

Bijlage:

Inkoopbeleid Huisartsenzorg 2024-2025

Vergoedingen en Prestaties

Datum: 29 september 2024

Versie: 1.2

Inhoudsopgave

Vergoeding Taakdelegatie (voorheen Vergoeding POH-S).....	2
Vergoeding Praktijkmanagement.....	6
Vergoeding Praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ).....	8
Prestatie Meer tijd voor de patiënt.....	10
Prestatie Samenwerking rondom kwetsbare ouderen.....	12
Prestatie Behandelwensgesprekken.....	14
Prestatie Farmacotherapeutisch overleg.....	16
Prestatie Service en bereikbaarheid.....	18
Prestatie Kwaliteit.....	20
Prestatie Stoppen met Roken.....	22
Vergoeding Beschikbaarheid in bijzondere gebieden.....	24

Zie voor een overzicht van de belangrijkste wijzigingen, ten opzichte van het inkoopbeleid 2022-2023, het [Inkoopbeleid Huisartsenzorg 2024-2025](#).

Versie	Belangrijkste wijzigingen:
1.1	<p>Beleidswijziging ‘Vergoeding POH-ggz’</p> <p>In het inkoopbeleid versie 1.0 hebben we aangekondigd dat de NZa beleidsregels tot wijzigingen in het inkoopbeleid huisartsenzorg kunnen leiden.</p> <p>U kunt de uitbreiding van de S1 vergoeding volledig inzetten voor POH-GGZ uren</p> <p>In versie 1.0 namen we de urenverdeling over uit het IZA. Daarin is afgesproken dat de POH-GGZ uren worden uitgebreid ten behoeve van e-health en netwerkzorg (consultatie). Om die reden schreven we in versie 1.0 dat de 4 uur uitsluitend bedoeld is voor e-health en consultatie. We passen dit aan omdat de NZa regelgeving voor 2024 deze afhankelijkheid niet beschrijft. U kunt de uitbreiding nu ook volledig inzetten voor POH-GGZ uren.</p> <p>We verduidelijken de vergoeding voor e-health en externe consultatie op basis van kosten</p> <p>In versie 1.0 vroegen we u om uren aan te vragen op basis van de verwachte kosten voor e-health en consultatie. Het omzetten van kosten naar uren blijkt verwarrend. Daarom is dit verduidelijkt en vervalt het opgeven van uren. We vragen niet meer om de verwachte kosten in uren om te zetten, maar simpelweg hoeveel kosten u hiervoor verwacht. Daarmee verwachten we dat de onduidelijkheid/verwarring vervalt.</p> <p>De maximale vergoeding e-health en externe consultatie is nu inzichtelijk in de nieuwe rekentool</p> <p>De maximale vergoeding e-health en de maximale vergoeding externe consultatie zijn niet gewijzigd. Voor beide blijft het maximum gelijk aan de waarde van 2 uren POH-GGZ per 2.350 patiënten. Om deze waarde voor u inzichtelijk te maken is de rekentool aangepast. In deze nieuwe versie, gepubliceerd op 11 september 2023, ziet u meteen bij invulling de maximale vergoeding voor e-health en consultatie op basis van uw praktijkgrootte.</p> <p>Overzicht wijzigingen per pagina</p> <p><i>Pagina 7</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - In de eerste alinea is ‘uren’ veranderd in ‘vergoeding’. - De laatste alinea is herschreven, zodat duidelijk is dat de vergoeding POH-GGZ niet alleen afhankelijk is van uren, maar ook van uw kosten voor e-health en consultatie. <p><i>Pagina 8</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - In de eerste alinea zijn ‘uren’ veranderd in ‘vergoedingen’ en is de zin ‘We kunnen controleren of de aangevraagde uren overeenkomen met uw kosten’ verwijderd omdat het hoofdstuk ‘Naleving en controle’ daarin voorziet. - In de tweede alinea is de volgende zin verwijderd: ‘Voor deze extra uren kan de POH-GGZ zelf de verhouding bepalen tussen patiëntcontact, e-health toepassingen en externe consultatie/netwerkzorg’. Deze zin is niet meer van toepassing omdat we de vergoeding e-health en consultatie bepalen op basis van kosten. <p><i>Rekentool</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ook de POH-GGZ rekentool is op basis van bovenstaande aangepast.
1.2	<p>Beleidswijziging ‘Prestatie Meer tijd voor de patiënt’</p> <p>Vanaf 1 januari 2025 is MTVP voor huisartsen door de NZa verschoven van segment 3 naar segment 1. Om die reden is de beleidstekst aangepast.</p> <p><i>Pagina 10</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - In de eerste alinea is toegevoegd dat MTVP-Leidraad is ‘geactualiseerd op 1 juni 2024’. - De tweede alinea is nieuw. <p><i>Pagina 11</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De tweede en derde alinea zijn nieuw.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- In de vierde alinea is het kopje aangepast en is de laatste zin toegevoegd.- De laatste alinea is verwijderd: 'Mogelijk publiceert de NZa regelgeving voor MTVP. Dat kan gevolgen hebben voor deze prestatie. We houden u hierover op de hoogte.' |
|--|--|

Vergoeding Taakdelegatie (voorheen Vergoeding POH-S)

1. Wat willen we bereiken?

Door medisch-inhoudelijke taakdelegatie kunt u meer tijd voor de patiënt maken

In de huisartsenpraktijk delegeert de huisarts taken aan andere zorgprofessionals. Dit gaat bijvoorbeeld om programmatische ketenzorg door de POH-s of spreekuur door de Physician Assistant of ANIOS. Hierdoor kan de praktijk meer tijd voor de patiënt maken en kan de huisarts zich meer richten op complexere zorgvragen. Zo willen we bijdragen aan een toekomstbestendige huisartsenzorg.

De naam van de 'vergoeding POH-s' is gewijzigd in 'vergoeding Taakdelegatie'

In de basis is de vergoeding bedoeld voor de POH-s. Deze levert programmatische zorg voor chronisch zieken. Daarnaast kunt u deze vergoeding sinds 2020 inzetten voor andere zorgprofessionals, die net als de POH-s bijdragen aan taakdelegatie van medisch-inhoudelijke activiteiten in de huisartsenpraktijk. Om die reden hebben we de naam van de vergoeding aangepast. Zo past het beter bij de praktijk. In de voorwaarden is verduidelijkt om welke zorgprofessionals dit gaat en onder welke voorwaarden.

2. Wat zijn de voorwaarden?

Voor de vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- De ondersteunende professional is een POH (uitgezonderd POH-ggz), praktijkverpleegkundige, physician assistant, nurse practitioner/verpleegkundig specialist of ANIOS;
- De ondersteunende professional is in dienst van de huisartsenpraktijk, in dienst bij de regio-organisatie of gedetacheerd vanuit een instelling;
- De opgegeven uren moeten contractueel vastgelegd zijn voor de professional(s) onder de bovengenoemde functie(s). Voor een POH-s, die ook doktersassistente is, geeft u dus alleen de uren als POH-s op;
- De aangevraagde uren mogen niet boven het aantal contracturen (de werkelijke inzet) liggen;
- De ondersteunende professional werkt in het HIS of KIS van de huisarts en volgt hierbij de NHG-richtlijn ADEPD-registeren. Hij/zij codeert onder meer de episodes met een ICPC-code op de E-regel;
- De ondersteunende professional voldoet aan de opleidingseisen en het competentieprofiel van de eigen beroepsgroep.

