

Bijlage 2 - Zorgprestaties huisartsenzorg De Friesland 2019

Inleiding

Deze bijlage is onderdeel van de 'Overeenkomst Huisartsenzorg 2019'. Wanneer u gedurende het jaar een prestatie wilt aanmelden of wijzigen, dient u deze uiterlijk één maand voorafgaand aan 1 januari, 1 april, 1 juli of 1 oktober aan ons door te geven via het Zorginkoopportaal van VECOZO. Dit geldt ook voor wijzigingen in de omstandigheden die van belang zijn voor de berekening van het tarief.

In deze bijlage wordt beschreven:

- wat het doel van de betreffende vergoeding of zorgprestatie is,
- aan welke voorwaarden de contractant moet voldoen,
- welke elementen van belang zijn om het tarief te bepalen,
- welke declaratiecodes en tarieven van toepassing zijn.

De berekening van de tarieven wordt in dit document op hoofdlijnen beschreven. Bij het aanvragen van de in dit document beschreven prestaties wordt door het inkoopportaal van VECOZO een berekening van het tarief gemaakt; deze berekening is bepalend voor het geldende tarief.

Deze 'Bijlage 2 - Zorgprestaties huisartsenzorg De Friesland' sluit aan bij het Zorginkoopplan 2019. Hierin zetten wij onze koers voor behoud van betaalbare en toegankelijke zorg voort. Daarom gaan wij, samen met u, zorgdragen voor een optimale besteding van (gemeenschaps)geld door ons onder meer te richten op zinnige en zuinige zorg.

Inhoudsopgave

• Integrale ouderenzorg	3
• Advanced Care Planning	5
• POH-S	6
• POH-GGZ	7
• Praktijkmanagement	8
• Transitie manager	11
• Praktijkaccreditatie	13
• Service en bereikbaarheid	14
• FTO4 en DTO	15
• Stoppen met roken	17
• Step 2 verrichtingen	18

Integrale ouderenzorg

Doel

Het tot stand brengen van een integraal, multidisciplinair zorgaanbod voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie op het gebied van cure, care, wonen en welzijn. De huisartsenpraktijk vervult een regiefunctie voor deze zorg door onder meer het tijdig signaleren van (de mate van) kwetsbaarheid en (complexe) problematiek van de bij de praktijk ingeschreven oudere patiënten.

Beschrijving

De prestatie Integrale Ouderenzorg (PIO) betreft de inventarisatie en beoordeling van kwetsbare ouderen en de zorg die hieraan gerelateerd is.

De huisartsenpraktijk beoordeelt de mate van kwetsbaarheid bij oudere patiënten waar kwetsbaarheid wordt vermoed. Beoordeling op de mate van kwetsbaarheid vindt plaats bij:

- alle patiënten bij wie op basis van dagelijkse signalen uit de praktijk een verhoogde mate van kwetsbaarheid wordt vermoed.
- ouderen die na (tijdelijke) opname in ziekenhuis of verpleeghuis door de betreffende behandelaar geïndiceerd zijn als kwetsbaar.

Voorwaarden

- De huisartsenpraktijk heeft een POH-S of een praktijkverpleegkundige voor ouderenzorg in dienst.
- De huisartsenpraktijk neemt deel aan een lokaal multidisciplinair netwerk gericht op ouderenzorg, waarin organisaties uit de gehele keten samenwerkingsafspraken maken, werkzaamheden afstemmen, kennis en ervaringen uitwisselen en de (onderlinge) deskundigheid bevorderen met als doel de zorg voor kwetsbare ouderen in de regio te optimaliseren.
- De huisartsenpraktijk organiseert, in afstemming en samenwerking met de bij de oudere betrokken wijkverpleegkundige, waar nodig een multidisciplinair overleg met de betrokken zorgaanbieders; bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde, paramedici, het sociaal wijkteam en mantelzorgers.
- De huisartsenpraktijk heeft kennis en vaardigheden op het gebied van kwetsbare ouderen en schoolt zich regelmatig bij.
- De zorg voor de kwetsbare oudere wordt vastgelegd in het Individuele Zorgplan (IZP) volgens het referentiemodel Individueel Zorgplan van het NHG. Bij hoge complexiteit in combinatie met organisatorische complexiteit van de zorgvraag wordt onderzocht of er al een casemanager wordt ingezet (Wmo, VV&T). Indien dit niet het geval is, wordt in overleg met patiënt een coördinator aangewezen. Deze is bij voorkeur een praktijkverpleegkundige of een POH die de zorg rondom de patiënt coördineert. In het besluitvormingsproces zijn steeds de ervaren kwaliteit van leven, de verwachtingen, de wensen en de behoeften van de patiënt leidend.'
- De zorgaanbieder legt verantwoording af aan De Friesland door het aanleveren van informatie. Daartoe dient de praktijk voor het kalenderjaar 2019 uiterlijk 31 juli 2019 en 31 januari 2020 het ingevulde format in bij De Friesland. Dit algemene format is beschikbaar via de website van De Friesland.

