

Huisartsenzorg zorginkoopbeleid 2025

Versie 1.0

1 april 2024

Zorginkoopbeleid 2025

Huisartsenzorg

Inhoud

1	Wat zijn de wijzigingen per 2025?	3
2	Welke informatie vindt u in dit document?	3
2.1	Inleiding	3
2.2	Leeswijzer	4
3	Wat is de visie van Zorg en Zekerheid?	4
3.1	Algemene visie op huisartsenzorg.....	4
3.2	Regionale samenwerking	5
3.3	Passende zorg.....	6
	Gezondheid in plaats van ziekte	6
	Digitale zorg	6
3.4	Arbeidsmarkt.....	7
3.5	Duurzaamheid	8
4	Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop huisartsenzorg?	9
4.1	Speerpunten huisartsenzorg	9
	Ouderenzorg	9
	Mentaal welbevinden en GGZ.....	10
	Preventie van leefstijlgerelateerde aandoeningen	11
	Meer tijd voor de patiënt.....	11
4.2	Impactvolle transformaties.....	12
4.3	Aanvraag Segment 3 Uitkomstbekostiging en zorgvernieuwing	12
	Procedure voor het aanvragen van S3 overige zorgvernieuwing	13
5	Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst?	14
5.1	Minimum- en kwaliteitseisen.....	14
	Minimumeisen	14
5.2	Looptijd van de zorgovereenkomsten.....	14
5.3	Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders.....	14
	Huisartsenpraktijken.....	14
	Huisartsendienstenstructuur	14
5.4	Informatie voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders.....	15
	Aanvragen zorgovereenkomst 2025	15
	Huisartsenpraktijken.....	15

6	Hoe ziet het contracteerproces eruit?.....	15
6.1	Bepalen van de tarieven.....	15
6.2	Aanbod van de zorgovereenkomsten.....	16
6.3	Planning.....	16
7	Heeft u vragen?	16
Bijlage 1: Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)		17

1 Wat zijn de wijzigingen per 2025?

In het zorginkoopbeleid huisartsenzorg 2025 zijn de volgende zaken gewijzigd ten opzichte van 2024:

- Visie eerstelijnszorg is toegevoegd en waar mogelijk opgenomen in het inkoopbeleid (hoofdstuk 3.1).
- Zorg en Zekerheid sluit zich aan bij de Visie op toekomstbestendige Huisartsenzorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (hoofdstuk 3.1).
- Zorg en Zekerheid heeft aandacht voor de hybride huisartsenpraktijk, met enerzijds (digitale) zorg op afstand en anderzijds een vaste, eigen huisarts voor chronische en kwetsbare patiënten. Digitaal is als dat kan en fysiek als dat nodig is (hoofdstuk 3.3).
- Op basis van de evaluatie van Remote Patient Monitoring (RPM) in 2024, worden afspraken gemaakt over verdere stimulatie van RPM in 2025 (hoofdstuk 3.3).
- In 2024 wordt gewerkt aan uniforme monitoringsafspraken Welzijn op Recept (WOR) om deze in 2025 te kunnen implementeren (hoofdstuk 3.3).
- De strategie 'Positieve gezondheid' is gewijzigd naar 'Arbeidsmarkt' (hoofdstuk 3.4).
- Er is invulling aan de nieuwe strategie 'Arbeidsmarkt' gegeven (hoofdstuk 3.4).
- Zorg en Zekerheid kent onder voorwaarden vanwege arbeidsmarktproblemen de POH-ouderen module al tijdens de opleidingsfase toe voor POH-ouderen die geschoold worden binnen de incompany opleidingen van de drie regio-organisaties (hoofdstuk 3.4).
- Er is invulling aan de nieuwe strategie 'duurzaamheid' gegeven (hoofdstuk 3.5).
- Zorg en Zekerheid heeft aandacht voor de mogelijke toekomstige realisatie van Mentale Gezondheid Netwerken (MGN) (hoofdstuk 4.1).
- In 2025 vervolgen we de gesprekken met het zorgkantoor, de drie RO's en huisartsenverenigingen over de implementatie van medisch-generalistische zorg (MGZ) (hoofdstuk 4.1).
- Zorg en Zekerheid continueert het beleid huisartsenzorg tijdens deze driejarige zorgovereenkomst en focust in deze driejarige contractperiode op de speerpunten uit de regiobeelden en bijbehorende regioplannen (hoofdstuk 4.1).
- Indien de NZa in de beleidsregel 2025 besluit om MTVP in Segment 1 op te nemen als basis huisartsenzorg, dan vervalt de Segment 3 prestatie (hoofdstuk 4.1).
- Zorg en Zekerheid indexeert alleen prestaties die minimaal een kalenderjaar gecontracteerd zijn (hoofdstuk 6.1).
- In Bijlage 1 is uniforme landelijke tekst over duurzaamheid vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) toegevoegd.

2 Welke informatie vindt u in dit document?

2.1 Inleiding

Voor u ligt het zorginkoopbeleid huisartsenzorg voor 2025. In dit document leest u op welke manier, met welke criteria en volgens welke planning Zorg en Zekerheid huisartsenzorg voor 2025 inkoopt. Dit zorginkoopbeleid geldt als aanvulling op het [Algemeen zorginkoopbeleid](#). Bij tegenstrijdigheden prevaleert dit zorginkoopbeleid boven het [Algemeen zorginkoopbeleid](#).

De NZa beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg beschrijft de bekostiging van huisartsengeneeskundige zorg en de bekostiging van multidisciplinaire zorg waarvan huisartsenzorg onderdeel is (multidisciplinaire eerstelijnszorg). Deze is opgebouwd rondom drie segmenten, waarbij ieder segment zijn eigen kenmerken heeft. In dit zorginkoopbeleid beschrijven we met name het

eerste segment (basisvoorziening huisartsenzorg) en het derde segment (resultaatbeloning en zorgvernieuwing). Het tweede segment richt zich op programmatische multidisciplinaire eerstelijnszorg, waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren, beter bekend als Organisatie & Infrastructuur (O&I). Op verzoek van huisartsen is dit onderdeel in een separaat document opgenomen: [Zorginkoopbeleid multidisciplinaire zorg](#). Dit laat onverlet dat er sprake is van dezelfde NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Huisartsenzorg heeft een doorlopende driejarige zorgovereenkomst voor de periode 2023-2025. In 2025 continueren wij daarom ons beleid uit 2023 en 2024 voor reeds lopende zorgovereenkomsten.

2.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 3 geeft de visie van Zorg en Zekerheid op huisartsenzorg weer. Hoofdstuk 4 behandelt de doelen die Zorg en Zekerheid wil bereiken. In hoofdstuk 5 leest u welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst. Hoofdstuk 6 en 7 geven u praktische informatie over de planning rondom het contracteerproces en de mogelijkheid om vragen te stellen.

