Bijlage Voorwaarden overige S3-afspraken 2027-2028

In de module overige S3-afspraken zijn de volgende inhoudelijke zaken gewijzigd ten opzichte van 2026:

- De segment 3 prestatiecodes eerste en tweede behandelwensgesprek komen te vervallen.
- Z&Z voegt segment 3 prestaties toe voor gestructureerde zorg in een kleinschalig wooninitiatief en maatschappelijke opvang.

Artikel 1 – NHG-praktijkaccreditatie

1. Aan de hand van een NHG-praktijkaccreditatie traject worden lacunes en knelpunten in de organisatie en praktijkvoering geconstateerd en worden verbeteringsplannen t.b.v. het medisch handelen gerealiseerd en gehandhaafd.
2. Er zijn drie mogelijke opties van deelname aan een NHG-praktijkaccreditatie traject:
    - Keuze 1: driejaarlijkse NHG-praktijkaccreditering
    - Keuze 2: driejaarlijkse NHG-praktijkaccreditering plus thematische ontwikkeling
    - Keuze 3: jaarlijkse NHG-praktijkaccreditering met ondersteuning op maat
3. Deze prestatie is een tegemoetkoming in de kosten van het accreditatietraject.
4. Om voor financiering in aanmerking te komen moet de praktijk voldoen aan onderstaande voorwaarden:
    a. De zorgaanbieder doorloopt de volledige accreditering conform de gekozen optie van deelname
    b. De huisarts maakt gebruik van een door de NHG erkende praktijkconsulent
    c. Zorg en Zekerheid ontvangt bericht bij het behalen van het NHG-keurmerk
5. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding moet de zorgaanbieder kunnen aantonen dat er wordt deelgenomen aan een accreditatie traject.
6. De zorgaanbieder kan de prestatie Kwaliteit declareren ten behoeve van de NHG-accreditatiecyclus. De prestatie kan elk kwartaal gedeclareerd worden middels de prestatie 31040. Dit is een opslag op het inschrijftarief.
7. De hoogte van de vergoeding verschilt per keuze zoals benoemd in lid 2 van dit artikel. Het tarief bedraagt in het jaar 2027 per ingeschreven verzekerde per kwartaal:
    - Keuze 1: € 0,20
    - Keuze 2: € 0,25
    - Keuze 3: € 0,34

Artikel 2 – Horizontaal doorverwijzen

1. Huisartsen die M&I-verrichtingen, die onder lid 2 van dit artikel worden genoemd, doen bij patiënten die bij een andere huisarts staan ingeschreven, komen in aanmerking voor een extra vergoeding. Hiermee wordt een verwijzing naar de tweedelijn voorkomen.
2. Het gaat om de volgende M&I-verrichtingen:
    a. 13001 Diagnostiek met behulp van Doppler
    b. 13006 Spleetlamponderzoek
    c. 13012 Chirurgie
    d. 13023 Therapeutische injectie (Cyriax)
3. Om voor financiering in aanmerking te komen moet de praktijk voldoen aan onderstaande voorwaarden:
    a. Aantoonbare ervaring en scholing.
    b. Beschikking hebben tot de juiste apparatuur.

c. Samenwerkingsafspraken met andere huisartsenpraktijken over de verwijzing van patiënten naar de huisarts

4. De huisarts kan onder de volgende voorwaarden declareren:
    a. De huisarts declareert de M&I-verrichting en daarnaast de prestatie horizontaal doorverwijzen middels de prestatiecode 31278. Dit is een vergoeding per verrichting.
    b. De huisarts kan code 31278 alleen declareren voor niet eigen ingeschreven patiënten.

Artikel 4 – PaTz-bijeenkomsten

1. Huisartsen die aangesloten zijn bij een PaTz-groep kunnen deze prestatie declareren als zij deelnemen aan een bijeenkomst van de PaTz-groep waar een opgeleide palliatieve consulent aanwezig is.
2. De prestatie kan gedeclareerd worden middels de prestatiecode 31394.Dit is een vergoeding per PaTz-bijeenkomst.
3. De huisarts kan de prestatie alleen declareren voor in de PaTz-bijeenkomsten besproken patiënten die bij de huisarts staan ingeschreven ten tijde van de bespreking.
4. Voor deze zorg mag géén consult gelijktijdig met de prestatie PaTz worden gedeclareerd.

Artikel 5 – Behandelwensgesprek

Vanaf 1 januari 2027 komt deze segment 3 prestatie te vervallen omdat de Nza twee prestatiecodes voor behandelwensgesprekken heeft opgenomen in segment 1.

