

## Bijlage 6b 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.

Voor 2016 en 2017 continueert Zorg en Zekerheid de afspraken in segment 3 voor de huisartsenzorg zonder grote wijzigingen. Wanneer er gedurende de looptijd van de overeenkomst landelijke indicatoren beschikbaar komen, dan behoudt Zorg en Zekerheid het recht om hierop aan te sluiten en de voorwaarden aan te passen.

### Artikel 1      **Aanvullende afspraken Service en bereikbaarheid**

1. Deze deelprestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten als gevolg van een verbetering in de service en bereikbaarheid. Hieronder vallen onderstaande zaken:
  - a. Het ingericht hebben van een ochtend- en/of avondspreekuur (zie lid 2 en 3 van dit artikel);
  - b. Het hebben en gebruiken van mogelijkheden tot het maken van digitale afspraken met de huisartsenpraktijk (zie lid 4 van dit artikel);
  - c. Het hebben en gebruiken van mogelijkheden tot het aanvragen van herhaalrecepten via mail of website (zie lid 5 van dit artikel);
  - d. Het volledig telefonisch bereikbaar zijn (zie lid 6 van dit artikel).

Dit is een set van landelijk vastgestelde indicatoren. Zorg en Zekerheid heeft dit in 2015 ook gefinancierd en wil de komende twee jaren blijven investeren hierin. Indien het mogelijk wordt, zullen we toewerken naar een uitkomst gerichte financiering.

2. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding van een **ochtend en/of avondspreekuur** moet de zorgaanbieder voldoen aan de volgende voorwaarden:
  - a. Het spreekuur vindt op de eigen praktijk plaats door de eigen huisarts of de HIDHA;
  - b. De zorgaanbieder informeert de ingeschreven patiënten over het hebben van een ochtend –en/of avondspreekuur. Indien de huisartsenpraktijk een website heeft, staan de tijden van het ochtend –en/of avondspreekuur op de website vermeld. Indien er geen website is, dienen de tijden duidelijk vermeld te worden in een patiënten folder;
  - c. Het spreekuur is naar keuze een afspraak – of inloopspreekuur;
  - d. Het ochtendspreekuur kan van 7.00 uur tot 8.00 uur 's ochtends gehouden worden, het avondspreekuur kan starten vanaf 18.00 uur;
  - e. Het ochtend –en/of avondspreekuur wordt gehouden op een vast moment in de week. De praktijk heeft minimaal 46 weken per jaar een vaste ochtend –en/of avond voor een ochtend-/avondspreekuur;
  - f. Een ochtendspreekuur is minstens één uur aansluitend, een avondspreekuur is minstens twee uur aansluitend;
  - g. Declaraties van consulten en M&I verrichtingen die tijdens het ochtend en/of avondspreekuur worden verricht, worden ingediend op basis van consulten en M&I verrichtingen overdag en volgens regelgeving die geldt voor zorg die overdag geleverd wordt. Er worden dus geen ANW tarieven in rekening gebracht;