3. Hoe bepalen wij de tarieven?

Uw tarief wordt bepaald op basis van uw praktijk, uw ureninzet en het type vergoeding dat u kiest

De oude rekenmethodes POH-s (methodiek 2020-2021) en POH-s (methodiek 2022-2023) zijn gecombineerd tot één rekenmethode. Net als bij de oude rekenmethode POH-s (2020-2021) berekent u de maximale ruimte voor deze vergoeding op basis van uw praktijkpopulatie en praktijkzwaarte. Uw aangevraagde uren mogen bovendien niet boven het aantal contracturen (de werkelijke inzet) liggen. Tot slot kunt u kiezen tussen twee type vergoedingen; een vaste of aanvullende vergoeding.

De praktijkzwaarte wordt berekend op basis van een aantal factoren van uw praktijkpopulatie

1. De praktijkgrootte: het aantal ingeschreven patiënten
2. Chronische patiënten: Pre-DM, DM, CVRM, COPD en Astma volgens de inclusiecriteria van InEen
3. Kwetsbare ouderen: 28% van het aantal ingeschreven 75-plussers

U heeft de keuze tussen een 'vaste vergoeding' en 'aanvullende vergoeding'

In de rekentool (op onze website en in VECOZO) wordt de vergoeding voor uw praktijk inzichtelijk. U kunt de volgende keuze maken:

- U kiest voor een 'vaste vergoeding' van 100% (methodiek POH-s vergoeding 2020-2021)
 - U kiest voor een 100% vergoeding van het aantal uren personeel dat u opvoert. Dit is een volledige vergoeding van de opgegeven uren.
 - De professionals die vanuit deze vergoeding bekostigd worden, mogen tijdens deze uren niet declareren i.v.m. dubbele bekostiging.
- U kiest voor een 'aanvullende vergoeding' van 25% (methodiek POH-s vergoeding 2022-2023)
 - U kiest voor een 25% vergoeding van het personeel dat u opvoert. Dit is een aanvullende vergoeding van de opgegeven uren t.b.v. niet-patiëntgebonden en indirect patiëntgebonden tijd.
 - De direct patiëntgebonden tijd wordt gedeclareerd via consulten en verrichtingen.

Onder direct patiëntgebonden tijd verstaan we het contact met de patiënt. Onder indirecte tijd verstaan we de tijd gerelateerd aan contact met de patiënt, zoals verslaglegging en collegiaal overleg. En bij niet-patiëntgebonden tijd gaat het om tijd die niet gerelateerd is aan een patiënt.

Wij sluiten dubbelloop in financiering uit

- Als u de inzet van de professionals deelt met één of meer andere praktijken met een apart contract met Zilveren Kruis, dan geeft u alleen die uren op die de professional voor uw praktijk werkt en niet de uren die u gezamenlijk contracteert.
- Als u bent aangesloten bij een regio-organisatie die een O&I overeenkomst heeft voor de integrale ketenzorg, dan krijgt u voor die zorg een vergoeding van uw regio-organisatie en niet via deze 'prestatie Taakdelegatie'.
- Als de inzet van de professionals bekostigd wordt via andere S3 vergoedingen, dan worden deze uren niet vergoed via deze 'prestatie Taakdelegatie'.

De rekentool publiceren we uiterlijk 31 augustus op onze website

Zodat u een tariefberekening kunt maken voor uw praktijk. Deze rekentool geldt als hulpmiddel en werkt gelijk aan de rekenmethodiek in het zorginkoopportaal van VECOZO, waar u de vergoeding aanvraagt. Het tarief is uiteindelijk een bedrag per ingeschreven patiënt.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de vergoeding aan via het zorginkoopportaal van VECOZO

Op 4 momenten per jaar kunt u starten met de vergoeding of wijzigingen doorgeven die kunnen leiden tot aanpassing van het tarief. De startdata zijn: 1 januari, 1 april, 1 juli en 1 oktober. Uw aanvraag kunt u uiterlijk 4 weken voor de startdatum van de vergoeding indienen via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact. U krijgt dan opnieuw toegang tot het zorginkoopportaal van VECOZO.

De volgende wijzigingen geeft u aan ons door:

- u levert/gebruikt meer of minder uren dan waar het tarief op gebaseerd is;
- uw praktijkpopulatie wijzigt.

Na toekenning van uw aanvraag krijgt u een nieuwe samenvatting. De nieuwe vergoeding gaat in op de eerste dag van het nieuwe kwartaal.

Vergoeding Praktijkmanagement

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

Voor een huisarts is het belangrijk om zoveel mogelijk tijd beschikbaar te hebben voor patiëntenzorg

Hieraan willen we bijdragen met deze vergoeding. Een praktijkmanager neemt werkzaamheden over van de huisarts die niet gerelateerd zijn aan zorg. Dit zijn vooral facilitaire en managementtaken. U kunt als huisarts hierdoor meer tijd besteden aan uw patiënten. In de reguliere financiering van huisartsen (inschrijftarief/consulttarief) zit een component voor het management van de praktijk. Wij bieden in aanvulling hierop ook een tegemoetkoming in de kosten voor de inzet van een praktijkmanager.

Praktijkmanagement kan ook gecontracteerd worden via de O&I regio-organisatie

Voor een goede inbedding van de praktijkmanager is de samenwerking met andere praktijken en/of de regio-organisatie noodzakelijk. Zilveren Kruis ziet praktijkmanagement als onderdeel van de organisatie en infrastructuur (O&I) voor de huisartsenzorg. Om die reden kan praktijkmanagement ook gecontracteerd worden via uw O&I regio-organisatie.

2. Wat zijn de voorwaarden?

De volgende voorwaarden gelden voor de praktijkmanager

De praktijkmanager:

- doet facilitaire en managementwerkzaamheden voor de praktijk. De huisarts draagt daadwerkelijk managementtaken over aan de praktijkmanager;
- werkt voor huisartsenpraktijken in een samenwerkingsverband of voor een praktijk met meer dan 4.500 patiënten;
- bevordert de onderlinge samenwerking tussen de praktijken;
- heeft een relevante HBO opleiding afgerond en/of een (eenjarige) opleiding tot praktijkmanager afgerond die is geaccrediteerd op HBO-niveau. Aan de voorwaarden is tevens voldaan als de praktijkmanager aantoonbaar is gestart met een relevante HBO-opleiding.

De contractuele uren van een doktersassistent kunt u niet opvoeren als uren praktijkmanagement. Met een doktersassistent die ook werkzaam is als praktijkmanager en voldoet aan de gestelde voorwaarden, sluit u een aparte arbeidsovereenkomst af.

We stimuleren de registratie in het kwaliteitsregister van de Nederlandse Vereniging voor Praktijk Management (NVvPM). Dat vormt de basis voor kwaliteitsborging van de praktijkmanager.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

De rekentool publiceren we uiterlijk 31 augustus op onze website

Zodat u een tariefberekening kunt maken voor uw praktijk. Deze rekentool geldt als hulpmiddel en werkt gelijk aan de rekenmethodiek in het zorginkoopportaal van VECOZO, waar u de vergoeding aanvraagt. Het tarief is uiteindelijk een bedrag per ingeschreven patiënt.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de vergoeding aan via het zorginkoopportaal van VECOZO

Op 4 momenten per jaar kunt u starten met de vergoeding of wijzigingen doorgeven die kunnen leiden tot aanpassing van het tarief. De startdata zijn: 1 januari, 1 april, 1 juli en 1 oktober. Uw aanvraag kunt u uiterlijk 4 weken voor de startdatum van de vergoeding indienen via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact. U krijgt

dan opnieuw toegang tot het zorginkoopportaal. Na toekenning van uw aanvraag krijgt u een nieuwe samenvatting. De nieuwe vergoeding gaat in op de eerste dag van het nieuwe kwartaal.

