

Bijlage:

Inkoopbeleid 2020-2021 Huisartsenzorg

Vergoedingen en Prestaties

Datum : 1 juli 2019

Versie : 1.0

Vergoeding Praktijkondersteuning Somatiek (POH-S)	2
Vergoeding Praktijkmanagement	6
Vergoeding Praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ)	7
Prestatie Samenwerking rondom kwetsbare ouderen	9
Prestatie Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen.....	11
Prestatie Service en bereikbaarheid.....	13
Prestatie Kwaliteit	15
Prestatie Stoppen met Roken.....	17
Vergoeding Beschikbaarheid in bijzondere gebieden.....	19

Belangrijkste wijzigingen:

1.0	<p>Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2019</p> <ul style="list-style-type: none">• Pagina 2, Vergoeding POH-S, het maximale aantal uur inzet is verruimd.• Pagina 17, Prestatie Kwaliteit, NHG-Praktijkaccreditering (NPA) is vereenvoudigd.• Pagina 21, Vergoeding Beschikbaarheid in bijzondere gebieden, het huisartsentekort is toegevoegd.
-----	---

Vergoeding Praktijkondersteuning Somatiek (POH-S)

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

De POH-S en huisarts leveren samen programmatische zorg voor klanten met chronische aandoeningen

De praktijkondersteuner biedt gedelegeerde huisartsenzorg, vooral aan patiënten met een chronische aandoening. Het accent ligt op medisch-inhoudelijke activiteiten die zich lenen voor taakdelegatie en protocollering. Door inzet van een POH-S heeft de huisarts meer tijd om zich te richten op de complexere zorgvragen.

In lijn met het hoofdlijnenakkoord willen we 'meer tijd voor de patiënt' creëren. Om die reden verruimen we in 2020 het aantal uur POH-S in de huisartsenpraktijk.

2. Wat zijn de voorwaarden?

De POH-S:

- is in dienst van de huisartsenpraktijk of het samenwerkingsverband of is gedetacheerd vanuit een instelling;
- 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;
- declareert geen consulten, ook niet in naam van de huisarts;
- voldoet aan het [competentieprofiel van de LHV](#).

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Het tarief is afhankelijk van uw patiëntenpopulatie

U kunt via de rekentool op de website van Zilveren Kruis een voorbeeldberekening maken als indicatie van het tarief dat u maximaal vergoed krijgt. In deze tool is de verruiming van maximale aantal uur (inzet per week) zichtbaar. De rekentool is tegelijk met de opening van het zorgverlenersportaal beschikbaar. Het tarief bouwen we op met de volgende componenten:

Component	Tarief
Pre Diabetes	↑ afhankelijk van de populatie
Diabetes Mellitus type 2	↑ afhankelijk van de populatie en deelname keten
Astma	↑ afhankelijk van de populatie
COPD	↑ afhankelijk van de populatie en deelname keten
CVRM	↑ afhankelijk van de populatie en deelname keten
Kwetsbare ouderen	↑ afhankelijk van de populatie en deelname prestatie samenwerking rondom kwetsbare ouderen
Basis	Vast bedrag per ingeschreven patiënt

Het basistarief ontvangt iedere huisarts met POH-S voor het uitvoeren van algemene zorgtaken

Aanvulling op dit tarief bepalen we op grond van de samenstelling van de populatie in uw praktijk. Om tot een goede berekening te komen, geeft u de volgende informatie in het zorgverlenersportaal:

- het aantal chronisch zieken en ouderen in uw praktijk aan de hand van de in- en exclusiecriteria in onderstaande tabellen. U geeft de aantallen patiënten op, zoals die zijn op het moment dat u een overeenkomst met ons afsluit;
- of u wel of niet deelneemt aan ketenzorg;
- of u zorg levert op basis van substitutie-afspraken;
- of u onderdeel uitmaakt van een GEZ-verband;
- of u de prestatie samenwerking rondom kwetsbare ouderen heeft afgesloten.