- h. De vergoeding bedraagt maximaal € 2,00 per jaar. Deze vergoeding is gebaseerd op 2 extra spreekuren per 2.350 patiënten. De vergoeding wordt naar rato van het aantal uren en het aantal ingeschreven patiënten bepaald.
3. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding boven op de vergoeding van de in artikel 2 lid h genoemde vergoeding moet de zorgaanbieder voldoen aan de volgende voorwaarden :
- Het hebben van een **ochtend en/of avondspreekuur**;
  - Naast de huisarts is ook de doktersassistent(e) beschikbaar voor behandelingen, het maken van afspraken, voor vragen, etc.;
  - De vergoeding bedraagt maximaal € 1,00 per jaar. Deze vergoeding is gebaseerd op twee uur per 2.350 patiënten. De vergoeding zal naar rato van het aantal uren en het aantal ingeschreven patiënten berekend worden.
4. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding voor het hebben en gebruiken van mogelijkheden tot het maken van **digitale afspraken** met de huisartsenpraktijk moet de zorgaanbieder voldoen aan de volgende voorwaarden:
- De patiënt heeft de mogelijkheid om digitaal zelf een afspraak in te plannen voor een consult bij de huisarts;
  - De privacy van de patiënt moet hierbij geborgd zijn;
  - De zorgaanbieder informeert de ingeschreven patiënten over de mogelijkheid van het maken van digitale afspraken. Dit staat zowel op de website als in de praktijkfolder vermeld;
  - De vergoeding bedraagt € 0,75 per ingeschreven verzekerde per jaar;
  - Deze toeslag 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.
5. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding voor het hebben en gebruiken van mogelijkheden tot het aanvragen van **herhaalrecepten via mail of website** moet de zorgaanbieder voldoen aan de volgende voorwaarden:
- Op de website van de zorgaanbieder kan er door de patiënt via een e-mail of via de website van de zorgaanbieder een herhaalrecept aangevraagd worden of wordt de patiënt op de website doorgelinkt naar de website van de apotheek waar het mogelijk is om herhaalrecepten via mail of de website aan te vragen;
  - De privacy van de patiënt moet hierbij geborgd zijn;
  - De zorgaanbieder stuurt in reactie op het verzoek om een herhaalrecept een bevestiging van ontvangst aan de patiënt;
  - De zorgaanbieder meldt de patiënt wanneer het recept is doorgestuurd naar de apotheek en de verwachte tijd wanneer de patiënt het medicijn kan afhalen dan wel regelt dat de apotheek dit aan de patiënt meldt. Dit moet gesynchroniseerd worden met de apotheek;
  - De zorgaanbieder informeert de ingeschreven patiënten over de mogelijkheid van het aanvragen van herhaalrecepten via mail of website. Dit staat zowel op de website als in de praktijkfolder vermeld;
  - De vergoeding bedraagt € 0,25 per ingeschreven verzekerde per jaar;
  - Deze toeslag 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.
6. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding voor **het volledig telefonisch bereikbaar zijn**, moet de zorgaanbieder voldoen aan de volgende voorwaarden:

- a. De praktijk is vijf dagen per week zonder beperkingen te bellen gedurende 46 weken per jaar;
- b. Patiënten kunnen op een werkdag gemiddeld tussen de 6,5 uur en 8,5 uur telefonisch terecht om vragen te stellen en afspraken te maken. Patiënten krijgen in die tijd geen antwoordbandje te horen;
- c. De vergoeding bedraagt maximaal € 1,50 per ingeschreven verzekerde per jaar. De hoogte van het bedrag wordt berekend aan de hand van het aantal uren dat de praktijk volledig telefonisch bereikbaar is. Hieronder worden de maximale tarieven vermeld:

Uren dat de praktijk volledig telefonisch bereikbaar is:	Tarief 2016
6,5 uur	€ 1,00
7,5 uur	€ 1,25
8,5 uur	€ 1,50

- d. De zorgaanbieder informeert de ingeschreven patiënten over de telefonische bereikbaarheid. Indien de huisartsenpraktijk een website heeft, staat dit op de website vermeld. Indien er geen website is, dienen de mogelijkheden duidelijk vermeld te worden in een patiënten folder;
  - e. Deze toeslag 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.
7. De prestatie Service en Bereikbaarheid bestaat uit bovengenoemde onderdelen en kan elk kwartaal gedeclareerd worden middels de prestatiecode 30121. De hoogte van het tarief is een optelsom van de individuele vergoedingen, de uitkomst van de berekening wordt naar boven afgerond tot een bedrag deelbaar door 4 (vier). Het is een opslag op het inschrijftarief. De hoogte van de vergoeding is te vinden op bijlage 1 van deze overeenkomst.
8. Om in aanmerking te komen voor bovengenoemde onderdelen kan het aanvraag -en/of mutatieformulier ingevuld worden en aan Zorg en Zekerheid toegestuurd worden. Het formulier is te vinden op onze website: **[www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen](http://www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen)** onder het kopje 'Basiscontract huisartsen'. De aanvraag dient uiterlijk een maand voor aanvang van het volgende kwartaal ingediend te zijn.
9. De indicatoren
- b. Het hebben en gebruiken van mogelijkheden tot het maken van digitale afspraken met de huisartsenpraktijk;
  - c. Het hebben en gebruiken van mogelijkheden tot het aanvragen van herhaalrecepten via mail of website;
  - d. Het volledig telefonisch bereikbaar zijn;
- worden deels gefinancierd uit het budget van de 'oude' variabiliseringsgelden en deels uit de 'oude' modules. 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 dan wel te verruimen.

