



Zorginkoopbeleid 2020

Huisartsendienstenstructuren

OHRA Direct
geregeld

N nationale
nederlanden

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Managementsamenvatting	5
1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2020	5
1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2020	5
1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst	5
2 Visie van CZ groep op de huisartsendienstenstructuren	6
2.1 Ontwikkelingen	6
2.2 Terugblik	6
2.3 Visie	6
3 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria HDS	9
3.1 Kwaliteit	9
3.2 Doelmatigheid	9
3.3 Minimumeisen voor een overeenkomst	12
3.4 Ruimte voor innovatief zorgaanbod	12
3.5 Uitsluitingen	13
4 Proces contractering 2020	14
4.1 Tijdpad	14
4.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	14
4.3 Bereikbaarheid	14
5 Betrekken van verzekerden en zorgaanbieders bij het zorginkoopbeleid	15
5.1 Visie van CZ op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	15
5.2 Specifiek beleid HDS	15

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen hebben wij met zorg samengesteld. Daarbij nemen wij de vigerende wet- en regelgeving in acht. 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 we zo spoedig mogelijk publiceren.

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, zorgaanbieders 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 rode draad door ons zorginkoopbeleid 2020 is ‘verantwoord en dichtbij’. In onze Zorgvisie 2020-2030 zien wij een toekomstbestendige zorg, waarbij we de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voor onze verzekerden kunnen garanderen. Daarbij willen we hen ondersteunen bij het maken van persoonlijke keuzes in hun zorgvraag.

Hoe geven wij invulling aan ‘verantwoord en dichtbij’? Deze kernbegrippen geven voor ons richting aan de contractering met u als zorgaanbieder. De twee begrippen moeten ook in onderlinge samenhang gezien worden, en hebben een feitelijke en een overdrachtelijke betekenis.

‘Verantwoord’ betekent dat CZ groep zorg wil contracteren die betaalbaar is en die aansluit bij onze **kwaliteitsvisie**. We hanteren daarbij passende, ambitieuze normen. ‘Dichtbij’ is het uitgangspunt van de zorgverlening: thuis of dicht bij huis als dat kan en verder weg als dat beter is voor de kwaliteit. Met ‘dichtbij’ bedoelen we daarnaast: dicht bij de wensen en keuzes van verzekerden wat betreft hun behandeling. Bijvoorbeeld via gezamenlijke besluitvormingstrajecten en de inzet van nieuwe (distributie) vormen van diagnostiek en digitale ondersteuning. Zo maken we behandelingen minder belastend én persoonsgerichter.

In het zorginkoopbeleid voor de huisartsenzorg is ‘Verantwoord en dichtbij’ zichtbaar op diverse onderdelen. Wij ondersteunen onze verzekerden om zelf antwoorden te vinden op (zorg)vragen. Als toch zorg of ondersteuning nodig is, faciliteren wij initiatieven om de zorg zoveel mogelijk in de eerste lijn plaats te laten vinden als dit mogelijk is. Voorbeelden hiervan zijn de inzet van e-health programma’s, horizontaal doorverwijzen tussen huisartsen en het voorkomen van onnodige doorverwijzingen naar de tweede lijn door bijvoorbeeld de inzet van specialisten consultatie.

Met ons zorginkoopbeleid 2020 geven we invulling aan ‘zorg die verder gaat’. Door te innoveren, samen te werken en te blijven werken aan structurele vooruitgang, verbeteren we de zorg continu. Wij dagen u uit om samen met ons de zorg in Nederland nóg beter te maken.

Kary Heldoorn

Manager Huisartsenzorg, Versterking eerste lijn en Ketenzorg

Managementsamenvatting

1.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2020

De keten van (acute) zorg, geleverd door de huisartsendienstenstructuur (HDS) of de huisartsenpost (HAP), staat onder druk. Dit heeft verschillende oorzaken. Denk aan de tekorten op de arbeidsmarkt, de veranderingen in het zorglandschap en een veranderend profiel van de huisarts. Maar ook aan de 24/7-maatschappij en de beschikbaarheid van nieuwe informatiebronnen.

Verbetering van de keten

Om deze ontwikkelingen het hoofd te bieden, heeft CZ groep de afgelopen jaren samen met de huisartsendienstenstructuren ingezet op een verbeterde regionale keten van acute zorg. Er zijn goede resultaten geboekt, maar het kan en moet nog beter in alle regio's. De huisartsendienstenstructuren scoren gemiddeld nog steeds niet voldoende op de kwaliteitsindicatoren die zij zelf hebben gesteld. Zij kunnen winnen aan doelmatigheid door:

- kritisch na te gaan of de aangeboden capaciteit doelmatiger kan worden georganiseerd;
- zorg te leveren op de juiste plaats in de keten.

De kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg van de huisartsendienstenstructuren moeten in 2020 op orde zijn. CZ groep stuurt hierop bij de zorginkoop.

E-health

E-health kan hierin een grote rol spelen. Niet alleen bij het oplossen van capaciteitsproblemen. E-health-applicaties kunnen óók een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit, veiligheid en kostenbeheersing in de zorg. We verwachten van de huisartsendienstenstructuren dat zij deze applicaties onderzoeken op effectiviteit. Dat zij deze toepassen wanneer ze effectief blijken te zijn. CZ groep zorgt voor verspreiding van goede initiatieven onder de huisartsendienstenstructuren.

1.2 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2020

Op het gebied van kwaliteit wil CZ groep dat de huisartsendienstenstructuren ten minste voldoen aan de wachttijd tot een spoedvisite (urgentie 1; zie ook paragraaf 3.1). Om de doelmatigheid van de huisartsendienstenstructuren te verbeteren, hanteren we het volgende uitgangspunt voor de inkoop van 2020: begroting huisartsendienstenstructuur 2020 = begroting huisartsendienstenstructuur 2019, exclusief indexering.

Er zijn twee ontwikkelingen, die wij willen stimuleren bij de HDS:

- verbetering in de regionale keten van acute zorg;
- toepassing van e-health en een betere informatievoorziening.

U kunt investeringen op deze twee terreinen indienen in de plusmodule, mits onderbouwd door een positieve businesscase.

1.3 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

De voorwaarden om in aanmerking te komen voor een overeenkomst zijn niet gewijzigd.

Visie van CZ groep op de huisartsendienstenstructuren

2.1 Ontwikkelingen

De (acute) zorg, geleverd door de huisartsendienstenstructuren of huisartsenposten, staat onder druk. Dit heeft verschillende oorzaken die we hieronder kort toelichten:

- **Tekorten op de arbeidsmarkt**
Er is onvoldoende geschikt personeel om de zorg te leveren. Zo zijn er te weinig doktersassistenten en triagisten. Dit heeft een grote invloed op de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenposten.
- **Veranderingen in het zorglandschap**
Er zijn de afgelopen jaren veel veranderingen geweest die invloed hebben op de acute huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren). Die veranderingen hebben ervoor gezorgd dat de huisarts overdag en in de ANW-uren meer en andere taken heeft gekregen. Dat hij andere samenwerkingspartners in de regio nodig heeft om de zorg aan zijn patiënten goed te kunnen leveren. In onze cijfers zien we geen stijging van de zorgvraag in de huisartsenposten. Wel horen we dat de instroom en doorstroom van patiënten niet altijd goed verloopt, omdat partijen in de acute zorgketen elkaar nog niet altijd weten te vinden.
- **Het profiel van de huisarts verandert**
Er zijn steeds minder praktijkhoudende huisartsen, die verantwoordelijk zijn voor de zorg in de avond-, nacht- en weekenduren. Huisartsen werken steeds vaker parttime en de beroepsgroep feminiseert en vergrijsd. Dit zorgt ervoor dat steeds minder huisartsen beschikbaar zijn voor het leveren van ANW-zorg. De druk op de huisartsen die deze zorg wel leveren, neemt toe.
- **De 24/7-maatschappij**
We leven steeds meer in een 24/7-maatschappij. De supermarkt is ook 's avonds en op zondag open.

Patiënten vragen zich af waarom de huisartsenzorg niet volgt. Waarom deze in de avond, de nacht en het weekend alleen beschikbaar is voor acute zorg.

- **Er is steeds meer informatie beschikbaar**
Patiënten zijn mondiger. Zij zoeken vaker zelf naar informatie op websites als thuisarts.nl en op zelfzorgapps. Dat is van invloed op de zorgvraag en de kennis die patiënten hebben of denken te hebben. De huisartsendienstenstructuren en de huisartsen moeten hiermee (leren) omgaan.

2.2 Terugblik

In 2018 was bij veel huisartsendienstenstructuren sprake van een tekort aan triagisten. Ook waarnemers voor de diensten waren lastig te vinden. Dit heeft gezorgd voor een hoge werkdruk en hoge zorgkosten. In het eerste kwartaal van 2018 heerste er een hevige griep epidemie. Dit heeft ervoor gezorgd dat de zorg op de huisartsenposten nog meer onder druk kwam te staan. De wachttijd aan de telefoon is gemiddeld verbeterd. De spoedtelefoon wordt nu op heel veel huisartsenposten binnen 30 seconden opgenomen. Dit zorgt voor een hogere veiligheid. De wachttijden tot een spoedvisite zijn nog te lang. In 2018 zijn veel regio's gestart met regioplannen om de acute zorgketen te verbeteren.

