

Multidisciplinaire zorg zorginkoopbeleid 2025

Versie 1.1

1 april 2024

Zorginkoopbeleid 2025

Multidisciplinaire zorg

Inhoud

1 Wat zijn de wijzigingen per 2025?	3
2 Welke informatie vindt u in dit document?	4
2.1 Inleiding	4
2.2 Leeswijzer	4
3 Wat is de visie van Zorg en Zekerheid?	4
3.1 Algemene visie op multidisciplinaire zorg	5
3.2 Regionale samenwerking	6
Visie eerstelijnszorg 2030	6
3.3 Passende zorg	7
Gezondheid in plaats van ziekte	7
Digitale zorg	7
3.4 Arbeidsmarkt	8
3.5 Duurzaamheid	9
4 Wat willen wij bereiken vanuit de zorginkoop multidisciplinaire zorg?	9
4.1 Speerpunten multidisciplinaire zorg	9
Passende verantwoordelijkheden en bekostiging Organisatie en Infrastructuur (O&I)	9
Ouderenzorg	10
Mentaal welbevinden en GGZ	11
Preventie van leefstijlgerelateerde aandoeningen	11
Meer tijd voor de patiënt	12
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?	13
5.1 Minimum- en kwaliteitseisen	13
5.2 Looptijd van de zorgovereenkomsten	15
5.3 Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders	15
Regio-organisaties en wijk Samenwerkingsverbanden	15
5.4 Informatie voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders	15
Aanvragen zorgovereenkomst 2025	16

5.5 Wijksamenwerkingsverband	16
6 Hoe ziet het contracteerproces eruit?	16
6.1 Bepalen van de tarieven	16
Organisatie & Infrastructuur regiomanagement	16
Organisatie & Infrastructuur wijkmanagement	16
Praktijkmanagement.....	17
6.2 Aanbod van de zorgovereenkomsten	17
6.3 Planning	17
7 Heeft u vragen?	18
Bijlage 1: Uniforme landelijke tekst duurzaamheid Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	19

1 Wat zijn de wijzigingen per 2025?

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

- Ketenzorg dient ten minste geclusterd te worden in Cardio Metabole aandoeningen en Longziekten (hoofdstuk 3.1).
- Visie eerstelijnszorg 2030 is verwerkt in het beleid (hoofdstuk 3.2).
- Het realiseren van een nauwe, niet vrijblijvende samenwerking met de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT). Dit in lijn met de visie brede eerste lijn (hoofdstuk 3.2).
- De strategie 'Juiste zorg op de juiste plek' is gewijzigd naar 'passende zorg' (hoofdstuk 3.3).
- Er is invulling gegeven aan digitale zorg als onderdeel van passende zorg (hoofdstuk 3.3). Zorg en Zekerheid verzoekt de zorgaanbieder actief na te denken over het realiseren van hybride zorg en neemt dit op in het jaarplan voor 2025 (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).
- 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).
- Er is sprake van uniforme tarieven voor O&I wijkmanagement (hoofdstuk 4.1).
- Wijsamenwerkingsverband (WSV) hoeft geen begroting meer aan te leveren, wel een financiële verantwoording en resultaatsafspraken (hoofdstuk 4.1).
- Financiële verantwoording van de Regio-organisatie (RO) en aangesloten WSV's wordt geclusterd aangeleverd via RO (hoofdstuk 4.1).
- Inzet op valpreventie samen met gemeenten (hoofdstuk 4.1).
- Na publicatie NZa beleidsregel huisartsen en multidisciplinaire zorg 2025 wordt duidelijk of de RO een rol behoudt in de ondersteuning van MTVP (hoofdstuk 4.1).
- Stimulering van transformatieplannen binnen innovatief zorgaanbod (hoofdstuk 4.2).
- De voorkeur van Zorg en Zekerheid gaat uit naar een multisite certificering in plaats van een certificering per WSV. Dit in afwijking van voorwaarden uit eerder inkoopbeleid (hoofdstuk 5.1).
- De RO draagt zorg voor een adequate uitwisseling van samengevoegde gegevens.(hoofdstuk 5.1).
- De RO draagt zorg voor de opschaling van bewezen innovaties en andere initiatieven in de regio. (hoofdstuk 5.1).
- Naast informatie over het aanvragen van een zorgovereenkomst voor 1 september 2023 is informatie toegevoegd over het tussentijds aanvragen van een zorgovereenkomst (hoofdstuk 5.3).
- Bij het aanvragen van een overeenkomst door een niet gecontracteerde aanbieder, weegt Zorg en Zekerheid onder meer het aantal Zorg en Zekerheid verzekerden en het reeds voldoen aan de zorgplicht mee in de afweging een overeenkomst aan te bieden (hoofdstuk 5.4).
- In Bijlage 1 is uniforme landelijke tekst over duurzaamheid vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) toegevoegd.