Pre Diabetes

We includeren patiënten die voldoen aan alle hieronder genoemde criteria:

- patiënt heeft de afgelopen 5 jaar een gestoorde glucosetolerantie gehad;
- patiënt heeft geen diagnose diabetes mellitus type 2;
- patiënt is voor de gestoorde glucosetolerantie onder behandeling/controle bij de huisarts en/of POH-S;
- de huisarts is hoofdbehandelaar.

We excluseren patiënten die voldoen aan één of meer hieronder genoemde criteria:

- patiënt is geïnccludeerd in de ketenzorg CVRM;
- de medisch specialist in de tweede lijn is hoofdbehandelaar.

Diabetes Mellitus Type 2 (DM2)

We includeren patiënten die voldoen aan alle criteria die we hieronder noemen:

- patiënt is minimaal 18 jaar;
- patiënt heeft DM2 (zie NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2);
- patiënt is voor de diabetes onder behandeling bij de huisarts en/of POH-S;
- de huisarts is hoofdbehandelaar.

We excluseren patiënten die voldoen aan één of meer criteria die we hieronder noemen:

- patiënt heeft zwangerschapsdiabetes;
- patiënt is geïnccludeerd in de ketenzorg DM (de zorg wordt betaald via de zorggroep). Wij vragen u wel deze patiënten op te geven in het zorgverlenersportaal in de vragenlijst POH-S;
- de medisch specialist in de tweede lijn is hoofdbehandelaar;
- patiënt kan om (sociaal) medische redenen geen chronische zorg ontvangen of weigert zorg.

Astma

We includeren patiënten die voldoen aan alle criteria die we hieronder noemen:

- patiënt heeft een indicatie voor inhalatiecorticosteroiden (ICS), waarbij het ICS gebruik langer dan 1 jaar is én de patiënt is ouder dan 16 jaar;
- patiënt is voor de astma onder behandeling bij de huisarts en/of de POH-S;
- de huisarts is hoofdbehandelaar.

We excluseren patiënten die voldoen aan één of meer criteria die we hieronder noemen:

- patiënt heeft de diagnose COPD*;
- patiënt is volledig stabiel. Dit betekent dat de patiënt:
 - al 2 jaar geen gebruik maakt van ICS of zeer incidenteel gebruik maakt van een kortwerkende luchtwegverwijder;
 - geen exacerbaties heeft gehad;
 - klachtenvrij is.
- de medisch specialist in de tweede lijn is hoofdbehandelaar;
- patiënt kan om (sociaal) medische redenen geen chronische zorg ontvangen of weigert zorg.

*patiënten met een mengbeeld Astma en COPD, ontvangen zorg vanuit de ketenzorg COPD

COPD

We includeren patiënten die voldoen aan alle criteria die we hieronder noemen:

- patiënt is minimaal 18 jaar;
- patiënt heeft diagnose COPD (zie NHG-Standaard COPD);
- patiënt is voor de COPD onder behandeling bij de huisarts en/of POH-S;
- de huisarts is hoofdbehandelaar.

We excluseren patiënten die voldoen aan één of meer criteria die we hieronder noemen:

- patiënt is geïnccludeerd in de ketenzorg COPD (de zorg wordt betaald via de zorggroep). Wij vragen u wel deze patiënten op te geven in het zorgverlenersportaal in de vragenlijst POH-S.
- de medisch specialist in de tweede lijn is hoofdbehandelaar;
- patiënt kan om (sociaal) medische redenen geen chronische zorg ontvangen of weigert zorg.

CVRM	
<p>We includeren patiënten die voldoen aan alle criteria die we hieronder noemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patiënt is voor de vasculaire risico's onder behandeling bij de huisarts en/of POH-S; • de huisarts is hoofdbehandelaar; • patiënt heeft een HVZ (zie NHG standaard Cardiovasculair risicomangement); OF patiënt heeft een verhoogd risico: score rood of geel in de scoretabel zoals uitgewerkt in de zorgstandaard CVRM1. 	<p>We excluderen patiënten die voldoen aan één of meer criteria die we hieronder noemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patiënt is geïncludeerd in de ketenzorg CVRM (de zorg wordt betaald via de zorggroep). Wij vragen u wel deze patiënten op te geven in het zorgverlenersportaal in de vragenlijst POH-S; • patiënt heeft DM 2; • de medisch specialist in de tweede lijn is hoofdbehandelaar; • patiënt kan om (sociaal) medische redenen geen chronische zorg ontvangen of weigert zorg.