Bekostiging

De peildatum voor het bepalen van het aantal verzekerden van 75 jaar of ouder binnen de huisartsenpraktijk, is de datum van ondertekening van de overeenkomst. Het tarief voor Integrale Ouderenzorg per 75-plusser wordt omgerekend naar een bedrag per ingeschreven verzekerde. De vergoeding geschiedt per kwartaal.

De vergoeding is inclusief consulten en visites die gerelateerd zijn aan de kwetsbare ouderen, de polyfarmaciecheck en multidisciplinair overleg. Buiten de prestatie vallen de reguliere consulten en visites, bijvoorbeeld in verband met een blaasontsteking of een griep.

Onderdeel	Tarief	Prestatiecode
Integrale Ouderenzorg	€ 110,00 per ingeschreven 75-plusser per jaar. Vergoeding per De Friesland verzekerde per kwartaal	31060

Advanced Care Planning

Doel

Door bij patiënten te inventariseren wat hun wensen zijn met betrekking tot de zorg in de laatste fase van hun leven en dat ook daadwerkelijk vast te leggen, wordt meer gehandeld volgens de wensen van deze patiënten. Het doel van Advanced Care Planning (ACP) is het voorkomen van onder- of overbehandeling bij het levenseinde en het leveren van zorg zoals de patiënt dat wenst.

Beschrijving

De huisarts houdt zogenoemde ACP gesprekken met (kwetsbare) patiënten en diens naasten over de laatste levensfase. Dat leidt tot een betere kwaliteit van zorg zoals die door de patiënten en hun mantelzorgers beleefd wordt.

Voorwaarden Advanced Care Planning

- Tijdens het ACP gesprek worden wensen van de patiënt in de laatste levensfase besproken en vastgelegd. Dit betreft onder andere het wel of niet toedienen van antibiotica, wel of geen ziekenhuisopname en wel of niet reanimeren. Daarnaast wordt gesproken over zingeving en verdere psychische en sociale aspecten.
- De ACP wordt vastgelegd met behulp van het [stappenplan van de ROS](#) of de toolkit [ACP met betrekking tot het levenseinde](#) van het NHG. Voor alle praktijken aangesloten bij Dokterswacht Friesland geldt dat de inhoud van de ACP gesprekken via het WebHIS Artsen Portaal moet worden overgedragen aan Dokterswacht Friesland zodat de informatie ook tijdens ANW-uren, in Call Manager, actueel en beschikbaar is.

Bekostiging

De vergoeding voor ACP is per patiënt en kan eenmaal per 3 jaar gedeclareerd worden.

Onderdeel	Tarief	Prestatiecode
ACP	€ 107,50 per ACP (1 keer per 3 jaar)	31381

POH-S

Doel

De Friesland zet in op integrale zorg en het versterken van de eerste lijn, waardoor de centrale rol van de huisartsenpraktijk verder wordt versterkt. De prestatie *Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek* (POH-S) draagt bij aan het bevorderen van deze taakherschikking.

Beschrijving

Deze prestatie is bedoeld voor de POH die zorg verleent aan patiënten met een chronische aandoening (DMII, CVRM, COPD/astma) voor zover deze niet vergoed wordt vanuit een ketenzorggroep.

Voorwaarden

- De POH-S voldoet aan het landelijke vastgestelde [competentieprofiel POH-S](#). De POH-S is in dienst van de huisartsenpraktijk, een samenwerkingsverband of wordt gedetacheerd vanuit een instelling.
- De zorgaanbieder legt verantwoording af aan De Friesland door het aanleveren van informatie. Daartoe dient de praktijk voor het kalenderjaar 2019 uiterlijk 31 juli 2019 en 31 januari 2020 het ingevulde format in bij De Friesland. Dit algemene format is beschikbaar via de website van De Friesland.

