

Inkoopbeleid 2020 Chronische zorg

Datum : 1 juli 2019

Versie : 2.0

1. Wat zijn de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2019?	2
2. Wat willen we bereiken en wat betekent dit voor u?.....	2
3. Wie kunnen een overeenkomst krijgen?	3
4. Hoe bepalen wij onze tarieven?	3
5. Hoe bepalen we hoeveel zorg wij inkopen?.....	4
6. Hoe ziet het contracteringsproces eruit?	5
7. Hoe ziet de planning voor contractering eruit?	5
8. Hoe gaan we om met naleving en controle?.....	5
9. Welke onderwerpen zijn mogelijk voor u ook interessant?.....	5
10. Waar vind ik aanvullingen en wijzigingen?.....	5
11. Heeft u nog vragen?	6

Versie:	Belangrijkste wijzigingen:
1.0	-
2.0 1 juli 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Aanvullende voorwaarden zijn toegevoegd in de bijlagen • Beleid voor CVRM is herzien • Looptijd van overeenkomst is aangepast • Een aanvullende afspraak over doelmatigheid kan onderdeel zijn van de afspraken



1. Wat zijn de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2019?

- De naam van het inkoopdocument is veranderd van 'Programmatistische ketenzorg' naar 'Chronische zorg'.
- Vanaf 2020 wil Zilveren Kruis langs 2 beleidslijnen afspraken maken over de chronische zorg:
 1. Huidige beleidslijn: afspraken op basis van programmatistische ketenzorg.
 2. Nieuwe beleidslijn: afspraken op basis van persoonsgerichte zorg en uitkomsten.
- Conform de nieuwe multidisciplinaire richtlijn CVRM maken wij geen onderscheid tussen HVZ en VVR
- We bieden een overeenkomst voor 2 jaar
- Een aanvullende afspraak over doelmatigheid kan onderdeel zijn van de afspraken

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

Zilveren Kruis schetst in dit inkoopbeleid een aangescherpte visie op de inkoop van de chronische zorg. Deze visie leidt tot een nieuwe beleidslijn die persoonsgericht is, innovatie creëert en uitkomsten betreft. Deze beleidslijn is ontstaan in dialoog met patiëntenverenigingen, zorgprofessionals en samenwerkingsverbanden.

We willen persoonsgerichte zorg bij chronisch zieken stimuleren

In de huidige programmatistische ketenzorg zijn patiënten ingedeeld op aandoening (DM/COPD/CVRM). Patiënten krijgen vaste zorgprogramma's aangeboden. Deze zorg kent een aantal voordelen: patiënten zijn bijvoorbeeld goed in beeld en de zorg wordt gecoördineerd over de keten heen. Maar er zijn ook nadelen: de zorg sluit onvoldoende aan bij de zorgvraag van de chronische patiënt. Ook houden de programma's weinig rekening met zorgzwaarte en multimorbiditeit. Dit is voor Zilveren Kruis aanleiding om een beleidslijn voor persoonsgerichte zorg te ontwikkelen.

In onze visie wordt de chronische zorg ingericht op zorgzwaarte

Vanuit een persoonsgerichte benadering is naast de aandoening ook de zorgzwaarte bepalend voor het zorgaanbod. We geven regionale samenwerkingsverbanden de verantwoordelijkheid om dit zorgaanbod te organiseren en geloven daarmee de innovatie te stimuleren. Het is bijvoorbeeld mogelijk om digitale oplossingen in te zetten bij een groep zelfstandige patiënten (lage zorgzwaarte). Bij een groep patiënten met een complexe zorgvraag (hoge zorgzwaarte) passen wellicht juist langere consulten. Deze invulling is aan de regio. We maken met elkaar afspraken over de uitkomsten.

We maken in een aantal regio's afspraken op basis van een nieuwe beleidslijn

We realiseren ons dat we voor 2020 niet in elke regio afspraken kunnen maken over de nieuwe beleidslijn. Om die reden zijn er 2 beleidslijnen:

1. Binnen de huidige beleidslijn maakt u afspraken op basis van de programmatistische ketenzorg.
2. Binnen de nieuwe beleidslijn maakt u afspraken op basis van persoonsgerichte zorg en uitkomsten.

We starten hiervoor in 2020 met een beperkt aantal regionale samenwerkingsverbanden.