Kwetsbare ouderen	
<p>We includeren patiënten die voldoen aan alle criteria die we hieronder noemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patiënt is minimaal 75 jaar; • patiënt woont zelfstandig. <p>NB:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als een oudere boven de 75 is en ook diabetes, COPD, astma en/of CVRM heeft, telt deze oudere zowel hier als bij de aanwezige ziektebeelden mee. • In het portaal vult u alle extramuraal wonende ouderen boven de 75 jaar in. Uitgangspunt voor het tarief is dat 20% van deze ouderen kwetsbaar is. 	<p>We excluderen patiënten die voldoen aan één of meer criteria die we hieronder noemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patiënt is jonger dan 75 jaar; • de huisarts declareert de prestatie 'gestructureerde zorg in een verzorgingshuis'.

U vult in het zorgverlenersportaal de patiënten in die vallen onder de inclusiecriteria en haalt daar de patiënten conform exclusiecriteria uit. Op basis van het gegeven antwoord in het vraagblok basisgegevens over deelname ketenzorg, bepaalt de rekentool of de vergoeding uit de module of via de zorggroep komt.

Het zorgverlenersportaal berekent op grond van informatie die u opgeeft het maximale tarief dat u kunt krijgen

U geeft in het zorgverlenersportaal aan hoeveel uren POH-S u in dienst heeft of bij u gedetacheerd is. Als dit aantal uren minder is dan het maximaal aantal uren dat wij vergoeden, dan berekent het portaal uw tarief op grond van de uren die u daadwerkelijk inzet.

Let op:

Wij sluiten samenloop in financiering uit.

- Als u de inzet van de POH-S deelt met één of meer andere praktijken, dan geeft u alleen die uren op die de POH-S voor uw praktijk werkt en niet de uren die u gezamenlijk contracteert.
- Als u bent aangesloten bij een zorggroep of GEZ die een overeenkomst ketenzorg of substitutie heeft afgesproken met integraal tarief, krijgt u voor die patiënten een vergoeding van uw zorggroep voor de POH-S en niet via deze vergoeding.
- Als u de 'prestatie samenwerking rondom kwetsbare ouderen' afsluit en hier uw POH-S voor inzet, kunt u de uren die uw POH-S hiervoor inzet, niet als uren opgeven voor de module POH-S.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de vergoeding POH-S aan via het zorgverlenersportaal

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 levert/gebruikt minder uren POH-S dan waar het tarief op gebaseerd is;
- uw populatie wijzigt sterk.

¹ Zie: <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/cardiovasculair-risicomangement>

Uw aanvraag dient u uiterlijk 4 weken voor de startdatum van de vergoeding in via zorginkoop.huisartsen@zilverenkruis.nl. U krijgt dan opnieuw toegang tot het zorgverlenersportaal. 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.



Vergoeding Praktijkmanagement

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

Zilveren Kruis wil dat de huisarts zoveel mogelijk directe tijd heeft voor patiënten

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

Zilveren Kruis ziet praktijkmanagement als onderdeel van de organisatie en infrastructuur (O&I) voor de huisartsenzorg. Voor een goede inbedding van de praktijkmanager stimuleren wij de samenwerking met andere praktijken en de regio-organisatie. Lees meer hierover in het [beleid O&I](#).

2. Wat zijn de voorwaarden?

De inzet van praktijkmanagement wordt in het portaal aangegeven en op de website is een rekentool beschikbaar.

De volgende voorwaarden gelden voor de praktijkmanager

De praktijkmanager:

- doet facilitaire en organisatorische werkzaamheden 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 4500 patiënten;
- bevordert de onderlinge samenwerking tussen de praktijken;
- heeft een relevante HBO opleiding afgerond en/of een opleiding tot praktijkmanager afgerond die is geaccrediteerd op HBO niveau.

