

Zorginkoopbeleid

Uitwerking Zorginkoopbeleid Multidisciplinaire zorg en O&I 2025



OHRA

 nationale
nederlanden

Inhoudsopgave

O&I	3
Wat wil CZ groep bereiken?	3
RHO – rollen en prioriteiten	3
Prestaties O&I	4
Multidisciplinaire eerstelijnszorg (mdz)	6
Wat wil CZ groep bereiken?	6
Prestaties ketenzorg	7
Bekostigingssystematiek en overeenkomst	8
Tarieven & indexering	8
Btw	9
Weerstandsvermogen	9
Proces	9
Inkoopspecificaties – O&I en ketenzorg	11
Samenwerking	11
Kwaliteit	11
Verantwoording & transparantie	12
Inclusie- en exclusiecriteria	12
Doelmatige uitvoering van ketenzorg	12
Inkoopkader DM2	13
Inkoopkader VRM (zeer hoog risico en/of hoog risico)	15
Inkoopkader COPD	17
Inkoopkader astma	19

O&I

Wat wil CZ groep bereiken?

Doelmatige en toekomstbestendige infrastructuur

Om de kwaliteit, toegankelijkheid, het werkplezier van professionals en de doelmatigheid van de zorg te waarborgen, voor nu en in de toekomst, gaan we de eerstelijnszorg samen anders en toekomstbestendig organiseren. CZ groep wil de huisarts zo goed mogelijk ontzorgen en faciliteren, zodat hij voldoende tijd heeft om zich volledig te kunnen richten op zijn kerntaak: het verlenen van directe, patiëntgebonden medisch-generalistische zorg.

Regionalisering

In het Integraal Zorgakkoord 'Samen werken aan gezonde zorg' zijn regionale samenwerking en versterking van de organisatie in de eerstelijnszorg belangrijke thema's. Eerder bekrachtigden LHV, NHG en InEen in hun visie de noodzaak om in de regio tot gezamenlijke afspraken en één organisatorisch aanspreekpunt te komen. Mede daarom wil CZ groep de positie van de regionale huisartsenorganisatie (RHO's) versterken. Het beleid van CZ groep is erop gericht het mandaat en de daadkracht van de RHO's te vergroten en de regionale samenwerking te bevorderen. Om haar ondersteunende en faciliterende rol zo optimaal mogelijk te kunnen invullen, is het noodzakelijk dat een RHO:

- het aantoonbare adequate mandaat heeft van ten minste 85 procent van de huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders in die regio;
- een minimale omvang heeft van 100.000 op naam ingeschreven patiënten die zowel geografisch als qua adherente stakeholders (relevante zorgorganisaties en gemeenten) een aaneengesloten en logische regio vormen. Met deze schaal is de RHO een serieuze gespreks- en contractpartner voor andere zorgorganisaties in de eerste en tweede lijn en voor de gemeenten. De RHO stelt in overleg met CZ groep vast op welke regio zij zich gaat richten. De regio is een aaneengesloten gebied dat logisch aansluit bij andere stakeholders in de regio zoals adherente ziekenhuizen, GGZ en gemeenten/Wmo-regio's. CZ groep toetst bij deze voorwaarde of geen ongewenste versnippering optreedt;

- aantoonbaar bijdraagt aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg;
- huisartsen ontzorgt door urgente vraagstukken op te pakken en door een duidelijk aanspreekpunt te vormen voor andere domeinen en stakeholders;
- er zorg voor draagt dat de betrokken en aangesloten zorgverleners de gemaakte afspraken ook implementeren en naleven.

RHO – rollen en prioriteiten

CZ groep verwacht dat de regionale huisartsenorganisatie (ten minste) invulling geven aan onderstaande rollen en prioriteiten:

1 Borgen van toegankelijkheid van huisartsenzorg door die toekomstbestendig te organiseren.

Een RHO:

- is als stakeholder betrokken bij het toegankelijkheidsvraagstuk, wil dat samen oplossen en denkt mee in oplossingen voor urgente problemen;
- zorgt voor een regionale analyse van de toegankelijkheid;
- heeft een visie en plan opgesteld waaruit blijkt hoe de huisartsenzorg in de betreffende regio op een toekomstbestendige manier wordt vormgegeven. In dit plan besteedt de RHO ten minste aandacht aan regionale samenwerking, taakdelegatie, horizontaal verwijzen, passende zorg, de verbinding met het sociaal domein, stimuleren van zelfmanagement en de inzet van slimme technologie, digitalisering en persoonsgerichte zorg;
- zorgt voor de aansturing van de stapsgewijze implementatie bij aangesloten huisartsen en zorgverleners van dit plan. Zij bespreekt de voortgang periodiek met CZ groep;
- zorgt voor de regionale coördinatie en ondersteuning bij de implementatie en monitoring van de regio-plannen MTVP conform de landelijke leidraad MTVP en voorwaarden van de Nederlandse Zorgautoriteit en CZ groep.

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

Een RHO zorgt voor een eenduidig regionaal zorg- en organisatiebeleid en de implementatie daarvan bij aangesloten huisartsen en zorgverleners. Hierbij is een RHO verantwoordelijk:

- voor het doelmatig uitvoeren van de multidisciplinaire eerstelijnszorg (MDZ) en het maken van passende afspraken met de aangesloten zorgverleners;
- voor het terugdringen van onwenselijke en ondoelmatige neveneffecten van de MDZ. Onder andere de factsheet MDZ van CZ groep geeft hierin inzicht. Hiermee kan een RHO verbeterdoelstellingen vaststellen, specifiek in relatie tot doelmatige inclusie, praktijkvariatie en dubbeldeclaraties. De RHO en CZ groep monitoren en evalueren gezamenlijk deze verbeterafspraken;
- voor doelmatige inclusie, waarbij alleen die patiënten geïncludeerd worden die gemotiveerd zijn én waarbij de programmatische aanpak meerwaarde en/of verbeterpotentieel heeft;
- voor de organisatie van persoonsgerichte zorg (onderdelen van persoonsgerichte zorg zijn: cyclische werkwijze, samen beslissen, e-health, positieve gezondheid, samenwerking met andere domeinen zoals het sociaal domein), het stimuleren van zelfzorg, eigen regie en de inzet van digitale zorg binnen de huidige ketenzorg en in aanloop naar een andere bekostiging en inkoop in 2026;
- voor het maken van adequate samenwerkingsafspraken met regionale ziekenhuizen, GGZ- en VVT-instellingen, gemeenten, patiëntenorganisaties en andere relevante zorgverleners en organisaties met als doel passende zorg te organiseren;
- voor het in de deelnemende huisartsenpraktijken invulling geven aan de voorwaarden uit de meest actuele S3-prestatie 'ouderenzorg' en eventuele andere S3-prestaties die op regioniveau zijn overeengekomen.