2.3 Visie

De huisartsendienstenstructuren vormen een cruciale schakel in de keten van acute zorg in de avonden, nachten en weekenden. CZ groep wil dat deze schakel optimaal functioneert, zodat zijn verzekerden veilige, goede en doelmatige zorg krijgen. Het is voor ons belangrijk dat de acute huisartsenzorg (in deze ANW-uren) onderdeel blijft uitmaken van de huisartsenzorg.

Een van de sterke punten van het zorgstelsel in Nederland is de sterke eerste lijn, die als poortwachter fungeert voor het hele stelsel. Dit willen we zo houden. Daarom is het belangrijk dat:

- er voldoende en goed opgeleid personeel op de huisartsenpost werkt;
- het zorgaanbod aansluit op de zorgvraag van de patiënt;
- er sprake is van goede samenwerking in de regionale keten van acute zorg;
- bij de huisartsendienstenstructuren innovaties op het gebied van e-health worden toegepast.

E-health speelt een steeds grotere rol in de zorg. E-health-applicaties kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit, veiligheid en kostenbeheersing in de zorg. Bij de acute zorg zijn vaak veel verschillende zorgaanbieders betrokken. Vooral in deze zorg biedt e-health kansen. Om de zelfredzaamheid van de patiënt te bevorderen. Om de zorg veiliger en efficiënter in te richten. Om de zorg beter te laten aansluiten op de zorgvraag van de patiënt. Meer over de meerwaarde van e-health leest u in paragraaf 3.2.2.

Integrale ketenzorg voor ouderen

De groep 75-plussers maakt net als de groep kinderen relatief veel gebruik van huisartsenzorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren.¹ Daarom is CZ groep samen met de zorgaanbieders hard aan de slag om onze visie op ouderenzorg in co-makership te implementeren.² Om zo te komen tot een optimale keten om de ouderen en mantelzorgers heen. Alleen zo werkt de zorgketen als een geïntegreerd en samenwerkend zorgcontinuüm. Dit doen we in een aantal regio's waar wij een substantieel marktaandeel hebben. In overleg met deze regio's willen we de verzamelde knelpunten in de keten voor ouderenzorg oplossen. De zorgaanbieders in de regio nemen hierbij het voortouw. De huisartsendienstenstructuur kan hierin als één van de aanbieders het initiatief nemen.

Advanced care planning

CZ Groep zet in op toepassing van advanced care planning in de wijkverpleging om crisissituaties zoals hierboven omschreven te voorkomen. De wijkverpleegkundige werkt volgens een aantal principes:

- ontzorgen van de patiënt;
- de eigen kracht van de patiënt;
- de inzet van formele zorg;
- de regie bij de patiënt;
- het actief betrekken van het sociale domein bij de zorg;
- advanced care planning.

De zorgvraaganalyse wordt verwerkt in het zorgplan.

Crisissituaties voorkomen

Door continu het gesprek te voeren, waarin we kijken of de aangeboden zorg nog wel passend is, kunnen we crisisonames en overbelasting van mantelzorgers voorkomen. Daarom is CZ groep voorstander van advanced care planning. Het is belangrijk dat de wijkverpleegkundige tijdig het gesprek aangaat met de verzekerde, dat hij of zij diens wensen, doelen en voorkeuren voor zorg vastlegt. Dit is vooral relevant wanneer de verzekerde niet meer thuis kan wonen of zelfs terminaal wordt. Advanced care planning is ook van belang als het gaat om (val)preventie. Het doel is om crisissituaties thuis te voorkomen. Verandert de gezondheidssituatie van de verzekerde, dan moet het gesprek worden herhaald.

In de praktijk worden dit soort gesprekken als lastig ervaren. Advanced care planning is niet gebonden aan één discipline. Het is bij uitstek een onderwerp dat interdisciplinair moet worden opgepakt. Daarvoor is afstemming nodig tussen de huisarts, de praktijk-ondersteuner, de wijkverpleegkundige, de casemanager en de specialist oudergeneeskunde. Om advanced care planning tot een succes te maken, is scholing belangrijk. Maar ook de onderlinge afstemming over welke rol een ieder oppakt.

Kern van deze visie is dat in crisissituaties continu de volgende zorg beschikbaar is voor (kwetsbare) ouderen:

- **een regionaal coördinatiepunt**

Er moet een regionaal coördinatiepunt beschikbaar zijn voor huisartsen, huisartsenposten, ziekenhuizen en de crisisdienst ggz. Bij dit coördinatiepunt kunnen zij terecht voor adviesvragen aan bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde en voor een actuele opgave van vrije respijt-bedden, eerstelijnsverblijf-bedden, geriatrische revalidatiezorg-bedden en Wlz-crisisbedden. Deze bedden moeten dan zoveel mogelijk geclusterd zijn.