3 Wat is de visie van Zorg en Zekerheid?

Om goede zorg voor onze verzekerden nu én in de toekomst toegankelijk te houden, gaan we voor gezondheid. Het doel van Zorg en Zekerheid is daarom om van zorg naar gezondheid te bewegen. Om het doel van Zorg en Zekerheid te bereiken hebben wij vier strategieën benoemd waarmee wij in de regio het verschil maken, te weten 'regionale samenwerking', 'passende zorg', 'arbeidsmarkt en 'duurzaamheid'. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft hoe wij invulling geven aan deze strategieën. In de volgende alinea's leest u per strategie hoe wij met de zorginkoop huisartsenzorg bijdragen aan het doel van Zorg en Zekerheid.

3.1 Algemene visie op huisartsenzorg

De huisartsenzorg kent vele uitdagingen en staat al enige tijd onder druk. De alsmaar groeiende kloof tussen de zorgvraag en het zorgaanbod is extra voelbaar in de huisartsenzorg. Zorg en Zekerheid herkent de uitdagingen voor de huisartsen en ziet dat de complexiteit van de problematiek groot is, en niet door partijen afzonderlijk kan worden opgelost. Deze vele uitdagingen in de huisartsenzorg vragen om een nauwe multidisciplinaire samenwerking in de wijk, waarbij de wijk de hoeksteen van de lokale zorg is. De huisarts heeft hierbij een belangrijke rol naast de andere (eerstelijns) zorg- en welzijnsaanbieders. In lijn met de Zorgverzekeraars Nederland (ZN) Visie op toekomstbestendige huisartsenzorg zetten wij de komende jaren stappen in de richting van één digitale, regionale multidisciplinaire voordeur voor alle zorg- en welzijnsvragen en vragen over gezondheid. Daarnaast sluiten wij ons aan bij de doelen zoals deze geformuleerd staan in de Visie eerstelijnszorg 2030 ([Visie eerstelijnszorg 2030 | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)). Hierin staat beschreven hoe alle partijen van de eerstelijnszorg gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen om de toegankelijkheid en continuïteit van de eerstelijnszorg te waarborgen met oog voor het behouden van de kwaliteit van de zorg. Alle partijen van de eerstelijnszorg werken krachtig samen aan het vernieuwen van de eerste lijn en versterken de organisatie ervan. Zodat de eerstelijnszorg in 2030 is gebaseerd op de principes van passende zorg, waarbij beschikbare capaciteit en middelen op de beste en meest doelmatige manier worden ingezet.

De reden om hier, nog meer dan de afgelopen jaren, concreet vorm aan te geven is de druk op het zorgstelsel. Deze druk wordt ervaren door praktijkeigenaren, maar ook door huisartsen die (soms bewust) kiezen voor dienstverbanden als waarnemer of loondienstmedewerker. Het type zorgvraag is blijvend veranderd door toenemende vergrijzing en complexere problematiek. Tegelijkertijd kan de maatschappij onvoldoende randvoorwaarden scheppen, zoals voldoende zorgpersoneel, adequate huisvesting en afdoende dekking van alsmaar stijgende zorgkosten. Om de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg voor alle inwoners in Nederland in de toekomst te bewaren, moeten we de huisartsenzorg anders organiseren. Wij zetten hierbij in op het voorkomen van onnodige zorgvraag, anders werken in de praktijk, het versterken van het aanbod en bouwen aan veranderkracht. Met kleine stappen werken we toe naar huisartsenzorg die ook in de toekomst beschikbaar is voor inwoners (en niet inwoners) van Nederland.

Ons uitgangspunt is dat het voor met name kwetsbare en patiënten met een chronische aandoening prettig is om een vaste huisarts te hebben in de buurt waar zij woonachtig zijn. In toenemende mate zullen er voorzieningen moeten zijn om eenvoudige zorgvragen te kunnen beantwoorden door mogelijk iemand anders, dan de eigen huisarts, bijvoorbeeld een andere (digitale) huisarts, een praktijkondersteuner, of een verpleegkundig specialist. Het contact tussen patiënt en huisarts wordt hybride, digitaal als dat kan en fysiek als dat nodig is. Een vaste huisarts hoeft niet per se een praktijkeigenaar te zijn, maar kan ook populatie houder zijn. Dit biedt ook mogelijkheden om juist met meerdere huisartsen in een groter centrum samen te werken, met ieder een vaste groep patiënten om een goede relatie mee op te kunnen bouwen. De hybride huisartsenpraktijk kan op verschillende manieren worden vormgegeven, met enerzijds (digitale) zorg op afstand en anderzijds een vaste, eigen huisarts voor kwetsbare en chronische patiënten. Digitalisering is geen doel op zich, maar een middel om de efficiëntie en toegankelijkheid van en ervaring met huisartsenzorg te verbeteren.

De keuzes die Zorg en Zekerheid in de afgelopen jaren heeft gemaakt, zoals het stimuleren van de multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn, blijken in lijn te zijn met de vele doelstellingen uit het Integraal Zorgakkoord (IZA), richtingen die het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) geeft en afspraken in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Dit betekent onder meer dat de uitvoer van het beleid kan worden gecontinueerd.

3.2 Regionale samenwerking

Zorg en Zekerheid blijft de doorontwikkeling van multidisciplinaire organisaties stimuleren. Immers, het verder versterken van de eerste lijn is blijvend aan de orde. Het doel blijft het voorkomen van versnippering en het creëren van heldere entiteiten met duidelijke verantwoordelijkheden en activiteiten. Met de realisatie van zowel wijksamenwerkingsverbanden, als regio-organisaties (RO's) is in de afgelopen jaren een goede basis gelegd voor één van de uitgangspunten van het IZA. Hierin wordt uitgegaan van de verregaande samenwerking in en tussen de regio's en de verschillende zorgdomeinen, zoals de brede eerste lijn, de geestelijke gezondheidszorg, gemeentes en de ziekenhuizen, met een focus op passende zorg. Een goed georganiseerde eerste lijn is hierin een randvoorwaarde.

Naast regionale samenwerking, blijft samenwerking in de wijk voor Zorg en Zekerheid een belangrijke waarde en uitgangspunt. Zorgprofessionals binnen het wijksamenwerkingsverband (WSV) kennen de wijkpopulatie immers als geen ander. Dat maakt de noodzakelijke samenwerking met het sociale domein en met bewonersinitiatieven mogelijk. Ook de komende jaren zien we meerwaarde van het WSV in de ontwikkeling van deze wijkgerichte zorg. Beleidsonderwerpen die belangrijk zijn voor een groter geografisch gebied moet de RO nadrukkelijk oppakken.

