

## Bijlage Resultaatbeloningen 2020

### Algemeen

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

### Artikel 1 Formulariumgericht Voorschrijven (FGV)

1. Het doel van de prestatie Formulariumgericht Voorschrijven (FGV) is het stimuleren van doelmatige farmacotherapie. De prestatie beloont de huisarts voor het voorschrijven van medicijnen op basis van de NHG-standaarden aan de hand van één indicator welke wordt berekend door het Nivel:

$$\frac{\text{Aantal eerste voorschriften van een medicijn (op ATC-code niveau) binnen het formularium}}{\text{Totaal aantal eerste voorschriften}}$$

2. Er wordt gemeten op basis van de voorschrijfgegevens in het HIS over het kalenderjaar 2020.
3. De voorschrijfgegevens worden vergeleken met de inhoud van het formularium dat een huisarts gebruikt. Er wordt gekeken naar de verhouding van de eerste voorschriften van geneesmiddelen die in het formularium zijn opgenomen ten opzichte van alle eerste voorschriften van de huisarts. Een eerste voorschrift is een voorschrift dat binnen uw praktijk is aangemaakt, en waarvan de ATC-code niet in de 12 maanden daarvoor binnen uw praktijk is voorgeschreven bij de desbetreffende patiënt. Alleen voorschriften met een ATC-code (werkzame stof) worden in de analyses betrokken. Hierbij wordt gekeken naar de volledige ATC-code.
4. De huisarts gebruikt het Health Base formularium indien er gebruik wordt gemaakt van het Medicom HIS. Bij alle andere HIS'sen gebruikt de huisarts het NHG formularium (Prescriptor).
5. Om in aanmerking te komen voor de prestatie, moeten de voorschrijfgegevens over het gehele jaar 2020 uit uw HIS beschikbaar zijn. U dient in uw eigen HIS ervoor zorg te dragen dat u toestemming geeft voor het doorsturen van uw gegevens aan het Nivel. Indien u gebruikt maakt van het EVS Prescriptor, heeft u een licentie voor de module RxConform nodig.
6. De prestatie wordt toegekend indien er een score van minimaal 80% wordt gehaald op de indicator uit lid 1 van dit artikel. Bij een lagere score komt u niet in aanmerking voor een vergoeding.
7. Nadat Zorg en Zekerheid de resultaten van het Nivel heeft ontvangen en heeft vastgesteld dat de zorgaanbieder recht heeft op de prestatie Formulariumgericht Voorschrijven, zal Zorg en Zekerheid een addendum versturen aan de deelnemende huisartsen met daarin het tarief en de prestatiedatum waarmee u kunt declareren.

8. De prestatie kan gedeclareerd worden middels de prestatiecode 30111. Het is een resultaatbeloning die eenmaal per kalenderjaar als opslag op het inschrijftarief gedeclareerd kan worden.
9. Het tarief bedraagt € 1,70 per ingeschreven verzekerde.
10. Indien van toepassing zal verdere informatie beschikbaar komen op onze website: [www.zorgzekerheid.nl/huisartsen](http://www.zorgzekerheid.nl/huisartsen) (onder het kopje **farmacie en FTO**). Meer informatie over de meting treft u ook op <https://www.lhv.nl/uw-beroep/medicatieveiligheid/formulariumgericht-voorschrijven>.

## 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. 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.
5. De vergoeding voor 2020:
  - 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 2021 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.
6. Het tarief bedraagt € 0,76 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. De prestatie kan na afloop van een kalenderjaar gedeclareerd worden middels de prestatiecode 31279. Het is een resultaatbeloning die éénmaal per kalenderjaar als opslag op het inschrijftarief gedeclareerd kan worden.
4. De vergoeding voor 2020:
  - 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 2021 de presentielijsten, aangevuld met vastgelegde afspraken voortkomend uit de overleggen, bij Zorg en Zekerheid binnen zijn.
  - c. Nadat Zorg en Zekerheid de informatie 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.
5. Het tarief bedraagt € 0,40 per jaar per ingeschreven verzekerde.