¹ Monitor Acute Zorg 2018, NZa.

² Zie de beleidsvisie 'Ouderenzorg nu en in de toekomst' en de nadere uitwerking van de integrale keten in het document 'Uitwerking van de integrale ketenzorg voor ouderen'.

Het regionale coördinatiepunt bestaat uit minimaal één telefoonnummer. In de optimale situatie vindt vanuit dit punt sturing plaats naar de beschikbare voorzieningen. Ook moet het hier voor de huisarts mogelijk zijn om advies te vragen aan andere (medisch) specialisten naast de specialist ouderengeneeskunde.

- voldoende opnamecapaciteit
Er moeten voldoende eerstelijnsverblijf-bedden beschikbaar zijn voor (kwetsbare) ouderen. Deze kunnen worden gebruikt voor diagnostiek en observatie wanneer nog niet (volledig) een diagnose is gesteld of wanneer het vervolgtraject nog niet bekend is. Op deze manier worden kwetsbare ouderen alleen doorgestuurd naar de juiste zorgaanbieder en ontvangen zij de juiste zorg.



Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria HDS

3.1 Kwaliteit

De kwaliteit van de Nederlandse huisartsenzorg is goed.³ Maar op onderdelen kan die beter. De huisartsendienstenstructuren hebben branchenormen opgesteld, waarin staat omschreven wat zij verstaan onder een goede kwaliteit van zorg op de huisartsenpost. Veel branchenormen worden gehaald, maar de wachttijd tot een spoedvisite verdient aandacht. We willen dat alle huisartsendienstenstructuren op 1 januari 2020 op tijd een spoedvisite afleggen. In 2018 was in 67 procent van de gevallen een huisarts binnen 20 minuten bij een patiënt met een acute zorgvraag. De branchenorm beschrijft dat de huisarts in 90 procent van de gevallen binnen 20 minuten aanwezig moet zijn. De spoedvisite moeten we bezien in samenhang met de ambulancerit. Daarom maakt CZ groep in 2019 een regionale analyse van de ambulanceritten en de spoedvisites. Met behulp van deze analyse gaan we in gesprek met de regionale ambulancevoorzieningen en de huisartsendienstenstructuren om de kwaliteit van deze zorg te verbeteren.

3.2 Doelmatigheid

In 2018 zijn de kosten van de zorg door de huisartsendienstenstructuren gestegen met bijna 8 procent. Deze stijging is het gevolg van zowel de indexatie van tarieven als van personeelstekorten die moesten worden opgelost met duurder personeel. De kosten van de huisartsendienstenstructuren bestaan voor een deel uit beschikbaarheidskosten. Deze zijn niet afhankelijk van de productie. Ze zijn alleen op de lange termijn te beïnvloeden. Daarnaast zijn er kosten die de huisartsendienstenstructuren op korte termijn kunnen beïnvloeden. Daarom vragen we hun om eens kritisch te kijken naar de beïnvloedbare kosten op de korte termijn. We willen dat zij de kosten in evenwicht brengen met de productie. Op de lange termijn kunnen ze de zorg doelmatiger verlenen. Bijvoorbeeld door beter samen te werken met ketenpartners, waardoor de juiste zorg op de juiste plaats wordt geleverd. De beschikbaarheid

van personeel op de onrendabele uren is hiervan een mooie illustratie. In veel regio's is samenwerking mogelijk, waardoor personeel makkelijker beschikbaar blijft voor acute zorg in de nacht.

Om de productie en kosten van de huisartsendienstenstructuren in evenwicht te brengen, hanteert CZ groep het volgende uitgangspunt voor de inkoop van 2020: begroting huisartsendienstenstructuur 2020 = begroting huisartsendienstenstructuur 2019, exclusief indexering.

Er zijn twee ontwikkelingen, die wij willen stimuleren bij de huisartsendienstenstructuren:

- verbetering in de regionale keten van acute zorg (zie paragraaf 3.2.1);
- e-health en informatievoorziening (zie paragraaf 3.2.2).