We volgen de landelijke ontwikkelingen rondom het kwaliteitsregister van de Nederlandse Vereniging voor Praktijk Management (NVvPM). Hiermee wordt de basis gelegd voor kwaliteitsborging van de praktijkmanager. We communiceren daarover zodra meer duidelijk is.

De contractuele uren van een doktersassistente 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.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Het tarief is een vast bedrag per ingeschreven patiënt

Het tarief voor praktijkmanagement 2020 maken wij uiterlijk 4 weken na publicatie van de NZa tarieven 2020 bekend via de [website](#) van Zilveren Kruis.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de vergoeding praktijkmanagement aan via het zorgverlenersportaal

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 dient u uiterlijk 4 weken voor de startdatum van de vergoeding in via zorginkoop.huisartsen@zilverenkruis.nl. U krijgt dan opnieuw toegang tot het zorgverlenersportaal. 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?

Zilveren Kruis vindt het belangrijk dat klanten de juiste GGZ zorg op de juiste plek krijgen

Klanten willen GGZ zorg dichtbij huis krijgen. Dit kan via de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk. Deze professional ondersteunt de huisarts bij het verlenen van zorg aan alle patiënten die de huisarts bedient met 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).

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. In het Landelijk overleg POH-GGZ wordt gesproken over initiatieven voor kwaliteitswaarborging van de POH-GGZ. We volgen de landelijke ontwikkelingen rondom het kwaliteitsregister. Hiermee wordt de basis gelegd voor kwaliteitsborging van de POH-GGZ.

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 krijgen klanten een gecombineerde behandeling/hulpverlening van online en offline interventies. Dit maakt de zorg beter, klantvriendelijker en doelmatiger.

De POH-GGZ:

- heeft kennis van het somatische, het GGZ- en sociale domein;
- voldoet aan de eisen uit het [functie- en competentieprofiel POH-GGZ](#);
- maakt tijdens werktijden gebruik van een werkruimte/sprekkamer in uw praktijk;
- werkt in het Huisarts Informatie Systeem (HIS) en/of het Keten Informatie Systeem (KIS).

Zilveren Kruis streeft naar inschrijving van de POH-GGZ in een kwaliteitsregister van de beroepsvereniging.

U kunt gebruik maken van een beslissingsondersteunend screeningsinstrument

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

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Het tarief is een vast bedrag per ingeschreven patiënt

Zilveren Kruis stelt eigen tarieven vast, onder meer op basis van de NZa maximumtarieven en andere factoren zoals de ontwikkeling van loon- en prijspeil in Nederland. De POH-GGZ kan daarnaast ook specifieke consulten declareren.

Het tarief voor de POH-GGZ 2020 vindt u uiterlijk 4 weken na publicatie van de NZa tarieven 2020 op de [website](#) van Zilveren Kruis.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

Wijzigingen en nieuwe aanvragen kunt u aanvragen via het zorgverlenersportaal

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 zorginkoop.huisartsen@zilverenkruis.nl. U krijgt dan opnieuw toegang tot het zorgverlenersportaal. 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.

Aanvragen voor meer dan 12 uur POH-GGZ per week beoordelen wij individueel

Wij kennen 12 uur POH-GGZ per week toe per praktijk van 2350 patiënten. Voor de inzet van de uren gaan wij uit van 10 uur patiëntcontact, 1 uur externe consultatie en 1 uur voor eHealth toepassingen.

Een afspraak voor meer dan 12 uur POH-GGZ per week maken wij alleen als u een overeenkomst heeft met Zilveren Kruis. Voor deze extra uren kan de POH-GGZ zelf de verhouding bepalen tussen patiëntcontact, externe consultatie en eHealth toepassingen.

Prestatie Samenwerking rondom kwetsbare ouderen

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

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.