3.3 Passende zorg

De zorginkoop wordt vormgegeven aan de hand van vier principes van passende zorg; zorg is waardegedreven, komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, juiste zorg op de juiste plek en gaat over gezondheid in plaats van ziekte. Voor Zorg en Zekerheid betekent dit dat wij letten op doelmatigheid van zorg, samen beslissen, (digitale) zorg op de juiste plek, duurzaamheid en gezondheidsverschillen.

In het kader van juiste zorg op de juiste plek streven wij partnerships na met belangrijke stakeholders in de regio. Dit leidt ertoe dat we afspraken kunnen maken over het verplaatsen van zorg. Bijvoorbeeld van het ziekenhuis naar de huisartsenzorg. Het gaat ook over verplaatsen van zorg van de huisarts naar het welzijnsdomein, maar bijvoorbeeld ook experimenteren met digitale innovaties op het gebied van beslisondersteuning bij verwijzingen naar de tweede lijn. Een ander voorbeeld is het samenwerken tussen huisarts en apotheker zodat zij in dezelfde lijn kunnen handelen zoals rondom verantwoord wisselen van medicatie.

Gezondheid in plaats van ziekte

Positieve gezondheid blijft ook binnen de huisartsenzorg een belangrijk uitgangspunt van Zorg en Zekerheid. Zorg en Zekerheid wil dat inwoners binnen de regio regie op het eigen leven ervaren. En het vermogen hebben om zelf met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. Zorg en Zekerheid stimuleert haar verzekerden om zelf regie te hebben over hun eigen gezondheid. Bijvoorbeeld door zo lang mogelijk zelfstandig en gelukkig te kunnen leven.

De afgelopen jaren heeft Zorg en Zekerheid geïnvesteerd in multidisciplinaire scholing op het gebied van positieve gezondheid. Het positief-gezondheidsgesprek is in alle drie de regio's, te weten Zuid-Holland noord, Haarlemmermeer en Amstelland, in 2024 onderdeel geworden van de prestatie Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP). Door de extra tijd die de huisarts krijgt in de spreekkamer, is de mogelijkheid ontstaan 'het goede gesprek' te voeren en daarmee ruimte om de juiste vragen te kunnen stellen om beter zicht te krijgen op de hulpvraag.

Het 'goede gesprek' kan leiden tot een welzijnsrecept. Zo stimuleren wij waar mogelijk verplaatsing van de eerste naar de nulde lijn, hierdoor ontvangt de patiënt zorg op de juiste plek. In 2025 blijft Zorg en Zekerheid, samen met RO's en met de koplopers Welzijn op Recept (WoR), dan ook inzetten op het optimaliseren van WoR. Dit gebeurt vanzelfsprekend samen met gemeenten en ondersteund door het Landelijk Kenniscentrum WoR. Monitoring en goede afspraken met het sociaal domein vanuit de RO (of WSV) zijn hierbij van belang. Hierbij streven we uniforme monitoringsafspraken na. Wij verwachten dat de RO de gesprekken met de gemeente en het sociaal domein blijft faciliteren.

Digitale zorg

Zoals genoemd in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) is 'zorg op de juiste plek' één van de kaders van passende zorg. Digitale zorg is een onderdeel van het verlenen van zorg op de juiste plek. In lijn met het verlenen van zorg op de juiste plek sluit Zorg en Zekerheid zich aan bij de [Ambities Zorginkoop digitalisering en gegevensuitwisseling 2025](#) die zorgverzekeraars en zorgkantoren op basis van ambities IZA en WOZO op ZN niveau hebben geformuleerd. Jaarlijks zullen zorgkantoren en zorgverzekeraars in gezamenlijkheid deze ambities updaten. Aanvullend hebben wij vanuit huisartsenzorg de onderstaande ambitie op het gebied van digitale zorg.

De huisartsenpraktijk van de toekomst heeft een stevige digitale basis, waarmee 'digital-first'-huisartsenzorg wordt geleverd na (digitale) triage en de patiënt en zijn behandelaren toegang hebben tot alle benodigde informatie. Digital first zal de basis zijn voor patiënten die dat willen en kunnen. De hybride huisartsenpraktijk wordt de norm met enerzijds (digitale) zorg op afstand en anderzijds een vaste, eigen huisarts voor chronische en kwetsbare patiënten.

De zorg is immers continu in ontwikkeling, we staan voor grote uitdagingen de zorg toekomstbestendig te maken. Digitale zorg kan hieraan bijdragen, waarbij digitalisering geen doel op zich is. Het is een middel om de efficiëntie en toegankelijkheid van en ervaring met huisartsenzorg te verbeteren. Na de digitale versnelling huisartsenzorg, heeft elke regio een Chief Medical Information Officer (CMIO). De CMIO helpt vanuit medisch perspectief richting te geven aan de digitale strategie in de regio. De CMIO levert hierbij een cruciale bijdrage aan inbedding van technologie in de zorg.

Hybride en digitale zorg draagt bij aan goede en veilige zorg voor de patiënt/cliënt en aan verlichting van de werkdruk van zorgverleners. Veldpartijen, zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben dan ook in het IZA en programma WOZO forse uniforme ambities geformuleerd: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Daarbij werken zij in 3 jaar toe naar 70% hybride zorgpaden en zorgprocessen met minimaal 50% inclusie.

Om deze hoge ambitie waar te maken, verwacht Zorg en Zekerheid een sturende en faciliterende RO. Dit vanzelfsprekend in nauwe afstemming met de in de RO aanwezige CMIO.

Slimme online consultvoorbereiding, zelfmanagement mogelijkheden voor de patiënt, structurering en standaardisering van (gesproken) informatie, beslissingsondersteuning bij consultvoering en robotisering kunnen helpen bij het efficiënt leveren van goede zorg. Hoge gebruiksvriendelijkheid, sterke verbetering van werkprocessen en meedenkende systemen kunnen huisartsen veel werk besparen. Niet het digitale informatiesysteem, maar de zorg voor en gezondheid van de patiënt moeten leidend zijn.

Een bijzondere plaats bij het realiseren van hybride zorg heeft volgens Zorg en Zekerheid Remote Patient Monitoring (RPM). Met initiatieven zoals Stevit, Imdid en Hart voor verbinden, zien we dat RPM de potentie heeft om breder te worden uitgerold in de regio om zo meer verzekerden in staat te stellen regie te voeren op de eigen gezondheid. Met partners van bovenstaande initiatieven vindt een evaluatie plaats in 2024 die de basis zal zijn voor verdere besluitvorming over en stimulatie van implementatie van RPM in 2025.

