

Onderwerp: Farmaciebeleid 2016

Geachte heer, mevrouw,

Door middel van dit schrijven willen wij u op de hoogte stellen van ons beleid met betrekking tot farmaceutische zorg en de relatie tot de huisartsenzorg.

In het jaar 2016 ligt de nadruk van het beleid wederom op de geïntegreerde samenwerking tussen huisarts en apotheker. Ook zal er, zoals in voorgaande jaren, de mogelijkheid bestaan om afspraken te maken op basis van resultaten.

In Segment 3 is maken wij afspraken over Doelmatig Voorschrijven en GKF2. In **Bijlage 1: Overzicht Modules** ziet u schematisch weergegeven welke modules in 2015 beschikbaar waren, en welke in 2016 beschikbaar zijn.

1. Medicijncheck Zorg en Zekerheid – Polyfarmacie

De verrichting Polyfarmacie blijft binnen de huisartsenbesteding bestaan. Het tarief om deze verrichting te declareren is € 43,-, onder de Vektis-code **13049**.

De voorwaarden voor uitvoering blijven ook gelden:

- a. Er dient door alle partijen (huisarts, apotheker en patiënt) een ondertekend eindverslag te worden opgesteld van het resultaat van de Medicijncheck. Deze blijft onderdeel van het dossier van de patiënt.
- b. De Medicijncheck kunt u maximaal eenmaal per 12 maanden voor een verzekerde, na uitvoering van de prestatie declareren.

In tegenstelling tot de jaren 2014 en eerder hoeven huisartsen zich niet van tevoren in te schrijven om deze verrichting te kunnen uitvoeren. Alle huisartsen kunnen deze verrichting uitvoeren en declareren, ook de huisartsen die deelnemen aan GKF2.

2. Doelmatig Voorschrijven (Segment 3) – voorheen Module Kwalitatief Voorschrijven

In 2016 maken verzekeraars gebruik van de Vektis Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. Zorg en Zekerheid maakt sinds 2013 reeds gebruik van deze monitor als basis voor de module Kwalitatief Voorschrijven.

Deze module is beschikbaar voor alle huisartsen die voldoen aan de volgende voorwaarden:

- a. Een minimale substitutie score van 96% (de PRK score). Dit is ongewijzigd ten opzichte van vorig jaar. In **Bijlage 2: Berekening Substitutiepercentage** wordt nogmaals uitgelegd hoe dit percentage wordt berekend en op welke wijze u invloed kunt uitoefenen om uw score positief te beïnvloeden.
- b. De huisarts neemt deel aan een Farmacotherapeutisch Overleg (FTO), niveau 4.

Het jaartarief is achteraf (na het behaalde resultaat) in één kwartaal te declareren, als opslag op het inschrijftarief. Het tarief bestaat uit twee onderdelen:

- a. € 2,80 voor acht door Zorg en Zekerheid geselecteerde indicatoren afkomstig uit de Vektis Monitor, te raadplegen via www.mvh.zorgprisma.nl.
- b. € 1,60 voor een door Zorg en Zekerheid ontwikkelde set indicatoren (de “generieke indicatoren”). U krijgt van ons na ieder kwartaal een overzicht van de behaalde score van uw praktijk of FTO-groep als spiegelinformatie toegezonden.

De streefwaarden voor beide onderdelen zijn reeds vastgesteld en vooraf bekend zodat de huisarts weet wat er van hem of haar verwacht wordt.

Omdat dit een berekening betreft over het jaar 2016 kunt u dus pas in 2017 deze module declareren. Omdat Zorg en Zekerheid al een aantal jaar deze module inkoopt, ontstaat er geen gat in de omzet van de huisarts: in 2016 kunt u de resultaten over het jaar 2015 indienen en declareren. Voor GKF-deelnemers zal in 2016 de uitkomstenvergoeding 2015 worden uitbetaald.

U krijgt van ons na het insturen van de indicatoren gecommuniceerd welk bedrag u kunt declareren, onder welke prestatiecode en op welke prestatiedatum.

Zie **Bijlage 3: Doelmatig Voorschrijven** voor meer informatie over de opbouw van de module, de streefwaarden en de definities van de indicatoren.

3. Geïntegreerde KwaliteitZZorg Farmacie 2 (GKF2) – voorheen GKF

De farmaceutische zorg is bij uitstek een onderdeel van zorg waar we de afgelopen jaren al veel ervaring hebben opgedaan in het bekostigen van de uitkomsten. Met de komst van de nieuwe huisartsenfinanciering waren wij genoodzaakt om vorig jaar een aanpassing te doen in het beleid.