Conform de nieuwe multidisciplinaire richtlijn CVRM maken wij geen onderscheid tussen HVZ en VVR

In de publicatie van het inkoopbeleid 2020 chronische zorg op 1 april 2019 beperkten wij de inclusie van CVRM patiënten tot patiënten met Hart- en Vaatziekten (HVZ). Na deze publicatie is een nieuwe multidisciplinaire richtlijn voor CRVM gepubliceerd. Deze richtlijn maakt geen onderscheid tussen HVZ- en VVR-patiënten en deelt CVRM in naar risicocategorieën. Hierbij is programmatistische zorg bij VVR voor bepaalde risicogroepen aangewezen. Wij zien dan ook af van het besluit om de huidige VVR groep volledig van de CVRM ketenzorg te excluseren. Wij wachten de nieuw op te stellen in- en exclusiecriteria af en sluiten ons hierbij aan.

Zilveren Kruis stimuleert de implementatie van zelfzorg

Veel partijen zijn inmiddels begonnen met de implementatie van zelfzorg en hebben hiervoor een beroep gedaan op een bekostiging via Zelfzorg Ondersteund!. Vanaf 2019 loopt de bekostiging via de zorgverzekeraars. We willen



de impact van de zelfzorg projecten vergroten. De laatste jaren is onder andere ingezet op de transparantie van uitkomsten en de opschaling. We zetten die lijn graag door. Op onze [website](#) vindt u de voorwaarden, eventuele aanvragen bespreekt u met uw zorginkoper.

Zorg Veilig Thuis: we willen voor onze klant zorg veilig naar huis brengen

Deze Zilveren Kruis brede ambitie sluit aan bij de nieuwe beleidslijn voor de chronische zorg. We willen de beweging naar huis versnellen zolang dit medisch verantwoord is, de thuissituatie het toelaat en de patiënt dit wil. Een andere manier van zorg organiseren met inzet van digitale middelen brengt zorg dichterbij de patiënt. Hiervoor zien wij drie belangrijke manieren: online contact met zorgverleners, monitoring op afstand en behandeling thuis. Hoe we deze beweging naar huis willen vormgeven leest u op onze [website](#).

3. Wie kunnen een overeenkomst krijgen?

In aansluiting op ons O&I beleid maken we afspraken met regio-organisaties

We sluiten overeenkomsten met regio-organisaties. De afspraken over de chronische zorg kunnen onderdeel zijn van de O&I overeenkomst. Daar waar de regio nog in transitie is, maken we afspraken met de zorggroepen die in 2019 de chronische zorg (DM/COPD/CVRM) organiseren.

We maken per regio afspraken over de chronische zorg

Zilveren Kruis maakt in een aantal regio's afspraken op basis van de nieuwe beleidslijn (persoonsgerichte zorg). In de andere regio's maken we afspraken op basis van het huidige beleidslijn (programmatische ketenzorg).

De voorwaarden voor een overeenkomst zijn opgenomen in de bijlagen

In de bijlagen staan de algemene voorwaarden voor samenwerkingsverbanden opgenomen.

De voorwaarden hebben betrekking op:

- De gecontracteerde organisatie;
- Samenwerking tussen zorgverleners;
- Kwaliteit van zorg;
- Ondersteunende zelfzorg;
- ICT-ondersteuning van het zorgproces;
- Transparantie van het zorgproces aan de hand van indicatoren;
- Financiële verantwoording en transparantie.

Voor de overeenkomst die uw organisatie heeft met Zilveren Kruis voor chronische zorg DM, COPD en CVRM zijn aanvullende voorwaarden opgenomen (zie bijlagen 2, 3 en 4). Deze voorwaarden betreffen onder andere de in- en exclusiecriteria voor ketenzorg, opleidingseisen van de in te zetten zorgverleners en het voorkomen van dubbelloop.

We bieden een overeenkomst voor 2 jaar

Hierdoor lopen de overeenkomsten voor chronische zorg synchroon met de overeenkomsten van O&I en huisartsenzorg.

Zilveren Kruis sluit overeenkomsten met samenwerkingsverbanden in het kerngebied

In gebieden waar Zilveren Kruis niet de preferente verzekeraar is, volgen wij in principe de afspraken die de preferente verzekeraar met samenwerkingsverbanden maakt.

4. Hoe bepalen wij onze tarieven?

Voor de chronische zorg gelden vrije tarieven waar u met uw zorginkoper afspraken over maakt. In lijn met de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg 2019-2022 indexeren we de tarieven op basis van de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA). Het gaat hierbij om de indexering van de personele



kosten. Onderdeel van het inkoopgesprek voor de tariefstelling zijn ook de besteding van de gelden en de doelmatigheid.