## Overige afspraken

### **Artikel 2      Gestructureerde Complexe Ouderenzorg**

1. De prestatie Gestructureerde Complexe Ouderenzorg heeft als doel het zoveel mogelijk behouden van het zelfstandig functioneren van de oudere. Deze prestatie voorziet in de inzet van de praktijkondersteuner met als aandachtsgebied Ouderenzorg (voorheen de POH Kwetsbare Ouderen). Doel hierbij is om voor een specifieke groep ouderen de complexe zorgbehoefte vast te stellen, zorg te dragen voor multidisciplinaire afstemming en zo de regie te voeren op de zorgbehoefte van de oudere.
2. In tegenstelling tot de 'oude' module POH Kwetsbare Ouderen richt deze prestatie zich niet op het screenen van de praktijk en het proactief opsporen van ouderen. Voor het identificeren van de juiste groep ouderen met een complexe meervoudige medische zorgvraag worden de volgende inclusiecriteria gehanteerd:
  - a. De patiënt is ouder dan 75 jaar;
  - b. De bekostiging is gebaseerd op de groep 30 tot 35 ouderen met de meest complexe zorgvraag in de huisartsenpraktijk (zie werkdocument 'Gestructureerde complexe ouderen zorg' op de website voor nadere uitwerking);
  - c. De zorgvragen hebben geen betrekking op de gestructureerde zorg voor de chronische aandoeningen COPD, DM II en CVR;
  - d. Ook de groep dementerenden met een complexe zorgvraag in dezelfde leeftijdscategorie mogen in 2016 tot deze groep gerekend worden. Dit is echter een overgangsmodel. In lijn met onze visie op de inkoop Wijkverpleging zal deze taak vanaf 2017 bij de functie wijkverpleging worden ingekocht.
3. Om voor vergoeding van de prestatie Gestructureerde Complexe Ouderenzorg in aanmerking te komen dient de zorgaanbieder aan de volgende voorwaarden te voldoen:
  - a. De zorg wordt geleverd door een praktijkondersteuner Somatiek zoals omschreven in bijlage 7 van de overeenkomst;
  - b. De praktijkondersteuner is verpleegkundige niveau 5 of heeft een (post)-HBO-opleiding tot praktijkondersteuner afgerond, bij voorkeur met een aanvullende scholing in geriatrische problematiek;
  - c. De zorg wordt geleverd conform het Stappenplan Gestructureerde complexe ouderen zorg. Deze kunt u vinden op de website, **[www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen](http://www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen)** onder het kopje 'Basiscontract huisartsen';
  - d. De Zorgaanbieder dient jaarlijks te voldoen aan evaluatiecriteria om deze te kunnen vervolgen. Hiertoe staat een evaluatieformulier op de website, **[www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen](http://www.zorgenzekerheid.nl/huisartsen)** onder het kopje 'Diverse downloads'.
4. De prestatie kan ieder kwartaal gedeclareerd worden middels de prestatiecode 31060. Dit is een opslag op het inschrijftarief. Deze bedraagt maximaal € 7,50 per verzekerde per jaar. De hoogte van het bedrag wordt berekend aan de hand van percentage 75-plussers in de praktijk en het aantal uren dat de praktijkondersteuner voor deze prestatie wordt ingezet. Hieronder worden de maximale tarieven per jaar vermeld:

% 75-plussers			
van	tot	normuren	tarief
0%	2%	2	€ 2,05
2%	4%	3	€ 3,07
4%	7%	4	€ 4,09
7%	10%	5	€ 5,11
10%	15%	6	€ 6,14
15%		9	€ 7,50

5. De volledige kosten van de praktijkondersteuner Gestructureerde Complexe Ouderenzorg worden middels bovengenoemde opslag op het inschrijftarief gefinancierd. De praktijkondersteuner kan geen consulten declareren, aangezien dan sprake is van dubbele bekostiging.