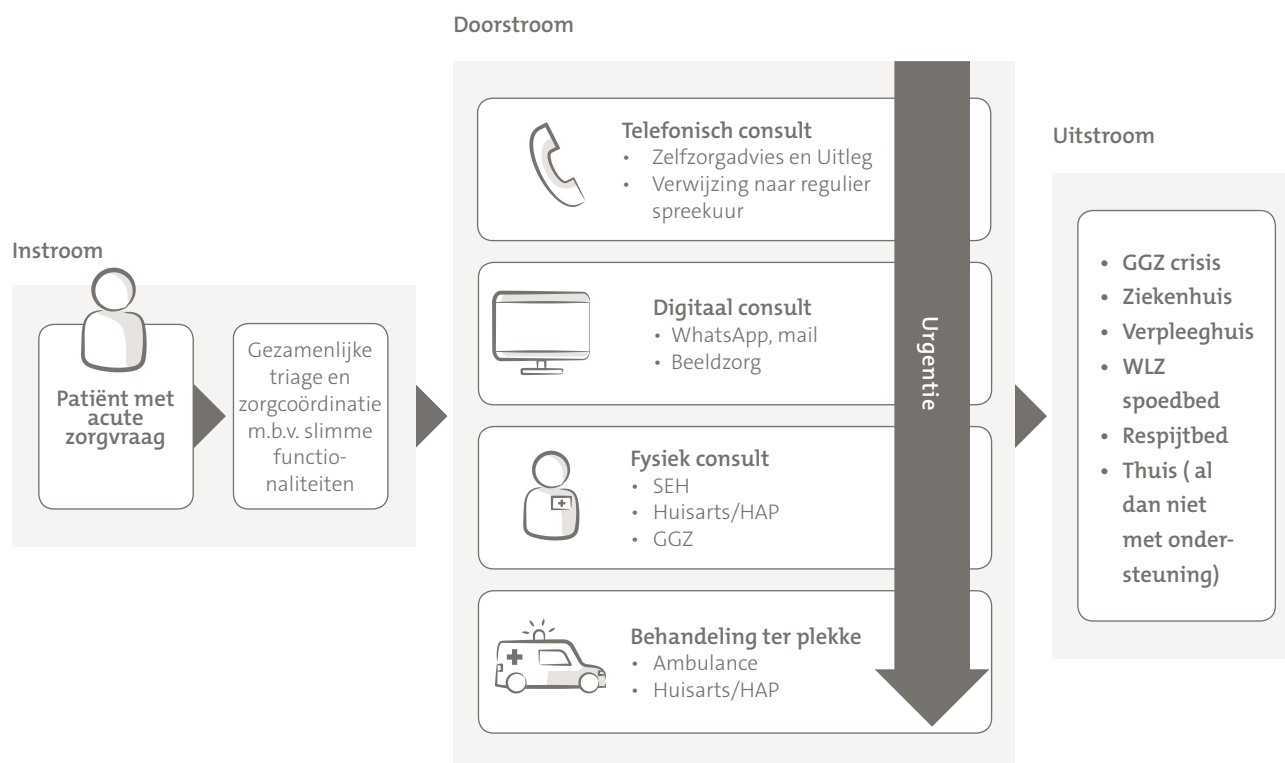
Investerings op deze twee terreinen kunnen worden ingediend in de plusmodule, mits onderbouwd met een positieve businesscase.

Samenvatting

Om de acute huisartsenzorg toekomstbestendig te maken, is meer samenwerking nodig in de keten van acute zorg. Zowel overdag als in de ANW-uren. Ook is nodig dat innovaties op het gebied van e-health worden toegepast. Zo kunnen we vraag en aanbod beter op elkaar afstemmen en meer zorg op de juiste plaats verlenen.

³ International Health Policy Survey 2016, IQ Healthcare, mei 2017 Dr. Philip J. van der Wees, Joost J.G. Wammes MSc, Prof.dr. Gert P. Westert.

Regionale keten van acute zorg



3.2.1 Verbetering in de regionale keten van acute zorg

In 2020 gaan we samen met de aanbieders van acute zorg verder met het verbeteren van de regionale keten van acute zorg. De samenwerking kan worden verbeterd bij de instroom, de doorstroom en de uitstroom in de keten van acute zorg. Op dit moment lopen er projecten in Helmond, Den Bosch, Zeeuws-Vlaanderen, Den Haag, Breda en Zuid-Limburg om dit regionaal op te pakken. CZ is vanuit zorginkoop of onder de vlag van 'Regie in de regio' aangesloten bij deze projecten. Wij verwachten van alle huisartsendienstenstructuren dat zij in de regio het initiatief nemen om de regionale keten van acute zorg te verbeteren.

Innovaties

Er zijn verschillende innovaties denkbaar in de verschillende fases van de zorgketen. CZ groep faciliteert succesvolle vormen van samenwerking en digitale toepassingen via de zorginkoop. Dit doen we ook via de zorginkoop bij de huisartsendienstenstructuren.