3 Verbetering van zorg

- Hierbij is een RHO verantwoordelijk voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid conform landelijke richtlijnen van InEen, NHG en LHV. De RHO ziet via een kwaliteitscyclus toe op de resultaten van de verleende zorg in relatie tot de gezondheid, de kwaliteit en de kosten van de hele regionale populatie.
- RHO's organiseren het mandaat, zodat zij gemachtigd zijn om spiegelinformatie van aangesloten individuele huisartsen en andere onderaannemers op regionaal

niveau te kunnen delen en te gebruiken als input voor de PDCA-kwaliteitscyclus.

- RHO's organiseren interventies in het kader van MTVP-interventies om in een lerende omgeving te reflecteren op voortgang en resultaten (bijvoorbeeld interventie verwijsgedrag). Zij kunnen hierbij aansluiten op bestaande overlegstructuren, die het onderwerp MTVP inclusief deze reflectie op voortgang en resultaten agenderen.

4 Zorgvernieuwing op regionaal niveau

Samen met RHO's, ziekenhuizen, andere (Wmo-)zorgaanbieders en gemeenten onderzoekt CZ groep hoe noodzakelijke zorgvernieuwing regionaal kan worden gerealiseerd. Plannen moeten aantoonbaar bijdragen aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Zij moeten binnen de regio kunnen worden opgeschaald. Daarbij ligt de focus op:

- passende zorg: meekijkconsulten, vervangen van zorg door digitale zorg, horizontaal verwijzen, verbinding van het sociaal domein met de zorg, ondersteunde zelfzorg, voorkomen van onnodige verwijzingen etc.;
- meer tijd voor de patiënt;
- organisatie van toekomstbestendige huisartsenzorg (inclusief digitalisering);
- integratie van persoonsgerichte, programmatische zorg;
- doelmatig voorschrijven van medicatie;
- digitalisering van de zorg: CZ groep stimuleert continue verbetering op het vlak van inzet van digitale mogelijkheden in de zorg ten gunste van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

Prestaties O&I

Doel

De prestaties 'organisatie en infrastructuur' (O&I) bieden de mogelijkheid tot een (aanvullende) vergoeding per ingeschreven verzekerde, op basis van overeengekomen afspraken. Met als doel de (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te organiseren en te stimuleren, waarbij een patiënt de positieve effecten van de continue kwaliteits-, zorg- en kostenverbetering ervaart.

De afspraken die hieraan ten grondslag liggen, worden gekoppeld aan vergoeding, inhoud en resultaat. Daarvoor is een ondersteuningsstructuur nodig, waarbij partijen zich gezamenlijk organiseren en namens aangesloten zorgverleners gemandateerd zijn om afspraken te maken met stakeholders.

O&I ketenzorg & O&I regiomanagement

O&I ketenzorg en O&I regiomanagement maken altijd onderdeel uit van de regionale O&I-afspraken. De onderliggende O&I-afspraken vormen de basis van het regionale zorgaanbodplan en zijn onlosmakelijk verbonden met de overeenkomst MDZ en O&I 2024-2025.

O&I wijkmanagement

Wijkmanagement maakt integraal onderdeel uit van de O&I-functies die in de regio worden afgesproken. Daarom maken we geen afzonderlijke financiële afspraken voor de prestatie 'wijkmanagement'. We vinden multidisciplinaire samenwerking tussen eerstelijnszorgaanbieders belangrijk en ook de verbinding met het sociale domein op wijk-niveau. Vanuit de regio kunnen activiteiten op wijk- of praktijkniveau worden ingezet, om daarmee het regionale beleid te implementeren en om zo de regionale doelstellingen te behalen. Tevens is in de overeenkomst huisartsenzorg de prestatie 'praktijkmanagement wijk' beschikbaar die ingezet kan worden voor samenwerking in de wijk.

Multidisciplinaire eerstelijnszorg (MDZ)

Wat wil CZ groep bereiken?

Programmatische zorg voor kwetsbare groepen

CZ groep wil de regionale huisartsenorganisatie (RHO) de programmatische zorg laten organiseren en faciliteren voor de hiervoor genoemde kwetsbare groepen. Daarmee willen we de integratie van zorg verbeteren en de zorguitgaven verminderen. Dat kan door patiënten uit de tweede lijn naar de eerste lijn te verplaatsen en/of risicofactoren te verlagen, waardoor we complicaties (met bijbehorende zorgkosten) kunnen voorkomen.

Doelmatige uitvoering en bekostiging van MDZ

Multidisciplinaire ketenzorg is in 2010 in Nederland ingevoerd. Met als doel verbetering van de integratie van zorg en vermindering van zorguitgaven.

Ruim 10 jaar later blijkt dat de introductie van ketenzorg:

- heeft geleid tot geprotocolleerde processen en een verhoging van de medische kwaliteit;
- de regionale samenwerking een boost heeft gegeven;
- niet heeft geleid tot de beoogde doelstelling van vermindering van zorguitgaven.¹ De ketenzorg leidt tot een stijging van de totale zorguitgaven;
- niet leidt tot het nemen van vrijheid om veelal geprotocolleerde zorg anders (persoonsgericht en digitaal) in te richten;
- ongewenste neveneffecten laat zien zoals ondoelmatige inclusie, dubbeldeclaraties van zorg door onderaannemers naast multidisciplinaire zorg en betaling van no show. Dit blijkt uit analyses van CZ groep en uit ontvangen signalen.

Het doelmatig uitvoeren van programmatische zorg is daarom een belangrijk speerpunt voor CZ groep.

Inrichten en inkopen van persoonsgerichte zorg

In de huidige ketenzorg zijn patiënten ingedeeld naar aandoening (DM2, COPD, astma en VRM). Zij krijgen geprotocolleerde zorgprogramma's aangeboden. De betreffende patiënten worden vaak met het oog op hun chronische ziekte(n) behandeld, aan de hand van

richtlijnen die voor de hele groep gelden. Daarbij wordt mogelijk te weinig rekening gehouden met de mens als geheel en/of de persoonlijke behoeften van de patiënt. Professionals in de ketenzorg ervaren – binnen de huidige bekostiging en in geprotocolleerde zorg – niet altijd de ruimte om de chronische zorg anders vorm te geven.