Wijzigingen per 02-05-2024:

- Uit diverse vragen bleek dat er onduidelijkheid was over de uiterste datum voor het indienen van financiële en kwaliteitsjaarverantwoordingen door WSV's en RO's. Per 2 mei 2024 is daarom de volgende tekst in de planning van het zorginkoopbeleid Multidisciplinaire zorg 2025 verplaatst naar een aparte regel in de planning (hoofdstuk 6.3):

1 mei 2024

Uiterste datum indienen financiële- en kwaliteitsjaarverantwoordingen door WSV en RO over het voorgaande jaar. Iedere RO levert de documenten aan van de eigen organisatie en de aangesloten WSV's.

2 Welke informatie vindt u in dit document?

2.1 Inleiding

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

Het betreft werkzaamheden van eerstelijns zorgprofessionals om de samenwerking en de samenhang in de zorg te bevorderen voor onze verzekerden. Dit gebeurt zowel op wijkniveau als op regionaal niveau. Daarnaast zien we in toenemende mate vraagstukken rondom ondersteuning door de Regio organisatie (RO) bij meer monodisciplinaire vraagstukken en/of zorgafspraken.

Hiertoe heeft de RO een belangrijke en brede rol; faciliteren van multidisciplinaire zorg, ondersteuning, implementatie en vernieuwing, maar ook borgen van opleiding, kwaliteit en continuïteit.

2.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 3 geeft de visie van Zorg en Zekerheid op multidisciplinaire zorg 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 multidisciplinaire zorg bijdragen aan het doel van Zorg en Zekerheid.

3.1 Algemene visie op multidisciplinaire zorg

RO's en wijksamenwerkingsverbanden (WSV) leveren gezamenlijk multidisciplinaire zorg voor onder meer chronisch zieken. Deze zorg wordt in samenhang met relevante domeinen georganiseerd, bij voorkeur ziekteonafhankelijk en ten minste geclusterd in Cardio Metabole aandoeningen en Longziekten. De zorg moet passen bij de populatie, op wijkniveau en op regioniveau. De Organisatie & Infrastructuur (O&I) bekostiging is bedoeld voor het stimuleren en organiseren van samenwerking binnen de eerste lijn, maar ook samenwerking met andere stakeholders binnen het zorg- en welzijnsdomein. Aansluitend op het Integraal Zorgakkoord (IZA) zullen WSV's en RO's een toenemende verantwoordelijkheid krijgen in het gezamenlijk organiseren van het zorgaanbod. De verantwoordelijkheden van een RO zijn onder andere:

- Het organiseren van -liefst ziekteonafhankelijk- en waar mogelijk hybride multidisciplinaire (keten)zorg voor patiënten met een chronische ziekte en bewaken van de kwaliteit van de geleverde zorg.
- Realiseren van samenhang met en tussen WSV's, waardoor initiatieven en successen kunnen worden uitgewisseld en opgeschaald. Leidraad hierbij is het regiobeeld en het regioplan welke inzicht geven in speerpunten voor de regio.
- Het maken van transmurale afspraken met onder andere het sociaal domein, gemeenten, ziekenhuizen, verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ).
- Bepalen en regie voeren op onderwerpen die doelmatiger op regionaal niveau opgepakt kunnen worden. Dit betreft ten minste onderwerpen als opschaling van transmurale afspraken, impactvolle transformaties, digitalisering en arbeidsmarktproblematiek. Bij digitalisering denken we aan het ondersteunen, coördineren en versnellen van hybride zorg en aan een passende ICT en data infrastructuur.
- Gezamenlijk met zorgaanbieders waarborgen van de continuïteit in de regio door knelpunten in het aanbod te signaleren en proactief op te pakken met stakeholders (gemeente, zorgverzekeraars en betrokken partijen).

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 [Visie eerstelijnszorg 2030](#), en doelstellingen uit het IZA, richtingen die het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) geeft en afspraken in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

De RO geeft ook op deze thema's sturing aan de deelnemende wijksamenwerkingsverbanden. Zij kan hen faciliteren wanneer het gaat om implementatie van nieuwe werkwijzen of afspraken. In verband met toenemende verantwoordelijkheden en uitbreiding van het takenpakket van de RO gaan wij ervan uit dat een RO beschikt over een Wtza-vergunning.