De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2014 en eerder waren als volgt:

- a. Het GKF-mandjesmodel met indicatoren is komen te vervallen. In plaats hiervan kan de GKF-huisarts meedoen met de indicatoren uit het mandje 'Doelmatig Voorschrijven' (zie punt 2);
- b. Daarnaast is er een aanvullende set, de zogenaamde 'regionale' (ZZ-)indicatoren, welke voor een deel afkomstig zijn uit het GKF-model 2014. Samenwerkingsverbanden kunnen ervoor kiezen, mits deze indicatoren exact overeenkomen met de definities die ZZ hanteert, om de scores van deze indicatoren via een andere bron dan de Vektis Monitor samen te stellen, bijvoorbeeld via Pharmo Instituut;
- c. Op basis van de door het samenwerkingsverband behaalde scores op de betreffende regionale indicatoren, vindt er een indeling in (de vooraf vastgestelde) kwartielen plaats en per indicator worden er vervolgens punten toegekend. Deze somscore bepaalt of de zorgaanbieder een beloning A, B, C of geen beloning ontvangt.
- d. De procesvergoeding is vanaf 2015 komen te vervallen..
- e. De vergoeding voor de Medicijncheck (zie punt 1) maakt geen onderdeel meer uit van de aanvullende vergoeding voor GKF en kan door de deelnemer, indien voldaan aan de voorwaarden, apart worden gedeclareerd.

Iedere huisarts die in 2015 heeft deelgenomen aan GKF2 kan in 2016 in aanmerking komen voor de vergoeding GKF2, mits wordt voldaan aan de voorwaarden. Indien u in aanmerking wilt komen voor GKF2 dient u zich met uw samenwerkingsverband voor 1 april 2016 in te schrijven middels het formulier op de website.

Het jaartarief is achteraf (na het behaalde resultaat) in één kwartaal te declareren, als opslag op het inschrijftarief. Omdat dit een berekening betreft over het jaar 2016 kunt u dus pas in 2017 deze module declareren.

U krijgt van ons na het insturen van de indicatoren gecommuniceerd welk bedrag u kunt declareren, onder welke prestatiecode en op welke prestatiedatum.

Zie **Bijlage 4: GKF2** voor meer informatie over de instapvoorwaarden, de indicatoren en het beloningsstructuur.

4. Medische noodzaak

Vorig jaar heeft Zorg en Zekerheid geconstateerd dat er een aanzienlijke toename is geweest in het aantal vragen rondom ons medische noodzaak beleid. Middels deze brief willen wij ons beleid nogmaals bij u onder de aandacht brengen.

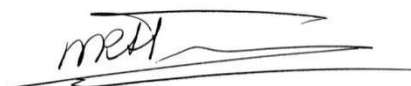
In ons beleid hechten wij veel waarde aan doelmatig voorschrijven. Sinds 2010 vergoedt Zorg en Zekerheid alleen nog generieke geneesmiddelen aan haar verzekerden op voorwaarde dat de voorgeschreven stofnaam in het geneesmiddel zit. Net zoals u geloven wij dat er altijd eerst een (of meerdere) generiek(e) geneesmiddelen door een patiënt dient te zijn geprobeerd voordat er een medische noodzaak kan worden bepaald om in aanmerking te komen voor een spécialité. Zoals u weet, is een echte medische noodzakelijkheid niet tot nauwelijks aanwezig.

Indien de huisarts (in overleg met de apotheker) heeft geconstateerd dat de klachten bij de patiënt blijven bestaan, kan er gekozen worden voor het merkgeneesmiddel. Hiervoor dient medische noodzaak op het recept te worden geschreven. Dit middel vergoeden wij dan vervolgens. **Het toevoegen van een uitgebreide medische verklaring bij het recept is dus niet noodzakelijk.** Dit is wel van toepassing binnen het beleid van enkele andere zorgverzekeraars.

Voor huidige gebruikers van merkgeneesmiddelen dient een medische noodzaak uit het verleden aanwezig te zijn. Een huisarts hoeft dus niet telkens medische noodzaak op het recept te vermelden. De apotheker kan dit controleren in het systeem en het geneesmiddel dus gewoon meegeven.

Wij vertrouwen er op u door middel van deze brief voldoende te hebben geïnformeerd. Bij vragen kunt u ook contact opnemen met Lennard Eussen, (071) 5 825 719.

Met vriendelijke groeten,



Marieke Timmer
Senior zorginkoper huisartsenzorg

Bijlagen:

- 1) Overzicht Modules
- 2) Berekening Substitutiepercentage
- 3) Doelmatig Voorschrijven
- 4) GKF2