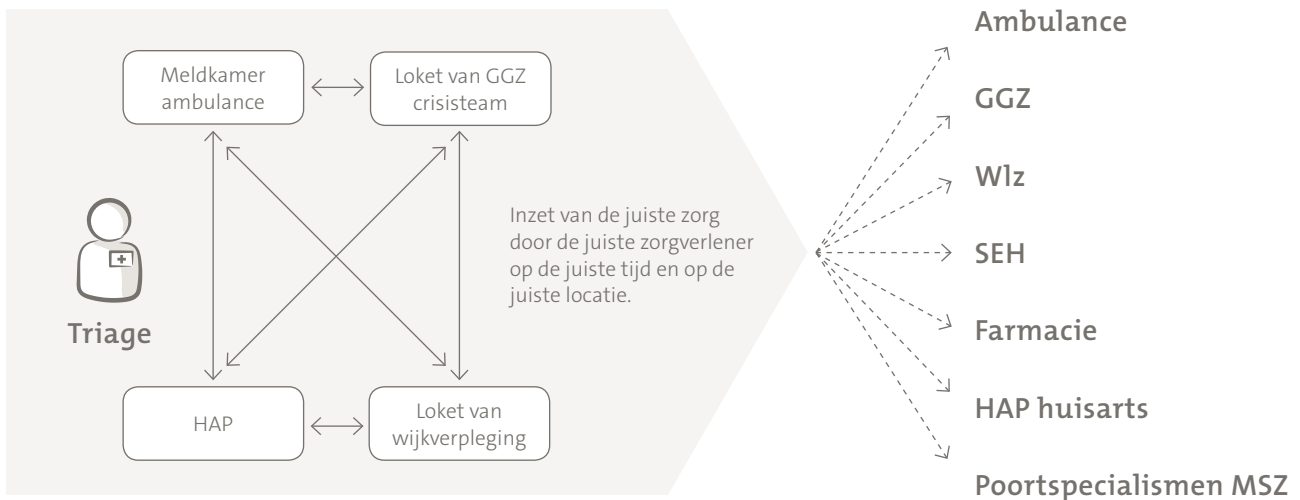
Bij de instroom

Bij de instroom ziet CZ groep mogelijkheden om e-health in te zetten om de zorgverlening op een andere manier

uit te voeren. Er lopen op dit moment pilots om met behulp van e-health zelfzorg te bevorderen. Dit kan door bijvoorbeeld met de dokter te chatten of te appen, gevolgd door een verwijzing naar een betrouwbare omgeving met informatie over een gezondheidsklacht. Een goede triage is cruciaal bij de instroom in de keten van acute zorg. Hierbij gaat het niet alleen om een kwalitatief goede triage op de huisartsenposten, maar ook om de samenwerking tussen de acute zorgaanbieders bij die triage. CZ groep stimuleert de totstandkoming van een effectief en efficiënt ingericht zorgcoördinatiepunt in de regio. Zorgcoördinatie betekent één loket, actuele informatie over patiënten en de capaciteit van spoedzorg én een gesmeerde spoedzorgketen. Huisartsenspoedzorg, wijkverpleegkundige zorg, acute ggz en ambulancezorg voeren gezamenlijk regie over dringende spoedzorgvragen, totdat opvolging is geregeld of zelfmanagementadvies is gegeven. Personeel en voertuigen zijn waar mogelijk uitwisselbaar.

⁴ Drs. Maarten Cozijnsen en ir. Saskia van der Erf, Zorgcoördinatie in de spoedzorgketen - de juiste zorg op de juiste plek, publicatie SIRM, Utrecht, 22 mei 2018.

Visie zorgcoördinatie



Bij de doorstroom

Niet alleen is meer samenwerking bij de instroom in de keten nodig. Ook bij de doorstroom kan de samenwerking beter. CZ groep stimuleert een verdergaande integratie op de behandellocaties, waar basisspoedzorg wordt verleend. Op veel plaatsen in Nederland werken de spoedeisende hulp en de huisartsenpost al samen om ervoor te zorgen dat zelfverwijzers de juiste zorg op de juiste plaats krijgen. Op veel plaatsen heeft de huisartsenpost inmiddels ook al toegang tot eerstelijns röntgenonderzoek. Maar het kan nog beter door de samenwerking uit te breiden. Om met die uitgebreide samenwerking alle patiënten die naar de behandellocatie komen beter van dienst te zijn. Op de locatie die we voor ogen hebben, werken verschillende professionals samen om de juiste zorg op de juiste plaats te krijgen: triagisten, nurse practitioners, verpleegkundig specialisten, huisartsen, artsen op de spoedeisende hulp, ggz-professionals, wijkverpleegkundigen en apothekers. In deze organisatie is oog voor taakherschikking en taakdelegatie en een mogelijkheid tot consultatie van elkaars expertise. CZ groep stimuleert de huisartsendienstenstructuren om deze samenwerking vorm te geven.