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

U heeft als huisarts een centrale rol bij de tijdelijke opname van thuiswonende kwetsbare ouderen

Kortdurend verblijf buitenshuis kan nodig zijn om volledig herstel na ziekte of een ongeval mogelijk te maken. Dit hoeft niet altijd binnen de muren van een ziekenhuis te zijn. Voor ouderen is in sommige gevallen ELV een meer passende oplossing. U heeft als huisarts een centrale rol in de triage en verwijzing van ouderen vanuit de thuissituatie naar een tijdelijk verblijf. Voor de triage kunt u het "[Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0](#)" gebruiken. Ook kunt u als het nodig is een specialist ouderengeneeskunde consulteren. Voor standaard verwijzing naar tijdelijke opnames maakt u bij voorkeur gebruik van een digitaal ELV loket. Bij ELV laag complex blijft u als huisarts hoofdbehandelaar, tenzij u daar met de ELV-aanbieder andere afspraken over maakt.

Wij stimuleren huisartsen en ELV-aanbieders om afspraken te maken over de zorg voor ouderen

Het ELV is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk intramurale medische zorg nodig hebben, waarbij de focus ligt op terugkeer naar huis. Huisartsen spelen een belangrijke rol bij ELV-zorg, want ze kunnen zowel verwijzer als behandelaar in het ELV zijn. Huisartsen en ELV-aanbieders hebben hierover afspraken gemaakt in het "[Verwijskader en medische zorg eerstelijns verblijf](#)".

In 2020 worden de coördinatiefuncties tijdelijk verblijf verder ontwikkeld in de regio's. Zij ondersteunen verwijzers met inzicht in beschikbare capaciteit, triage en monitoring van de doorstroom. Waar mogelijk en gewenst worden de functies doorontwikkeld naar andere vormen van tijdelijk verblijf.

2. Wat zijn de voorwaarden?

U kunt deze prestatie afspreken op het niveau van de huisartsenpraktijk of een samenwerkingsverband

Voor deelname aan deze prestatie stellen wij een aantal voorwaarden:

- De huisarts of POH neemt deel aan een samenwerkingsverband met andere zorgverleners in de ouderenzorgketen;
- Als er nog geen vorm van samenwerking is, neemt de huisarts/POH initiatief om dit op te zetten. In de samenwerking betreft u minimaal de SOG of kaderarts ouderenzorg, wijkverpleging en het sociaal wijkteam;
- Als u uren POH-S inzet voor de prestatie 'Samenwerking rondom kwetsbare ouderen', geeft u deze uren niet op in de rekentool POH-S.

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 bespreken van individuele casuïstiek;
- 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;
- het maken van afspraken over efficiënte en volledige informatie-uitwisseling ten behoeve van de zorg voor de kwetsbare ouderen.

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 als regio samen 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.

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

U komt hiervoor in aanmerking als u aan bovenstaande voorwaarden voldoet én uiterlijk 2 jaar na 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;
- 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.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Het tarief is een vast bedrag per kwetsbare oudere

Het tarief voor de prestatie 'Samenwerking rondom kwetsbare ouderen' en de uitbreiding op het tarief voor het digitale platform vindt u uiterlijk 4 weken na publicatie van de NZa tarieven 2020 op de [website](#) van Zilveren Kruis.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de prestatie samenwerking rondom kwetsbare ouderen aan via het zorgverlenersportaal

In het portaal geeft u aan of u als individuele huisarts of via een samenwerkingsverband deelneemt aan de prestatie. 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 20% van de patiënten van 75 jaar en ouder kwetsbaar is.

Prestatie Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen

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

Zilveren Kruis stimuleert het formulariumgericht voorschrijven met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS)

We willen met ons beleid voor doelmatig voorschrijven aansluiten bij bestaande werkwijzen en ondersteunende hulpmiddelen voor huisartsen. In nauwe samenwerking tussen de LHV en grote landelijke verzekeraars is deze prestatie tot stand gekomen. Bij het formulariumgericht voorschrijven wordt er gemeten op basis van de voorschrijfgegevens in het HIS over een bepaalde periode. Die voorschrijfgegevens worden vergeleken met de inhoud van het formularium dat een huisarts gebruikt.

In het EVS staan de in Nederland gangbare en geaccepteerde formularia (NHG-formularium, regionale formularia)

Het formularium moet een voldoende breed aanbod bieden, gebaseerd op de richtlijnen van de beroepsgroep en waar mogelijk bijgesteld vanuit ervaringen in de praktijk. Het formularium dient regio breed toegepast te worden. Een toename in het gebruik van het formulariumgericht voorschrijven leidt tot betere en goedkopere huisartsenzorg.