Zorg en Zekerheid stimuleert het gebruik van één HIS per regio om gegevensuitwisselingen te versoepelen, scherpe financiële afspraken te kunnen maken met ICT-leveranciers en koppelingsproblemen, bijvoorbeeld bij waarneming te voorkomen. Met de komst van het door LHV, NHG, InEen, ZN en NedHIS geïnitieerde keurmerk XIS is een set van kwaliteitseisen beschikbaar voor de ICT-systemen in de huisartsenzorg. Landelijk is afgesproken dat de zorgverzekeraars ervan uitgaan dat huisartsen gebruikmaken van een HIS met keurmerk.

3.4 Arbeidsmarkt

Op meerdere plekken in onze regio onderzoeken we met gemeenten, huisartsenvereniging en RO de capaciteit van de huisartsenzorg, nu en in de toekomst. Op basis van deze onderzoeken zijn we in gesprek over huisvesting. Geschikte huisvesting voor huisartsenpraktijken kan bijdragen aan het verminderen van de druk op de huisartsenzorg. Gezamenlijk benadrukken we het belang van een helder regionaal aanspreekpunt voor zorgprofessionals met huisvestingsproblemen waarbij

bovengenoemde partijen een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben. Zorg en Zekerheid ondersteunt huisartsen die een (nieuwe) huisartsenpraktijk starten in een regio waar een tekort aan huisartsen is, of op andere wijze ruimte creëren voor een groot aantal nieuwe patiënten, met de prestatie Borgen continuïteit huisartsenzorg. Dit is een prestatie op maat als aanvulling op de ondersteuning vanuit de RO.

In verband met de huidige arbeidsmarktproblematiek accepteert Zorg en Zekerheid gedurende deze contractperiode een POH-S die nog in het opleidingstraject tot praktijkondersteuner zit. Daarnaast kennen we vanuit dezelfde arbeidsmarktproblemen bij POH-ouderen een vergelijkbare regeling voor praktijkondersteuners die de regionale opleiding volgen. Indien een POH-ouderen in opleiding geschoold wordt binnen de incompany opleidingen van de drie regio-organisaties, kent Zorg en Zekerheid onder voorwaarden de POH-ouderen module al tijdens de opleidingsfase toe.

Daarnaast vinden we het ook in 2025 nodig te sturen op taakherschikking en -differentiatie, zowel binnen de huisartsenpraktijken, maar ook transmuraal richting andere zorg- en welzijnsprofessionals, bijvoorbeeld door het actief werken met WoR en/of een POH-jeugd. Ook samenwerkingen binnen de wijk, met bijvoorbeeld een apotheker of met VVT organisaties kan werkdruk verdelen. We focussen waar mogelijk op digitale toepassingen en een meer hybride vorm van praktijkvoering, waarbij een digitaal aanbod voor patiënten nadrukkelijk aangeboden wordt.

Positieve gezondheid blijft binnen de huisartsenzorg zorg een belangrijk uitgangspunt van Zorg en Zekerheid. Zorg en Zekerheid wil dat inwoners van de regio Noord-Holland Zuid en Zuid-Holland Noord regie op het eigen leven ervaren. En het vermogen hebben om zelf met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. Zorg en Zekerheid faciliteert en stimuleert haar verzekerden om zelf regie te hebben over hun eigen leven. Bijvoorbeeld door zo lang mogelijk zelfstandig en gelukkig te kunnen leven. Zo helpt Zorg en Zekerheid verzekerden de gezondste versie van zichzelf te worden.

De prestatie MTVP, gestart in 2023, krijgt zeker een vervolg in 2025 op basis van de Leidraad '[Meer tijd voor de Patiënt](#)' (MTVP). De afgelopen jaren heeft Zorg en Zekerheid geïnvesteerd in multidisciplinaire scholing op het gebied van positieve gezondheid. Het positief-gezondheidsgesprek is in alle regio's nu onderdeel van de prestatie MTVP. Zie voor MTVP verder hoofdstuk 4.1 Speerpunten huisartsenzorg.

3.5 Duurzaamheid

Zoals genoemd in Bijlage 1 'Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)' en in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) sluiten wij ons aan bij de Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ) 3.0 en de vereisten uit de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). De algemene duurzaamheidscriteria richting zorgaanbieders staan vermeld in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#).

Ondersteuning bij de verduurzaming is onder meer te vinden in het e-book 'De Groene Huisartsenpraktijk' van de LHV en de 'Inspiratiegids verspil geen pil' van de Coalitie Duurzame Farmacie.

4 Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop huisartsenzorg?

4.1 Speerpunten huisartsenzorg

In januari 2024 zijn de nieuwe regiobeelden opgeleverd, op basis waarvan stakeholders in de regio met elkaar een regioplan opstellen. Hierin spreken zij met elkaar af wat speerpunten zijn voor de periode vanaf 2024.

Zorg en Zekerheid focust in de huidige driejarige contractperiode op ouderenzorg, mentaal welbevinden en GGZ, preventie van leefstijlgebonden aandoeningen, acute zorg en digitale zorg. Deze speerpunten, aangevuld met nieuwe/herijkte kennis en speerpunten uit het regiobeeld en regioplan zijn van invloed op de ontwikkeling van zorgprestaties bij huisartsenzorg, zoals mogelijk is binnen Segment 3, resultaatsbeloning en zorgvernieuwing.

Ouderenzorg

De belangrijkste focus van ouderenzorg ligt op zo lang mogelijk zelfstandig wonen. Het is belangrijk dat er voldoende beschikbare en passende (huisartsen)zorg is in de thuissituatie. Veel huisartsenpraktijken worden dan ook geconfronteerd met de gevolgen hiervan en het lukt hen niet allemaal voldoende gehoor te geven aan de zorgvragen die hen worden gesteld. Tegelijkertijd zien we dat samenwerking met de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) nog niet optimaal wordt ingezet terwijl deze professional ook buiten de instelling een waardevolle bijdrage kan leveren in het zorgaanbod. In 2024 doorgaand in 2025 voeren wij in samenspraak met RO's en VVT instellingen het gesprek hierover.

Door de toenemende complexiteit van zorgvragen in combinatie met een groeiende schaarste aan zorgprofessionals wordt het steeds moeilijker voor kwetsbare patiënten om toegang tot zorg geleverd vanuit huisartsen, SO's en artsen verstandelijk gehandicapten (AVG's) te krijgen. Binnen medisch-generalistische zorg wordt domein overstijgend samengewerkt door SO's, AVG's, huisartsen, huisartsenposten en RO's om samen met het zorgkantoor en de zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid beter aan te sluiten op de vraag in de regio. In 2025 geven we een vervolg aan de gesprekken die in 2024 zijn gestart met het zorgkantoor, de drie RO's en huisartsenverenigingen over hoe we deze medisch-generalistische zorg (MGZ) toekomstbestendig kunnen implementeren in de regio. Huisartsen geven aan dat het onvoldoende goed lukt om het Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO) te organiseren. Huisartsen kunnen de RO vragen om hen te ondersteunen om het (elektronisch) GPO's te organiseren.