5. Hoe bepalen we hoeveel zorg wij inkopen?

Het volume wordt bepaald door de inclusiecriteria. Alle patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria komen in aanmerking voor de chronische zorg. Een aanvullende afspraak over doelmatigheid, bijvoorbeeld vertaald in een volume, kan onderdeel zijn van de afspraken.



6. Hoe ziet het contracteringsproces eruit?

Wij publiceren ons inkoopbeleid op 1 april 2019 en u kunt daarop reageren

Heeft u een vraag over ons inkoopbeleid, staan er onduidelijkheden in of bent u het oneens met het inkoopbeleid? U kunt tot uiterlijk 1 juli 2019 reageren via ons contactformulier. Antwoorden op veel gestelde vragen publiceren wij op onze website.

U ontvangt 18 september 2019 een aanbiedingsbrief om digitaal een overeenkomst met ons af te sluiten

In de aanbiedingsbrief ontvangt u uw inloggegevens voor het Zilveren Kruis zorgverlenersportaal. Tot aan de sluiting van het zorgverlenersportaal kunt u digitaal een overeenkomst ondertekenen.

7. Hoe ziet de planning voor contractering eruit?

datum	Onderwerp
1 april 2019	publicatie inkoopbeleid
1 juli 2019	publicatie aanvullende voorwaarden
1 juli 2019	publicatie modelovereenkomst
18 september 2019	versturen aanbiedingsbrief met inloggegevens
20 september 2019	opening zorgverlenersportaal voor digitaal contracteren
12 november 2019	sluiting zorgverlenersportaal
12 november 2019	communicatie met klanten over gecontracteerde zorg

8. Hoe gaan we om met naleving en controle?

Eén van de verantwoordelijkheden en kernactiviteiten van Zilveren Kruis is het beoordelen of de zorg die vergoed wordt, aan de wettelijke eisen voldoet en feitelijk en terecht geleverd is. Hierbij maakt Zilveren Kruis onderscheid in het beoordelen of de overeenkomst die wij met een zorgaanbieder hebben afgesloten wordt nageleefd (controle op naleving) en het uitvoeren van controles die voortkomen uit de wettelijke eisen (formele en materiële controle).

9. Welke onderwerpen zijn mogelijk voor u ook interessant?

Onderstaande onderwerpen zijn mogelijk interessant voor u (linkjes toevoegen).

- Huisartsenzorg
- Organisatie & infrastructuur eerstelijns zorg
- Wijkverpleging
- Zorg in de wijk
- Eerstelijnsverblijf
- Extramurale farmacie
- Telebegeleiding bij chronisch hartfalen

10. Waar vind ik aanvullingen en wijzigingen?

Dit inkoopbeleid is gepubliceerd op 1 juli 2019. Het is mogelijk dat hierop aanvullingen of wijzigingen komen. Houd u dit zelf goed in de gaten! U vindt deze aanvullingen en wijzigingen op onze website.



11. Heeft u nog vragen?

[Stuur ons uw bericht](#) of bel ons op telefoonnummer (071) 751 0061, maandag t / m vrijdag van 08.00 - 18.00 uur.



Bijlage 1:

Algemene voorwaarden samenwerkingsverband inkoop ketenzorg DM, COPD en CVRM

De invoering van het nieuwe bekostigingsmodel voor Organisatie & Infrastructuur vraagt om een andere vorm van samenwerking. Zilveren Kruis draagt zorg voor een zorgvuldig transitieproces waarin op basis van een regioplan in samenspraak met andere organisaties afspraken worden gemaakt voor de toekomst. Zilveren Kruis heeft daarom besloten de eerder gemaakte samenwerkingsafspraken - zoals hieronder beschreven - niet te wijzigen.

Algemene voorwaarden voor ketenzorg

Zilveren Kruis koopt multidisciplinaire zorg in bij een rechtspersoon of rechtsvorm (verder te noemen samenwerkingsverband) met op schrift gestelde statuten waarbij:

- Het samenwerkingsverband is gevestigd in het werkgebied waar Zilveren Kruis de preferente zorgverzekeraar is.
- Het samenwerkingsverband een op de wijk, plaats en/of een regio gericht afgestemd zorgaanbod organiseert en aanbiedt.
- Bij het samenwerkingsverband, naast de huisartsenzorg, minimaal 2 andere disciplines deelnemen die passend zijn bij de zorgvraag van de populatie waaraan zorg geboden wordt.
- Het samenwerkingsverband de (multidisciplinaire) zeggenschap statutair of reglementair heeft geregeld.
- Het bestuur van het samenwerkingsverband mandaat heeft om met Zilveren Kruis contractuele afspraken te maken.
- Alle zorgverleners die in het samenwerkingsverband participeren of waar het samenwerkingsverband afspraken mee heeft, zelfstandig een schriftelijke overeenkomst met Zilveren Kruis of de preferente zorgverzekeraar in de desbetreffende regio hebben gesloten (als Zilveren Kruis voor die zorg een contracteerbeleid heeft geformuleerd).

