

Bijlage 6a Contractuele bepalingen Segment 3 2019

Algemeen

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 Voorschrijfgedrag Huisartsen (MVH), te raadplegen via www.mvh.zorgprisma.nl. Door het wegvallen van de MVH gedurende het jaar 2019 zal de beloning over het jaar 2019 worden bepaald op basis van de uitkomsten over het jaar **2018**.
3. Informatie omtrent de geselecteerde indicatoren, de berekeningssystematiek van de indicatoren en de wijze waarop u de resultaten kunt aanleveren over het jaar 2018 zijn te vinden op onze website: www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen (onder het kopje **farmacie en FTO**).
4. Het jaartarief bedraagt maximaal € 2,80 per ingeschreven patiënt. U krijgt van ons na het insturen van de indicatoren 2018 te horen welk bedrag u kunt declareren en met welke prestatiedatum.
5. 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 KwaliteitZZorg Farmacie 3 (GKF 3)

1. Het doel van de prestatie Geïntegreerde KwaliteitZZorg 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. De beloning voor deze module over het jaar 2019 wordt door Zorg en Zekerheid bepaald op basis van de uitkomsten over het jaar **2018** op de door Zorg en Zekerheid vastgestelde *Regionale Indicatoren*.

3. Huisartsen hebben in 2018 - binnen een samenwerkingsverband met apotheker(s) – kunnen deelnemen aan GKF3 indien zij voldeden 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.
4. Informatie omtrent de geselecteerde indicatoren, de berekeningssystematiek van de indicatoren en de wijze waarop u de resultaten kunt aanleveren over het jaar 2018 zijn te vinden op onze website: www.zorgzekerheid.nl/huisartsen (onder het kopje **farmacie en FTO**).
5. Het jaartarief bedraagt maximaal € 3,50 per ingeschreven verzekerde. U krijgt van ons na het insturen van de indicatoren 2018 te horen welk bedrag u kunt declareren en met welke prestatiedatum.
6. 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 aanvragen van testen in het algemeen en irrationele testen in het bijzonder voor een klinisch probleem die door de huisartsen en het Eerstelijns Diagnostisch Centrum (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. Deelnemers van vorig jaar doen dit jaar automatisch opnieuw mee. 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 '**Documenten en formulieren**'. Dit formulier, met daarop alle huisartsen die aan het DTO deelnemen, dient vóór 15 december 2018 bij Zorg en Zekerheid binnen te zijn. Instroom gedurende het jaar is niet mogelijk.
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 2019:
 - 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 2020 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 en de prestatiedatum waarmee u kunt declareren.
7. Het tarief bedraagt maximaal € 0,75 per jaar per ingeschreven verzekerde.

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. Deelnemers van vorig jaar doen dit jaar automatisch opnieuw mee. Nieuwe deelnemers kunnen zich middels het inschrijfformulier op de website inschrijven. Dit inschrijfformulier staat op de website **www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen** onder het kopje '**Documenten en formulieren**'. Dit formulier, met daarop alle huisartsen die aan het Praktijkspiegel overleg deelnemen, dient vóór

15 december 2018 bij Zorg en Zekerheid binnen te zijn. Instroom gedurende het jaar is niet mogelijk.

4. De prestatie kan ieder kwartaal gedeclareerd worden middels de prestatiecode 31279 als opslag op het inschrijftarief.
5. De vergoeding voor 2019:
 - 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 2020 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.