

Bijlage 6a Contractuele bepalingen Segment 3

Algemeen

Om richting te geven aan de invulling van uitkomstbesteding zijn op landelijk niveau separate deelprestaties geformuleerd voor een aantal domeinen te weten: doelmatig voorschrijven, diagnostiek en verwijzen en tenslotte service en bereikbaarheid. Daarnaast biedt Segment 3 ook ruimte voor zorgvernieuwing middels drie separate prestaties: E-health, het Meekijkconsult en overige zorgvernieuwingen. Tenslotte zijn een aantal 'oude' M&I modules in segment 3 onderverdeeld onder de prestaties Kwaliteit, Ouderenzorg en Substitutie.

Zorg en Zekerheid maakt voor de (resultaat)beloningen ten behoeve van de farmaceutische modules, DTO en Praktijkspiegel één-jarige afspraken. Na afloop van het kalenderjaar wordt het tarief definitief vastgesteld.

Artikel 1a Doelmatig voorschrijven

1. Het doel van de prestatie Doelmatig voorschrijven is het stimuleren van doelmatige farmacotherapie. De prestatie belooft de huisarts via het maken van concrete prestatieafspraken, voor doelmatig voorschrijven van medicijnen op basis van de NHG-standaarden. De mate waarin huisartsen doelmatig voorschrijven wordt bepaald aan de hand van een set indicatoren.
2. De beloning voor deze module is bepaald op basis van de uitkomsten van een set vaste, door Zorg en Zekerheid geselecteerde indicatoren afkomstig uit de Vektis Monitor, te raadplegen via www.mvh.zorgprisma.nl.
3. De meetperiode van de indicatoren is 1 januari 2017 tot en met 31 december 2017.
4. Informatie omtrent de geselecteerde indicatoren, de berekeningssystematiek van de indicatoren en de wijze waarop u de resultaten kunt aanleveren zijn te vinden op onze website: www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen (onder het kopje farmacie en FTO).
5. De afkapwaarden worden vooraf vastgesteld en zijn afhankelijk van de landelijke resultaten.
6. Het jaartarief bedraagt maximaal € 2,80 per ingeschreven patiënt. Het tarief kan in 2018 (nadat het behaalde resultaat is vastgesteld) gedeclareerd worden, met een prestatiedatum in 2017. U krijgt van ons na het insturen van de indicatoren te horen welk bedrag u kunt declareren en met welke prestatiedatum.
7. Nadat Zorg en Zekerheid heeft vastgesteld dat de zorgaanbieder recht heeft op de prestatie Doelmatig Voorschrijven kan deze gedeclareerd worden middels de prestatiecode 30111.

Artikel 1b Geïntegreerde KwaliteitZorg Farmacie 3 (GKF 3)

1. Het doel van de prestatie Geïntegreerde KwaliteitZorg Farmacie 3 (GKF3) is het verder bevorderen van de samenwerking tussen de apotheker en de huisarts, met als resultaat een verbetering van de farmacologische therapie van de patiënt.
2. Huisartsen kunnen - binnen een samenwerkingsverband met apotheker(s) - deelnemen aan GKF3 indien zij voldoen aan de volgende voorwaarden:
 - a. Minimale substitutiepercentage (de PRK score) van 96%. Zorg en Zekerheid spiegelt de PRK score ieder kwartaal aan de contactpersoon van de GKF-groep.
 - b. De huisarts werkt gestructureerd samen in de vorm van:
 - een geïntegreerd eerstelijns samenwerkingsverband (GES): FTO-niveau 4 of
 - een multidisciplinaire zorggroep tussen huisartsen en apothekers: FTO-niveau 4 of
 - een intensief FTO-niveau 4 samenwerkingsverband.
 - c. Heeft deelgenomen aan het GKF traject 2016.
3. De beloning voor deze module wordt door Zorg en Zekerheid bepaald op basis van de uitkomsten van de door Zorg en Zekerheid vastgestelde *Regionale Indicatoren*.
4. Informatie omtrent de geselecteerde indicatoren, de berekeningssystematiek van de indicatoren en de wijze waarop u de resultaten kunt aanleveren zijn te vinden op onze website: **www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen** (onder het kopje farmacie en FTO). Tevens vindt u hier in het farmaciebeleid 2017 verdere informatie over de mogelijkheden van GKF3-plus.
5. De meetperiode van de indicatoren is 1 januari 2017 tot en met 31 december 2017.
6. Het jaartarief bedraagt maximaal € 3,50 per ingeschreven verzekerde. Het tarief kan in 2018 (nadat het behaalde resultaat is vastgesteld) gedeclareerd worden, met een prestatiedatum in 2017. U krijgt van ons na het insturen van de indicatoren te horen welk bedrag u kunt declareren en met welke prestatiedatum.
7. De prestatie kan gedeclareerd worden middels de prestatiecode 14962.