Samenwerking

- Het samenwerkingsverband heeft geformaliseerde schriftelijke samenwerkingsafspraken met alle zorgverleners die van belang zijn voor de uitvoering van de zorgprogramma's. Het samenwerkingsverband draagt zorg voor de naleving en periodieke evaluatie van deze afspraken. De samenwerkingsafspraken hebben betrekking op de inhoud van de te leveren zorg en de financiële afspraken tussen partijen.
- Het samenwerkingsverband heeft schriftelijk samenwerkingsafspraken vastgelegd met de tweede lijn op basis van Landelijk Transmurale afspraken met de grootste adherentie ziekenhuizen in de regio voor die ketenzorgprogramma's die met Zilveren Kruis zijn afgesproken. Hierbij worden in ieder geval afspraken gemaakt over het door- en terugverwijzingsbeleid, het hoofdbehandelaarschap en gezamenlijke realisatie van substitutie.
- De zorgverleners die participeren in het samenwerkingsverband of waar het samenwerkingsverband afspraken mee heeft, zetten zich actief in om daadwerkelijke samenwerking te stimuleren.
- Het samenwerkingsverband betreft actief een patiëntenvertegenwoordiging om de aansluiting op de behoefte van de patiënt goed te borgen.

Kwaliteit

- Het samenwerkingsverband besteedt aandacht aan de ontwikkeling van de eigen professionele organisatie en sluit daarbij aan bij de binnen de branche geldende normen.
- Het samenwerkingsverband heeft een kwaliteitscyclus waarin alle deelnemende disciplines participeren en verbeterafspraken worden gemaakt en bewaakt.
- Het samenwerkingsverband levert zorg en ondersteuning die is afgestemd op de zorgvraag van de patiënt (zorg op maat) waarbij de patiënt de afspraken heeft vastgelegd in een persoonlijk gezondheidsplan.
- Het samenwerkingsverband biedt een passend aanbod aan de patiënt op het gebied van leefstijl (bewegen, stoppen met roken, voeding) en informeert de patiënt over toegang tot lotgenotencontact en patiëntenorganisatie.



- Het samenwerkingsverband voert periodiek een klantvervingsonderzoek uit met daaraan gekoppeld een verbetercyclus.
- Het samenwerkingsverband heeft een jaarlijkse scholingscyclus voor alle deelnemende disciplines waarbij nieuwste inzichten op gebied van behandeling in de multidisciplinaire zorg, de uitkomsten van de zorg, betrokkenheid patiënten en uitkomsten klantvervingsonderzoek aan bod komen.
- Het samenwerkingsverband maakt gebruik van geregistreerde gespecialiseerde zorgverleners bijvoorbeeld een kaderarts, specialistische verpleegkundige en/of medisch specialist met als doel de zorg in de eerste lijn te houden.
- Het samenwerkingsverband stuurt jaarlijks het kwaliteitsjaarverslag toe waarin onder andere het resultaat van het samenwerkingsverband in de meest recente benchmark en de voortgang op de verbeterpunten zijn opgenomen.

Ondersteunde zelfzorg

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

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

In het document 'Voorwaarden Ondersteunde zelfzorg 2019' leest u de inhoudelijke en procesvoorwaarden voor Ondersteunende zelfzorg initiatieven. Deze voorwaarden zijn opgesteld door een afvaardiging van patiëntvertegenwoordigers, zorgverleners en verzekeraars. Zilveren Kruis hanteert voor 2019-2020 een beperkt budget voor de Ondersteunende zelfzorg initiatieven.