CZ groep onderzoekt, bij voorkeur in landelijk verband, hoe we geïntegreerde persoonsgerichte chronische zorg vanaf 2026 anders kunnen bekostigen binnen de geldende wet- en regelgeving. Het nieuwe model moet passende en doelmatige zorg stimuleren én de zorg toekomstbestendig houden. Een eerdere invoering ervan in 2024-2025 is niet haalbaar, gelet op de prioritering binnen het Integraal Zorgakkoord, de status van huidige pilots en rekening houdend met de samenloop met andere preferente zorgverzekeraars.

In 2024 en 2025 willen we dat RHO's binnen de huidige voorwaarden en kaders van de chronische zorg de transitie maken naar:

- persoonsgerichte zorg (cyclische werkwijze, samen beslissen, e-health, positieve gezondheid, samenwerking met andere domeinen zoals het sociaal domein);
- de digitalisering van de chronische zorg.

Binnen de huidige bekostiging geven we RHO's de ruimte om de geprotocolleerde chronische zorg anders vorm te geven.

Naast bestaande pilots wil CZ groep een aantal pilots persoonsgerichte chronische zorg met een ander bekostigingsmodel opzetten.

¹ www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021001020

Prestaties ketenzorg

Via onderstaande prestaties financiert CZ groep de ketenzorg aan patiënten met:

- diabetes mellitus type 2 (DM2) – vanaf 18 jaar;
- een verhoogd risico op overlijden aan hart- of vaatziekten (VRM) – vanaf 18 jaar;
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
- astma – vanaf 16 jaar.

Daarbij leveren zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt. De zorgonderdelen die deel uitmaken van deze prestaties staan beschreven in het hoofdstuk 'Inkoopspecificaties – O&I en Ketenzorg'.

CZ groep contracteert geen prestaties uit segment 2B voor nieuwe ketenzorg (zoals GGZ of programmatische zorg voor kwetsbare ouderen) of nieuwe elementen van zorg (zoals bijvoorbeeld farmaceutische zorg) in de bestaande ketens. Deze zorgkosten worden via de overeenkomsten met individuele zorgaanbieders gefinancierd. Eventuele organisatie- en infrastructurele kosten, gemaakt om deze zorg te organiseren, financiert CZ groep via O&I-regiomanagement als daarover overeenstemming is bereikt.

Bekostigingssystematiek en overeenkomst

Tarieven & indexering

CZ groep heeft in 2023 een tweejarige overeenkomst voor zowel Huisartsenzorg als multidisciplinaire zorg en organisatie en infrastructuur (O&I) aangeboden voor 2024/2025. Dit betekent dat er voor 2025 op dat vlak geen nieuw beleid is opgesteld en er geen nieuwe overeenkomst wordt aangeboden, aangezien voor RHO's de reeds gesloten contracten doorlopen in 2025.

In huisartsenzorg en MDZ en O&I is volgebeleid van toepassing. Daar waar CZ groep niet de preferente zorgverzekeraar is, volgt CZ de overeenkomsten van de preferente zorgverzekeraar.

De tarieven voor 2024 zijn vastgesteld in de regionale contracteringsgesprekken 2023. In het kader van de tweejarige overeenkomst 2024-2025, zullen de tarieven voor 2025 door CZ groep worden vastgesteld. De begroting 2024 is het uitgangspunt voor het vaststellen van de tarieven 2025. CZ Groep indexeert conform de indexcijfers (voor- en nacalculatorisch) van de NZa. CZ groep deelt de tarieven 2025 voor 1 oktober 2024 per mail met de RHO. Na 1 november 2024 ontvangt de RHO via het VECOZO-portaal de tariefbijlage(n) 2025 behorend bij de reeds tot stand gekomen overeenkomst MDZ en O&I 2024-2025.

Bij de vaststelling van de tarieven spelen onderstaande factoren een rol.

O&I

Factoren die voor CZ groep van invloed zijn op de vaststelling van de definitieve O&I-begroting:

- het ingediende zorgaanbodplan en de te behalen resultaten;
- het macro-budgettaire kader 2024 en 2025;
- de hoogte van de O&I-totaalbegroting 2023 (geschoond voor componenten met een tijdelijke financiering) en de realisatie van voorgaande jaren;
- de onderlinge verschillen in het O&I-bedrag per verzekerde: regionale huisartsenorganisaties (RHO's) die het gemiddelde bedrag aan O&I per verzekerde

- overstijgen, komen niet voor groei in aanmerking;
- de hoogte van het weerstandsvermogen.

CZ groep maakt regionale maatwerkafspraken over meerkosten van loondienstcentra (inclusief de loondienstcomponent) met de betreffende RHO's.

Ketenzorgprogramma's

Factoren die voor CZ groep van invloed zijn op de vaststelling van de tarieven per zorgprogramma:

- de hoogte van de tarieven uit de begroting 2023 en de realisatie van voorgaande jaren;
- uniformering van zorginhoudelijke componenten. CZ groep wil het aantal uitzonderingen ten opzichte van de inkoopspecificaties van betreffende ketenzorgprogramma's verder terugbrengen;
- factsheet MDZ 2022, de voortgang van de gemaakte (verbeter)afspraken op inclusie (indien van toepassing) en signalen van no show;
- ook de onderlinge verschillen of de praktijkvariatie in de ketenzorgtarieven zijn voor CZ groep van invloed op de vaststelling van de tarieven per zorgprogramma. Dat betreft de huisartsencomponent en de multidisciplinaire component.

Huisartsencomponent:

Per zorgprogramma is een maximumtarief voor de huisartsencomponent van toepassing. Dat tarief is vastgesteld op basis van een analyse van begrote en gerealiseerde tarieven in het kernwerkgebied van CZ groep en de samenloop van ketenzorgzorgprogramma's.

Indien een RHO op een of meerdere zorgprogramma's een tarief voor 2023 heeft voor de huisartsencomponent dat hoger is dan het maximumtarief 2024-2025, krijgt de RHO de gelegenheid aan te tonen dat het hogere tarief meerwaarde heeft in de zin van kwaliteit (resultaat, benchmark InEen) en doelmatigheid (factsheet MDZ en VEKTIS (gebundelde/regio) praktijkspiegel). Indien de RHO dit niet kan aantonen, zetten we een afbouwscenario van twee jaar in, om terug te gaan naar het gestelde maximumtarief.