Bekostiging

Financiering vindt plaats op basis van het aantal uren dat betreffende POH-S volgens arbeidsovereenkomst/detacheringsovereenkomst per week in de praktijk werkzaam is. De uren die worden gefinancierd vanuit de ketenzorggroepen, de prestatie Integrale ouderenzorg, andere prestaties in het kader van zorgvernieuwing of op welke andere wijze dan ook, worden hierop in mindering gebracht.

Het aantal uren dat kan worden gedeclareerd, wordt berekend op basis van het aantal ingeschreven patiënten bij de betreffende praktijk, in verhouding tot de normpraktijk (2.095).

De berekening is als volgt:

Aantal uren inzet per week dat voor vergoeding via deze prestatie in aanmerking komt, wordt gedeeld door 38 en omgerekend naar een tarief per ingeschreven verzekerde per kwartaal. Uitgangspunt hiervoor zijn de kosten van de POH-S (€ 71.765 per jaar, 38 uur per week). Als voorbeeld:

Aantal uren per week gedeeld door 38, vermenigvuldigd met € 71.765 gedeeld door het aantal patiënten binnen de huisartsenpraktijk, gedeeld door 4 (kwartalen) is de vergoeding per verzekerde per kwartaal.

Onderdeel	Maximale ureninzet per week per normpraktijk	Prestatiecode
Basistarief	2,5 uur	31080
DM II	4,0 uur	
CVRM	4,1 uur	
COPD	0,9 uur	
Astma	2,0 uur	

POH-GGZ

Doel

De inzet van praktijkondersteuners GGZ (POH-GGZ) moet leiden tot minder verwijzingen naar de basis GGZ en specialistische GGZ. Deze prestatie draagt bij aan preventie, het toepassen van e-health en het bevorderen van de taakherschikking binnen de huisartsenpraktijk.

Beschrijving

Door middel van preventie, triage, kortdurende behandeling/begeleiding en gerichte doorverwijzing kan de POH-GGZ de huisarts zorginhoudelijk ondersteunen bij het verlenen van zorg aan patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard. De functie kan worden ingevuld door (een combinatie van) personele inzet, e-health en consultatieve raadpleging van gespecialiseerde zorgaanbieders.

Voorwaarden

- De POH-GGZ voldoet aan het landelijke vastgestelde [functie- en competentieprofiel POH-GGZ](#). De POH-GGZ is in dienst van de huisartsenpraktijk, een samenwerkingsverband of wordt gedetacheerd vanuit een instelling. De Vereniging van POH GGZ beantwoordt eventuele vragen over het opleidingsniveau.
- De zorgaanbieder verwijst naar B-GGZ en S-GGZ conform de NHG-standaarden en richtlijnen en het [Friese model voor verwijshulp](#) en de [uniforme verwijfsbrief van de ROS](#).
- De zorgaanbieder legt verantwoording af aan De Friesland door het aanleveren van informatie. Daartoe dient de praktijk voor het kalenderjaar 2019 uiterlijk 31 juli 2019 en 31 januari 2020 het ingevulde format in bij De Friesland. Dit algemene format is beschikbaar via de [website](#) van De Friesland.

Bekostiging

De financiering van de functie POH-GGZ bestaat uit financiering van vaste bedragen per consult of visite en een modulebedrag per kwartaal per ingeschreven verzekerde dat uit drie onderdelen bestaat (zie onderstaande tabel).

Het aantal uren inzet dat kan worden gedeclareerd, wordt berekend op basis van het aantal ingeschreven patiënten in betreffende praktijk in verhouding tot de normpraktijk (2.350).

De berekening is als volgt:

Het aantal uren voor POH-GGZ in relatie tot de normpraktijk én het maximale aantal van 12 uur in segment 1, wordt vermenigvuldigd met het NZa tarief van € 3,01 per verzekerde per kwartaal.

Overschrijding van het maximale NZa tarief (aantal uren inzet van alle onderdelen samen), wordt vergoed vanuit segment 3 via prestatiecode 31343 met een maximum van € 0,66 per verzekerde per kwartaal. Totale vergoeding uit segment 1 en segment 3 voor de POH-GGZ bedraagt maximaal € 3,67 per ingeschreven verzekerde per kwartaal.