Artikel 2 Diagnostisch Toets Overleg

1. De prestatie Diagnostisch Toets Overleg (DTO) financiert het structureel organiseren en bijwonen van het DTO en heeft als doel:
 - a. het verbeteren van inzicht in het gebruik van eerstelijns diagnostiek;
 - b. doelmatigere inzet van diagnostiek waarbij met name een daling wordt verwacht bij de 'irrationele' aanvragen;
 - c. voorkomen van onnodige of onjuiste verwijzingen en onnodige behandelingen in de tweede lijn.
2. Het DTO resulteert in een aantoonbare vermindering van het aantal aanvragen van testen in het algemeen en irrationele testen in het bijzonder voor een klinisch probleem die door de huisartsen en het EDC is gekozen. Dit wordt bewerkstelligd door:
 - a. Bespreken van de bestaande richtlijnen met de huisartsen en het lab
 - b. Bespreken van de beschikbaar gestelde spiegelinformatie op praktijkniveau
 - c. Rapportages van het lab op meta-niveau

3. Een DTO-groep voldoet aan de volgende voorwaarden:
 - a. De DTO-groep is een logische groep huisartsen die op lokaal niveau samenwerken, denk hierbij bijvoorbeeld aan een HAGRO of FTO-groep.
 - b. Afhankelijk van het onderwerp dat behandeld wordt, wordt een klinisch chemicus, microbioloog, beeldvormend patholoog, radioloog of specialist betrokken bij het voorbereiden en uitvoeren van het DTO;
 - c. De deelnemende huisartsen zijn aangesloten bij ZorgDomein (voor zover deze applicatie beschikbaar is) om de uitwisseling van uitslagen tussen eerste en tweede lijn te faciliteren met als doel dubbele diagnostiek te voorkomen. Indien dit digitaal niet mogelijk is, stuurt de deelnemende huisarts bij een verwijzing de uitkomsten van de uitgevoerde diagnostiek mee.
 - d. Het DTO duurt tenminste 1,5 uur per keer en vindt minimaal 3 maal per jaar plaats.
 - e. Iedere huisarts is tenminste bij 3 DTO's aanwezig geweest.
4. Om in aanmerking te komen op een achteraf beloning Diagnostisch Toetsoverleg moet de afspraak Diagnostisch Toets Overleg vermeld staan op bijlage 1 van de zorgaanbieder. Nieuwe DTO-groepen en/of nieuwe deelnemers kunnen zich middels het inschrijfformulier op de website inschrijven. Dit inschrijfformulier staat op de website **www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen** onder het kopje 'Diverse Downloads'. Dit formulier, met daarop alle huisartsen die aan het DTO deelnemen, dient voor 1 december 2016 bij Zorg en Zekerheid binnen te zijn.
5. De prestatie kan na afloop van een kalenderjaar gedeclareerd worden middels de prestatiecode 30003. Het is een resultaatbeloning die eenmaal per kalenderjaar als opslag op het inschrijftarief gedeclareerd kan worden.
6. De vergoeding voor 2017:
 - a. Bestaat uit een procesvergoeding en is bestemd voor het voorbereiden van een DTO, het bestuderen van het ontvangen feedbackrapport, het bijwonen van het DTO en het vervolg geven aan de acties die voortvloeien uit het DTO.
 - b. Om te kunnen beoordelen of de deelnemende huisartsen voldoen aan de gestelde voorwaarden dient uiterlijk 1 februari 2018 de DTO presentielijsten aangevuld met onderwerpen die tijdens het DTO besproken zijn bij Zorg en Zekerheid binnen zijn. De presentielijst is op onze website te vinden.
 - c. Nadat Zorg en Zekerheid de informatie van het DTO heeft beoordeeld en goedgekeurd, zal Zorg en Zekerheid een addendum versturen aan de deelnemende huisartsen met daarin het tarief.
7. Het tarief bedraagt maximaal € 0,75 per jaar per ingeschreven verzekerde.
8. Het DTO wordt gefinancierd uit het budget van de 'oude' variabiliseringsgelden. Indien op enige wijze de inzet van de variabiliseringsgelden op landelijk niveau anders vastgesteld wordt, behoudt Zorg en Zekerheid zich het recht voor om de gemaakte afspraken hieromtrent te laten vervallen dan wel te verruimen.