Binnen een WSV werken diverse zorgaanbieders uit de eerstelijns gezondheidszorg structureel met elkaar samen om een geïntegreerd, op elkaar afgestemd en doelmatig zorgaanbod te bieden aan inwoners in de wijk. In nauwe afstemming met het sociaal domein draagt zij tevens zorg voor een afgestemd aanbod van zorg en welzijn, passend bij de behoefte van inwoners in de wijk. Het WSV laat zich hierbij sturen op zorginhoud en kwaliteit van onder andere de geleverde ketenzorg en op financiën door de RO waar zij bij is aangesloten.

Dit leidt ertoe dat activiteiten op wijkniveau en binnen de regio in onderlinge afstemming plaatsvinden en een afgeleide zijn van de regio beelden en -plannen. Zorg en Zekerheid vraagt daarom om regio- en wijkplannen die op elkaar aansluiten. Ook financieel sluiten plannen op elkaar aan, zonder dubbele

bekostiging van activiteiten. Zie ook paragraaf 5.2 met een toelichting op de aanlevering van benodigde documenten. In 2024 is Zorg en Zekerheid gestart met uniformering van tarieven op wijkniveau en naar aansluitende budgetten voor RO's. Wij zullen de effecten hiervan evalueren en bezien of dit het effect heeft wat wordt beoogd, namelijk een opmaat naar meerjarige zorgovereenkomsten en reductie van administratieve last.

3.2 Regionale samenwerking

Naast regionale samenwerking, blijft samenwerking in de wijk voor Zorg en Zekerheid een belangrijke waarde en uitgangspunt. Zorgprofessionals binnen het 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.

Visie eerstelijnszorg 2030

De [Visie eerstelijnszorg 2030](#), welke onderschreven is door een groot deel van de eerstelijns beroepsverenigingen, geeft invulling aan regionale samenwerking binnen de eerstelijns. Deze visie heeft onder meer betrekking op de zorg van huisartsen, (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden, apothekers, paramedici, in nauwe afstemming met het sociaal domein

Veel onderdelen van deze visie zijn reeds vormgegeven in de kernregio van Zorg en Zekerheid.. Tegelijkertijd is er nog verbetering na te streven. Daarom blijft Zorg en Zekerheid de doorontwikkeling van multidisciplinaire organisaties stimuleren. Immers, het verder versterken van de eerste lijn is blijvend aan de orde. Met de realisatie van zowel wijksamenwerkingsverbanden, als regio-organisaties is in de afgelopen jaren tevens een goede basis gelegd voor één van de uitgangspunten van het integraal zorgakkoord. 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. Het is dan ook goed om te constateren dat de drie regio-organisaties zich continue door blijven ontwikkelen.

Een belangrijk speerpunt voor 2025 is het realiseren van een nauwe, niet vrijblijvende samenwerking met de VVT. Hierbij is het wenselijk dat de VVT zich organiseert conform de leidraad 'Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging'. We verwachten dat het WSV, de wijkverpleegkundige, de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en de sociaal werker elkaar structureel weten te vinden. In een vast netwerk delen zij hun kennis en ervaring, maken werkafspraken en hebben inzicht in ieders kwalitatieve en kwantitatieve capaciteit. Alleen als deze professionals samenwerken, kan er sprake zijn van juiste zorg op de juiste plek en een juiste ondersteuning van onze verzekerden.

Tevens verwachten we dat ook op regionaal niveau, er een geformaliseerde samenwerking is tussen de RO en de samenwerkende VVT-organisaties. Wij verwachten dat de RO hier het initiatief toe neemt, zowel op lokaal als op regionaal niveau.

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, (hybride dan wel digitale) zorg op de juiste plek, duurzaamheid en het terugdringen van gezondheidsverschillen.

In het kader van passende zorg 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 of reasoning support bij vraagstukken over eventueel benodigde verwijzingen naar de tweede lijn. Een ander voorbeeld is het samenwerken tussen huisarts en apotheker zodat zij in dezelfde lijn handelen zoals bijvoorbeeld verantwoord wisselen van medicatie en deprescribing.

Gezondheid in plaats van ziekte

Positieve gezondheid blijft ook binnen de multidisciplinaire zorg 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 ons kernwerkgebied 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 we waar mogelijk verplaatsing van de eerste naar de nulde lijn. De patiënt ontvangt 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 vanzelfsprekend met gemeenten en ondersteund door het Landelijk Kenniscentrum Welzijn op Recept. 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 ook '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](#).