Vergoeding Praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ)

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

U krijgt meer ruimte voor e-health en netwerkzorg

In het IZA is afgesproken dat maximum aantal uren POH-GGZ (per normpraktijk) met 4 uur worden verhoogd. Deze extra vergoeding is bedoeld voor netwerkzorg en het inzetten van e-health modules. We stimuleren daarmee de inzet van digitale tools bij patiënten met mentale klachten. Ook krijgt u meer ruimte voor netwerkvorming rondom deze patiënten. Denk hierbij niet alleen aan samenwerking met de GGZ, maar ook aan het sociaal domein (zoals bijvoorbeeld maatschappelijk werk).

Wij vinden het belangrijk dat verzekerden de juiste GGZ-zorg op de juiste plek krijgen

Verzekerden willen GGZ-zorg dicht bij huis krijgen. Dit kan via de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk. Deze professional ondersteunt de huisarts bij de GGZ-zorg. Denk aan patiënten met klachten van psychische, psychosociale of psychosomatische aard. Dit doet de POH-GGZ door middel van preventie, triage, kortdurende behandeling/begeleiding en gerichte doorverwijzing. De functie kan worden ingevuld door (een combinatie van) personele inzet, e-health en het raadplegen van GGZ gespecialiseerde zorgaanbieders (consultatie/netwerkzorg).

Voor externe consultatie kunt u denken aan een psychiater, psychotherapeut, eerstelijns GZ-psycholoog, klinisch psycholoog of een kaderarts GGZ. En wat betreft e-health toepassingen kunt u denken aan een e-healthplatform waar e-health programma's, beeldbellen, vragenlijsten en Virtual Reality samenkomen.

De POH-GGZ heeft een specifieke plaats in de GGZ-keten

De GGZ-keten bestaat uit de praktijkondersteuner GGZ, de generalistische Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Zilveren Kruis ondersteunt de stappen die worden gezet om de positie van de POH-GGZ in deze keten te versterken.

U kunt gebruik maken van een beslissingsondersteunend screeningsinstrument

Wij stimuleren het gebruik van beslissingsondersteunende screeningsinstrumenten, omdat we het belangrijk vinden dat patiënten hun zorg op de juiste plek ontvangen.

2. Wat zijn de voorwaarden?

Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding stellen wij een aantal voorwaarden

- U stimuleert zelfzorg (e-health) en 'blended' begeleiding/behandeling. Bij 'blended' hulpverlening krijgt een verzekerde een gecombineerde behandeling/hulpverlening van online en offline interventies. Dit maakt de zorg beter, klantvriendelijker en doelmatiger.

De POH-GGZ:

- voldoet aan opleidingseisen en competentieprofiel van de eigen beroepsgroep;
- maakt tijdens werktijden gebruik van een werkruimte/spreekkamer in uw praktijk;
- werkt in het Huisarts Informatie Systeem (HIS) en/of het Keten Informatie Systeem (KIS).

Wij kennen maximaal 16 uur POH-GGZ per week toe per 2.350 patiënten

Het maximum NZa tarief staat gelijk aan 16 uur POH-GGZ per week per 2.350 patiënten. Binnen deze maximumvergoeding is het ook mogelijk aanvullende kosten voor e-health toepassingen en externe consultatie (netwerkzorg) te vergoeden. Deze vergoedingen zijn elk maximaal de waarde van 2 uur POH-GGZ per week per 2.350 patiënten.

Voor het aanvragen van de vergoedingen voor e-health toepassingen en consultatie/netwerkzorg, brengt u voor uw praktijk de verwachte kosten in kaart. Op basis daarvan vraagt u deze vergoeding aan.

Onder voorwaarden kunt u meer dan 16 uur POH-GGZ per week aanvragen

U kunt in het inkoopportaal van VECOZO een afspraak maken voor meer dan 16 uur POH-GGZ per week. U heeft recht op extra uren wanneer uw praktijk een wachtlijst heeft voor de POH-GGZ of wanneer u werkzaam bent in een achterstandswijk. In het portaal krijgt u hierover vragen te zien.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

De rekentool publiceren we uiterlijk 31 augustus op onze website

Zodat u een tariefberekening kunt maken voor uw praktijk. Deze rekentool geldt als hulpmiddel en werkt gelijk aan de rekenmethodiek in het zorginkoopportaal van VECOZO, waar u de vergoeding aanvraagt. Het tarief is uiteindelijk een bedrag per ingeschreven patiënt. De POH-GGZ kan daarnaast ook specifieke consulten declareren.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

Wijzigingen en nieuwe aanvragen kunt u aanvragen via het zorginkoopportaal van VECOZO

U kunt op 4 momenten in het jaar starten met de vergoeding of wijzigingen doorgeven die kunnen leiden tot aanpassing van het tarief. De start-/wijzigingsdata zijn: 1 januari, 1 april, 1 juli en 1 oktober. De volgende wijzigingen geeft u aan ons door:

- u breidt het aantal uren POH-GGZ uit
- u levert/gebruikt minder uren POH-GGZ dan waar het tarief op gebaseerd is
- uw populatie wijzigt sterk

Uw aanvraag dient u uiterlijk 4 weken voor de startdatum van de vergoeding in via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact. U krijgt dan opnieuw toegang tot het zorginkoopportaal van VECOZO. Na toekenning van uw aanvraag of wijziging krijgt u een nieuwe samenvatting. De nieuwe vergoeding gaat in op de eerste dag van het nieuwe kwartaal.

Prestatie Meer tijd voor de patiënt

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

Deze prestatie heeft als doel meer tijd voor de patiënt in de spreekkamer te realiseren

Het gaat hierbij om daadwerkelijk meer tijd in de huisartspraktijk, een lerende omgeving door middel van intervisie en een regionale aanpak met ondersteuning van de regio-organisatie (RO). De landelijk vastgestelde MTVP-Leidraad (geactualiseerd op 1 juni 2024) is de basis voor deze Zilveren Kruis prestatie.

Vanaf 1 januari 2025 valt de MTVP-prestatie (voor huisartsen) binnen segment 1

Dit betekent dat MTVP onderdeel is van de NZa beleidsregels en dat de NZa een tarief heeft vastgesteld. De MTVP-prestatie voor regio-organisaties valt nog wel in segment 3. De inhoud van de prestatie blijft verder gelijk, maar door de verschuiving naar segment 1 krijgt de prestatie voor huisartsen een structureler karakter. Als onderdeel van de verschuiving hebben brancheorganisaties en verzekeraars afgesproken dat de doelstellingen blijven gelden tot 2028. We blijven gezamenlijk de doelstellingen monitoren en actualiseren de MTVP-leidraad op verschillende momenten.

De regio-organisatie heeft de belangrijke taak om dit proces te ondersteunen

Zij coördineert de volgorde van deelnemende praktijken en maakt daarvoor gebruik van de methodiek van LHV en InEen. Uw regio-organisatie begeleidt deelnemende praktijken en bepaalt (in samenspraak met de huisartsen) de interventies. Deze interventies staan beschreven in het MTVP-plan van de regio-organisatie waaraan de deelnemende huisartsen zich verbinden.

We stimuleren anders werken in de praktijk

De MTVP-gelden zijn noodzakelijk, zodat u echt anders kunt gaan werken. U kunt bijvoorbeeld de samenwerking binnen uw netwerk uitbreiden of uw manier van consultvoering verrijken. Daarnaast mag u het geld gebruiken voor de uitbreiding van de personele capaciteit. Door deze interventies kunt u meer tijd voor uw patiënt creëren. Meer hierover leest u in de [MTVP Leidraad](#).