Onderdeel	Ureninzet per week per normpraktijk	Prestatiecode
POH-GGZ	Minimale personele inzet 4,5 uur en maximaal 12,6 uur per week	11201 en 31343
(Tele)consultatie	Standaard 1 uur	
E-health	Standaard 1 uur	

Praktijkmanagement

Doel

De huisartsen in staat te stellen de verschillende bedrijfs- en procesmatige ontwikkelingen binnen het (beoogde) samenwerkingsverband van huisartsenpraktijken te implementeren ten gunste van de tijd voor directe patiëntenzorg. De praktijkmanager is nodig om dit huisartsensamenwerkingsverband te vormen en te ondersteunen.

Beschrijving

Deze meerjarige prestatie is opgebouwd uit twee fasen. Fase I duurt maximaal 2 jaar en richt zich op de start van het samenwerkingsverband, het uniformeren van de praktijk- en bedrijfsvoering en de opbouw van het zorgnetwerk. Fase II richt zich op het versterken en verbreden van de samenwerking in de eerste lijn, het ontwikkelen van innovatieve zorgconcepten en de continuïteit van zorg.

Er wordt gewerkt vanuit één gezamenlijke visie en beleid betreffende huisartsen-, multidisciplinaire en integrale zorg, inclusief samenwerking met het sociaal domein (wijkteams, gemeente en welzijnswerk). Aan de fasen van deze zorgprestatie zijn voorwaarden verbonden.

Voorwaarden om in te stromen

- Bij aanvang wordt door de huisartsen bij De Friesland aangegeven welke doelen het samenwerkingsverband op de lange termijn stelt en in welke fase men instroomt. De Friesland stelt de definitieve fase van instrooming vast.
- Bij instroom in de prestatie bestaat het lokale samenwerkingsverband uit minimaal drie praktijken en/of bedient het meer dan 7.500 patiënten;
- Iedere praktijk start met of heeft:
 - ondersteuning van een POH-S en POH-GGZ;
 - ketenzorg DM II en minimaal één andere vorm van ketenzorg;
 - accreditatie (prestatie Praktijkaccreditatie);
 - minimaal één deelprestatie van de prestatie Service en Bereikbaarheid.

Voorwaarden fasen

Fase I. Opbouw samenwerkingsverband en zorgnetwerk (maximaal 2 jaar):

Er wordt jaarlijks vooraf een plan met doelstellingen en activiteiten opgesteld voor het (beoogde) samenwerkingsverband en beschikbaar gehouden voor De Friesland. Het samenwerkingsverband richt zich op de volgende doelstellingen:

- Het op elkaar afstemmen van praktijk- en bedrijfsvoering van betreffende huisartsenpraktijken in het samenwerkingsverband. Dit betreft onder andere:
 - het hanteren van gezamenlijke protocollen aangaande de patiëntenzorg,
 - het voeren van uniforme registratie van het patiëntendossier en
 - het kunnen uitwisselen van patiënten-informatie middels een ICT systeem.De implementatie van het ICT systeem is uiterlijk in het derde jaar na de start van de prestatie Praktijkmanagement gerealiseerd.
- Het samenwerkingsverband bouwt een zorgnetwerk op met cure, care, welzijn, sociaal domein en andere stakeholders.
- Aan het eind van fase I is er sprake van een aantoonbaar formeel juridisch samenwerkingsverband.

Fase II. Borgen en toekomstgericht organiseren

Jaarlijks stelt het samenwerkingsverband vooraf de doelstellingen vast en evalueert men de resultaten conform de PDCA cyclus. Deze informatie wordt beschikbaar gehouden voor De Friesland. Het samenwerkingsverband richt zich op de volgende doelstellingen:

- Borgen van de activiteiten rondom praktijk- en bedrijfsvoering. De huisarts wordt ontzorgd, bijvoorbeeld door een gezamenlijke aanpak en verdeling van taken omtrent huisvesting, personeel, financiën, ICT etc. Hierdoor is er meer tijd voor de patiënt.
- Innovatie in de zorg:
 - Het samenwerkingsverband implementeert nieuwe zorgpaden conform 'De juiste zorg op de juiste plek' en maakt de doelstellingen hiervan meetbaar. Bijvoorbeeld op het gebied van taakdelegatie, substitutie, onderling verwijzen en zelfmanagement.
 - Het slimmer organiseren van de zorg. Bijvoorbeeld meer tijd voor de patiënt door samenwerking met het wijknetwerk. Samenwerking met bijvoorbeeld het wijknetwerk kan een deel van (sociale) zorg buiten de eerste lijn houden.
 - Het implementeren van e-health toepassingen. Bij de zorg voor kwetsbare inwoners wordt de werkdruk ontlast door bijvoorbeeld de inzet van een digitaal platform voor communicatie, afstemming en samenwerking met zorgaanbieders en mantelzorgers.
- Continuïteit huisartsenzorg: het samenwerkingsverband stimuleert andere huisartsenpraktijken in de regio (bijvoorbeeld solopraktijken) zich bij het verband aan te sluiten.

Voorwaarden functie- en opleidingseisen praktijkmanager

De praktijkmanager beschikt over het diploma van:

- een specifiek op de functie van praktijkmanager huisartsenzorg gerichte HBO-opleiding, die is erkend door het Ministerie van OCW of
- een specifiek op de functie van praktijkmanager huisartsenzorg gerichte post-HBO-opleiding.

Overige voorwaarden

- De praktijk waarborgt de vertrouwelijkheid van haar contractuele afspraken met De Friesland en sluit daartoe een geheimhoudingsovereenkomst met de betreffende praktijkmanager.
- De zorgaanbieder legt verantwoording af aan De Friesland door het aanleveren van informatie. Daartoe dient de praktijk voor het kalenderjaar 2019 uiterlijk 31 juli 2019 en 31 januari 2020 het ingevulde format in bij De Friesland. Dit algemene format is beschikbaar via de [website](#) van De Friesland.
- Wanneer blijkt dat de ontwikkeling van het samenwerkingsverband onvoldoende is, behoudt De Friesland zich het recht voor de prestatie te beëindigen.

Bekostiging

Het aantal uren inzet dat kan worden gedeclareerd, wordt berekend op basis van het aantal ingeschreven patiënten in de betreffende praktijk in verhouding tot de normpraktijk (2.095).

De vergoeding in fase I betreft 6 uren per normpraktijk. Vanaf fase II ligt de focus van de activiteiten van de praktijkmanager op het samenwerkingsverband. De inzet van de praktijkmanager bedraagt vanaf deze fase 4 uren per normpraktijk. Wanneer een huisartsenpraktijk zich aansluit bij het samenwerkingsverband dat zich al in fase II en die praktijk voldoet aan de voorwaarden van fase I, is de vergoeding voor deze praktijk eveneens conform fase I.

Vanaf 1 april 2019 gelden de nieuwe voorwaarden met betrekking tot het aantal uren voor fase II. Tot 1 april ontvangt iedere praktijk een vergoeding voor maximaal 6 uren per normpraktijk.

De berekening is als volgt:

Aantal uren inzet per week dat voor vergoeding via deze prestatie in aanmerking komt, wordt gedeeld door 38 en omgerekend naar een tarief per ingeschreven verzekerde per kwartaal. Uitgangspunt hiervoor zijn de kosten van de Praktijkmanager (€ 75.375 per jaar, 38 uur per week).

Als voorbeeld: aantal uren per week gedeeld door 38, vermenigvuldigd met € 75.375, gedeeld door het aantal patiënten binnen het samenwerkingsverband, gedeeld door 4 (kwartalen) is de vergoeding per verzekerde per kwartaal.

Onderdeel	Ureninzet per week per normpraktijk	Prestatiecode
Praktijkmanagement fase I	Maximaal 6 uren	31100
Praktijkmanagement fase II	Maximaal 4 uren	31100

Transitiemanagement

Doel

De startende huisarts faciliteren bij de praktijkovername en de vertrekkende huisarts ondersteunen bij de overdracht van de huisartsenpraktijk. Het overnemen van een praktijk brengt veel werkzaamheden voor de vertrekkende en startende huisarts met zich mee. Hierin ondersteunt de transitie manager de huisarts en neemt mogelijke drempels weg.

Beschrijving

De transitie manager start als de vertrekkende huisarts een overname kandidaat heeft gevonden. De transitie manager coördineert en voert ondersteunende taken uit voor zowel de startende als de vertrekkende huisarts. De looptijd van de zorgprestatie Transitie management is maximaal 15 maanden/5 kwartalen. De invulling van deze periode (voor, tijdens en na de overname) is naar behoefte. De vertrekkende huisarts en de startende huisarts kunnen onderling afspraken maken over welk deel van deze periode van maximaal 15 maanden/5 kwartalen hij/zij declareert.