Bij de uitstroom

Na behandeling stroomt de patiënt weer uit. Hij gaat naar huis, met of zonder wijkverpleging of thuiszorg. Hij gaat door naar het ziekenhuis voor een poliklinische of klinische behandeling. Hij gaat naar een verpleeghuis of een voorziening voor eerstelijnsverblijf. Dit uitstroom-

proces verloopt in de avond, nacht of het weekend nog niet altijd soepel. CZ groep faciliteert projecten waarin verbetering van deze uitstroom na behandeling voorop staat.

3.2.2 E-health en informatievoorziening

Informatievoorziening

Om de zorg goed te kunnen verlenen, is informatievoorziening essentieel. Deze kan en moet nog beter tussen de partners in de acute zorgketen. Hierin kan de verzekerde iets doen: toestaan dat partners zijn patiëntendossier mogen inzien. Dan moeten de informatiesystemen van de HDS en zijn ketenpartners wel gekoppeld zijn. Daarin heeft de huisartsendienstenstructuur een belangrijke faciliterende rol. Er is financiering op landelijk niveau beschikbaar om hierin te investeren.

E-health

E-health speelt een steeds grotere rol in de zorg. E-health-applicaties kunnen daar een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit, veiligheid en kostenbeheersing. Dit geldt vooral voor de acute zorg. Daarbij zijn vaak veel verschillende zorgaanbieders betrokken. E-health biedt in de acute zorg kansen om de zelfredzaamheid van de patiënt te bevorderen. Om de zorg veiliger en efficiënter in te richten. Om het zorgaanbod beter te laten aansluiten aan de zorgvraag. Daarnaast kunnen e-health-applicaties de zorgaanbieder ook echt iets opleveren binnen de

behandeling. Zo wordt de kwaliteit van de behandeling verhoogd door automatische beslissingsondersteuning toe te passen. Daarbij houdt de patiënt de regie. CZ groep ziet veel potentie in applicaties die zorgen voor een andere manier van zorgverlening. We noemen hieronder twee veelbelovende initiatieven.

- **Digitale huisarts**

De eerste pilots met een digitale huisarts lopen inmiddels. Het lijkt erop dat deze efficiënt kan worden ingezet om de U3- tot en met U5-zorgvragen af te handelen. Dit zorgt voor een lagere werkdruk voor de huisartsen, kortere wachttijden aan de telefoon, een doelmatigere inzet van personeel en een tevreden patiënt. CZ groep ziet een rol weg gelegd als facilitator van deze pilots.

- **Personalised medicine**

Bij personalised medicine krijgt een patiënt zo veel mogelijk 'zorg op maat'. Op dit moment loopt bij een huisartsdienststructuur een pilot om met gebruik van algoritmes de triage van de zorgvragen te verbeteren. De eerste resultaten laten zien dat de triage op deze manier verbetert en het zorgaanbod nog beter afgestemd is op de zorgvraag van de patiënt. Deze verbetering en de nieuwe manier van werken wil CZ groep verspreiden onder de huisartsdienststructuren zodra de pilot positief zijn afgerond.

3.3 Minimumeisen voor een overeenkomst

Nieuwe aanbieders

Een nieuwe huisartsdienststructuur moet aan drie criteria voldoen om te kunnen toetreden tot de markt van huisartsenzorg in de avond- en nachturen en in de weekenden:

- CZ groep sluit alleen overeenkomsten met een huisartsdienststructuur die voldoet aan de definitie van de AMvB inzake HDS.⁵
- Een bepaalde schaalgrootte is daarbij vereist. Dit is immers het uitgangspunt geweest bij de opzet van de HDS. Een nieuwe huisartsdienststructuur moet daarom meer dan vijftig deelnemende huisartsen hebben om in aanmerking te komen voor een overeenkomst met CZ groep.
- Het moet noodzakelijk zijn dat er een nieuwe aanbieder

in een gebied komt om de beschikbaarheid van acute zorg voor de inwoners te waarborgen. 90 procent van de patiënten kan hierdoor wél binnen 30 minuten bij een huisarts zijn in de avonden, nachten en weekenden.

We gaan met deze aanbieders een contract aan als zij voldoen aan de voorwaarden die wij stellen aan de zorg. Dit zijn voorwaarden op het gebied van toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg die zijn afgestemd met InEen, de brancheorganisatie van de huisartsen-dienstenstructuren. De nieuwe HDS stelt een begroting op voor het overeen te komen tarief. Deze begroting moet voor 1 oktober 2019 bij ons zijn aangeleverd. Daarna moeten de huisartsdienststructuren en de representerende zorgverzekeraars een akkoord bereiken over deze begroting, zodat uiterlijk 1 november 2019 een tarief voor 2020 kan worden aangevraagd bij de NZa.