ICT-ondersteuning

Het samenwerkingsverband waarmee afspraken zijn gemaakt over aanvullende financiering voor een ICT-systeem dat de multidisciplinaire zorgprocessen zo efficiënt en effectief mogelijk laat verlopen, is ook in 2020 gehouden aan de volgende voorwaarden:

- Het samenwerkingsverband legt passende technische en organisatorische maatregelen aan om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Ook bij uitwisseling van persoonsgegevens worden de gegevens voldoende beveiligd.
- Het samenwerkingsverband draagt er zorg voor dat de patiëntenregistratie in ieder geval 5 jaar na afloop van het desbetreffende kalenderjaar wordt bewaard. De patiëntenregistratie blijft ook nadat de bilaterale overeenkomst een einde heeft genomen voor de zorgverzekeraar voor controledoelinden beschikbaar.

Ondersteuning van de inhoudelijke zorgverlening

Het systeem:

- is geschikt voor het ondersteunen van meerdere zorgprogramma's (ketens).
- ondersteunt voor verschillende patiëntengroepen binnen de DBC geprotocolleerde begeleiding en behandelingen.
- geeft de patiënt de mogelijkheid het eigen zorgdossier in te zien en actief deel te nemen aan de eigen behandeling vanuit de thuissituatie.
- geeft, met inachtneming van de privacyregels, alle betrokken zorgaanbieders binnen de keten inzage in de voor hen relevante parameters van de patiënten die zij in zorg hebben en stelt zorgaanbieders in staat zelf relevante gegevens in het systeem registreren.
- signaleert wanneer afspraken tussen patiënt en zorgverlener niet zijn nagekomen in het belang van kwaliteitszorg.
- is in staat om comorbiditeit te registreren.



Managementinformatie

Het systeem:

- registreert de essentiële gegevens die nodig zijn om zorg conform de geldende standaarden te kunnen leveren.
- levert managementinformatie op het niveau van de patiënt, de zorgverleners en het samenwerkingsverband over het proces, de inhoud en financiën om het zorgprogramma te kunnen (bij)sturen.
- is geschikt om te registreren als een patiënt is geïncorporeerd in de keten.
- is geschikt om hoofbehandelaar huisarts en/of specialist te registreren.

Elektronische gegevensaanlevering aan zorgverzekeraars

Het systeem:

- levert conform geldende standaarden via VECOZO digitale declaraties.
- genereert in het kader van verantwoordingsinformatie betrouwbare digitale gegevens voor de rapportage aan de zorgverzekeraars. De met de zorgverzekeraars afgesproken dataset is daarvoor leidend.

Transparantie chronische zorg aan de hand van indicatoren

- Het samenwerkingsverband legt de relevante gegevens van de minimale dataset chronische zorg vast die nodig zijn om over de landelijk vastgestelde indicatoren te rapporteren.
- Het samenwerkingsverband neemt deel aan de landelijke benchmark chronische zorg van InEen. Het samenwerkingsverband levert de dataset prestatie-indicatoren (gevalideerd) aan bij de landelijke benchmarkinstantie.
- De resultaten van deze benchmark kunnen op initiatief van Zilveren Kruis worden opgevraagd en indien wenselijk met u worden besproken.
- Het samenwerkingsverband werkt bij voorkeur met een goedgekeurd RDC of KIS (voor een actueel overzicht zie www.insights-zorg.nl/producten/toetsing-databewerking).
- Indien gebruik wordt gemaakt van een niet goedgekeurd RDC of KIS onderwerpt het samenwerkingsverband het registratie- en aanleverproces aan een toetsing zodat de indicatoren op identieke en betrouwbare wijze gemeten kunnen worden.

Financiële verantwoordelijkheid en transparantie

- Het samenwerkingsverband stuurt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, een door een accountant gecontroleerde of geaccordeerde jaarrekening van het voorafgaande jaar aan de zorgverzekeraar toe. Bij de verantwoording van bestede gelden wordt een onderscheid gemaakt in gespecificeerde organisatiekosten en gespecificeerde (zorg)kosten.
- Het samenwerkingsverband is verantwoordelijk voor de afspraken zoals opgenomen in de overeenkomsten met haar ondercontractanten voortvloeiend uit de overeenkomst gesloten met Zilveren Kruis.



Bijlage 2: Specifieke inkoopvoorwaarden voor Diabetes Mellitus type 2

Uitgangspunten/voorwaarden

Voor het aangaan van een overeenkomst met Zilveren Kruis voor ketenzorg zijn de algemene voorwaarden beschreven in bijlage 1 van toepassing. Hieronder staan de voorwaarden die specifiek gelden voor de overeenkomst ketenzorg DM.