Multidisciplinaire component:

We hanteren als uitgangspunt dat de multidisciplinaire component in lijn wordt gebracht met de realisatie van voorgaande jaren (voor zover de betreffende componenten in 2024 en 2025 worden gecontracteerd).

Indexering

CZ groep indexeert conform de indexcijfers van de Nederlandse Zorgautoriteit. De peildatum voor het indexeringspercentage is de publicatiedatum van de NZa-tariefbeschikking. CZ groep indexeert de kosten met het voor- en nacalculatorische indexcijfer.

Btw

De RHO spant zich in om haar bedrijfsvoering zodanig te organiseren dat bij in- of uitleen van werknemers gekozen wordt voor een btw-gunstige werkwijze om ondoelmatige besteding van zorggeld te voorkomen.

Weerstandsvermogen

CZ groep staat toe dat een regionale huisartsenorganisatie (RHO) een weerstandsvermogen opbouwt om daarmee risico's in de bedrijfsvoering te financieren. Niet om innovaties te bekostigen. Desgevraagd verstrekt een RHO hiertoe een risicoanalyse aan CZ groep. Het weerstandsvermogen bedraagt maximaal 10 procent van de jaaromzet. De jaarlijkse opbouw bedraagt maximaal 2 procent van de jaaromzet en wordt gevormd door de gelden die niet aan zorg en/of O&I zijn besteed. Indien het weerstandsvermogen uitstijgt boven 10 procent, brengt een RHO dit zo snel mogelijk terug naar het maximum. Uitgangspunt hierbij is dat zij het teveel aan weerstandsvermogen besteedt aan zaken die de zorg ten goede komen. De RHO kan de gelden in overleg met de regionale zorginkoper inzetten.

Proces

Planning	Activiteiten
1 april 2023	Publicatie zorginkoopbeleid MDZ en O&I 2024/2025
Tot 1 juni 2023	Gelegenheid tot vragen stellen over het zorginkoopbeleid
Voor 1 juni 2023	Verantwoording verslagjaar 2022: RHO levert de stukken aan bij CZ groep
Tussen 1 juni en 31 juli 2023	Evaluatiegesprekken over verslagjaar 2022 tussen RHO en CZ groep, inclusief monitoring afspraken factsheet MDZ
1 augustus 2023	Publicatie conceptovereenkomst MDZ/O&I 2024/2025
1 augustus 2023	Publicatie uitwerking Zorginkoopbeleid MDZ en O&I op aangekondigde onderdelen
Uiterlijk 1 september 2023	Aanleveren zorgaanbodplan en begroting bij de regionale zorginkoper
15 september – 31 oktober 2023	Contracteringsgesprekken (op basis van een zorgaanbodplan) en vaststellen tarieven 2024 en 2025. De voorwaarde om het contracteringsgesprek aan te gaan, is dat het zorgaanbodplan en de begroting tijdig in ons bezit zijn.
Vanaf 1 november 2023	Aanbieden overeenkomst MDZ en O&I 2024/2025
Uiterlijk 12 november 2023	Publicatie gecontracteerd aanbod

In de periode tussen 1 april en 1 juni is er gelegenheid om eventuele vragen over het zorginkoopbeleid per e-mail te stellen of met de regionale zorginkoper te bespreken.

In alle regio's wordt gewerkt aan regiobeelden en -plannen. Het uitgangspunt voor de afspraken 2024-2025 is:

- het eerder opgestelde en geactualiseerde regioplan (2023). Daarbij:
 - geeft de RHO aan welke veranderingen zij heeft doorgevoerd ten opzichte van het voorgaande regioplan;
 - geeft de RHO aan welke thema's (inclusief MTVP) voor 2024-2025 focus hebben;
 - vertaalt de RHO het regioplan naar een voor 2024-2025 geactualiseerd zorgaanbodplan (inclusief resultaatafspraken) en één totaalbegroting (voor MDZ en O&I);
 - betreft de RHO naast huisartsenzorg aantoonbaar minimaal 2 andere domeinen bij de opstelling van het regionale zorgaanbodplan. Relevante stakeholders uit andere domeinen in de regio kunnen zijn: ziekenhuizen, GGZ, V&V en gemeenten;
 - zorgt de RHO ervoor dat de eerder benoemde rollen en prioriteiten ten minste onderdeel uitmaken van het zorgaanbodplan;
- de begroting 2024-2025.

CZ groep publiceert de formats voor het zorgaanbodplan en de begroting 2024-2025 voor 1 juni op de website (www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgsoorten/multidisciplinaire-zorg/overeenkomst). Als een RHO meer dan één preferente zorgverzekeraar heeft, is het aan te bevelen om bij het aanleveren van een plan vooraf alle preferente zorgverzekeraars te betrekken.

Let op: Als zorgverzekeraar moeten wij op 12 november van ieder kalenderjaar ons gecontracteerde aanbod publiceren. Als u in aanmerking wilt komen voor een overeenkomst, verwachten wij dat iedere zorgaanbieder zich houdt aan de termijnen van het contracteerproces. Wij willen dan ook uiterlijk op 1 november overeenstemming bereiken over de overeenkomst voor 2024.

Belangrijke data Activiteiten

Voor 1 juni 2024	Verantwoording verslagjaar 2023: RHO levert de stukken aan bij CZ groep
Tussen 1 juni en 31 juli 2024	Evaluatiegesprekken over verslagjaar 2023 tussen RHO en CZ groep, inclusief de monitoring afspraken factsheet MDZ
Vanaf 1 november 2024	Aanbod tarieven 2025 via VECOZO-portaal behorend bij overeenkomst MDZ en O&I 2024-2025
Uiterlijk 12 november 2024	Publicatie gecontracteerd aanbod

Inkoopspecificaties – O&I en ketenzorg

In dit hoofdstuk specificeren we de rollen, prioriteiten en inkoopkaders ketenzorg die we in dit document aangeven.