Artikel 6 – Gestructureerd Periodiek Overleg – GPO

1. De verrichting is bestemd voor het uitvoeren van een (elektronisch) Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO) ten behoeve van de patiënten die geselecteerd zijn volgens de voorwaarden van de module praktijkondersteuner ouderen.
2. Om voor vergoeding van de prestatie GPO in aanmerking te komen, dient de zorgaanbieder aan de volgende voorwaarden te voldoen:
    a. De zorgaanbieder heeft in kaart welke patiënten in aanmerking komen voor regie op het zorgproces volgens de voorwaarden van de module Gestructureerde complexe ouderenzorg;
    b. Het GPO wordt uitgevoerd aan de hand van de hiervoor door Movit, het LUMC en Laego ontwikkelde handleiding;
    c. Er zijn minimaal 3 disciplines betrokken bij het GPO, waaronder de huisarts of praktijkondersteuner ouderen en op indicatie worden onderstaande disciplines betrokken:
        - De wijkverpleging;
        - Een vertegenwoordiger van het sociale wijkteam;
        - De apotheek;
        - De specialist ouderengeneeskunde;
        - Een paramedicus;
    d. Het GPO vindt voor de geselecteerde patiënten twee keer per jaar plaats waarbij de apotheker minstens een keer betrokken is op het gebied van de medicatie.
3. De prestatie kan als verrichting gedeclareerd worden middels de prestatiecode **31272.** Dit is een vergoeding per verrichting. De verrichting kan maximaal 2 maal per kalenderjaar per geselecteerde patiënt gedeclareerd worden.

Artikel 7 – Hartfalen

1. De prestatie kan alleen gedeclareerd worden als er een regionale afspraak hierover tussen een ziekenhuis, de gemandateerd vertegenwoordiger van de multidisciplinaire eerstelijn en Zorg en Zekerheid aanwezig is.
2. Om voor financiering in aanmerking te komen moet zowel een huisarts als een POH-S van de praktijk de regionale scholing Hartfalen gevolgd hebben.
3. De prestatie wordt door de afdeling Contractbeheer toegevoegd aan uw zorgovereenkomst nadat Zorg en Zekerheid van de regionale scholingsorganisatie heeft vernomen dat aan de voorwaarde in lid 2 van dit artikel is voldaan. De prestatie gaat dan in per het eerstvolgende kwartaal nadat Zorg en Zekerheid dit bericht heeft ontvangen.
4. De prestatie kan alleen gedeclareerd worden voor patiënten met gediagnosticeerd hartfalen, waarbij de huisarts de hoofdbehandelaar is.
5. De prestatie kan maximaal viermaal gedeclareerd worden per patiënt zoals bedoeld in lid 4 van dit artikel.
   De prestatie kan gedeclareerd worden middels de prestatiecode 31342. Dit is een vergoeding per verrichting.
6. Voor deze zorg mag géén consult gelijktijdig met de prestatie Hartfalen worden gedeclareerd.

Artikel 8 – Atriumfibrilleren

1. De prestatie kan alleen gedeclareerd worden als er een regionale afspraak hierover tussen een ziekenhuis, de gemandateerd vertegenwoordiger van de multidisciplinaire eerstelijn en Zorg en Zekerheid aanwezig is.
2. Om voor financiering in aanmerking te komen moet zowel een huisarts als een POH-S van de praktijk de regionale scholing Atriumfibrilleren gevolgd hebben.

3. De prestatie wordt door de afdeling Contractbeheer toegevoegd aan uw zorgovereenkomst nadat Zorg en Zekerheid van de regionale scholingsorganisatie heeft vernomen dat aan de voorwaarde in lid 2 van dit artikel is voldaan. De prestatie gaat dan in per het eerstvolgende kwartaal nadat Zorg en Zekerheid dit bericht heeft ontvangen.
4. De prestatie kan alleen gedeclareerd worden voor patiënten met gediagnosticeerd atriumfibrilleren, waarbij de huisarts de hoofdbehandelaar is.
5. De prestatie kan maximaal viermaal gedeclareerd worden per patiënt zoals bedoeld in lid 4 van dit artikel.
6. De prestatie kan gedeclareerd worden middels de prestatiecode 31389. Dit is een vergoeding per verrichting.
7. Voor deze zorg mag géén consult gelijktijdig met de prestatie Atriumfibrilleren worden gedeclareerd.

