

³ E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, met name via internet, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en te verbeteren.

⁴ Kamerbrief e-Health 2016: www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/10/06/kamerbrief-voortgangsrapportage-e-health-en-zorgvernieuwing

Hoe kan e-health in de huisartsenzorg worden bekostigd?⁵

Binnen ieder segment zijn mogelijkheden voor het bekostigen van e-health.

Segment 1

Het inschrijftarief kan worden gebruikt om de website te onderhouden en om een online afsprakenplanner te financieren. Ook kunnen in segment 1 consulten op afstand gedeclareerd worden als reguliere consulten. Voorwaarde is wel dat het consult op afstand zorginhoudelijk en qua tijdbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening in een regulier face-to-face-consult. Aanvullend op de POH-GGZ-consulten kan de inzet van de POH-GGZ bekostigd worden met de prestatie 'consultatieve raadpleging POH-GGZ'. Hieronder valt ook de begeleiding van zelfmanagementprogramma's die via een vorm van e-health worden aangeboden.

Segment 2

Vanuit dit segment wordt de zorg voor een specifieke groep chronisch zieken bekostigd. De ketenprestaties zijn algemeen beschreven. Hierdoor kunnen zorgaanbieders onderdelen van de ketenzorg op afstand leveren, of zelfmanagementprogramma's inzetten. Deze e-health-toepassingen kunnen vergoed worden met het afgesproken tarief voor de integrale ketenprestatie.

Segment 3

Binnen dit segment kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanvullende afspraken maken om e-health-toepassingen te bekostigen die zij van waarde vinden voor de patiënt. Zo kunnen zij via de prestatie 'Zorgvernieuwing e-health' afspraken maken over de

Een bestaande e-health-toepassing is een zelfmanagementprogramma voor patiënten die ketenzorg ontvangen. Met deze e-health-toepassing hebben alle zorgaanbieders in de keten toegang tot het behandelplan. Daarnaast kan de patiënt, als hij voldoende zelfredzaam is, zelf metingen uitvoeren en invullen in het platform. Via het platform heeft de patiënt interactief contact met de zorgverlener over zijn gezondheid.

vergoeding van of de beloning voor:

- het inzetten van digitale instrumenten voor zelfmanagement door de patiënt;
- het inzetten van digitale behandelvormen.

CZ groep daagt zorgaanbieders uit om goede ideeën en concrete plannen te delen met de zorginkoper. In het plan moet duidelijk staan welke toepassingen er gebruikt worden en hoe de inzet van e-health zal leiden tot een daling van de formele zorginzet van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het plan moet een businesscase bevatten, waarin de doelmatigheid wordt aangetoond, en dan specifiek de besparing op zorginzet en de verwachte opbrengsten. Uiteraard moet de businesscase SMART zijn (Specifiek, Meetbaar, Realistisch, Acceptabel en Tijdsgebonden).

⁵ NZa, september 2017: Wegwijzer bekostiging e-health.



Alles voor betere zorg