Samenwerking

- De RHO is voor en namens de onderaannemers een gemandateerd aanspreekpunt voor andere regionale stakeholders zoals (regionale) zorgorganisaties in de eerste en tweede lijn, gemeenten en andere organisaties in het sociale domein.
- De RHO maakt gemandateerde afspraken met deze regionale stakeholders en de zorgverzekeraar om zo de (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren en te organiseren.
- De RHO borgt dat de betrokken en aangesloten zorgverleners deze gemandateerde afspraken ook implementeren en naleven en maakt dit inzichtelijk.
- De RHO hanteert een open contracteerbeleid met objectieve, non-discrimatoire, transparante criteria om zodoende voldoende onderaannemers aan zich te verbinden om de zorgprogramma's te leveren.
- De RHO legt samenwerkingsafspraken vast met alle onderaannemers die bij de uitvoering van de chronische zorgprogramma's betrokken zijn. Dit betreft afspraken over de inhoud en de financiën. De RHO borgt de naleving en evaluatie van deze afspraken.
- De RHO heeft verwijs- en terugverwijsafspraken gemaakt met zorgverleners en zorginstellingen die in de regio actief zijn en die betrokken zijn bij de behandeling van ingeschreven patiënten. Op basis van die afspraken wordt bepaald wie een patiënt waar behandelt en wie daarbij de hoofdbehandelaar is. Deze afspraken zijn gebaseerd op de Landelijk Transmurale afspraken. Passende zorg is daarbij het uitgangspunt.
- De RHO stimuleert onderlinge samenwerking tussen onderaannemers. Zij zorgt er ook voor dat patiënten voor zorgonderdelen van het zorgprogramma uitsluitend worden verwezen naar andere aangesloten onderaannemers.

Kwaliteit

- De RHO stelt een kwaliteitsbeleid inclusief PDCA-kwaliteitscyclus op. Zij borgt de implementatie bij de aangesloten onderaannemers en maakt met hen verbeterafspraken. De factsheets MDZ inclusief eventuele verbeterafspraken maken onderdeel uit van de PDCA-kwaliteitscyclus.
- Het kwaliteitsbeleid van de RHO wordt verbreed naar huisartsenzorg. De RHO borgt dat zij aantoonbaar toestemming heeft van alle bij haar aangesloten huisartsen en andere onderaannemers om relevante declaratiegegevens en spiegelinformatie op regio-niveau te delen. Bijvoorbeeld informatie uit de Vektis-praktijkspiegels, het factsheet MDZ, de declaratiegegevens van CZ groep (zorgonderdelen die integraal bekostigd worden en zorgvernieuwingprojecten) en de eigen dashboards van de RHO.
- De RHO heeft een uitgewerkt zorgprogramma per te contracteren chronische aandoening. Dat programma is gebaseerd op de vigerende zorgstandaard, op onderliggende standaarden en richtlijnen én op de standaarden en richtlijnen van de deelnemende beroepsgroepen.
- De RHO informeert geïncludeerde patiënten over de inhoud van het zorgprogramma. Elke geïncludeerde patiënt heeft een individueel zorgplan. Dat is in samenspraak met de patiënt opgesteld. Het omvat persoonlijke zorgdoelen van de patiënt en activiteiten van de zorgverlener en van de patiënt. Het individueel zorgplan draagt bij aan de organisatie van persoonsgerichte zorg. De RHO stelt het individueel zorgplan bij inclusie in het zorgprogramma op. Zij evalueert dit jaarlijks en stelt het ieder jaar bij. De RHO stimuleert zelfmanagement waar mogelijk en borgt dit proces in het zorgprogramma.
- De RHO draagt zorg voor een passend aanbod op het gebied van leefstijl (voeding, beweging, stoppen met

- roken) en informeert de patiënt over lotgenoten-contact en patiëntenorganisaties.
- De RHO maakt de transitie naar persoonsgerichte en digitale chronische zorg, om zo tot een passend aanbod te komen voor alle geïncludeerde patiënten. Voor de ambities over digitalisering www.cz.nl/zorgaanbieder/digitale-zorg.
- Zodra dat landelijk mogelijk is, neemt de RHO deel aan de landelijke benchmarkmeting 'Patient Reported Experience Measures' (PREM), zoals gepubliceerd op website www.patiëntervaringsmetingen.nl.
- De RHO zorgt ervoor dat onderaannemers voldoen aan opleidings- en registratievereisten en borgt branche- en kwaliteitsnormen die in de betreffende beroepsgroep gelden.
- De gespecialiseerde verpleegkundige, kaderartsen en medisch specialist maken onderdeel uit van het multidisciplinaire team dat de programmatische zorg uitvoert. Het team ondersteunt professionals om de zorg voor de chronische patiëntpopulatie in de eerste lijn mogelijk te maken. Consultatie van deze professionals maakt onderdeel uit van het zorgprogramma.
- De RHO toetst de noodzaak voor inclusie in de ketenzorg op basis van 3 criteria:
 - 1 check of de patiënt voldoet aan de aandoenings-specifieke in- en exclusiecriteria;
 - 2 check of huisarts de hoofdbehandelaar is van de patiënt;
 - 3 check de generieke inclusie- en exclusiecriteria voor geen programmatische zorg.
- Inclusie is een gezamenlijk besluit van de patiënt en de betrokken huisarts. Voor inclusie in een ketenzorgprogramma informeert de RHO de patiënt over de zorgverlening binnen het zorgprogramma. Zij toetst de bereidheid en motivatie van de patiënt voor deelname aan het ketenzorgprogramma.
- De RHO ziet toe op doelmatige inclusie, waarbij alleen die patiënten worden geïncludeerd die aantoonbaar gemotiveerd zijn én waarbij de programmatische aanpak aantoonbaar meerwaarde en/of verbeterpotentieel heeft. De meerwaarde komt voort uit het verplaatsen naar of behouden van patiënten in de eerste lijn en/of het verlagen van risicofactoren, waardoor complicaties worden voorkomen of uitgesteld (preventie).

Verantwoording & transparantie

- De RHO stuurt jaarlijks aan CZ groep een kwaliteitsjaarverslag toe waarin zij inhoudelijk rapporteert over de voortgang van het zorgaanbodplan, de programmatische zorg en de zorgaanbiedersspecifieke afspraken.
- De RHO stuurt jaarlijks vóór 1 juni een door een accountant gecontroleerde en geaccordeerde jaarrekening van het voorafgaande jaar aan CZ groep toe. Bij verantwoording van bestede gelden maken we een onderscheid tussen gespecificeerde organisatiekosten en (zorg)kosten.
- De RHO is gehouden alle verplichtingen die voortvloeien uit de overeenkomst tussen de RHO en CZ groep voor zover mogelijk ook op te nemen in de afspraken met aangesloten onderaannemers. Het RHO draagt verantwoordelijkheid voor de naleving hiervan.