Valpreventie is het verminderen of voorkomen van valongelukken bij ouderen door risicofactoren te behandelen of aan te passen. Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Zorginstituut Nederland (ZiNL) in april 2022 vastgesteld dat valpreventie bewezen effectief is en voor een deel onder de verzekerde zorg valt. De duiding van ZiNL benadrukt dat bij de ketenaanpak zowel het gemeentelijke domein als het zorgdomein aan zet zijn. Vanuit het IZA en het GALA is afgesproken dat zorgverzekeraars en gemeenten met ingang van 1 januari 2024 in elke regio starten met het inrichten van een ketenaanpak valpreventie bij ouderen. Gemeenten, sociaal domein, zorgverleners en zorgverzekeraar werken momenteel aan het vormgeven van de ketenaanpak valpreventie, waarbij ouderen met verhoogd valrisico worden opgespoord, gescreend, beoordeeld en interventies worden ingezet om hun valrisico te verkleinen. Voor de inrichting en uitvoering van de ketenaanpak valpreventie zijn de komende periode middelen beschikbaar via de brede Specifieke

Uitkering (SPUK)-regeling. In het GALA (3G onderdeel 2) staat nader uitgewerkt waar gemeenten de SPUK-middelen voor kunnen inzetten. De ketenaanpak dient te landen in de samenwerkingsafspraken die gemaakt worden tussen het sociaal- en zorgdomein. Er wordt afgesproken wie waarvoor verantwoordelijk voor is en wat georganiseerd moet worden. Dit gebeurt aan de regionale tafel en wordt lokaal vormgegeven.

Met valpreventie wordt het risico op vallen verkleind. Dit voorkomt dat mensen mogelijk meer en intensievere zorg nodig hebben. Valpreventie bestaat uit drie onderdelen, namelijk:

1. Een valrisicotest. Aan de hand van een aantal vragen wordt bepaald of iemand een verhoogd risico op vallen heeft. Deze test hoeft niet per se door een zorgverlener te worden afgenomen. Wanneer mensen een laag of matig valrisico hebben, is de gemeente verantwoordelijk voor het vervolg van de keten. Als blijkt dat iemand een hoog risico op vallen heeft, neemt een zorgverlener de valrisicobeoordeling af.
2. Een valrisicobeoordeling. De valrisicobeoordeling bij een hoog valrisico vindt plaats aan de hand van een gestructureerde vragenlijst waarmee alle factoren worden nagegaan die een rol kunnen spelen bij het individuele valrisico (valanalyse of multifactoriële valrisicobeoordeling). De valrisicobeoordeling resulteert in een individueel advies op maat aan de patiënt, waarin eventuele verwijzingen naar zorgaanbieders en/of interventies zijn opgenomen. Twee of drie maanden na het advies kan een evaluatie plaatsvinden met de patiënt waarin wordt besproken in hoeverre het advies is opgevolgd en of andere acties ingezet kunnen worden.
3. De interventies. Als het nodig is, kunnen professionals in het sociale of zorgdomein interventies inzetten om het risico op vallen te verminderen. Voorbeelden van interventies zijn: medicatieadvies, aanpak visusproblematiek, aanpak onderliggende aandoeningen en/of valpreventieve beweeginterventies. Een valpreventief beweegprogramma is één van de interventies die kan worden ingezet om dit valrisico te verkleinen. Alleen voor ouderen met een hoog valrisico die als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut of oefentherapeut worden deze programma's vergoed vanuit de Zvw. In andere gevallen financieren de gemeenten deze trainingen en kunnen deze ook door een andere beweegprofessional worden gegeven.

Mentaal welbevinden en GGZ

Inwoners met een hulpvraag rondom mentaal welbevinden richten zich vaak in eerste instantie tot de huisarts. De POH-GGZ kan uitkomst bieden in het leveren van deze zorg.

Mentaal welbevinden is echter niet altijd een zorgvraag. Schulden, arbeidsproblematiek, problemen thuis of in de directe omgeving hebben vaak een enorme impact op het mentaal welbevinden van onze verzekerden. De nauwe samenwerking tussen zorg en welzijn, inclusief een goede verwijzing van onze verzekerden naar passende zorg in het sociaal domein is voor Zorg en Zekerheid dan ook van blijvend belang.

Wij continueren de verdere intensivering van WoR zoals gestart in 2023. Met ondersteuning van onder andere de RO's, nemen steeds meer huisartsenpraktijken deel aan implementatie van deze werkwijze in de praktijk. Onderdeel van deze implementatie is een goede samenwerking tussen huisartsen/POH-GGZ en het sociale domein.

We stimuleren blended care, waarbij de praktijkondersteuner gebruik kan maken van e-mental health, beslisondersteuner en consultatie. De regio heeft de keus of e-mental health op praktijkniveau óf bij

de RO wordt ingekocht. Zorg en Zekerheid gaat uit een eenduidige inzet van e-mental health in de regio .

Landelijk wordt gesproken over het realiseren van Mentale Gezondheid Netwerken (MGN). Indien de huisarts niet duidelijk kan krijgen of een zorgvraag van een patiënt het beste in het sociaal domein of in de GGZ beantwoord kan worden, kan de huisarts naar een MGN verwijzen voor een advies in deze. In het MGN zullen waarschijnlijk een GGZ-professional, een medewerker uit het sociaal domein en een ervaringsdeskundige verbonden zijn. Zodra de positionering en de bekostiging van de MGN duidelijk is, zal Zorg en Zekerheid u hier nader over informeren.

Preventie van leefstijlgerelateerde aandoeningen

Vanuit de Zorgverzekeringswet is de focus op preventie die op geïndiceerde preventie (mensen met verhoogd risico op ziekte), zorggerelateerde preventie, het versterken van gezondheidsvaardigheden en zelfzorg, leefstijl als (onderdeel van de) behandeling en de verbinding met de gemeentelijke domeinen. Door een toename van leefstijlgerelateerde aandoeningen in de regio van Zorg en Zekerheid blijven wij deze multidisciplinaire zorg stimuleren, daar waar nodig in samenhang met beweegaanbod in het sociale domein.

Zorg en Zekerheid ondersteunt het GALA waarin afspraken worden gemaakt met onder andere gemeenten om slim samen te werken aan meer gezondheid, preventie en een sterke sociale basis. In het akkoord is afgesproken hoe we in 2040 een gezonde generatie bereiken met weerbare gezonde mensen die opgroeien, leven, werken en wonen in een sociaal en fysiek gezonde leefomgeving. De afspraken in het GALA sluiten aan bij de afspraken gemaakt in het IZA. Regionale samenwerking met de verschillende gemeenten in onze regio is hier een belangrijk onderdeel bij.