Artikel 9 – Gestructureerde huisartsenzorg in geclusterde woonvorm binnen de Wlz

Deze uniforme prestatie omschrijving vervangt de segment 1 prestatie.
Deze prestatie is beschikbaar voor huisartsen, die op een gestructureerde manier en in afstemming met een geclusterde woonvorm, huisartsenzorg leveren aan bewoners die hun zorg ontvangen op basis van het principe “scheiden wonen-zorg”, waarbij de zorg wordt gefinancierd via een VPT, MPT of PGB (Wlz zonder behandeling).

Voorwaarden:
1. Planbare zorg wordt geleverd in een structureel spreekuur. Het aantal uren spreekuur is afgestemd op de zorgvraag.

2. Er zijn schriftelijke afspraken tussen de geclusterde woonvorm en de huisartsenpraktijk. Deze afspraken gaan in ieder geval in op; het structureel spreekuur voor de bewoners op locatie, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts, procedureafspraken voor spreekuur- en visiteaanvragen, afspraken over gestructureerd periodiek overleg, afspraken over medicatiebeleid, te hanteren zorgdossier, hoe om te gaan met calamiteiten/spoedzorg en overdracht en registratie. De modelovereenkomst Medisch Generalistische zorg kan hierbij als leidraad genomen worden.
3. De geclusterde woonvorm borgt dat een specialist ouderengeneeskunde (SO)/arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) bereikbaar en beschikbaar is voor consultatie, medebehandeling of overdracht van regiebehandelaarschap als deze volgens de huisarts beter geëquipeerd is voor de zorgvraag. Voor nadere invulling van deze taakverdeling wordt verwezen naar het convenant MGZ.
4. De geclusterde woonvorm biedt facilitaire voorzieningen, ruimte en ICT-aansluitingen voor het spreekuur en draagt daarnaast zorg voor de aanwezigheid van voldoende competent verzorgend/verplegend personeel.
5. Jaarlijks wordt de organisatie van de zorg geëvalueerd en de acties m.b.t. de verbeterpunten worden schriftelijk vastgelegd.
6. De zorg wordt geleverd door maximaal twee huisartsen(praktijken), in verband met continuïteit voor bewoners.

Declaratie:
1. Het betreft een prestatie per kwartaal per bewoner van de geclusterde woonvorm die op de eerste dag van een kwartaal staat ingeschreven bij de huisartsenpraktijk.
2. Deze prestatie kan alleen gedeclareerd worden als de huisartsenpraktijk voor deze specifieke prestatie is gecontracteerd én als de geclusterde woonvorm door het Zorgkantoor is gecontracteerd.
3. Deze prestatie is niet bedoeld voor de huisartsenzorg zelf. Voor de huisartsenzorg zelf kunnen de reguliere consulten en verrichtingen gedeclareerd worden. Bij spreekuur op locatie (planbare zorg) mogen alleen consulten en verrichtingen worden gedeclareerd. De niet planbare zorg, geleverd buiten de spreekuren, kan worden gedeclareerd als visite.

Artikel 10 – Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang

Deze uniforme prestatie omschrijving vervangt de segment 1 prestatie.

Deze prestatie is beschikbaar voor huisartsen, die op een gestructureerde manier en in afstemming met een maatschappelijke opvang, huisartsenzorg leveren aan mensen die in de opvang verblijven. Deze huisarts draagt ook zorg voor de afstemming met andere zorgverleners die zijn betrokken bij de zorg voor mensen die verblijven in een maatschappelijke opvang.

Voorwaarden:
1. Planbare zorg wordt geleverd in een structureel spreekuur.
2. Er zijn schriftelijke afspraken tussen de maatschappelijke opvang en de huisartsenpraktijk. Deze afspraken gaan in ieder geval in op; het structureel spreekuur op locatie, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts, procedureafspraken voor spreekuur- en visiteaanvragen, afspraken over gestructureerd periodiek overleg, te hanteren zorgdossier, hoe om te gaan met calamiteiten/spoedzorg en overdracht en registratie.
3. Er zijn afspraken over medicatiebeleid en borging van het farmaceutische proces.
4. De maatschappelijke opvang biedt facilitaire voorzieningen, ruimte en ICT-aansluitingen voor het spreekuur, en biedt personele ondersteuning tijdens spreekuur en visite.

5. Jaarlijks wordt de organisatie van de zorg geëvalueerd en de acties m.b.t. de verbeterpunten worden schriftelijk vastgelegd.
6. De zorg wordt geleverd door maximaal drie huisartsen(praktijken).