Inclusie- en exclusiecriteria

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

Doelmatige uitvoering van ketenzorg

- Het integrale tarief kan enkel worden gedeclareerd voor patiënten die geïncludeerd zijn in het zorgprogramma, volgens de geldende in- en exclusiecriteria, en die daadwerkelijk gedurende het kalenderjaar zorg ontvangen voor hun chronische aandoening.
- De RHO registreert voor welke patiënten de huisarts de hoofdbehandelaar is en voor wie het integrale tarief gedeclareerd kan worden.
- Conform de **NZa Regeling Multidisciplinaire Zorg** draagt de RHO zorg voor de registratie van de contactmomenten tussen huisartsgeneeskundige zorgverleners en de patiënt. Het gaat dan om de contacten die zorginhoudelijk verband houden met de zorg die via de ketenprestatie is ingekocht. Het RHO levert deze desgevraagd aan de zorgverzekeraar.
- De RHO is verantwoordelijk voor het voorkomen van dubbeldeclaraties. Zij legt hierover afspraken vast in de overeenkomsten met onderaannemers. Indien onderaannemers zorgprogrammagerelateerde consulten en verrichtingen rechtstreeks bij CZ groep declareren, worden deze kosten verhaald op de RHO.

Inkoopkader DM2

Grondslag voor inkoop

- vigerende NZa-beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg;
 - zorgstandaard DM2, www.zorgstandaarddiabetes.nl/type-2/.
-

Huisartsencomponenten

- **Huisartsencomponent**

De huisartsencomponent bevat alle DM2-gerelateerde directe en indirecte zorg zoals huisartsen die plegen te bieden voor de chronische patiënt, waaronder de controle door de (kader)huisarts of de praktijkondersteuner somatiek, de diabetes-begeleiding zoals op leefstijl, dieet of medicamenteus, educatie, individueel zorgplan, jaarlijkse voetscreening, bloeddrukmeting, (zelfmanagement-)ondersteuning en advies om te stoppen met roken.
 - **Gespecialiseerd verpleegkundige**

De diabetesverpleegkundige maakt deel uit van het multidisciplinaire team en voldoet aan het beroepsdeelfprofiel diabetesverpleegkundige.
 - **Stoppen met roken**

Naast het algemene stoppen-met-roken-advies is gedragsmatige ondersteuning van stoppen met roken als component opgenomen in de zorgkosten.
-

Overige componenten

- **Dieetadvisering**

De praktijkondersteuners geven het algemene voedingsadvies, de diëtist het gespecialiseerd voedingsadvies. Het zorgprogramma DM2 bevat alle diëtietiek, ongeacht de indicatie. Dit betekent dat de diëtist geen verrichtingen diëtietiek kan declareren buiten de ketenzorg die hij binnen die ketenzorg biedt aan de patiënten die volgens dit zorgprogramma DM2 ketenzorg ontvangen. De component diëtietiek in de zorgkosten is een gemiddeld bedrag. Dit betekent dat er patiënten zijn die meer, minder of geen diëtietiek nodig hebben. Voor ketenzorgpatiënten waarvoor diëtietiek geïndiceerd is, wordt op maat bepaald hoeveel (medisch noodzakelijke) zorg nodig is.
 - **Fundus**

De fundusscreening is onderdeel van de zorgkosten en vindt plaats conform de NHG-standaard/zorgstandaard.
 - **Consultatie medisch specialist**

Het meekijkconsult is als component opgenomen in de zorgkosten. Het betreft de beschikbaarheid van medische specialist/kaderarts voor consultatie.
 - **Monitoring en oproepsysteem**

De kosten voor monitoring en het oproepsysteem maken onderdeel uit van de zorgkosten. Dit zijn de kosten voor het organiseren en uitvoeren van de zorg volgens de vigerende zorgstandaard (inclusief verwijzing voor diagnostiek).
 - **Voetzorg (uitsluitend onderdeel onder aanvullende voorwaarden)**

De podotherapeut staat ingeschreven in het kwaliteitsregister paramedici. Voor de inhoud van de voetzorg is de vigerende NZa-beleidsregel Overige geneeskundige zorg van toepassing. Deze bevat het leveren van voetzorg aan patiënten met DM2 ter preventie of ter behandeling van voetulcera, zoals (zorginhoudelijk) beschreven in de vigerende 'Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera' en de richtlijn Diabetische Voet. De te declareren prestaties omvatten het totaalpakket aan werkzaamheden binnen de zorgprofielen zoals beschreven in de 'Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera', voor zover het Zorginstituut Nederland deze heeft geduid als geneeskundige zorg die ten laste van de basisverzekering kan worden gebracht.
-

Inkoopkader DM2

In het kader van dubbelfinanciering mag naast de ketenzorg niet worden gedeclareerd

- alle in het kader van DM2 geleverde reguliere consulten en visites, prestatie 12001, 12010 en 12011, 12002 en 12003;
 - diabetesbegeleiding, prestatie 13029;
 - instellen op insuline, prestatie 13030;
 - materiaalkosten teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten (waaronder eyetone-teststrips), prestatie 12904;
 - stoppen met roken, prestatie 12850, 12851, 12852, 12853;
 - dieetadvisering, prestatie 6000, 6001, 6004, 6005, 6006, 6050, 6051, 6052, 6053, 6102, 6103, 6104, 6105;
 - fundusfoto, prestatie 39917;
 - tweede lijn: medisch specialist, betreft het eenmalig consult door een specialist voor een individuele ketenzorgpatiënt;
 - tweede lijn: indien de eerste lijn de zorg voor een patiënt overdraagt aan medisch-specialistische zorg (DOT in het A- en B-segment), stopt tijdelijk de zorgverlening als onderdeel van de ketenzorg. De RHO en CZ groep zijn beide verantwoordelijk voor het vermijden van dubbelfinanciering. DOT's en OVP's gerelateerd aan het multidisciplinaire zorgprogramma kunnen niet naast de desbetreffende ketenzorgprestaties worden gedeclareerd. In het kwartaal van verwijzing kan de RHO de ketenzorgprestatie nog declareren. Bij terugverwijzing is declaratie weer mogelijk vanaf het kwartaal na de terugverwijzing;
 - alle DM2-gerelateerde voetzorg, prestatie 9200, 9201, 9202, 9203, 9204, 9205;
 - multimorbiditeit: als een verzekerde zowel in het zorgprogramma DM2 als VRM (of zeer hoog risico (HVZ) of hoog risico (VVR)) geïnccludeerd is ten gevolge van multimorbiditeit, is het zorgprogramma DM2 preferent en kan het zorgprogramma VRM (of zeer hoog risico (HVZ) of hoog risico (VVR)) niet worden gedeclareerd.
-

Inkoopkader VRM (zeer hoog risico en/of hoog risico)

Grondslag voor inkoop

- vigerende NZa-beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg;
- zorgstandaard VRM, richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/cardiovasculair-ricicomagement-cvrm. www.zorgstandaarddiabetes.nl/type-2/.