Algemeen

- De hoofdcontractant draagt zorg voor registratie van de contactmomenten tussen huisarts en/of POH-S en patiënt, die zorginhoudelijk verband houden met de zorg die via de ketenprestatie is ingekocht zoals omschreven in de meest recente beleidsregel.
- Het samenwerkingsverband heeft een uitgewerkt zorgprogramma DM type 2. Het programma is gebaseerd op de stand van de wetenschap en de praktijk, de meest recente NDF-zorgstandaard en vigerende richtlijnen van de deelnemende beroepsgroepen.
- De uitvoerende zorgverleners die begeleiding geven voor stoppen met roken, voldoen aan de opleidingseisen zoals gesteld door het Partnership Stoppen met Roken.
- Binnen de consultatie heeft het samenwerkingsverband zowel de (tele)consultatie tussen artsen als fysieke meekijkconsult tussen de patiënt en de gespecialiseerde zorgverleners geregeld. Dit ter voorkoming van doorverwijzing naar de tweede lijn.
- Voetzorg: de voetbehandeling richt het samenwerkingsverband in conform de zorgmodule preventieve diabetes ulcera en draagt zorg dat er samenwerkingsafspraken zijn met podotherapeuten en pedicure over onder andere door- en terugverwijzen en overdracht van informatie.
- Dieetadvies: een goede organisatie van de dieetzorg binnen de keten is de verantwoordelijkheid van het samenwerkingsverband. Door voldoende aanbod en goede voorlichting voorkomt het samenwerkingsverband DM-gerelateerde dieetzorg buiten de keten.

Inclusie- en exclusiecriteria

Het samenwerkingsverband werkt volgens de meest recente versie van de 'Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's'

Wat valt onder het integrale tarief

- Alleen voor patiënten die in zorg zijn, kan het integrale tarief gedeclareerd worden. 'In zorg' zijn betekent dat de coördinatie en verantwoordelijkheid bij de hoofdcontractant van de keten ligt en de patiënt zorg ontvangt voor de bestaande chronische aandoening gedurende het kalenderjaar.
- Laboratoriumkosten vallen alleen binnen het integrale tarief indien dit expliciet is afgesproken met Zilveren Kruis.
- Onder dieetadvisering vallen ook de nevendiaagnoses die samenhangen met DM2 conform de meest recente NDF-richtlijnen.
- Stoppen met roken maakt integraal onderdeel van het tarief en heeft betrekking op de individuele gedragsmatige begeleiding zoals omschreven in de Zorgmodule Stoppen met Roken.
- De jaarlijkse voetscreening valt binnen het integrale tarief.
- Toebehoren zoals glucose-test strips vallen binnen het integrale tarief.

Voorkomen dubbelloop van declaraties

Het samenwerkingsverband organiseert de ketenzorg op een wijze dat dubbelloop van declaraties wordt voorkomen:

- Een ketenzorg-DBC eerste lijn mag niet samenlopen met een tweedelijns DOT voor dezelfde behandeling.
- Als de medisch specialist de hoofdbehandelaar is van de patiënt dan sluit het samenwerkingsverband de keten-DBC bij de eerstvolgende kwartaaldeclaratie.
- Een eenmalig consult van een specialist (internist, oogarts, podotherapeut) voor een individuele patiënt mag niet door de betreffende zorgverlener aan de zorgverzekeraar gedeclareerd worden.



- Bij de keten-DBC DM2 mogen de volgende verrichtingen niet worden gedeclareerd:
 - Laboratoriumkosten indien deze zijn opgenomen in de overeenkomst
 - Glucose-test strips
 - CVRM multidisciplinaire zorg
 - Dieetadvisering in relatie tot DM type 2 zorg
 - Stoppen met roken
 - Huisartsenconsulten
 - Fundusfoto
 - DM-gerelateerde voetzorg indien deze is opgenomen in de overeenkomst



Bijlage 3: Specifieke inkoopvoorwaarden voor COPD

Uitgangspunten/voorwaarden

Voor het aangaan van een overeenkomst met Zilveren Kruis voor ketenzorg zijn de algemene voorwaarden beschreven in bijlage 1 van toepassing. Hieronder staan de voorwaarden die specifiek gelden voor de overeenkomst ketenzorg COPD.