2. Wat zijn de voorwaarden?

In de MTVP-Leidraad is afgesproken dat er per regio een 'MTVP plan' komt

Huisartsen kunnen daarbij aansluiten. In het plan worden onder andere keuzes gemaakt voor MTVP-interventies. Zoals beschreven in de Leidraad vallen deze binnen de volgende onderwerpen:

- Anders werken in de praktijk
- Samenwerken met het netwerk
- Uitbreiding van de personele capaciteit
- Het voeren van het goede gesprek

Om in aanmerking te komen voor de MTVP prestatie geldt dat u

- een lerende omgeving (via intervisie) heeft die is gericht op MTVP;
- bijdraagt aan het uitvoeren van het MTVP-regioplan;
- de MTVP-Leidraad implementeert.

Met deze invulling van MTVP dragen we bij aan de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor onze verzekerden. Uiterlijk 1 januari 2024 kunnen alle praktijken deelnemen aan MTVP.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

We zijn voor de vaststelling van het tarief uitgegaan van het landelijke kader

Voor MTVP is landelijk € 220 miljoen per jaar beschikbaar. Dat bedrag komt uit een brief van de VWS minister over het Integraal Zorgakkoord, waarin hij ingaat op de zorgen van huisartsen (15 september 2022). Dat kader omvat zowel het tarief voor de huisartsenpraktijk als het tarief voor de regio-organisatie. De huisarts kan een kwartaaltarief per ingeschreven patiënt declareren.

Doordat MTVP vanaf 1 januari 2025 voor huisartsen binnen segment 1 valt, bepaalt de NZa voor het huisartsendeel een maximumtarief en dat volgen wij. Het tarief voor de regio-organisatie blijft in segment 3 en stelt Zilveren Kruis vast. Beide tarieven maken we bekend op de website van Zilveren Kruis en dat doen we uiterlijk 31 augustus voorafgaand aan het nieuwe contractjaar.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

Vanaf 2025 hoeft u geen aanvraag bij Zilveren Kruis in te dienen

Door de verschuiving naar S1 is de prestatie beschikbaar voor elke huisarts.

Ook in 2025 geeft u aan de regio-organisatie door of u wilt deelnemen en aan welke interventies

De regio-organisatie maakt afspraken met onze regionale zorginkoper. Voor een afspraak stellen de regio-organisatie en de regionale zorginkoper eerst het MTVP-plan vast. Onderdeel daarvan is een lijst met deelnemende huisartsenpraktijken. Op basis van deze lijst checken we of de huisartsen die MTVP declareren ook op de lijst van de regio-organisatie staan en dus voldoen aan de voorwaarden.

Prestatie Samenwerking rondom kwetsbare ouderen

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

Zilveren Kruis stimuleert de vorming van zorgnetwerken via de regio

Het aanbod van de module ouderenzorg is nog niet in al onze kernregio's op hetzelfde niveau. Daarom bieden we ook in de contractperiode 2024-2025 de volgende contracteeropties: via de regio-organisatie of als individuele huisarts.

Wij vinden het belangrijk dat ouderen zorg op maat krijgen in de eigen woonomgeving

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

Zilveren kruis ondersteunt de vorming van netwerken rondom kwetsbare ouderen

Het inrichten van dit zorgnetwerk kost tijd en inzet. We stimuleren huisartsen om vanuit de huisartsenpraktijk de samenwerking met de wijkverpleging, eerstelijnsverblijf (ELV), specialist ouderengeneeskunde en het sociale domein goed vorm te geven. Deze prestatie is bedoeld om u als huisarts en/of de POH ruimte te geven voor samenwerking, overleg en digitale uitwisseling van informatie.

Wij stimuleren het gebruik van een gemeenschappelijk digitaal platform

Het digitale platform kunt u gebruiken om de communicatie met de diverse zorgverleners rondom de kwetsbare oudere slim te organiseren. Het platform is daarmee een middel en geen doel op zich. Wij adviseren om binnen uw regio de keuze te maken voor één van de beschikbare ICT-systemen en hierbij afspraken te maken over cofinanciering. Voorbeelden van systemen zijn: OZO verbindzorg, eGPO, Caresharing cBoards en ZWIP.

2. Wat zijn de voorwaarden?

Voor deelname aan deze prestatie stellen wij een aantal voorwaarden

- Er is een zichtbaar effectief lokaal netwerk rondom kwetsbare ouderen.
- Vanuit de huisartsenpraktijk neemt een POH, VS, PA en/of huisarts deel aan het lokaal netwerk. De deelnemer voldoet aan het competentieprofiel en opleidingsvereisten van de eigen beroepsgroep.
- In het lokale netwerk worden minimaal de specialist ouderengeneeskunde (SO), wijkverpleging en het sociaal wijkteam betrokken.
- U zorgt ervoor dat de plannen en activiteiten (rondom kwetsbare ouderen) aansluiten bij die van andere disciplines en domeinen.
- U maakt afspraken over efficiënte en volledige informatie-uitwisseling ten behoeve van de zorg voor de kwetsbare ouderen.
- Als u de uren POH-s of andere zorgverlener inzet voor deze prestatie, dan geeft u deze uren niet op in de rekentool voor de 'vergoeding Taakdelegatie' om dubbele bekostiging te voorkomen.

Het doel van de samenwerking is een verbetering in de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren voor de oudere.

Dit betekent dat u in de samenwerking concreet bezig bent met:

- Het identificeren van kwetsbare ouderen.

- Het indiceren en uitvoeren van Behandelwensgesprekken (ofwel Advanced Care Planning). Hiervoor geldt vanaf 2024 dezelfde prestatiecode in alle Zilveren Kruis gebieden en deze prestatie staat beschreven in het Inkoopbeleid Huisartsenzorg 2024-2025.
- Het signaleren, indiceren en uitvoeren van de polyfarmacie-check.
- Het signaleren van verhoogd valrisico en het indiceren van valpreventie. Valpreventie initiatieven vinden plaats binnen het sociaal domein.
- Het bespreken van individuele casuïstiek.
- Het signaleren van behoefte aan en het inzetten van mantelzorgondersteuning.
- Het bepalen van een gezamenlijke aanpak (preventie en/of zorg), met een duidelijke rolverdeling tussen de verschillende zorgverleners. Als het nodig en nuttig is legt u de aanpak vast in bijvoorbeeld een individueel zorgplan.

Voor het realiseren en onderhouden van een digitaal platform kunt u uitbreiding op het tarief krijgen

U komt hiervoor in aanmerking als u aan bovenstaande voorwaarden voldoet én bij het starten met deze prestatie een werkende samenwerking heeft op het digitale platform. Dit betekent concreet het volgende:

- U heeft een digitaal platform voor de zorg rondom ouderen. We streven naar het gebruik van één digitaal platform in de regio, om het voor alle betrokken partijen werkbaar te houden. We vragen u zich hier ook voor in te spannen.
- Alle betrokkenen hebben toegang tot het platform en werken daar ook mee. Betrokken zijn minimaal de (verschillende aanbieders van) wijkverpleging en het sociaal wijkteam van de gemeente. Idealiter is ook de oudere en/of de mantelzorger betrokken.
- Het zorgbehandelplan en de trajectbegeleiding komen met behulp van het platform tot stand en zijn vastgelegd op het platform.
- Bij voorkeur is het digitaal platform ook voor andere doelgroepen toepasbaar en in gebruik, bijvoorbeeld voor PaTZ of GGZ.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Het tarief is een vast bedrag per kwetsbare oudere

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

De tarieven maken we bekend op de website van Zilveren Kruis en dat doen we uiterlijk 31 augustus voorafgaand aan het nieuwe contractjaar.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de prestatie aan via het zorginkoopportaal van VECOZO

Als u als individuele huisarts deelneemt, vult u het totaal aantal ouderen boven de 75 jaar in uw praktijk in. Het uitgangspunt dat wij hanteren is dat 28% van de patiënten van 75 jaar en ouder kwetsbaar is. U kunt op 2 momenten per jaar starten met de prestatie. De startdata zijn: 1 januari en 1 juli. Uw aanvraag kunt u uiterlijk 4 weken voor de startdatum van de vergoeding indienen via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact. U krijgt dan opnieuw toegang tot het zorginkoopportaal van VECOZO. Na toekenning van uw aanvraag of wijziging krijgt u een nieuwe samenvatting. De nieuwe vergoeding gaat in op de eerste dag van het nieuwe half jaar.