We meten alleen het gebruik bij een eerste voorschrift

Bij formulariumgericht voorschrijven kijken we naar de verhouding van de eerste voorschriften van geneesmiddelen die in het formularium zijn opgenomen ten opzichte van alle eerste voorschriften van de huisarts. Herhaalrecepten nemen we niet mee in deze indicator.

U kunt daarnaast ook kiezen voor ondersteuning door een onafhankelijk artsbezoeker

We bieden u ook de mogelijkheid aan om gebruik te maken van de inzet van een onafhankelijke artsbezoeker van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Deze ondersteunt u om op een prettige manier met voorschrijfcijfers en indicatoren te werken en tegelijk uw scores op de IVM indicatoren te verbeteren. Wij ondersteunen daarmee het voorschrijven op basis van de NHG standaarden.

2. Wat zijn de voorwaarden?

U doet automatisch mee met de prestatie Doelmatig voorschrijven

Wij kunnen uw praktijk alleen beoordelen als we over de uitkomsten van uw praktijk beschikken. De procedure voor het aanleveren van de uitkomsten formulariumgericht voorschrijven door uw HIS leverancier (met uw toestemming) publiceren we voor 1 januari 2020 op onze website.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Voor de berekening van uw vergoeding gebruiken we één indicator

Deze indicator is landelijk opgesteld in samenwerking tussen zorgverzekeraars en de LHV:

<i>Aantal eerste generieke voorschriften met een geneesmiddel uit het formularium (EVS)*</i>
<i>Totaal aantal eerste voorschriften</i>
<i>* definitie wordt aangescherpt door de landelijke stuurgroep Formulariumgericht voorschrijven</i>

Zilveren Kruis past deze formule toe op het niveau van de huisartsenpraktijk. De indicator wordt gemeten over de periode 1 januari 2020 t/m 30 september 2020. De vergoeding is gebaseerd op de volgende methodiek.

Uitkomst	Score
< X %	A
> X% en < Y %	B
> Y% en < Z %	C
< Z %	D

Binnen een formularium wordt er gekeken naar het voorschrijfgedrag van de deelnemende huisartsen. De uitkomsten worden verdeeld in 4 kwartielen. Het Nivel beoordeelt alle aangeleverde resultaten en communiceert de verdeling naar Zilveren Kruis.

Wij vergoeden een vast tarief per praktijk voor de onafhankelijk artsbezoeker

Wij hebben een afspraak gemaakt met het IVM over de kosten voor de onafhankelijk artsbezoeker die ze bij u in rekening brengen. Van Zilveren Kruis ontvangt u een vergoeding voor de kosten die bij u in rekening worden gebracht. De vergoeding wordt omgerekend naar een bedrag per ingeschreven patiënt.

U declareert via een aparte prestatiecode

Voor de declaratie is een aparte prestatiecode beschikbaar die uiterlijk per 1 april 2021 kan worden gedeclareerd. Het tarief voor de prestatie doelmatig voorschrijven en de vergoeding voor de inzet van een onafhankelijk artsbezoeker 2020 vindt u uiterlijk 4 weken na publicatie NZa tarieven 2020 op de [website](#) van Zilveren Kruis.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U doet automatisch mee en hoeft dus geen aanvraag in te dienen.

Heeft u interesse in het inschakelen van een onafhankelijk artsbezoeker? Neemt u contact op met het IVM: info@medicijngebruik.nl of 0888 800 400, onder vermelding van onafhankelijk artsbezoek.

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 Zilveren Kruis stimuleert huisartsen 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 continue vernieuwing en verdergaande digitalisering. Dat wat nu nieuw en uitzonderlijk is, wordt over een aantal jaar als gewoon ervaren. Met de prestatie service en bereikbaarheid spelen we hierop in door de inhoud van de prestatie regelmatig aan te passen.