De zorg is 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 efficiënte 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 Integraal Zorgakkoord (IZA) en programma Wonen en Zorg voor Ouderen (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 Chief Medical Information Officers (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.

Zorg en Zekerheid verzoekt de zorgaanbieder dan ook om actief na te denken over mogelijkheden voor digitalisering en/ of het realiseren van hybride zorg en neemt dit op in het jaarplan voor 2025.

Een bijzondere plaats bij het realiseren van hybride zorg heeft volgens Zorg en Zekerheid Remote Patient Monitoring (RPM). Met initiatieven zoals Stevit, Imdi 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 gaat ervan uit dat er een preferent HIS per regio is. Dit onder meer om gegevensuitwisselingen te versoepelen, scherpe financiële afspraken te kunnen maken met ICT-leveranciers en koppelingsproblemen 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

De krapte op de arbeidsmarkt stelt de zorg voor een grote uitdaging. Een houdbare arbeidsmarkt vraagt brede inzet om met het beschikbare personeel aan de zorgvraag te voldoen. In het bijzonder de huisartsenzorg en de VVT kennen de grootste uitdaging, echter ook andere eerstelijns partijen stevenen af op steeds meer toenemende arbeidsmarkt problemen. Met deze afspraken uit het IZA wordt ingezet op het opleiden en behouden van zorgprofessionals die de sleutel vormen tot een toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg en het vergroten van hun werkplezier. In de regioplannen zijn hierover aanvullende regionale afspraken gemaakt. Voor de eerstelijns is er een belangrijke rol voor de RO's. Zorg en Zekerheid zal ook in 2025 initiatieven nemen door de RO's blijven stimuleren en gezamenlijk met hen kijken naar mogelijkheden van bekostiging.

Naast het werven en behouden van personeel is ook een verdere inzet op digitale zorg van groot belang om de gezondheidszorg beschikbaar te houden.

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 multidisciplinaire zorg?

4.1 Speerpunten multidisciplinaire zorg

In aansluiting op de strategieën van Zorg en Zekerheid vragen we de regio-organisatie om in lijn met de regioplannen, zich in de transmurale, regionale samenwerking te focussen op ouderenzorg, acute zorg, GGZ en mentaal welbevinden, preventie van leefstijlgebonden aandoeningen en digitale zorg. We maken graag per regio resultaatsafspraken met de RO hoe hier vorm aan gegeven kan worden. Afhankelijk van het thema dient hierin opgetrokken te worden met relevante stakeholders op regionaal- of wijkniveau. Een voorbeeld daarvan is de al eerder benoemde niet vrijblijvende samenwerking met zorgaanbieders van wijkverpleging en GZSP (geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen). Het kan onder andere gaan over verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en Specialisten Ouderengeneeskunde die zowel intramuraal als zelfstandig werkzaam kunnen zijn.

Tevens zijn eind 2023 de nieuwe regiobeelden en -plannen afgerond en gepubliceerd. Hierin hebben alle stakeholders in de regio afgesproken wat speerpunten zijn voor de periode vanaf 2024. Wij gaan ervan uit dat de RO's en de WSV's zich hieraan blijvend committeren.

Naast inhoudelijke speerpunten die zullen gaan over patiëntengroepen en te verwachten ontwikkeling zorgvragen, blijft Zorg en Zekerheid een verdere versterking van de eerste lijn nastreven. Een randvoorwaarde daarvoor is heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden van de regio-organisatie en wijksamenwerkingsverbanden. Ook een passende bekostiging hoort aan te sluiten bij deze taken.

Passende verantwoordelijkheden en bekostiging Organisatie en Infrastructuur (O&I)

De prestaties O&I wijk- en regiomanagement zullen voortsnog geen grote wijzingen ondergaan. Indien er een sterke wens vanuit de RO is om ook de WSV gelden via de RO te laten lopen, is dit bespreekbaar. Volgens Zorg en Zekerheid is de administratieve druk in de WSV's flink. Dit mede gezien de mogelijke WTZA plicht voor WSV's en eventuele andere administratieve belasting. Als dit in 2025 te verwachten valt, is dit voor Zorg en Zekerheid een argument de financieringsstroom om te buigen naar de RO.

Een onderdeel van de financiering aan de RO is de zorgafstemmingsvergoeding. De bedoeling van deze vergoeding is tweeledig:

Ten eerste is dit bedoeld als vergoeding van patiëntgebonden overlegtijd voor deelnemende zorgprofessionals binnen het WSV, zoals multidisciplinair overleg (MDO). Dit betreft overleg over in de ketenzorg geïnccludeerde patiënten met een chronische aandoening.