Prestatie Behandelwensgesprekken

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

Met deze nieuwe prestatie stimuleren we proactieve zorgplanning

Om zorgplanning te stimuleren komt er een aparte prestatie voor behandelwensgesprekken. Deze gesprekken kunnen bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg rond het levenseinde.

De bevolking wordt steeds ouder en de druk op de zorg wordt steeds groter

Het doel van behandelwensgesprekken is het voorkomen van onder- of overbehandeling bij het levenseinde en het leveren van zorg zoals de patiënt dat wenst. Regelmatig komt het voor dat ouderen in het ziekenhuis terecht komen. Terwijl ze daar achteraf gezien liever niet terecht waren gekomen. Door bij patiënten te inventariseren wat hun wensen zijn in de laatste fase van hun leven en dat ook daadwerkelijk vast te leggen, wordt meer gehandeld volgens de wensen van deze patiënten.

U krijgt meer tijd voor het behandelwensgesprek en de voorbereiding daarbij

Daarom is het mogelijk om bij patiënten waarbij u dit nodig acht, bijvoorbeeld vanwege kwetsbaarheid of een verwacht overlijden binnen een jaar, een behandelwensgesprek uit te voeren en te declareren.

2. Wat zijn de voorwaarden?

Tijdens de gesprekken bespreekt u de wensen van uw patiënt in de laatste levensfase

Dit betreft onder andere het wel of niet toedienen van antibiotica, wel of geen ziekenhuisopname en wel of niet reanimeren. Daarnaast bespreekt u zingeving en andere psychische en sociale aspecten met de patiënt. Voor meer informatie over palliatieve zorg en gesprekken rondom het levenseinde verwijzen we naar de [NHG](#).

De afspraken draagt u over aan de huisartsenpost

Bent u met uw praktijk aangesloten bij een huisartsenpost? Dan heeft u de verplichting de inhoud van behandelwensgesprekken over te dragen aan de huisartsenpost. Op die manier is uw collega tijdens de ANW-uren op de hoogte van de wensen van uw patiënt.

De huisarts voert het behandelwensgesprek

Onder regie van de huisarts kunnen ook andere professionals zoals de verpleegkundig specialist (VS) of de physician assistent (PA) het gesprek voeren.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Het tarief is een bedrag per behandelwensgesprek

Het eerste gesprek vergt de meeste voorbereiding en hiervoor geldt dan ook een hoger tarief. Mocht in de loop van de tijd een bijstelling nodig zijn door onvoorziene omstandigheden of een verandering in de gezondheid van uw patiënt, dan kunt u de prestatie voor een vervolgesprek declareren. De tarieven maken we bekend op de website van Zilveren Kruis en dat doen we uiterlijk 31 augustus voorafgaand aan het nieuwe contractjaar.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de prestatie aan via het zorginkoopportaal van VECOZO

U geeft per module aan of u deze wilt afsluiten. Op 2 momenten per jaar kunt u starten met de prestatie. De startdata zijn: 1 januari en 1 juli. Uw aanvraag kunt u uiterlijk 4 weken voor de startdatum van de vergoeding indienen via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact. U krijgt dan opnieuw toegang tot het zorginkoopportaal van VECOZO. Na toekenning van uw aanvraag of wijziging krijgt u een nieuwe samenvatting. De nieuwe vergoeding gaat in op de eerste dag van het nieuwe half jaar.

Prestatie Farmacotherapeutisch overleg

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

De prestatie 'Formulairgericht Voorschrijven' (FGV) is vervangen door de 'prestatie FTO/DTO'

Met FGV wilden we het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door de huisarts stimuleren. Huisartsen scoorden vrijwel allemaal hoog. Maar we zagen ook weinig verschil in de FGV scores. Daarnaast kwam de doorontwikkeling moeizaam op gang en bleek de methodiek complex. De methodiek zorgde voor onduidelijkheid, administratielasten en ongelijkheid vanwege verschillende HIS'en. Om bovenstaande redenen hebben we in overleg met huisartsen en andere zorgverzekeraars de stap gezet naar de 'prestatie FTO/DTO'.

Met deze nieuwe prestatie stimuleren we samenwerking tussen huisarts en apotheker

Daarnaast bevorderen we de deskundigheid, kwaliteit en doelmatigheid bij het voorschrijven van medicatie door middel van een farmacotherapeutisch overleg (FTO). Ook is er de mogelijkheid om deze prestatie te gebruiken om de samenwerking met de tweede lijn te bevorderen door middel van een diagnostisch toets overleg (DTO).

Uitgangspunt voor de prestatie FTO is een vaste groep zorgaanbieders

Deze groep bestaat uit minimaal één apotheker en drie (apothekhoudend) huisartsen. Wanneer in de betreffende regio alleen apothekhoudende huisartsen zijn, bestaat deze groep uit minimaal vier apothekhoudende huisartsen. In deze groep worden doelstellingen bepaald, vastgelegd in een jaarplan en geëvalueerd. Meer informatie over een FTO is te vinden in het gratis te downloaden handboek FTO (www.medicijngebruik.nl/fto-voorbereiding/resultaat/fto-module-presentatie/313/handboek-fto).

Belangrijk is dat uw FTO-groep aansluit bij thema's die spelen in uw regio

Daarom vragen we de regionale O&I organisatie om een lijst aan te dragen met FTO onderwerpen, die relevant zijn voor de regio.

2. Wat zijn de voorwaarden?

Hieronder leest u de voorwaarden

- De groep komt afhankelijk van het niveau 5 of 6 keer per jaar samen. De FTO-groep heeft een gemeenschappelijk doel en een jaarplan.
- De groep kan ook enkele bijeenkomsten gebruiken voor een DTO. Er kunnen maximaal twee bijeenkomsten worden besteed aan DTO.
- De groep maakt gebruik van de meest recente richtlijnen en bespreekt onderwerpen die via de regio-organisatie worden aangeleverd. Deze onderwerpen worden bij minimaal 2 bijeenkomsten besproken.
- Minimaal één van de deelnemende huisartsen is geregistreerd als Erkend Kwaliteitsconsulent (EKC). Onder verantwoordelijkheid van de EKC moeten verslagen en presentielijsten in GAIA worden ingebracht.