Algemeen

- De hoofdcontractant draagt zorg voor registratie van de contactmomenten tussen huisartsgeneeskundige zorgverleners en patiënt, die zorginhoudelijk verband houden met de zorg die via de ketenprestatie is ingekocht zoals omschreven in de meest recente beleidsregel.
- Het samenwerkingsverband heeft een uitgewerkt zorgprogramma COPD. Het programma is gebaseerd op de meest recente LAN COPD zorgstandaard en vigerende richtlijnen van de deelnemende beroepsgroepen.
- Het voorkomen van een longaanval is belangrijk. Het gebruik van het Longaanval ActiePlan wordt vanuit de zorggroep gestimuleerd.
- Het samenwerkingsverband heeft aandacht voor het voorkomen van een opname in de 2e lijn door een longaanval. Afspraken zijn gebaseerd op de meest recente Landelijke richtlijn COPD longaanval met ziekenhuisopname.
- Binnen de consultatie heeft het samenwerkingsverband zowel de (tele)consultatie tussen artsen als het fysieke meekijkconsult tussen de patiënt en de gespecialiseerde zorgverleners geregeld. Dit ter voorkoming van doorverwijzing naar de tweede lijn.
- Bewegen is een belangrijke interventie bij de behandeling van COPD. Het samenwerkingsverband heeft dan ook met pluspraktijken fysiotherapie afspraken gemaakt over de inzet van beweegprogramma's COPD.
- Dieetadvies: een goede organisatie van de dieetzorg binnen de keten is de verantwoordelijkheid van het samenwerkingsverband. Door voldoende aanbod en goede voorlichting voorkomt het samenwerkingsverband COPD gerelateerde dieetzorg buiten de keten.
- Indien een dieetinterventie ingezet wordt, is dat altijd gecombineerd met inspanningstraining.
- De zorggroep heeft op basis van de pre-scan Zelfzorgondersteund! SMART doelstellingen geformuleerd voor de implementatie van ondersteunde zelfzorg.

Inclusie- en exclusiecriteria

Het samenwerkingsverband werkt volgens de meest recente versie van de 'Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's'.

Aanvullende exclusiecriteria:

- Patiënten met ernstige comorbiditeit, kwetsbare ouderen, en/of een beperkte levensverwachting waarbij de verwachting is dat gestructureerde COPD-zorg geen of beperkte gezondheidswinst zal geven. (casemanagement / palliatieve zorg meer geïndiceerd dan diseasemanagement).
- Ondanks herhaald uitnodigen niet gemotiveerd voor gestructureerde zorg (zorgmijders).

Opleidingseisen

- Als de huisarts of de POH-S spirometrie in de praktijk uitoefent, geldt de voorwaarde dat de CASPIR cursus en de bijbehorende bijscholingsactiviteiten zijn gevolgd.
- Voor de fysiotherapeut: cursus COPD NPI, hogeschool Leiden of vergelijkbare opleiding.
- De uitvoerende zorgaanbieders van Stoppen met Roken voldoen aan de opleidingseisen zoals gesteld door het Partnership Stoppen met Roken.

Wat valt onder het integrale tarief



- Alleen voor patiënten die in zorg zijn, kan het integrale tarief gedeclareerd worden. 'In zorg' zijn betekent dat de coördinatie en verantwoordelijkheid bij de hoofdcontractant van de keten ligt en de patiënt zorg ontvangt voor de bestaande chronische aandoening gedurende het kalenderjaar.
- Stoppen met roken maakt integraal onderdeel van het tarief en heeft betrekking op de individuele gedragsmatige begeleiding zoals omschreven in de Zorgmodule Stoppen met Roken.

Voorkomen dubbelloop van declaraties

Het samenwerkingsverband organiseert de ketenzorg op een wijze dat dubbelloop van declaraties wordt voorkomen:

- Een ketenzorg-DBC eerste lijn mag niet samenlopen met een tweedelijns DOT voor dezelfde behandeling.
- Als de medisch specialist de hoofdbehandelaar is van de patiënt dan sluit het samenwerkingsverband de keten-DBC bij de eerstvolgende kwartaaldeclaratie.
- Een eenmalig consult van een longarts voor een individuele patiënt mag niet door de betreffende zorgverlener aan de zorgverzekeraar worden gedeclareerd.
- Bij de keten-DBC COPD mogen de volgende verrichtingen niet worden gedeclareerd:
 - Dieetadvisering in relatie tot COPD zorg
 - Stoppen met roken
 - Huisartsenconsulten
 - Spirometrie



Bijlage 4: Specifieke inkoopvoorwaarden voor CVRM

De uitgangspunten en wijze waarop afspraken over ketenzorg CVRM eerder tot stand zijn gekomen waren gebaseerd op preventie en/of substitutie. Het doel was substitutie van patiënten die onnodig in de tweede lijn werden behandeld, structureel in de eerstelijns te gaan behandelen. Daarnaast werd ingezet op het verbeteren van de gezondheidsrisico's om de kans op het krijgen van events en ziekenhuisopnames te verminderen. Er zijn afspraken gemaakt over het monitoren van deze financiële verschuiving. Tevens werd gestimuleerd om als zorggroep in gesprek te gaan met het ziekenhuis om samen te beoordelen welke patiënten voor substitutie in aanmerking komen.