2. Wat zijn de voorwaarden?

U kunt deelnemen aan deze prestatie op het niveau van de huisartsenpraktijk of een groepspraktijk

De prestatie bestaat uit 4 modules die u los van elkaar kunt afsluiten. De modules en bijbehorende voorwaarden zijn:

Module A:

De praktijk is 5 dagen per week geopend en zonder beperkingen te bellen gedurende 45 weken per jaar

Klanten kunnen tussen 08.00 en 17.00 uur minimaal 8,5 uur terecht voor het stellen van vragen en maken van afspraken. Klanten komen tijdens deze 8,5 uur niet voor een dichte deur te staan en krijgen geen antwoordbandje te horen. U vermeldt geen restricties op uw website.

Module B:

De praktijk biedt de mogelijkheid van een e-consult en online aanvragen van herhaalmedicatie in een beveiligde omgeving

Klanten kunnen op uw website herhaalmedicatie aanvragen en via email vragen stellen in een beveiligde omgeving (bij voorkeur gekoppeld aan uw HIS-systeem). Als uw praktijk afspraken heeft met één of meer apotheken in de omgeving, dan volstaat een verwijzing op uw website dat klanten herhaalmedicatie kunnen aanvragen op de website van de betreffende apotheek. De praktijk volgt voor het emailconsult de NHG richtlijn "online arts-patiënt-contact".

Module C:

De praktijk biedt de mogelijkheid om online een afspraak te maken

Klanten kunnen via uw website een afspraak plannen voor het reguliere spreekuur van de huisarts. U stelt voldoende afspraakmogelijkheden open, zodat de verzekerde keuze heeft. Klanten kunnen minimaal 5 werkdagen vooruit afspraken vastleggen. Het telefonisch maken van een afspraak via de assistente is ook nog mogelijk.

Module D:

Klanten kunnen buiten reguliere openingstijden in de ochtend, avond of het weekend (OAW) voor een spreekuur bij de huisarts terecht

Hierbij gelden de volgende voorwaarden:

- Als uw praktijk kleiner is dan 2.400 ingeschreven patiënten, dan organiseert u minimaal één keer per week 2 uren OAW-spreekuur. De extra spreekuren levert u 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;
- Ochtendspreekuren biedt u doordeweeks aan tussen 07.00 en 08.00 uur;
- Avondspreekuren biedt u doordeweeks aan tussen 17.00 en 22.00 uur;
- Weekendspreekuren biedt u aan tussen 09.00 en 16.00 uur;
- De OAW-spreekuren 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.

Als algemene voorwaarde voor module A tot en met D geldt dat u de gecontracteerde service en bereikbaarheidsaspecten duidelijk zichtbaar op uw site vermeldt. Daarmee attendeert u als praktijk de klanten op de serviceaspecten die u aanbiedt. Er mogen geen restricties gelden op de aangeboden service aspecten.

Als u bent aangesloten bij een GEZ, sluit de prestatie dan individueel af voor uw praktijk

Vanaf 2019 maakt deze prestatie geen onderdeel meer uit van de GEZ.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Het tarief is een vast bedrag per module per ingeschreven patiënt

Het tarief voor de service- en bereikbaarheidsmodules 2020 vindt u uiterlijk 4 weken na publicatie van de NZa tarieven 2020 op de [website](#) van Zilveren Kruis.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de prestatie service en bereikbaarheid aan via het zorgverlenersportaal

U geeft per module aan of u deze wilt afsluiten.

Prestatie Kwaliteit

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

Zilveren Kruis stimuleert huisartsen 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.

Vanaf 1 januari 2019 is de NHG-Praktijkaccreditering (NPA) vereenvoudigd. Huisartsen met een NPA-keurmerk worden in de toekomst niet langer jaarlijks, maar eens per drie jaar bezocht. Vanaf 2020 passen we het tarief daarop aan.

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. Zorggroepen en 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 voorgeschreven medicatie;
- 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 A: 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. Zilveren Kruis geeft de voorkeur aan de NHG-accreditatie, maar het behalen van andere keurmerken is ook mogelijk.
- Als u een apotheekhoudende huisartsenpraktijk bent, dan moet u een geldig Dekra 90001-certificaat (huisartsendeel van de praktijk) of de NHG praktijkaccreditatie hebben.