Ten tweede kan de zorgafstemmingsvergoeding ingezet worden als resultaatcomponent voor het stimuleren van de kwaliteit van zorg aan de geïnccludeerde patiënten met een chronische aandoening, zoals deelname aan spiegelavonden en bespreken van benchmarkinformatie.

Gezien de al lang lopende discussie over de zorgafstemmingsvergoeding, wil Zorg en Zekerheid ook in 2025 met de drie RO's in gesprek gaan over een effectieve inzet van dit instrument, waar naast de vergoeding van de tijdsinzet van zorgprofessionals ook het stimuleren van kwaliteit centraal staat.

Met de realisatie van de uniforme bekostiging van wijksamenwerkingsverbanden per 2024 gaat Zorg en Zekerheid ervan uit dat wijkmanagers en wijkcoördinatoren van WSV's in dienst zijn van de regio-organisatie. Zo wordt samenhang tussen de WSV's geborgd. Het verkleint daarnaast de financiële en personele risico's bij wijksamenwerkingsverbanden en stimuleert goed werkgeverschap met uniforme functiebeschrijvingen.

Tevens streeft Zorg en Zekerheid naar een reductie van ZZP-ers in de zorg. Dit is in lijn met het IZA, waarin afspraken zijn gemaakt over de beperking van de inzet van ZZP-ers in de zorg.

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 Oudergeneeskunde nog niet optimaal wordt ingezet terwijl deze professional ook buiten de instelling een waardevolle bijdrage kan leveren in het zorgaanbod. Ook in 2025 voeren wij met regio-organisaties en VVT instellingen het gesprek hierover..

Huisartsen geven aan dat het onvoldoende goed lukt om het Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO) te organiseren. Wij vragen van RO's om huisartsenpraktijken te ondersteunen in het organiseren van samenwerking rondom de oudere patiënt, zoals de organisatie van het (elektronisch) GPO.

Steeds meer ouderen in Nederland vallen en doen een (stijgend) beroep op (acute en langdurige) zorg door ietsel als gevolg van een val. Valpreventie kan hier een belangrijke rol in spelen. Valpreventie is erop gericht het risico op vallen te verminderen of te voorkomen. Voor de inrichting en implementatie van de uitvoering valpreventie dient de focus dan ook te liggen op gezondheid en zelfredzaamheid van mensen.

De ketenaanpak valpreventie identificeert drie groepen met respectievelijk een laag, gemiddeld en hoog risico op vallen (fracturen). Hiervoor dienen zowel in het gemeentelijk domein als het domein van de zorgverzekeringswet faciliteiten beschikbaar te zijn. Dit heeft gevolgen voor de inrichting van de ketenaanpak en de integraliteit van valpreventie. Het is dan ook van belang dat de RO actief participeert in genoemde brede coalitie om zo het aanbod van valpreventie voor ouderen met een valrisico goed te organiseren.

Een aanzienlijk deel van valpreventie valt hierbij in het sociale domein. Bij de groep patiënten met een hoog risico, dient een valanalyse afgenomen moet worden. Het afnemen van de valanalyse bij de groep met een hoog risico valt onder de basisverzekering. De duiding van het Zorginstituut geeft aan dat deze bij voorkeur door een generalistisch opgeleide medicus wordt uitgevoerd, zoals de huisarts. Ook in 2025 zet Zorg en Zekerheid samen met gemeenten in op valpreventie binnen de regio in afstemming met zorg- en welzijnspartijen.

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. Naast de inzet van deze professional is het ook belangrijk om door te verwijzen naar het sociale domein wanneer het om milde problematiek gaat die raakt aan psychosociale vraagstukken. Immers mentaal welbevinden is 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 al eerder genoemde 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 Welzijn Op Recept zoals we gestart zijn in 2023. In overleg met 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.

Er wordt zowel landelijk als regionaal gesproken over de introductie van mentale gezondheid netwerken, (voorheen mentale gezondheidscentra). Centraal in deze plannen staat het voeren van het verkennend gesprek door een GGZ- professional, een professional uit het sociale domein en een ervaringsdeskundige. In dit gesprek wordt afgewogen of GGZ-zorg of juist inzet van hulp uit het sociaal domein nodig is. Het inzetten van consultatie en overleg tussen de domeinen voor individuele cliënten én het opzetten van regionale duurzame structurele samenwerkingsvormen in hiervoor noodzakelijk. Wij gaan ervan uit dat dit geen losstaand netwerk is, maar een onderdeel is van bestaande samenwerkingsverbanden. Deze netwerken zijn tevens een onderwerp van gesprek op de regiotafels, waar de RO actief in participeert.