Huisartsencomponenten

- **Huisartsencomponent**
De huisartsencomponent bevat al de aan de zeer hoog risico (voorheen HVZ) en hoog risico (voorheen VVR) gerelateerde directe en indirecte zorg zoals huisartsen die plegen te bieden voor de chronische patiënt, waaronder de controle door de (kader)huisarts of de praktijkondersteuner somatiek, de begeleiding bij leefstijl, dieet of medicamenteus, individueel zorgplan, (zelfmanagement-)ondersteuning, stoppen-met-roken-advies en bloeddrukmeting (inclusief 24-uursbloeddrukmeting).
- **Gespecialiseerd verpleegkundige**
De gespecialiseerd verpleegkundige maakt deel uit van het multidisciplinaire team en voldoet aan de richtlijnen en registratie-eisen van de beroepsgroep.
- **Stoppen met roken**
Naast het algemene stoppen-met-roken-advies is gedragsmatige ondersteuning van stoppen met roken als component opgenomen in de zorgkosten.

Overige componenten

- **Dieetadvisering**
De praktijkondersteuner somatiek geeft het algemene voedingsadvies, de diëtist het gespecialiseerde voedingsadvies. Het zorgprogramma VRM bevat alle diëtetiek, ongeacht de indicatie. Dit betekent dat een diëtist buiten de ketenzorg geen verrichtingen diëtetiek kan declareren voor de patiënten die hij binnen die ketenzorg levert volgens dit zorgprogramma. De component diëtetiek in de zorgkosten is een gemiddeld bedrag. Dit betekent dat er patiënten zijn die meer, minder of geen diëtetiek nodig hebben. Voor ketenzorgpatiënten waarvoor diëtetiek geïndiceerd is, wordt op maat bepaald hoeveel (medisch noodzakelijke) zorg nodig is.
 - **Consultatie medisch specialist**
Het meekijkconsult is als component opgenomen in de zorgkosten. Het betreft de beschikbaarheid van medische specialist/kaderarts voor consultatie.
 - **Monitoring en oproepsysteem**
Kosten voor monitoring en oproepsysteem maken onderdeel uit van de zorgkosten. Dit zijn de kosten voor het organiseren en uitvoeren van de zorg volgens de vigerende zorgstandaard (inclusief verwijzing voor diagnostiek).
 - **ECG**
Vanaf 2023 maakt de ECG geen onderdeel uit van het inkoopkader VRM.
-

Inkoopkader VRM (zeer hoog risico en/of hoog risico)

In het kader van dubbelfinanciering mag naast de ketenzorg niet worden gedeclareerd

- alle in het kader van VRM geleverde reguliere consulten en visites, prestatie 12001, 12010 en 12011, 12002 en 12003;
 - stoppen met roken, prestatie 12850, 12851, 12852, 12853;
 - 24-uursbloeddrukmeting/ 30-minutenmeting, prestatie 13008;
 - dieetadvisering, prestatie 6000, 6001, 6004, 6005, 6006, 6050, 6051, 6052, 6053, 6102, 6103, 6104, 6105;
 - tweede lijn: medisch specialist, als het een eenmalig consult betreft door een specialist voor een individuele ketenzorgpatiënt;
 - tweede lijn: als de eerste lijn de zorg voor een patiënt overdraagt aan medisch-specialistische zorg (DOT in het A- en B-segment), stopt tijdelijk de zorgverlening als onderdeel van de ketenzorg. De RHO en CZ groep zijn beide verantwoordelijk voor het vermijden van dubbelfinanciering. DOT's en OVP's gerelateerd aan het multidisciplinaire zorgprogramma kunnen niet naast de desbetreffende ketenzorgprestaties worden gedeclareerd. In het kwartaal van verwijzing kan de RHO de ketenzorgprestatie nog declareren. Bij terugverwijzing is declaratie weer mogelijk vanaf het kwartaal na de terugverwijzing.
 - multimorbiditeit: als een verzekerde zowel in het zorgprogramma DM2 als VRM (of zeer hoog risico (HVZ) of hoog risico (VVR)) geïnccludeerd is ten gevolge van multimorbiditeit, is het zorgprogramma DM2 preferent en kan het zorgprogramma VRM (of zeer hoog risico (HVZ) of hoog risico (VVR)) niet worden gedeclareerd.
-

Inkoopkader COPD

Grondslag voor inkoop

- vigerende NZa-beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg;
 - zorgstandaard COPD, www.longalliantie.nl/publicaties/.
-

Huisartsencomponenten

- **Huisartsencomponent**
De huisartsencomponent bevat al de COPD-gerelateerde directe en indirecte zorg zoals huisartsen die plegen te bieden voor de chronische patiënt, waaronder de controle van de (kader)huisarts of de praktijkondersteuner somatiek, voorlichting en educatie, medicamenteuze behandeling, signaleren en behandelen van exacerbaties, leefstijlbegeleiding, individueel zorgplan, overleg met longarts, (zelfmanagement-) ondersteuning, eenduidige inhalatie-instructie (LAN) en stoppen-met-roken-advies.
 - **Gespecialiseerd verpleegkundige**
De longverpleegkundige maakt deel uit van het multidisciplinaire team en voldoet aan de richtlijnen en registratie-eisen van de beroepsgroep.
 - **Stoppen met roken**
Naast het algemene stoppen-met-roken-advies is gedragsmatige ondersteuning van stoppen met roken als component opgenomen in de zorgkosten.
-

Overige componenten

- **Spirometrie**
Spirometrie is onderdeel van de zorgkosten en vindt plaats conform de NHG-standaard/zorgstandaard.
 - **Dieetadvisering**
De praktijkondersteuner somatiek geeft het algemene voedingsadvies, de diëtist het gespecialiseerde voedingsadvies. Het zorgprogramma COPD bevat alle diëtetiek, ongeacht de indicatie. Dit betekent dat een diëtist buiten de ketenzorg geen verrichtingen diëtetiek kan declareren voor de patiënten die hij binnen die ketenzorg levert volgens dit zorgprogramma. De component diëtetiek in de zorgkosten is een gemiddeld bedrag. Dit betekent dat er patiënten zijn die meer, minder of geen diëtetiek nodig hebben. Voor ketenzorgpatiënten waarvoor diëtetiek geïndiceerd is, wordt op maat bepaald hoeveel (medisch noodzakelijke) zorg nodig is.
 - **Consultatie medisch specialist**
Het meekijkconsult is als component opgenomen in de zorgkosten. Het betreft de beschikbaarheid van medische specialist/kaderarts voor consultatie.
 - **Monitoring en oproepsysteem**
Kosten voor monitoring en oproepsysteem maken onderdeel uit van de zorgkosten. Dit zijn de kosten voor het organiseren en uitvoeren van de zorg volgens de vigerende zorgstandaard (inclusief verwijzing voor diagnostiek).
-