De praktijkondersteuner somatiek (POH-S) heeft een belangrijke rol binnen de (huisartsen)zorg. Daarom continueren wij ook in de komende contractperiode de vergoeding voor de POH-S. De POH-S levert ketenzorg met aandacht voor een gezonde leefstijl aan chronisch zieken met leefstijlgerelateerde aandoeningen. In samenwerking met de RO verandert deze ketenzorg steeds meer naar ziekte-onafhankelijk zorgaanbod. Bij onvoldoende effect is het zinvol om een verwijzing voor een Gecombineerde Leefstijlinterventie te overwegen. Ook voor de doelgroep kinderen wordt er op dit moment een aanbod van interventies ter preventie van leefstijl gebonden aandoeningen ontwikkeld. Meer informatie vindt u in het [zorginkoopbeleid Gecombineerde Leefstijlinterventie \(GLI\)](#).

Meer tijd voor de patiënt

Zorg en Zekerheid onderschrijft het belang dat de huisarts meer tijd voor en met de patiënt krijgt. Al jaren wordt er geïnvesteerd in MTVP middels taakdelegatie in de huisartsenpraktijk door extra ondersteuning door de POH-S, POH-ouderen en praktijkmanagement. Daarnaast investeert Zorg en Zekerheid in taakdifferentiatie door de samenwerking in de eerste lijn binnen een wijksamenwerkingsverband te stimuleren. Tevens ondersteunen bepaalde Segment 3 prestaties en ook onderdelen in service- en bereikbaarheid meer tijd voor de patiënt. Ook inzet op Positieve Gezondheid en WoR ondersteunen deze beweging.

Aanvullend hierop is landelijk in 2023 de prestatie MTVP tot stand gekomen. De beweging is na ondertekening van het IZA door de LHV in 2023 in een sneltreinvaart gekomen. MTVP zal ook in 2025 en daarna doorlopen. Door een combinatie van interventies die vallen onder anders werken in de

praktijk, samenwerken met het netwerk en eventueel uitbreiding van personele capaciteit, wordt het mogelijk om meer tijd voor de patiënt en een flexibele gemiddelde consultduur van 15 minuten te realiseren. De huisarts heeft hierdoor tijd om het “goede gesprek” met de patiënt te voeren. De RO ondersteunt de huisartsen bij de implementatie van MTVP en heeft een belangrijke rol in het faciliteren en monitoren van MTVP. Per regio is er een MTVP-plan vastgesteld, inclusief een uitbreiding van interventies in de jaren na 2023. In het plan zijn keuzes gemaakt voor MTVP-interventies. Omdat Zorg en Zekerheid in de afgelopen jaren heeft geïnvesteerd in veel van de in de leidraad MTVP benoemde thema's, is nauw overleg tussen de RO en Zorg en Zekerheid van belang.

Het is op moment van publicatie van het zorginkoopbeleid nog onvoldoende helder hoe de NZa MTVP op gaat nemen in de NZa beleidsregel 2025. Indien de NZa besluit om MTVP in Segment 1 op te nemen als basis huisartsenzorg, dan vervalt de Segment 3 prestatie.

Naast de publicatie van de nieuwe beleidsregel door de NZa, informeert Zorg en Zekerheid huisartsen hierover in de Huisartsen Nieuwsbrief wanneer er meer bekend is.

4.2 Impactvolle transformaties

Zorg en Zekerheid staat open voor impactvolle transformaties voor het voorkomen, vervangen, verplaatsen en verduurzamen van zorg. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft de vereisten die Zorg en Zekerheid stelt aan impactvolle transformaties.

Om de zorg toegankelijk en van goede kwaliteit te krijgen en houden, ook naar de toekomst, is op specifieke onderdelen een transformatie nodig. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen 'impactvolle transformaties' en 'overige transformaties'. De indeling in deze twee categorieën wordt bepaald door de bijdrage die de verandering levert aan het realiseren van passende zorg. Dit onderscheid is belangrijk, omdat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspreken ten aanzien van impactvolle transformaties gelijkgericht te handelen. Zorgverzekeraars zorgen voor het stimuleren en faciliteren van de totstandkoming en opschaling van transformatieplannen, in samenspraak met zorgpartijen (waaronder vaak de huisartsen). Zie voor meer informatie rondom transformatieplannen onze webpagina [Transformatie in de regio](#).

In de afgelopen jaren is veel kennis opgedaan met het programma Gezonde Zorg Gezonde Regio. In 2024 vindt een evaluatie van dit programma en de ontwikkelde modellen plaats, zodat we bij een positieve evaluatie de interventie in 2024 tot en met 2026 kunnen uitbreiden naar andere Zorg en Zekerheid-regio's.

Goede transformaties uit andere gebieden binnen de Zorg en Zekerheid regio delen we onderling en waar nodig worden ze geïmplementeerd. Daarnaast leren we graag van andere transformaties in Nederland.

4.3 Aanvraag Segment 3 Uitkomstbekostiging en zorgvernieuwing

Segment 3 (S3) biedt de ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om onderling afspraken te maken over de beloning van uitkomsten van zorg en zorgvernieuwing op lokaal niveau. De afspraken binnen S3 kunnen betrekking hebben op uitkomsten van zorg geleverd in S1 (huisartsenzorg) en S2 (multidisciplinaire zorg). Ook de zorgvernieuwing kan op beide domeinen betrekking hebben.

De NZa stelt dat de zorgvernieuwing:

- (Aanvullende) kwaliteit beloont.

- Een aanvulling is op S1 en S2.
- Een gunstige prijs-kwaliteitverhouding heeft.
- Prikkelt op uitkomst.

De zorgaanbieder kan aan de hand van bovenstaande kaders voor de prestatie 'overige zorgvernieuwing' een aanvraag indienen. Zorg en Zekerheid heeft onderstaande procedure vastgesteld om te bevorderen dat er een transparante en eenduidige route is voor de aanvraag en beoordeling van een S3-innovatie. Zorg en Zekerheid heeft hierbij bijzondere interesse voor innovaties die kunnen worden opgeschaald. Bij het beoordelen van segment 3 aanvragen krijgen onderwerpen die speerpunt zijn in het Zorg en Zekerheid beleid voorrang.