Module B: 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 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 tarief voor de kwaliteitsmodules 2020 vindt u uiterlijk 4 weken na publicatie van de NZa tarieven 2020 op de [website](#) van Zilveren Kruis.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U vraagt de prestatie kwaliteit aan via het zorgverlenersportaal

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 dient u uiterlijk 4 weken voor de startdatum van de vergoeding in via zorginkoop.huisartsen@zilverenkruis.nl. U krijgt dan opnieuw toegang tot het zorgverlenersportaal. 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?

Wij 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. Een groot deel van de rokers geeft 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.

Zilveren Kruis zorgt voor voldoende aanbod van Stoppen met Roken programma's voor haar klanten

Wij gaan overeenkomsten aan met huisartsen en landelijke zorgaanbieders die Stoppen met Roken programma's aanbieden. Wij informeren onze klanten 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 kwaliteitsregister Stoppen met Roken. Wij contracteren alleen zorgaanbieders die werken met een programma dat geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Stoppen met Roken. Hierdoor zijn wij er ook zeker van dat klanten goede begeleiding krijgen.

Zilveren Kruis omarmt het Masterplan Stoppen met Roken

Door Long Alliantie Nederland wordt gewerkt aan een Masterplan Stoppen met Roken. Wij volgen de landelijke ontwikkelingen en als dat leidt tot aanvulling op het inkoopbeleid dan publiceren wij dat zo snel mogelijk.

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 klanten 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 (2019).
- U gebruikt bewezen effectieve programma's die zijn vastgesteld door Partnership Stop met Roken. Deze zijn te vinden op www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl.
- U past het stepped-care principe toe. Dit betekent dat u eerst alleen gedragsmatige ondersteuning biedt. Als dit niet voldoende effectief is, kunt u ook nicotine vervangende middelen aanbieden. Als dit niet effectief is, mag u starten met geneesmiddelen in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.
- U voert regie over het hele programma: de gedragsmatige ondersteuning of de farmacologische ondersteuning in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.

3. Hoe bepalen wij onze tarieven?

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

U kunt tijdens de Stoppen met Roken begeleiding geen consulten voor Stoppen met Roken declareren.

Het tarief voor een Stoppen met Roken programma 2020 vindt u uiterlijk 4 weken na publicatie van de NZa tarieven 2020 op de [website](#) van Zilveren Kruis. 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 is ook onderdeel van ketenzorgprogramma's

Als de klant 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 ketentarieff.

De klant mag één keer per kalenderjaar aanspraak maken op Stoppen met Roken begeleiding.

4. Hoe dient u uw aanvraag in?

U geeft in het zorgverlenersportaal aan of u in 2020 Stoppen met Roken begeleiding aanbiedt in uw praktijk.

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 preferente verzekeraar is.

Deze module is beschikbaar voor huisartsenpraktijken in 'bijzondere gebieden'

Voor 2020-2021 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 extra vergoeding, stellen wij een aantal voorwaarden.

- A) U bent huisarts in een **dunbevolkt of moeilijk bereikbaar gebied** en:
- u heeft een 'Huisartsenovereenkomst 2020-2021' 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 klanten die wonen in Marken of Broek in Waterland.
- Een

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 2020-2021' 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 2020 of 2021 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 2020-2021' 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 2020-2021' 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 en besproken met de regio-organisatie (in oprichting).

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.

Hoe dient u uw aanvraag in?

U kunt een verzoek indienen via zorginkoop.huisartsen@zilverenkruis.nl. Wij nemen dan contact met u op.

Hoe bepalen wij onze tarieven?

Wij maken met u een maatwerkafpraak over het tarief

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

- het NZa-maximum inschrijvingstarief voor de klanten die in uw praktijk staan ingeschreven. Specifiek gaat het om de groep klanten tot 65 jaar, die niet wonen in een achterstandswijk (code 11000);
- het huidige aantal ingeschreven patiënten van uw praktijk. Hierbij houden we rekening met fluctuaties van afgelopen jaren.