### **Artikel 3 Gestructureerd Periodiek Overleg – GPO**

1. De verrichting is bestemd voor het uitvoeren van een Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO) ten behoeve van de patiënten die geselecteerd zijn binnen de module Gestructureerde Complexe Ouderenzorg.
2. Om voor vergoeding van de prestatie Gestructureerde Complexe Ouderenzorg 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 vanuit de module Gestructureerde complexe ouderenzorg.
  - b. De verrichting kan alleen gedeclareerd worden indien de module Gestructureerde complexe ouderenzorg is gecontracteerd.
  - c. Het GPO wordt uitgevoerd aan de hand van de hiervoor door Movit, het LUMC en Laego ontwikkelde handleiding.
  - d. Het GPO vindt voor de geselecteerde patiënten twee keer per jaar plaats waarbij de apotheker een keer betrokken is op het gebied van de medicatie.
3. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding moet de zorgaanbieder de afspraak Gestructureerde Complexe Ouderenzorg.
4. De prestatie kan als verrichting gedeclareerd worden middels de prestatiecode 13043. Dit is een vergoeding per verrichting. De verrichting kan maximaal 2 maal per kalenderjaar per geselecteerde patiënt gedeclareerd worden.
5. Het tarief bedraagt € 27,05.

### **Artikel 4 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. Om voor financiering in aanmerking te komen moet de praktijk voldoen aan onderstaande voorwaarden:
  - a. De zorgaanbieder doorloopt de volledige NHG Accrediteringscyclus van drie jaar
  - b. De praktijk ontvangt jaarlijks het NHG-keurmerk
  - c. De huisarts maakt gebruik van een door de NHG erkende praktijkconsulent
  - d. Zorg en Zekerheid ontvangt bericht bij het behalen van het NHG keurmerk
3. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding moet de zorgaanbieder kunnen aantonen dat er wordt deelgenomen aan een accreditatie traject.
4. 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.
5. De vergoeding bedraagt € 0,19 per ingeschreven verzekerde per kwartaal.

## **Artikel 5 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 tweedelijns voorkomen.
2. Het gaat om de volgende M&I verrichtingen:
  - a. 13001 Diagnostiek met behulp van Doppler
  - b. 13006 Spleetlamponderzoek
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 deze code alleen declareren voor niet eigen ingeschreven patiënten.
  - c. Er kan geen (passanten-) consult en/of de code 13023 declareren voor de behandelde patiënt.
5. Het tarief bedraagt € 5,00.

## **Zorgvernieuwingen**

### **Artikel 6 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 20.000 ingeschreven patiënten.

3. De zorgaanbieder heeft voor aanvang een projectplan gemaakt, waarin het doel beschreven staat, waarbij de aspecten kwaliteit van zorg, service en kosteneffectiviteit 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 7      Meekijkconsult**

1. Zorg en Zekerheid biedt met deze prestatie de mogelijkheid om uitvoering te geven aan het meekijkconsult.
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 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.
4. Nadat het projectplan en begroting goedgekeurd zijn, stelt Zorg en Zekerheid het tarief en de prestatiecode vast.

#### **Artikel 8      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 overeenkomst 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 20.000 ingeschreven patiënten.
3. De zorgaanbieder heeft voor aanvang een projectplan gemaakt, waarin het doel staat beschreven, waarbij de aspecten kwaliteit van zorg, service en kosteneffectiviteit 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.