Voor specifieke voorwaarden per FTO niveau kunt u onderstaande tabel van het Instituut Verantwoord Medicijngebruik raadplegen, hieronder vindt u de belangrijkste punten:

Indicator	Niveau 3	Niveau 4
Groepsgrootte	Minimaal 1 apotheker en 3 (apothekhoudend) huisartsen	Minimaal 1 apotheker en 3 (apothekhoudend) huisartsen
Frequentie	Minimaal 5 keer per jaar, met een minimale opkomst van 50%	Minimaal 6 keer per jaar, met een minimale opkomst van 50%
Duur bijeenkomst	Minimaal 1 uur, gemiddeld 1,5 uur over het jaar gemeten	Minimaal 1 uur, gemiddeld 1,5 uur over het jaar gemeten
Gebruik prescriptiecijfers	Bij minimaal 2 inhoudelijke FTO's	Bij minimaal 3 inhoudelijke FTO's, exclusief evaluatiecijfers
Maken van afspraken over farmacotherapie	Bij minimaal 2 medisch inhoudelijk onderwerpen worden afspraken gemaakt die voldoen aan de eisen omschreven in hoofdstuk 2 van het handboek FTO	Bij minimaal 3 medisch inhoudelijk onderwerpen worden afspraken gemaakt die voldoen aan de eisen omschreven in hoofdstuk 2 van het handboek FTO
Formuleren resultaatdoelstelling,	Geen eis	Aanvullende eisen, zie handboek
Plan van aanpak	Geen eis	Aanvullende eisen, zie handboek
Afspraak vorig FTO terug laten komen	Geen eis	Aanvullende eisen, zie handboek
Toetsing adhv prescriptiecijfers	Geen eis	Aanvullende eisen, zie handboek

U hoeft geen gegevens vooraf met ons te delen

Wel kunnen we via steekproeven gegevens opvragen. We stellen dan steekproefsgewijs vast of de FTO-bijeenkomsten conform voorwaarden hebben plaatsgevonden. We kunnen daarbij een verzoek doen voor een uitdraai uit GAIA . Deze steekproeven zijn gericht op naleving en controle.

Het IVM doet steekproeven ter monitoring en doorontwikkeling

FTO-groepen worden door het IVM steekproefsgewijs beoordeeld om vast te stellen op welke niveau het FTO functioneert.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

De niveaus 3 en 4 komen in aanmerkingen voor een vergoeding

Het tarief is een vast bedrag per ingeschreven patiënt afhankelijk van het niveau van de FTO-groep. De tarieven maken we uiterlijk 31 augustus voorafgaand aan het nieuwe contractjaar bekend op onze website

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de prestatie aan via het zorginkoopportaal van VECOZO

U geeft dan meteen aan op welk niveau uw FTO-groep in het komende jaar functioneert. U kunt op 2 momenten per jaar starten met de prestatie. De startdata zijn: 1 januari en 1 juli. Uw aanvraag kunt u uiterlijk 4 weken voor de startdatum van de vergoeding indienen via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact. U krijgt dan opnieuw toegang tot het zorginkoopportaal van VECOZO. Na toekenning van uw aanvraag of wijziging krijgt u een nieuwe samenvatting. De nieuwe prestatie gaat in op de eerste dag van het nieuwe half jaar.

Prestatie Service en bereikbaarheid

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

Het is voor onze klanten en uw patiënten belangrijk dat de huisartsenpraktijk toegankelijk en bereikbaar is

We stimuleren u om de service en bereikbaarheid van de praktijk te verbeteren of te vergroten. We richten ons op zaken die we als extra beschouwen ten opzichte van wat normaal gesproken mag worden verwacht van een huisartsenpraktijk.

Digitale oplossingen dragen positief bij aan goede service en bereikbaarheid

Digitalisering gaat in een hoog tempo en technologieën verouderen snel. In de service naar klanten vraagt dit continu om vernieuwing en verdergaande digitalisering. Dat wat nu nieuw en uitzonderlijk is, wordt over een aantal jaar als gewoon ervaren. We stimuleren praktijken dan ook om bestaande digitale oplossing regelmatig te evalueren en zo nodig aan te passen.

2. Wat zijn de voorwaarden?

De prestatie bestaat uit 3 modules (A, B en C) die u los van elkaar kunt afsluiten

U kunt deelnemen op het niveau van de huisartsenpraktijk of een groepspraktijk.

U vermeldt de gecontracteerde service en bereikbaarheidsaspecten duidelijk zichtbaar op uw website

Dit is een algemene voorwaarde. Daarmee attendeert u als praktijk uw patiënten op de service aspecten die u aanbiedt. Er mogen geen restricties gelden op de aangeboden service aspecten. We controleren steekproefsgewijs. Bijvoorbeeld door te controleren of de verschillende services duidelijk zijn vermeld op uw website. Ook kunnen we vragen om uw eigen data, waaruit blijkt dat uw patiënten gebruikmaken van de services.

Module A: Online inzage - de praktijk biedt online inzage in een beveiligde omgeving

Steeds meer patiënten hebben behoefte aan inzicht in de eigen medische gegevens. Bijvoorbeeld om samen te beslissen tijdens het zorgpad. Via deze module stimuleren we het implementeren en aanbieden van de service 'online inzage'. We sluiten daarmee aan op de wettelijke plicht (vanaf 1 juli 2020) om patiënten elektronische inzage in hun gegevens te bieden. Voor deze module gelden twee voorwaarden. Om in aanmerking te komen voor deze module moet u aan de volgende voorwaarden voldoen:

- 1) Patiënten kunnen online hun dossier inzien
- 2) Patiënten kunnen online hun laboratoriumuitslagen inzien

Voor het contracteren van deze module voldoet u aan beide bovenstaande voorwaarden. Uiteraard moet u de 'online inzage' aanbieden in een beveiligde omgeving, waar wordt voldaan aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Module B: Online contact - patiënten kunnen 24/7 online contact opnemen met de huisartspraktijk

Alle vormen van bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk zijn belangrijk, zowel fysiek als digitaal. Via deze module stimuleren we dat de praktijk 24/7 online communicatiemogelijkheden biedt. Voor deze module gelden de volgende voorwaarden:

- **Patiënten kunnen online afspraken maken, voor zowel een fysiek als een online consult (beeldbellen)**

Toelichting: Patiënten kunnen online een afspraak plannen voor het reguliere spreekuur van de huisarts. U stelt voldoende afspraakmogelijkheden open, zodat uw patiënt keuze heeft. Patiënten kunnen minimaal 5 werkdagen vooruit afspraken vastleggen. Patiënten kunnen nog steeds telefonisch een afspraak maken via de assistente.

- **Patiënten kunnen een e-consult krijgen**

Toelichting: E-consult is het digitaal contact met uw patiënt via de e-mail, de chat in een app of het patiëntenportaal.

- **Patiënten kunnen via beeldbellen een consult krijgen**

Toelichting: Door de inzet van beeldbellen hoeven uw patiënten niet naar de praktijk te komen, maar worden zij toch 'gezien'. U beschikt over een protocol, bepaalt welk systeem u hanteert en informeert uw patiënten actief. Om het beeldbelconsult goed te implementeren is ondersteuning mogelijk vanuit de regio-organisatie.

- **Patiënten kunnen online herhaalmedicatie aanvragen**

Toelichting: Patiënten kunnen online herhaalmedicatie aanvragen. Als uw praktijk afspraken heeft met één of meerdere apotheken in de omgeving, dan volstaat een verwijzing op uw website dat patiënten herhaalmedicatie kunnen aanvragen op de website van de betreffende apotheek.

- **U verstuurt uw recepten en verwijfsbrieven digitaal**

Toelichting: U verstuurt uw verwijfsbrieven en recepten digitaal naar andere zorgaanbieders en maakt ook de online inzage voor uw patiënten mogelijk.

Voor het contracteren van deze module voldoet u aan alle bovenstaande voorwaarden.