Inkoopkader COPD

In het kader van dubbelfinanciering mag naast de ketenzorg niet worden gedeclareerd

- alle in het kader van COPD geleverde reguliere consulten en visites, prestatie 12001, 12010 en 12011, 12002 en 12003;
 - stoppen met roken, prestatie 12850, 12851, 12852, 12853;
 - longfunctiemeting, prestatie 13004;
 - COPD-gestructureerde zorg, prestatie 13031;
 - dieetadvisering, prestatie 6000, 6001, 6004, 6005, 6006, 6050, 6051, 6052, 6053, 6102, 6103, 6104, 6105;
 - tweede lijn: medisch specialist, als het een eenmalig consult betreft door een specialist voor een individuele ketenzorgpatiënt;
 - tweede lijn: als de eerste lijn de zorg voor een patiënt overdraagt aan medisch-specialistische zorg (DOT in het A- en B-segment), stopt tijdelijk de zorgverlening als onderdeel van de ketenzorg. De RHO en CZ groep zijn beide verantwoordelijk voor het vermijden van dubbelfinanciering. DOT's en OVP's gerelateerd aan het multidisciplinaire zorgprogramma kunnen niet naast de desbetreffende ketenzorgprestaties worden gedeclareerd. In het kwartaal van verwijzing kan de RHO de ketenzorgprestatie nog declareren. Bij terugverwijzing is declaratie weer mogelijk vanaf het kwartaal na de terugverwijzing.
 - multimorbiditeit: als een verzekerde zowel in het zorgprogramma COPD als astma geïnccludeerd is ten gevolge van multimorbiditeit, is het zorgprogramma COPD preferent en kan het zorgprogramma astma niet worden gedeclareerd.
-

Inkoopkader astma

Grondslag voor inkoop

- vigerende NZa-beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.
- zorgstandaard Astma, www.longalliantie.nl/publicaties/.

Huisartsencomponenten

- **Huisartsencomponent**
Bevat alle astmagerelateerde directe en indirecte zorg zoals huisartsen die plegen te bieden voor de chronische patiënt, waaronder de controle van de (kader)huisarts of de praktijkondersteuner somatiek, voorlichting en educatie, medicamenteuze behandeling, signaleren en behandelen van exacerbaties, leefstijlbegeleiding, individueel zorgplan, overleg met longarts, (zelfmanagement-)ondersteuning, eenduidige inhalatie-instructie (LAN) en stoppen-met-roken advies.
- **Gespecialiseerd verpleegkundige**
De longverpleegkundige maakt deel uit van het multidisciplinaire team en voldoet aan de richtlijnen en registratie eisen van de beroepsgroep.
- **Stoppen met roken**
Naast het algemene stoppen-met-roken-advies is gedragsmatige ondersteuning van stoppen met roken als component opgenomen in de zorgkosten.

Overige componenten

- **Spirometrie**
Spirometrie is onderdeel van de zorgkosten en vindt plaats conform de NHG-standaard/zorgstandaard.
 - **Dieetadvisering (indien overeengekomen)**
De praktijkondersteuner somatiek geeft het algemene voedingsadvies, de diëtist het gespecialiseerde voedingsadvies. Het zorgprogramma Astma bevat alle diëtetiek, ongeacht de indicatie. Dit betekent dat een diëtist buiten de ketenzorg geen verrichtingen diëtetiek kan declareren voor de patiënten die hij binnen die ketenzorg levert volgens dit zorgprogramma. De component diëtetiek in de zorgkosten is een gemiddeld bedrag. Dit betekent dat er patiënten zijn die meer, minder of geen diëtetiek nodig hebben. Voor ketenzorgpatiënten waarvoor diëtetiek geïndiceerd is, wordt op maat bepaald hoeveel (medisch noodzakelijke) zorg nodig is.
 - **Consultatie medisch specialist**
Het meekijkconsult is als component opgenomen in de zorgkosten. Het betreft de beschikbaarheid van medische specialist/kaderarts voor consultatie.
 - **Monitoring en oproepsysteem**
Kosten voor monitoring en oproepsysteem maken onderdeel uit van de zorgkosten. Dit zijn de kosten voor het organiseren en uitvoeren van de zorg volgens de vigerende zorgstandaard (inclusief verwijzing voor diagnostiek).
-

Inkoopkader astma

In het kader van dubbelfinanciering mag naast de ketenzorg niet worden gedeclareerd

- alle in het kader van astma geleverde reguliere consulten en visites, prestatie 12001, 12010 en 12011, 12002 en 12003;
 - stoppen met roken, prestatie 12850, 12851, 12852, 12853;
 - longfunctiemeting, prestatie 13004;
 - COPD-gestructureerde zorg, prestatie 13031;
 - dieetadvisering (indien overeengekomen), prestatie 6000, 6001, 6004, 6005, 6006, 6050, 6051, 6052, 6053, 6102, 6103, 6104, 6105;
 - tweede lijn: medisch specialist, als het een eenmalig consult betreft door een specialist voor een individuele ketenzorgpatiënt;
 - tweede lijn: als de eerste lijn de zorg voor een patiënt overdraagt aan medisch-specialistische zorg (DOT in het A- en B-segment), stopt tijdelijk de zorgverlening als onderdeel van de ketenzorg. De RHO en CZ groep zijn beide verantwoordelijk voor het vermijden van dubbelfinanciering. DOT's en OVP's gerelateerd aan het multidisciplinaire zorgprogramma kunnen niet naast de desbetreffende ketenzorgprestaties worden gedeclareerd. In het kwartaal van verwijzing kan de RHO de ketenzorgprestatie nog declareren. Bij terugverwijzing is declaratie weer mogelijk vanaf het kwartaal na de terugverwijzing.
 - Multimorbiditeit: als een verzekerde zowel in het zorgprogramma COPD als Astma geïnccludeerd is ten gevolge van multimorbiditeit, is het zorgprogramma COPD preferent en kan het zorgprogramma Astma niet worden gedeclareerd.
-