Artikel 3 Prestatie Spiegelinformatie

1. De Prestatie Spiegelinformatie financiert het structureel organiseren en bijwonen van besprekingen van de Vektis Praktijkspiegel en heeft als doel om u ruimte te bieden om:
 - a. samen met uw collega's spiegelinformatie te bespreken;
 - b. knelpunten of opvallende situaties te identificeren;
 - c. verbeterplannen op te stellen daar waar nodig.
2. Om in aanmerking te komen voor de prestatie, voldoet u aan de volgende voorwaarden:
 - a. De huisarts bespreekt ten minste 3x per jaar met meerdere huisartsen, in intervisievorm, de spiegelinformatie uit de Vektis Praktijkspiegel. De huisarts treedt in overleg met andere zorgaanbieders als de cijfers daartoe aanleiding geven;
 - b. Afspraken voortkomend uit het overleg zijn kort schriftelijk vastgelegd;
 - c. Van de bijeenkomsten is een getekende deelnemerslijst bijgehouden;
 - d. De huisarts beschikt over minimaal een volledig jaar aan data van de praktijk in de Praktijkspiegel.
3. Om in aanmerking te komen op de vergoeding moet de afspraak Prestatie Spiegelinformatie vermeld staan op bijlage 1 van de zorgaanbieder. Nieuwe deelnemers kunnen zich middels het inschrijfformulier op de website inschrijven. Dit inschrijfformulier staat op de website **www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen** onder het kopje 'Diverse Downloads'. Dit formulier, met daarop alle huisartsen die aan het Praktijkspiegel overleg deelnemen, dient voor 15 december 2016 bij Zorg en Zekerheid binnen te zijn.
4. De prestatie kan ieder kwartaal gedeclareerd worden middels de prestatiecode 31279 als opslag op het inschrijftarief.
5. De vergoeding voor 2017:
 - a. Bestaat uit een procesvergoeding en is bestemd voor het voorbereiden van de overleggen, het bestuderen van de informatie uit de Vektis Praktijkspiegel, het bijwonen van de overleggen en het vervolg geven aan de acties die voortvloeien uit de overleggen.
 - b. Om te kunnen beoordelen of de deelnemende huisartsen hebben voldaan aan de gestelde voorwaarden dienen uiterlijk 1 februari 2018 de presentielijsten, aangevuld met vastgelegde afspraken voortkomend uit de overleggen, bij Zorg en Zekerheid binnen zijn.
6. Het tarief bedraagt € 0,10 per kwartaal per ingeschreven verzekerde.