Op het moment van schrijven van dit zorginkoopbeleid zijn de contouren van de mentale gezondheidsnetwerken nog onvoldoende duidelijk. Wij zullen zodra dit meer is uitgekristalliseerd is, zullen we met de RO's het gesprek voeren over de taak die zij hierin krijgen.

We stimuleren blended care, waarbij de praktijkondersteuner gebruik kan maken van e-mental health, beslisondersteuner en consultatie. Zorg en Zekerheid gaat uit van eenduidigheid in de regio bij de inzet van e-mental health.

Zorgverleners die deelnemen aan WSV's en RO's voeren het zorgprogramma angst- en stemmingsstoornissen uit, als onderdeel van de 'basis op orde'. Net als bij de chronische zorg zien we een steeds grotere rol voor de RO om deze zorg in samenwerking met de Basis- en de Specialistische GGZ te organiseren.

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.

De praktijkondersteuner somatiek (POH-S) heeft een belangrijke rol binnen de (huisartsen)zorg. De POH-S levert ketenzorg met aandacht voor een gezonde leefstijl voor verzekerden met een of meerdere leefstijl gerelateerde chronische ziekten. In samenwerking met de RO verandert deze ketenzorg steeds meer naar ziekte-onafhankelijk zorgaanbod, met een meer generieke inzet op een gezonde leefstijl en

overgewicht. Bij onvoldoende effect is het zinvol om een verwijzing voor een Gecombineerde Leefstijlinterventie te overwegen. Ook voor de doelgroep kinderen is een aanbod van interventies ter preventie van leefstijl gebonden aandoeningen ontwikkeld.

Meer informatie vindt u in het [zorginkoopbeleid Gecombineerde Leefstijl Interventie \(GLI\)](#).

Meer tijd voor de patiënt

Het is op moment van publicatie van het zorginkoopbeleid nog onvoldoende helder hoe MTVP

Pas na publicatie van de beleidsregel huisartsen en multidisciplinaire zorg wordt duidelijk hoe MTVP opgenomen wordt in de NZa beleidsregel 2025. Wij zullen zorgaanbieders daarover informeren wanneer er meer bekend is.

Of de RO een rol blijft houden in de begeleiding van aangesloten huisartsen, is pas na publicatie van genoemde beleidsregel ook nog duidelijk.

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 ze in 2025 tot en met 2026 verder kunnen uitbreiden binnen Zuid Holland Noord en in de andere Zorg en Zekerheid-regio's.

Goede transformaties uit andere gebieden binnen en buiten de Zorg en Zekerheid regio worden onderling gedeeld en waar zinvol 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 S3-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](#)'
- **Stap 2:** Stuur uw aanvraag in
Betreft uw aanvraag alleen huisartsenzorg? Stuur de formats dan naar zorginkoop.huisartsen@zorgenzekerheid.nl.
Is uw aanvraag zorgsoort 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 multidisciplinaire zorg gelden de volgende aanvullende kwaliteits- en minimumeisen:

O&I-wijkmanagement Wijksamenwerkingsverband)	(WSV	O&I-regiomanagement (RO RO)
Deelnemende zorgaanbieders aan het WSV hebben een geldige zorgovereenkomst met Zorg en Zekerheid op het eigen vakgebied.		Alle deelnemende WSV's aan de RO hebben een zorgovereenkomst O&I-wijkmanagement.
Er is sprake van een aansluitovereenkomst tussen WSV en deelnemende zorgaanbieders.		Er is sprake van een aansluitovereenkomst tussen de RO en de deelnemende WSV's.