Procedure voor het aanvragen van S3 overige zorgvernieuwing

- **Stap 1:** Schrijf een aanvraag voor uw initiatief of project.
Meer informatie kunt vinden in het bestand 'Beleid aanvragen zorgvernieuwing segment 3' onder het kopje '[Zorginkoopbeleid](#)'.
- **Stap 2:** Insturen van uw aanvraag.
Betreft uw aanvraag alleen huisartsenzorg? Stuur de formats dan naar zorginkoop.huisartsen@zorgenzekerheid.nl.
Is uw aanvraag account overstijgend? Stuur de formats dan naar projectaanvraag@zorgenzekerheid.nl.
- **Stap 3:** U krijgt terugkoppeling vanuit Zorg en Zekerheid. Dit kan vier vormen aannemen:
Ja, het project kan starten. U ontvangt hierbij informatie over het vervolgproces.
Nee, het project kan nog niet starten, want er mist nog relevante informatie.
Nee, de aanvraag heeft nu geen prioriteit. Mogelijk dat dit op een later moment wel kan.
Nee, het project kan niet starten op kosten of met inzet van Zorg en Zekerheid.
- **Stap 4:** Zorg en Zekerheid stelt de prestatiecode vast bij goedkeuring van het project. De prestatie kan afgesproken worden met een opslag op het inschrijftarief, via een tarief per verrichting of kan via de O&I-begroting gefinancierd worden. De goedgekeurde innovaties kunnen per kwartaal starten. Zorg en Zekerheid heeft een maand de tijd nodig om de innovatie in te richten en (indien van toepassing) te communiceren met de verre zorgverzekeraars.

5 Hoe komt u als zorgaanbieder in aanmerking voor een zorgovereenkomst?

5.1 Minimum- en kwaliteitseisen

Zorgaanbieders komen mogelijk in aanmerking voor een zorgovereenkomst als zij voldoen aan de eisen die Zorg en Zekerheid stelt. Het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) beschrijft de algemene minimum- en kwaliteitseisen. Vanuit huisartsenzorg gelden de volgende aanvullende kwaliteits- en minimeisen:

Minimeisen

- Algemene eisen zoals BIG-registratie, bij- en nascholing, praktijkuitrusting, bereikbaarheid en waarneming; en
- Registratie als huisartsenpraktijk bij Vektis; en
- Een VECOZO-certificaat voor het afsluiten van een zorgovereenkomst.

Zorg en Zekerheid helpt u als nieuwe huisarts in ons kerngebied graag op weg bij het opzetten of overnemen van een praktijk. Bekijk op de [website](#) wat u moet regelen om een praktijk te starten of over te nemen.

5.2 Looptijd van de zorgovereenkomsten

Naam zorgovereenkomst	Looptijd
Huisartsenzorg	2023-2025
Huisartsendienstenstructuur	2024-2026

5.3 Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders

Huisartsenpraktijken

In 2022 ontving u via het Zorginkoopportaal van VECOZO een vragenlijst voor de zorgovereenkomst 2023-2025. Zorg en Zekerheid heeft uw antwoorden na een positieve beoordeling verwerkt in een aanbod voor een basisovereenkomst en eventueel in aanvullende modules.

Huisartsendienstenstructuur

Zorg en Zekerheid sluit zorgovereenkomsten met huisartsen voor de levering van 24/7 zorg. Vrijwel alle huisartsen in Nederland hebben met de huisartsendienstenstructuren (HDS) in de regio een zorgovereenkomst voor de levering van zorg tijdens de avond, nacht en weekenden (ANW) voor de bij de praktijk ingeschreven patiënten. Spoedeisende huisartsenzorg tijdens de ANW kopen we in landelijke representatie met twee representerende zorgverzekeraars in bij de HDS. Zorg en Zekerheid is hierbij de eerste zorgverzekeraar voor de HDS'en in het kernwerkgebied van Zorg en Zekerheid en tweede zorgverzekeraar in een aantal omliggende huisartsendienstenstructuren. Dit betekent dat we met de twee representerende zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars afspraken maken en we een landelijk uniforme zorgovereenkomst sluiten. Voor de contracteertermijn sluiten wij aan bij landelijke afspraken over de termijn, die voor deze WMG-overeenkomst driejarig is, van 2024 tot en met 2026. Jaarlijks worden er afspraken gemaakt met de HDS over de begroting en nacalculatie met de twee preferente zorgverzekeraars.

In de gesprekken met HDS'en wordt ook ingegaan op het realiseren van een zorgcoördinatiecentrum in samenwerking met andere partijen van acute zorg in de regio.

5.4 Informatie voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders

Niet-gecontracteerde zorgaanbieders komen mogelijk in aanmerking voor een zorgovereenkomst, indien zij voldoen aan de eisen in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) en aan de minimum- en kwaliteitseisen zoals beschreven in hoofdstuk 5.1. Hierbij houdt Zorg en Zekerheid onder andere rekening met de focus op de regio en aansluiting bij en committeren aan afspraken met de RO.

Aanvragen zorgovereenkomst 2025

Wanneer u als niet-gecontracteerde zorgaanbieder in aanmerking wilt komen voor een zorgovereenkomst 2025, dan kunt u hierover contact opnemen met onze afdeling contractbeheer via huisartsen@zorgenzekerheid.nl. Zorg en Zekerheid sluit ook gedurende het lopende contractjaar zorgovereenkomsten met nieuwe huisartsen.

Niet-gecontracteerde zorgaanbieders komen mogelijk in aanmerking voor een zorgovereenkomst, indien zij voldoen aan de eisen in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) en aan de minimum- en kwaliteitseisen zoals beschreven in hoofdstuk 5.1.

Huisartsenpraktijken

Een nieuwe praktijk eigenaar kan het hele jaar contact opnemen met de afdeling contractbeheer via huisartsen@zorgenzekerheid.nl voor een verzoek tot een zorgovereenkomst. Als deze aan de minimeisen voldoet, bieden we een vragenlijst aan via het Zorginkoopportaal van VECOZO. De zorgovereenkomst gaat in per het eerstvolgende kwartaal na de aanvraag.

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders. Mocht er geen zorgovereenkomst gesloten worden tussen de huisartsenpraktijk en Zorg en Zekerheid dan kan de huisarts (voor een aantal door de NZa vastgestelde prestaties) het niet-gecontracteerde NZa-tarief declareren. Deze zijn te vinden in de vigerende NZa Prestatie- en tariefbeschikking.

6 Hoe ziet het contracteerproces eruit?

Vanaf 2023 heeft Zorg en Zekerheid met huisartsenpraktijken een driejarige huisartsenovereenkomst gesloten. Binnen de looptijd van de zorgovereenkomst doet Zorg en Zekerheid alleen eenzijdige aanpassingen die positief zijn voor huisartsenpraktijken of met wederzijds goedvinden zijn vastgesteld. Elk kwartaal heeft de huisartsenpraktijk de mogelijkheid om mutaties op de zorgovereenkomst aan te vragen via het Zorginkoopportaal van VECOZO via de mutatievragenlijst.

6.1 Bepalen van de tarieven

Zorg en Zekerheid stelt haar tarieven vast op basis van de NZa-maximumtarieven en andere factoren zoals loon- en prijspeil in Nederland. Voor 2025 indexeert Zorg en Zekerheid opnieuw uw tarieven met maximaal de prijsindexcijfers van de NZa.". Bij deze indexering worden alleen prestaties meegenomen die minimaal een kalenderjaar gecontracteerd zijn.