Doel

Het doel van de ketenzorg CVRM blijft het verbeteren van de gezondheid van verzekerden, met ondersteuning en beloning voor het verbeteren van leefstijl waarbij daadwerkelijk lagere kosten van zorg ontstaan door substitutie naar de eerstelijns en door voorkomen van ziektes (preventie) binnen 10 jaar. Hierbij wordt de aanname gedaan dat het succesvol doen verlagen van risicofactoren binnen de contractduur leidt tot preventie op de lange termijn.

Uitgangspunten/voorwaarden voor multidisciplinaire zorg CVRM

Algemeen

- Het samenwerkingsverband heeft de populatie in beeld, weet wie de hoofdbehandelaar is (huisarts, specialist) en welke patiënten structurele multidisciplinaire zorg nodig hebben.
- Er is een plan van aanpak met daarin de doelstelling van het project en de te behalen resultaten.
- Het samenwerkingsverband heeft een uitgewerkt zorgprogramma CVRM. Het programma is gebaseerd op de meest recente CVRM zorgstandaard en vigerende richtlijnen van de deelnemende beroepsgroepen en speelt in op de behoefte van de patiënt (zorg op maat) en ondersteunde zelfzorg.
- Naast behandeling richt het programma zich op leefstijl beïnvloeding zoals stoppen met roken, voedings- en dieetbegeleiding. Het persoonlijk gezondheidsplan van de patiënt staat centraal.
- Het samenwerkingsverband heeft een ICT-tool van de lijst van goedgekeurde ICT-tools van ZelfZorg Ondersteund!, of gaat deze in de looptijd van de overeenkomst gebruiken. De tool ondersteunt patiënten om bewezen actieve leefstijlinterventies in te zetten.

Inclusie- en exclusiecriteria

Het samenwerkingsverband werkt volgens de meest recente versie van de 'Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's'.

Wat valt onder het integrale tarief

- Alleen voor patiënten die in zorg zijn, kan het integrale tarief gedeclareerd worden. 'In zorg' zijn betekent dat de coördinatie en verantwoordelijkheid bij de hoofdcontractant van de keten ligt en de patiënt zorg ontvangt voor de bestaande chronische aandoening gedurende het kalenderjaar.
- Het ketentarieff moet gerechtvaardigd zijn door de te behalen baten. De baten bestaan uit het verplaatsen van patiënten vanuit de 2e lijn naar de 1e lijn en/of door het verlagen van risicofactoren en daarmee het voorkomen van ziekenhuiskosten (preventie).
- Het samenwerkingsverband levert per kwartaal zelf aan voor welke patiënten ze hoofdbehandelaar waren en waarvoor ze dus het ketentarieff krijgen.
- Stoppen met roken maakt integraal onderdeel van het tarief en heeft betrekking op de individuele gedragsmatige begeleiding zoals omschreven in de Zorgmodule Stoppen met Roken.

Voorkomen dubbelloop van declaraties

Het samenwerkingsverband organiseert de ketenzorg op een wijze dat dubbelloop van declaraties wordt voorkomen:

- Een ketenzorg-DBC eerste lijn mag niet samenlopen met een tweedelijns DOT voor dezelfde behandeling.



- Als de medisch specialist de hoofdbehandelaar is van de patiënt dan sluit het samenwerkingsverband de keten-DBC bij de eerstvolgende kwartaaldeclaratie.
- Een eenmalig consult van een specialist (internist, oogarts, podotherapeut) voor een individuele patiënt mag niet door de betreffende zorgverlener aan de zorgverzekeraar gedeclareerd worden.
- Bij de keten-DBC CVRM mogen de volgende verrichtingen niet worden gedeclareerd:
 - Dieetadvisering in relatie tot CVRM zorg
 - Stoppen met roken
 - Huisartsenconsulten
 - Consulten/visites en daarvan afgeleide prestaties binnen Segment 1 voor huisartsenzorg, uitgesloten voor zover de zorglevering in het kader van de behandeling en begeleiding van de aandoening CVRM plaatsvindt