	Waar mogelijk organiseert de RO niet vrijblijvende samenwerkingsafspraken tussen VVT organisatie(s) en het WSV
De deelnemende zorgaanbieders zijn in het Vektis AGB-register gekoppeld aan het WSV.	De deelnemende WSV's zijn in het Vektis AGB-register gekoppeld aan de RO.
Het WSV richt zich op de inwoners van een geografisch logische wijk welke in verband staat tot het aanbod van het sociale domein in die wijk.	De RO richt zich op de inwoners van een geografisch logisch aaneengesloten regio.
Het WSV heeft een multidisciplinair bestuur dat bestaat uit een (openbaar) apotheker, huisarts, paramedicus en/of wijkverpleegkundige.	De RO wordt multidisciplinair bestuurd en conformeert zich aan de recentste Governancecode Zorg.
Alle deelnemende huisartsen van het WSV beschikken over een POH-S, een POH-GGZ en POH-ouderen die voldoen aan de voorwaarden van Zorg en Zekerheid.	De RO stuurt actief op de kwaliteitsverbetering en de doelmatigheid binnen de deelnemende WSV's.
De relevante patiëntgegevens zijn binnen wet- en regelgeving uitwisselbaar tussen de relevante zorgaanbieders.	De regio-organisatie draagt zorg voor een adequate uitwisseling van samengevoegde gegevens. Zij realiseert daarvoor een uniform informatiesysteem in en tussen de deelnemende wijkssamenwerkingsverbanden.
Als het WSV een GGZ-programma aanbiedt, is er sprake van een eenduidig aanbod van e-mental health, beslisondersteuning en eventueel consultatie.	De RO ondersteunt de WSV's met de keus voor een eenduidig aanbod van e-mental health, beslisondersteuning en eventueel consultatie.
Een VECOZO-certificaat voor het afsluiten van een zorgovereenkomst.	Een VECOZO-certificaat voor het afsluiten van een zorgovereenkomst.
Deelnemende fysiotherapiepraktijk heeft zorgovereenkomst fysiotherapie met een tariefgroep A, B bij Zorg en Zekerheid. Voorkeur gaat uit naar een praktijk zorgovereenkomst tariefgroep A WSV/RO beoordeelt of een fysiotherapiepraktijk met een B-zorgovereenkomst afdoende is voor deelname aan het WSV.	De RO heeft een Wtza-vergunning.
Voor gevorderd WSV; eventueel op regio-/clusterniveau gezamenlijke speerpunten met gemeente/sociaal wijkteam door WSV	De RO draagt zorg voor de opschaling van bewezen innovaties en andere initiatieven in de regio.

Certificering:

Mede gezien de meer sturende rol van de regio-organisatie gaat de voorkeur van Zorg en Zekerheid uit naar een multisite certificering in plaats van een certificering per WSV. Dit in afwijking van voorwaarden uit eerder zorginkoopbeleid.

5.2 Looptijd van de zorgovereenkomsten

Naam zorgovereenkomst	Looptijd
Organisatie en Infrastructuur Wijkmanagement	2025
Organisatie en Infrastructuur Regiomanagement	2025
Praktijkmanagement	2025

5.3 Informatie voor gecontracteerde zorgaanbieders

Alle zorgaanbieders die in 2024 een zorgovereenkomst hadden met Zorg en Zekerheid, die voldoen aan de eisen in het [Algemeen zorginkoopbeleid](#) en aan de minimum- en kwaliteitseisen zoals beschreven in hoofdstuk 5.1, bieden wij voor 2025 een zorgovereenkomst aan, tenzij anders benoemd in dit zorginkoopbeleid.

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders.

Regio-organisaties en wijksamenwerkingsverbanden

Gecontracteerde regio-organisaties dienen een meerjaren-/jaarplan in met een bijbehorende begroting via zorginkoop.huisartsen@zorgenzekerheid.nl voor 1 oktober 2024. De RO doet een eerste beoordeling van de jaarplannen en bijbehorende financiële inzet van de deelnemende WSV's, voordat ze deze bij Zorg en Zekerheid indienen. De RO's dienen de plannen van henzelf en de aangesloten WSV's gezamenlijk in. Het mag ook samengevoegd zijn tot één integraal jaarplan van RO en aangesloten WSV's. Op de onderwerpen die centraal georganiseerd worden, vindt sturing op inhoud en bijbehorende financiën plaats door RO. Onderdeel hierbij zijn resultaatsafspraken op de in het regioplan benoemde onderwerpen.

Alle jaarplannen van een RO en deelnemende WSV's worden in samenhang besproken en beoordeeld. De eenjarige zorgovereenkomsten biedt Zorg en Zekerheid aan via het zorginkoopportaal van VECOZO.

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 het huidige gecontracteerde aanbod, de focus op de regio, het aantal Zorg en Zekerheid-verzekerden en het voldoen aan de zorgplicht.

Aanvragen zorgovereenkomst 2025

Wanneer u als niet-gecontracteerde zorgaanbieder in aanmerking wilt komen voor een zorgovereenkomst 2025, dan kunt u uw aanvraag uiterlijk 31 augustus 2024 indienen onder vermelding van 'Verzoek zorgovereenkomst multidisciplinaire zorg' bij zorginkoop.huisartsen@zorgenzekerheid.nl. De zorgovereenkomst moet binnen zes weken na de dag van ontvangst door de zorgaanbieder worden ondertekend.