Module C: Extra (online)spreekuur - patiënten kunnen buiten reguliere openingstijden bij de huisarts terecht

Het gaat om de momenten buiten de reguliere openingstijden, zoals de ochtend, avond of het weekend (OAW). Hierbij gelden de volgende voorwaarden:

- Patiënten kunnen het extra spreekuur zowel digitaal als fysiek benutten
- Als uw praktijk kleiner is dan 2.400 ingeschreven patiënten, dan organiseert u minimaal één keer per week 2 uren OAW-spreekuur. U levert de extra spreekuren minimaal 45 weken per jaar
- Als uw praktijk groter is dan 2.400 ingeschreven patiënten, dan organiseert u bovenop de hierboven genoemde 2 uren minimaal een half uur extra OAW-spreekuur per 600 extra ingeschreven patiënten
- Een OAW-spreekuur van één uur aaneengesloten waarbij u met 2 huisartsen spreekuur houdt, geldt als 2 uur OAW-spreekuur
- Ochtendsprekuren biedt u doordeweeks aan tussen 07.00 en 08.00 uur
- Avondsprekuren biedt u doordeweeks aan tussen 17.00 en 22.00 uur
- Weekendsprekuren biedt u aan tussen 09.00 en 16.00 uur
- De OAW-sprekuren houdt u op vaste momenten in de week
- De OAW-sprekuren houdt u in uw eigen praktijk
- U kunt zelf bepalen of de OAW-sprekuren afspraak- of inloopsprekuren zijn
- Declaraties dient u in op basis van reguliere tarieven voor consulten overdag en volgens regelgeving die geldt voor zorg die overdag wordt geleverd

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Het tarief is een vast bedrag per module per ingeschreven patiënt

De tarieven voor de service- en bereikbaarheidsmodules maken we uiterlijk 31 augustus voorafgaand aan het nieuwe contractjaar bekend op onze website .

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de prestatie aan via het zorginkoopportaal van VECOZO

U geeft per module aan of u deze wilt afsluiten. Op 2 momenten per jaar kunt u starten met de vergoeding. De startdata zijn: 1 januari en 1 juli. Uw aanvraag kunt u uiterlijk 4 weken voor de startdatum van de vergoeding indienen via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact. U krijgt dan opnieuw toegang tot het zorginkoopportaal van VECOZO. Na toekenning van uw aanvraag of wijziging krijgt u een nieuwe samenvatting. De nieuwe vergoeding gaat in op de eerste dag van het nieuwe half jaar.

Prestatie Kwaliteit

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

We stimuleren u om te werken aan kwaliteitsverbetering

Inzicht in de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u levert en inzicht in de praktijkvoering, draagt bij aan het continu verbeteren van de zorg. U kunt dit inzicht verkrijgen door uw praktijk te (her)accrediteren en door gebruik te maken van spiegelinformatie over de zorg die u levert in uw praktijk.

Praktijkaccreditatie

Praktijkaccreditatie is een middel om gestructureerd en continu te werken aan de kwaliteit van de zorg en praktijkvoering. Als uw praktijk geaccrediteerd is, maakt u aan patiënten, zorgverleners, Zilveren Kruis en andere zorgverzekeraars zichtbaar dat uw praktijk voldoet aan kwaliteitsnormen.

Wij stimuleren u om gezamenlijk op te trekken in accreditatie

Voor het verkrijgen en behouden van de accreditatie moet u zaken organiseren of opleveren, die niet alleen voor uw praktijk van toepassing zijn. Regio-organisaties kunnen praktijken hierbij faciliteren.

Spiegelinformatie

De praktijkspiegel is kosteloos voor u beschikbaar bij Vektis. In de praktijkspiegel staan gegevens over:

- de samenstelling van uw patiëntenpopulatie;
- de kosten van zorg binnen uw praktijk;
- de kosten van de voorgeschreven medicatie per aandachtsgebied;
- de kosten van medisch-specialistische zorg die uw patiënten ontvangen.

De feiten en cijfers uit de praktijkspiegel geven u inzicht in de werkelijk gemaakte zorgkosten per ingeschreven patiënt ten opzichte van de verwachte zorgkosten voor dezelfde populatie.

Er zijn naast de praktijkspiegel ook andere bronnen van waaruit u vergelijkende data kunt verkrijgen over uw praktijk. Deze data kunt u ook gebruiken om inzicht te krijgen in de zorg die u levert en gebruiken in gestructureerde bijeenkomsten.

De praktijkspiegel is alleen toegankelijk voor uw eigen praktijk

U kunt de praktijkspiegel downloaden via de volgende website: huisartsen.zorgprisma.nl. Dit is een beveiligd online-portaal waarop u zich aanmeldt met het e-mailadres van uw huisartspraktijk of groepspraktijk, zoals geregistreerd in het AGB-register. Daarna kunt u de praktijkspiegel downloaden.

2. Wat zijn de voorwaarden?

De prestatie bestaat uit twee modules die u los van elkaar kunt afsluiten. De modules en bijbehorende voorwaarden zijn:

Module Praktijkaccreditatie

U kunt deelnemen aan deze prestatie op het niveau van de huisartsenpraktijk of de groepspraktijk. Voor deelname aan deze prestatie stellen wij een aantal voorwaarden:

- Uw huisartsenpraktijk is aantoonbaar geaccrediteerd of gecertificeerd. We geven de voorkeur aan de NHG-accreditatie, maar het behalen van andere keurmerken is ook mogelijk.
- Als u een apotheekhoudende huisartsenpraktijk bent, dan moet uw certificaat voldoen aan de norm van uw beroepsgroep.

Module Spiegelinformatie

U kunt deelnemen aan deze prestatie op het niveau van de huisartsenpraktijk. Voor deelname aan deze prestatie stellen wij een aantal voorwaarden:

- U downloadt de praktijkspiegel minimaal één keer per jaar bij Zorgprisma van Vektis of u haalt minimaal één keer per jaar vergelijkbare data uit op een andere bron;
- U bespreekt minimaal jaarlijks de spiegelinformatie/data met huisartsen en eventueel andere zorgverleners. U bepaalt zelf de vorm en frequentie van het overleg. Wij adviseren u aan te sluiten bij bestaande en voor u gebruikelijke overlegstructuren, zoals intervisie;
- U zorgt ervoor dat de deelname aan de bespreking van de spiegelinformatie/data wordt vastgelegd zoals ook voor andere kleinschalige overlegstructuren (bijvoorbeeld FTO, DTO, toetsgroepen, intervisie) in de beroepsgroep gebruikelijk is met hulp van een EKC (erkend kwaliteitsconsulent).

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Het tarief is een vast bedrag per module per ingeschreven patiënt

Het tarieven voor de kwaliteitsmodules maken we uiterlijk 31 augustus voorafgaand aan het nieuwe contractjaar bekend op onze website

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de prestatie aan via het zorginkoopportaal van VECOZO

U geeft per module aan of u deze wilt afsluiten. Op 2 momenten per jaar kunt u starten met de vergoeding. De startdata zijn: 1 januari en 1 juli. Uw aanvraag kunt u uiterlijk 4 weken voor de startdatum van de vergoeding indienen via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact. U krijgt dan opnieuw toegang tot het zorginkoopportaal van VECOZO. Na toekenning van uw aanvraag of wijziging krijgt u een nieuwe samenvatting. De nieuwe vergoeding gaat in op de eerste dag van het nieuwe half jaar.

Prestatie Stoppen met Roken

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

We ondersteunen onze klanten die willen stoppen met roken

De schadelijke effecten van roken vormen een breed maatschappelijk gezondheidsprobleem. Stoppen met roken kan een deel van de door roken aangerichte schade en vroegtijdige sterfte voorkomen. Veel rokers geven aan te willen stoppen met roken. Wij willen hen ondersteunen om dit doel ook daadwerkelijk te bereiken. Dit doen wij door overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders over Stoppen met Roken programma's, waarin rokers gemotiveerd worden en advies en begeleiding krijgen om te stoppen met roken.

We zorgen voor voldoende aanbod van Stoppen met Roken programma's voor onze verzekerden

Wij gaan overeenkomsten aan met huisartsen en landelijke zorgaanbieders die Stoppen met Roken programma's aanbieden. Wij informeren onze verzekerden over de zorgaanbieders die wij hiervoor gecontracteerd hebben.