Declaratie:
1. Het betreft een prestatie per kwartaal per client die verblijft in de maatschappelijke opvang die op de eerste dag van een kwartaal staat ingeschreven bij de huisartsenpraktijk.
2. Deze prestatie kan alleen gedeclareerd worden als de huisartsenpraktijk voor deze specifieke prestatie is gecontracteerd.
3. Deze prestatie is niet bedoeld voor de huisartsenzorg zelf. Voor de huisartsenzorg zelf kunnen de reguliere consulten en verrichtingen gedeclareerd worden. Bij spreekuur op locatie (planbare zorg) mogen alleen consultenen verrichtingen worden gedeclareerd. De niet planbare zorg, geleverd buiten de spreekuren, kan worden gedeclareerd als visite.

Zorgvernieuwingen

Naast bovengenoemde prestaties zijn verdere afspraken binnen Segment 3 mogelijk. In artikel 10, 11 en 12 hieronder worden de mogelijkheden beschreven om aanvullende afspraken te maken in Segment 3. Zie hiervoor ook het document ‘Aanvraag segment 3 Overige Zorgvernieuwing’, te vinden op onze website **www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen** onder het kopje ‘Contractinformatie’.

Indien u reeds aanspraak maakt op een overige prestatie dan benoemd in artikel 1 tot en met 9 hierboven zult u de betreffende prestatie aantreffen op uw Contractmodule overige S3-afspraken 2026 -2028. Indien de betreffende prestatie specifieke voorwaarden kent worden die separaat aan u gecommuniceerd.

Artikel 11 – E-health

1. Zorg en Zekerheid biedt met deze prestatie de mogelijkheid om middels E-health uitvoering te geven aan zelfmanagement of behandeling op afstand van de patiënt.
2. Deze prestatie kan alleen aangevraagd worden door huisartsen die deelnemer zijn van een georganiseerd samenwerkingsverband met daarin tenminste 10.000 ingeschreven patiënten waarbij alle deelnemers gebruik maken van preferente HIS.
3. De zorgaanbieder heeft voor aanvang een projectplan gemaakt, waarin het doel beschreven staat, waarbij de aspecten kwaliteit van zorg, service, kosteneffectiviteit en mogelijkheid tot opschalen extra belicht worden. Tevens dient een begroting ingediend te worden waarin alle kosten zijn opgenomen.
4. Nadat het projectplan en begroting goedgekeurd zijn, stelt Zorg en Zekerheid het tarief en de prestatiecode vast.

Artikel 12 – Meekijkconsult

1. Zorg en Zekerheid biedt met deze prestatie de mogelijkheid om uitvoering te geven aan het meekijkconsult voor zover dit niet past binnen de Segment 1 prestatie meedenkadvies medisch specialistische zorg.
2. De zorgaanbieder heeft voor aanvang een projectplan gemaakt, waarin het doel staat beschreven, mogelijkheid tot opschalen en waarin duidelijk wordt gemaakt hoe deze zorg leidt tot substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn. Uitgangspunt is dat de zorgvernieuwing leidt tot een verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn, met meetbare besparingen elders. Tevens dient een begroting ingediend te worden waarin alle kosten zijn opgenomen.

3. Nadat het projectplan en begroting goedgekeurd zijn, stelt Zorg en Zekerheid het tarief en de prestatiecode vast.

Artikel 13 – Zorgvernieuwing overig

1. Zorg en Zekerheid biedt met deze prestatie de mogelijkheid om uitvoering te geven aan vernieuwingsprojecten in het kader van de modernisering, innovatie en kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg die niet vallen onder één van de regelingen genoemd in deze zorgovereenkomst en die niet op andere wijze worden gefinancierd of eerder gefinancierd zijn.
2. Deze prestatie kan alleen aangevraagd worden door huisartsen die deelnemer zijn van een georganiseerd samenwerkingsverband met daarin tenminste 10.000 ingeschreven patiënten.
3. De zorgaanbieder heeft voor aanvang een projectplan gemaakt, waarin het doel staat beschreven, waarbij de aspecten kwaliteit van zorg, service, kosteneffectiviteit en mogelijkheid tot opschalen belicht worden en waarin duidelijk wordt gemaakt hoe deze zorg leidt tot substitutie van zorg. Uitgangspunt is dat de zorgvernieuwing leidt tot een verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn, met meetbare besparingen elders. Tevens dient een begroting ingediend te worden waarin alle kosten zijn opgenomen.
4. Nadat het projectplan en begroting goedgekeurd zijn, stelt Zorg en Zekerheid het tarief en de prestatiecode vast. Indexering van het tarief geldt alleen voor prestaties die minimaal een kalenderjaar gecontracteerd zijn.