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders.

5.5 Wijksamenwerkingsverband

Zorg en Zekerheid stimuleert huisartsenpraktijken zich aan te sluiten bij bestaande lokale wijksamenwerkingsverbanden. Wanneer er geen wijksamenwerkingsverband is in de wijk van de praktijk, dan kan een huisarts een samenwerking binnen een WSV verkennen, samen met een apotheker en een paramedicus. U kunt daarvoor de RO en afdeling zorginkoop benaderen. Wij verkennen samen met u en de RO of het gaat om een nieuw WSV of aansluiting bij een bestaand WSV. U kunt dit laten weten aan de afdeling zorginkoop door te mailen naar zorginkoop.huisartsen@zorgenzekerheid.nl.

Zorg en Zekerheid behoudt zich in alle gevallen het recht voor om voor haar moverende redenen geen zorgovereenkomst af te sluiten met zorgaanbieders.

6 Hoe ziet het contracteerproces eruit?

6.1 Bepalen van de tarieven

Organisatie & Infrastructuur regiomanagement

De tarieven worden gebaseerd op het overeengekomen jaarbudget gedeeld door het aantal ION van de huisartsenpraktijken die via de wijksamenwerkingsverbanden zijn verbonden aan de RO. Het jaarbudget is gebaseerd op de door de RO ingediende en door Zorg en Zekerheid goedgekeurde begroting en regioplan.

Organisatie & Infrastructuur wijkmanagement

De tarieven betreffen een uniform berekend tarief per verzekerde, ingeschreven bij de deelnemende huisartsenpraktijken bij het wijksamenwerkingsverband. Het tarief O&I wijkmanagement komt tot stand door het aantal patiënten te vermenigvuldigen met een vast bedrag. De eerste 10.000 patiënten maal € 7,96 (prijsniveau 2024) en elke volgende patiënt maal € 3,07. (prijsniveau 2024) Dit levert een totaalbudget op. Een overschot uit eerdere jaren wordt verrekend met dit totaalbudget. Het alsdan berekende bedrag, gedeeld door het aantal ION levert het jaartarief op.

Wel adviseren we een interne begroting, afgestemd binnen de regio, te hanteren, omdat achteraf wel financiële verantwoording moet worden afgelegd.

De bekostiging van de O&I betreft kosten die betrekking hebben op de organisatie van zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Onderdelen die geen betrekking hebben op Zvw zorg, zoals bijvoorbeeld zorg die vanuit de aanvullende verzekering gefinancierd wordt, kan alleen in de plannen en begrotingen

worden opgenomen na uitdrukkelijke toestemming van Zorg en Zekerheid. Dit geldt zowel voor O&I regiomanagement als O&I wijkmanagement.

Praktijkmanagement

Praktijkmanagement wordt gecontinueerd zoals de afgelopen jaren. Het betreft een bekostiging voor huisartsen die deelnemen in een WSV. Het is een aanvulling op eventuele inzet van een praktijkmanager uit het inschrijftarief. De zorgovereenkomst wordt tegelijkertijd met O&I wijkmanagement aangeboden.

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 multidisciplinaire zorg
1 april 2024	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .
1 mei 2024	Uiterste datum indienen financiële- en kwaliteitsjaarverantwoordingen door WSV en RO over het voorgaande jaar. Iedere RO levert de documenten aan van de eigen organisatie en de aangesloten WSV's.
Mei tot en met juni 2024	Voor WSV's geldt dat alleen bij bijzonderheden een gesprek gepland wordt om de documenten te bespreken. Bij een RO vindt altijd een gesprek plaats tussen zorgaanbieder en Zorg en Zekerheid met de regionale zorginkoper.
31 augustus 2024	Uiterste datum voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders om een zorgovereenkomst 2025 aan te vragen.
1 oktober 2024	Het jaarplan van de RO en aangesloten WSV's worden gezamenlijk aangeleverd. Bijgevoegd zit een begroting van de RO. Uitstel na 1 oktober is niet mogelijk. Als u de begroting en het jaarplan te laat inlevert, betekent dit mogelijk in een afslag op het tarief of geen zorgovereenkomst.
31 december 2024	Uiterste datum van ondertekening in het Zorginkoopportaal van VECOZO.
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 multidisciplinaire zorg 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](#)