Op moment van publicatie van het zorginkoopbeleid wordt er zowel een kostprijsonderzoek huisartsenzorg als een herijking van de Normatieve Arbeidskosten Component (bekostiging loonkosten binnen de tariefstelling) uitgevoerd door de NZa. De uitkomsten van deze onderzoeken zullen waarschijnlijk effect hebben op de tarieven in 2025. Mocht dit eerder het geval zijn, dan zullen wij zorgaanbieders hier tijdig over informeren.

6.2 Aanbod van de zorgovereenkomsten

U krijgt de zorgovereenkomst digitaal aangeboden via het Zorginkoopportaal van VECOZO. U dient tijdig een certificaat aan te vragen bij VECOZO om de zorgovereenkomst te kunnen inzien en ondertekenen. Waar mogelijk krijgt u de zorgovereenkomst aangeboden op ondernemingsniveau.

De contractering vindt plaats op basis van de gegevens zoals bekend bij Vektis. De gegevens in de zorgzoeker op de website van Zorg en Zekerheid baseren wij ook op Vektis. Het bij Vektis geregistreerde e-mailadres gebruiken wij om u te informeren. Het is daarom belangrijk dat u de gegevens controleert en waar nodig direct wijzigt bij Vektis.

6.3 Planning

De planning voor het inkoopjaar 2025 ziet er als volgt uit:

Uiterste datum	Inkoopactiviteit huisartsenzorg
1 april 2024	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .
Elk kwartaal 2024 en 2025	Aanbieden mutatie vragenlijst aan zorgaanbieders.
Gedurende heel 2024	Publicatie van eventuele aanvullingen op het zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .

Als naar het oordeel van Zorg en Zekerheid omstandigheden aanleiding geven het zorginkoopbeleid en de zorginkoopprocedure tussentijds aan te passen, zullen wij u hierover informeren via een bericht op onze [website](#).

7 Heeft u vragen?

Wij hopen dat u een helder beeld heeft van het zorginkoopbeleid huisartsenzorg 2025 van Zorg en Zekerheid. Heeft u vragen over de contractering, dan kunt u deze vragen per e-mail stellen via huisartsen@zorgenzekerheid.nl. U kunt Zorg en Zekerheid tussen 8 en 12 uur telefonisch bereiken op 071 582 5441.

Disclaimer

Dit zorginkoopbeleid is opgesteld met inachtneming van de nu bekende wettelijke, beleids- en financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor om het zorginkoopbeleid en de bijbehorende zorginkoopprocedure op enig moment aan te passen wegens interne factoren, externe factoren waaronder gewijzigde of nog te wijzigen wet- en regelgeving (inclusief beleidswijzigingen) en gewijzigde of nog te wijzigen financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich ook het recht voor om het zorginkoopbeleid verder aan te vullen, te wijzigen en/of te verduidelijken.

Bijlage 1: Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Inleiding

Verduurzamen van de zorgsector

De zorgsector is verantwoordelijk voor 7% van de CO₂-uitstoot, 13% van het grondstofverbruik en 4% van het afval in Nederland (RIVM, 2022). Dat heeft ernstige gevolgen voor onze leefomgeving en gezondheid.¹ Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om – naast onze eigen verduurzaming – een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap (Zvw- en Wlz-breed). Daarom zetten we samen met zorgaanbieders in op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector en monitoring daarvan.

We doen dit op basis van de afspraken die in Nederland gemaakt zijn in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0). De GDDZ 3.0 is op 4 november 2022 door zorgbranches², kennisinstituten, ministeries, de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland getekend. De kaders van de Green Deal zijn het Rijksbrede beleid en (internationale) wetgeving, waaronder 55% CO₂-reductie in 2030, 50% minder gebruik van primaire abiotische grondstoffen in 2030 en de Ketenaanpak Medicijnresten uit Water. Meer informatie hierover is te vinden in de GDDZ 3.0.³

CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive)

Een nieuwe ontwikkeling is de Europese CSRD die bedrijven en organisaties verplicht te rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Dit geldt niet alleen voor de impact van de eigen bedrijfsvoering, maar voor impacts in de gehele keten van leveranciers en afnemers van de rapporterende organisatie. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om (in 2026) te rapporteren conform de CSRD-vereisten over het verzekeringsjaar 2025.⁴ Dit betekent dat wij mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties van onze leveranciers en zorgaanbieders nodig hebben. We verwachten dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die zorgverzekeraars van hen nodig hebben in kader van de CSRD-wetgeving. De zorgverzekeraars stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ3.0- partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Hoe dit er voor 2025 precies uit gaat zien, is op dit moment nog niet bekend. Zodra hierover meer duidelijk is, zult u door de zorgverzekeraars worden geïnformeerd. We spannen ons in om hierover zo snel mogelijk, en bij voorkeur voor 30 juni 2024, duidelijkheid te kunnen bieden.

¹ [Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. Methode voor milieuvoetafdruk en voorbeelden voor een goede zorgomgeving | RIVM](#)

² Voor de Zvw-bekostigde zorgverlening betreffen de GDDZ3.0-partners de zorgbranches Actiz, de Nederlandse ggz, KNMP, NFU en NVZ.

³ [Green Deal Samen werken aan duurzame zorg \(Green Deal 3.0\)](#)

⁴ Sommige (grotere) zorgverzekeraars rapporteren al per 2025 conform de CSRD-vereisten (over verzekeringsjaar 2024).

Zorginkoopbeleid 2025

Om samen met zorgaanbieders in te zetten op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector, verwachten we van zorgaanbieders dat zij:

- zich committeren aan de doelen van de GDDZ 3.0 die op 4 november 2022 tussen zorgpartijen is overeengekomen voor de periode tot en met 2026. Wij bedoelen met commitment dat de zich committerende zorgaanbieder zich in beleid en handelen aantoonbaar en uitlegbaar richt op het realiseren van de doelstellingen van de GDDZ3.0.;
- duurzaamheid verankeren in hun strategie. Van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in geval zij verplicht zijn een jaarverslag te maken maar niet CSRD-plichtig zijn, in het jaarverslag ook rapporteren over de duurzaamheidsprestaties van hun organisatie (voor zo ver beschikbaar) en hoe die zich verhouden tot doelen en ambities van de organisatie (voor zo ver bepaald);
- conform GDDZ3.0 (art. 4.2.e.) een mobiliteitsplan hebben opgesteld gericht op het terugdringen van de CO2-emissie t.g.v. vervoersbewegingen van medewerkers (alleen zorgaanbieders met meer dan 100 fte).⁵

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector. Zie www.zn.nl voor Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars daartoe hebben verzameld.

⁵ [RVO inzake rapportage werkgebonden personenmobiliteit; MPZ inzake wetgeving werkgebonden personenmobiliteit](#)