Zilveren Kruis vindt het belangrijk dat klanten hun Stoppen met Roken programma succesvol afronden

Er zijn verschillende Stoppen met Roken programma's, maar niet alle programma's zijn bewezen effectief. De programma's die bewezen effectief zijn staan geregistreerd in het KABIZ kwaliteitsregister Stoppen met Roken. Wij contracteren alleen zorgaanbieders die werken met een programma dat geregistreerd staat in dat kwaliteitsregister. Hierdoor zijn wij er ook zeker van dat klanten goede begeleiding krijgen.

2. Wat zijn de voorwaarden?

We sluiten overeenkomsten af met huisartsen en een beperkt aantal landelijke zorgaanbieders

Als huisarts kunt u de prestatie 'Stoppen met roken' aanbieden aan onze verzekerden als u voldoet aan onderstaande voorwaarden:

- U biedt een Stoppen met Roken programma aan dat voldoet aan de wettelijke eisen en richtlijnen, waaronder de multidisciplinaire CBO richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-rokenondersteuning' (Herziening 2016), het 'Addendum voor zwangere vrouwen' (2017), de 'NHG-Standaard Stoppen met roken' en de Zorgstandaard Tabaksverslaving (2022).
- U gebruikt bewezen effectieve programma's die zijn vastgesteld door het Partnership Stop met Roken. Deze zijn te vinden op www.kabiz.nl (kwaliteitsregister Stoppen-met-Roken).
- U past het matched care principe toe. Matched care betekent de best passende behandeling. Hierbij vormen de voorkeuren en de motivatie van de klant het uitgangspunt van de behandeling. Dit betekent dat u vanaf de start van de begeleiding de gedragsmatige ondersteuning kunt combineren met het aanbieden van nicotine vervangende middelen, of andere ondersteunende medicatie die voorgeschreven kan worden bij Stoppen met Roken.
- U voert regie over het hele programma: de gedragsmatige ondersteuning en – indien van toepassing – de farmacologische ondersteuning.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Het tarief is een vast bedrag per deelnemer aan het Stoppen met Roken programma

Het tarief voor een Stoppen met Roken programma maken we uiterlijk 31 augustus voorafgaand aan het nieuwe contractjaar bekend op onze website. Dit tarief heeft betrekking op de gedragsmatige ondersteuning van het programma. Als het noodzakelijk is, kunt u aanvullend hierop farmacologische ondersteuning inzetten. De farmacologische ondersteuning kopen wij apart in en valt niet onder dit tarief.

Stoppen met Roken begeleiding in relatie tot ketenzorg

Als de patiënt in een ketenzorgprogramma (DM 2, CVRM en/of COPD) zit, waarin Stoppen met Roken begeleiding integraal is opgenomen, dan kunt u deze begeleiding niet apart declareren. De begeleiding voor Stoppen met Roken betalen wij dan via het integrale ketentarief.

Ook kunt u tijdens de Stoppen met Roken begeleiding geen consulten voor Stoppen met Roken declareren en mogen klanten maar één keer per kalenderjaar aanspraak maken op Stoppen met Roken begeleiding.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de prestatie aan via het zorginkoopportaal van VECOZO

U geeft per module aan of u deze wilt afsluiten. Op 2 momenten per jaar kunt u starten met de vergoeding. De startdata zijn: 1 januari en 1 juli. Uw aanvraag kunt u uiterlijk 4 weken voor de startdatum van de vergoeding indienen via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact. U krijgt dan opnieuw toegang tot het zorginkoopportaal van VECOZO. Na toekenning van uw aanvraag of wijziging krijgt u een nieuwe samenvatting. De nieuwe vergoeding gaat in op de eerste dag van het nieuwe half jaar.

Vergoeding Beschikbaarheid in bijzondere gebieden

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

We willen beschikbaarheid van huisartsenzorg mogelijk maken

In bepaalde situaties is het voor de beschikbaarheid en continuïteit van de huisartsenzorg noodzakelijk om (tijdelijk) extra vergoeding ter beschikking te stellen. Dit doen wij in die gebieden van Nederland waar Zilveren Kruis de preferente verzekeraar is.

Deze module is beschikbaar voor huisartsenpraktijken in 'bijzondere gebieden'

Voor de contractperiode 2024-2025 gaat het om de volgende gebieden:

- A. Dunbevolkt gebied of moeilijk bereikbaar gebied
- B. Geïsoleerd gebied
- C. Krimpgebieden
- D. Gebieden met een huisartsentekort

2. Wat zijn de voorwaarden?

Om in aanmerking te komen voor deze extra vergoeding, stellen wij een aantal voorwaarden.

A) U bent huisarts in een dunbevolkt of moeilijk bereikbaar gebied en:

- u heeft een 'Huisartsenovereenkomst 2024-2025' met Zilveren Kruis gesloten;
- u heeft minimaal één patiënt die woont en op naam ingeschreven staat in het door ons aangewezen gebied;
- u declareert de module alleen voor patiënten die wonen in Marken of Broek in Waterland.

Een dunbevolkt of moeilijk bereikbaar gebied is een gebied waar onevenredig extra reistijd nodig is voor het afleggen van visites.

B) U bent huisarts in een geïsoleerd gebied en:

- u heeft een 'Huisartsenovereenkomst 2024-2025' met Zilveren Kruis gesloten;
- u heeft structureel minder dan 1.750 ingeschreven patiënten in uw praktijk;
- er zijn geen andere mogelijkheden om het aantal patiënten in de praktijk te vergroten. U heeft dit met alle belanghebbende partijen in de vestigingsplaats én omliggende gemeenten besproken. Daarbij staat het vast dat de vestigingsplaats van uw praktijk – in het jaar waarop de Module betrekking heeft – niet voldoende uitbreidt door het bouwen van woningen;
- u bent geen nieuw startende huisarts in dit gebied.

Een geïsoleerd gebied is een gebied omringd door bijvoorbeeld bos, water, natuurpark of vliegveld, waardoor het niet mogelijk is dat het aantal patiënten toeneemt.

C) U bent huisarts in een krimpgebied en:

- u heeft in 2024 of 2025 een praktijk overgenomen of vestigt zich in een krimp of anticipeer regio volgens de [Indeling gemeenten en krimpregio's en anticipeerregio's](#);
- u heeft een 'Huisartsenovereenkomst 2024-2025' met Zilveren Kruis gesloten;
- u zet zich proactief in voor continuïteit en beschikbaarheid van huisartsenzorg in uw vestigingsplaats.

De vergoeding kennen wij toe tot maximaal het einde van de looptijd van de 'huisartsenovereenkomst' die u met ons heeft afgesloten.

D) U bent huisarts in een gebied met een huisartsentekort en:

- u heeft een 'Huisartsenovereenkomst 2024-2025' met Zilveren Kruis gesloten;
- een substantieel deel van de patiënten kan zich niet inschrijven en heeft ook geen uitzicht op inschrijving bij een huisarts in het betreffende gebied;
- u heeft het tekort gemeld bij en besproken met de regio-organisatie

Voor de tijdelijke aanpak van het huisartsentekort is deze vergoeding beschikbaar. De vergoeding is bedoeld voor het anders organiseren van de huisartsenzorg in het gebied.

3. Hoe dient u uw aanvraag in?

U kunt een verzoek indienen via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact. Wij nemen dan contact met u op.

4. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Wij maken met u een maatwerkafpraak over het tarief

Dit is een tegemoetkoming in kosten. Bij het bepalen van het tarief houden we rekening met:

- het NZa-maximum inschrijvingstarief voor de patiënten die in uw praktijk staan ingeschreven. Specifiek gaat het om de groep patiënten tot 65 jaar, die niet wonen in een achterstandswijk (code 11115);
- het huidige aantal ingeschreven patiënten van uw praktijk. Hierbij houden we rekening met fluctuaties van afgelopen jaren.