Bestaande aanbieders

Bestaande aanbieders hebben een overeenkomst met CZ groep die loopt tot en met 31 december 2019. In 2019 wordt de huidige Wmg-overeenkomst vernieuwd. Dit gebeurt in overleg tussen Zorgverzekeraars Nederland, InEen en een afvaardiging van zorgverzekeraars en huisartsdienststructuren. In principe krijgen alle huidige gecontracteerde huisartsdienststructuren deze nieuwe overeenkomst aangeboden voor 2020. De looptijd van deze nieuwe Wmg-overeenkomst moet worden bepaald.

3.4 Ruimte voor innovatief zorgaanbod

In de begrotingsbesprekingen is ruimte om innovatief zorgaanbod te contracteren. CZ biedt ruimte op de volgende twee onderwerpen:

- verbetering in de regionale keten van acute zorg;
- e-health en informatievoorziening.

⁵ Besluit van 18 oktober 2001, houdende wijziging van het Besluit werkingssfeer Wtg 1992 in verband met de aanwijzing van huisartsdienststructuren als afzonderlijke categorie van organen voor gezondheidszorg in de zin van de Wet tarieven gezondheidszorg (huisartsdienststructuren Wtg).



3.5 Uitsluitingen

Iemands levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop hij in contact wil staan met zorgaanbieders 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.

Uitsluitingen

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

- 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.
-
- 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;

Proces contractering 2020

4.1 Tijdpad

Planning	Activiteiten
1 april 2019 op www.cz.nl	publicatie inkoopbeleid HDS door CZ groep
1 juni 2019 bij CZ groep	verantwoording HDS 2018
1 juli 2019 bij de NZa	
uiterlijk 1 oktober 2019 bij CZ groep	begroting HDS 2020
1 november 2019 bij de NZa	
uiterlijk 1 oktober 2019 door CZ	aanbieden Wmg-overeenkomst HDS 2020
uiterlijk 1 november 2019 getekend retour door de HDS	terugsturen getekende overeenkomst naar CZ groep
na ieder kwartaal; conform afspraak in rapportageformat	kwartaalrapportages HDS 2019
uiterlijk 12 november 2019	publicatie gecontracteerd zorgaanbod door CZ groep

4.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2020. Op www.cz.nl/zorgvinder is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

- de NAW-gegevens van de zorgaanbieder;
- de openingstijden;
- de contractstatus die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden;
- informatie over de voorzieningen op de huisartsenposten.

4.3 Bereikbaarheid

Voor alle vragen over dit zorginkoopbeleid kunt u terecht bij:

Mw. L. Delsasso, eerste inkoper huisartsenposten
lenny.delsasso@cz.nl
076 - 524 35 04

Betrekken van verzekerden en zorgaanbieders bij het zorginkoopbeleid

5.1 Visie van CZ 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.

Luisteren naar de patiënt verbetert de zorginkoop. Dankzij patiëntenervaringen⁶ en betrokkenheid van patiëntenorganisaties en onze Ledenraad krijgen we beter inzicht in de wensen en behoeften van patiënten. Op basis van die input vormen en toetsen wij het inkoopbeleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben.

Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid van zorg en/of transparantie van zorginkoop leest u [hier](#). In welke mate de sector huisartsenzorg, versterking eerste lijn ketenzorg, patiëntenorganisaties en verzekerden betrekt bij het vormgeven van het inkoopbeleid voor 2020 en wat hiermee bereikt is, leest u hiernaast in 5.2.

5.2 Specifiek beleid HDS

Betrekken van verzekerden en patiënten

CZ groep stemt het inkoopbeleid af op de zorgvraag van onze verzekerden. Dit doen wij door de input van klachten, uitkomsten van patiëntervaringsonderzoeken van de HDS en input vanuit patiëntenorganisaties zoals Zorgbelang mee te nemen.

Betrekken van de HDS

CZ groep stemt zijn inhoudelijke beleid al jaren goed af met de HDS in het werkgebied. Dit blijven we ook in 2020 doen. CZ groep denkt ook mee over een toekomstbestendige inrichting van de zorg in de avonden, nachten en weekenden, waarover ook op landelijk niveau wordt nagedacht.

⁶ Voor de leesbaarheid hebben we gekozen voor de term 'patiënt'. Dit woord staat ook voor cliënt, naaste, ervaringsdeskundige en patiëntvertegenwoordiger.



Zorg die verder gaat