Voorwaarden

- Als leidraad voor het werk van de transitie manager dient het 'Stappenplan praktijk overdracht' van ROS Friesland en het 'Handboek Praktijkstart' van de LHV. Van hieruit heeft de transitie manager telkens een initiërende rol voor de startende huisarts en een afrondende rol voor de vertrekkende huisarts.
- De transitie manager legt per kwartaal verantwoording af aan alle betrokken partijen. Deze informatie wordt beschikbaar gehouden voor De Friesland.
- De transitie manager heeft een coördinerende en ondersteunende rol, de eindverantwoordelijkheid voor het proces ligt bij de vertrekkende huisarts.
- Om aanspraak te kunnen maken op deze prestatie dient er sprake te zijn van een praktijkovername. Het is uiteindelijk aan De Friesland om te bepalen of hiervan sprake is.

Voorwaarden functie- en opleidingseisen transitie manager

De transitie manager:

- Is onafhankelijk en wordt door alle partijen geschikt geacht de taak uit te voeren.
- Is in staat de praktische, financiële en contractuele afhandeling van een praktijkovername volledig te overzien en te faciliteren.
- Kan indien nodig een mediërende rol invullen.

Overige voorwaarden

- De partijen waarborgen de vertrouwelijkheid van de informatie en sluiten daartoe een geheimhoudingsovereenkomst met de betreffende transitie manager.
- Wanneer blijkt dat de voortgang van de transitie onvoldoende is, behoudt De Friesland zich het recht voor de prestatie te beëindigen.

Bekostiging

De vertrekkende huisarts maakt met De Friesland een afspraak over deze zorgprestatie. Als er na de praktijkovername nog ondersteuning gewenst is en er gelet op de maximale duur van de prestatie nog tijd beschikbaar is, kan de startende huisarts de zorgprestatie declareren. Daarvoor moet hij dan wel via de overeenkomst die hij met De Friesland heeft gesloten, een afspraak hebben gemaakt over deze zorgprestatie. De vergoeding wordt in overleg tussen De Friesland en de huisartsenpraktijk van de

vertrekkende huisarts bepaald. De vergoeding die met de vertrekkende huisarts is afgesproken, geldt ook voor de startende huisarts.

Onderdeel	Vergoeding	Prestatiecode
Transitiemanagement	per kwartaal per huisartsenpraktijk, omgerekend naar een modulebedrag per ingeschreven De Friesland verzekerde per kwartaal.	31386

Praktijkaccreditatie

Doel en beschrijving

Het doel is huisartsenpraktijken te stimuleren om de kwaliteit van zorg systematisch op peil te houden en te verbeteren.

De (apotheekehoudende) huisartsenpraktijk is aantoonbaar NHG- of DEKRA gecertificeerd (voor het huisartsendeel van de praktijk). Het behalen van een ander, gelijkwaardig, keurmerk is mogelijk. Hiervoor moet De Friesland toestemming geven.

Voorwaarden

- Toezending (via VECOZO portaal) van een kopie van de overeenkomst met de NHG Praktijk Accreditering (NPA) of DEKRA certificering. Indien het certificaat bij aanvraag al is behaald dan dient u betreffend document te uploaden.
- Binnen één jaar na de start van het accreditatietraject (datum overeenkomst), dient de betreffende praktijk te zijn geaccrediteerd. Wanneer dit niet het geval is, wordt de financiering stopgezet.
- Na het behalen van het certificaat moet dit document uiterlijk in het eerste kwartaal na behalen bij De Friesland worden ingediend.
- De huisartsenpraktijk levert op verzoek van De Friesland rapportages en/of documenten aan.

Bekostiging

Het tarief kan per verzekerde per kwartaal gedeclareerd worden.

Onderdeel	Tarief	Prestatiecode
Praktijkaccreditatie	€ 0,45 per ingeschreven De Friesland verzekerde per kwartaal.	31040

Service en Bereikbaarheid

Doel

Het verder vergroten van de bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk in aansluiting op de behoeften van onze verzekerden.

Beschrijving

De prestatie S&B bestaat uit drie deelprestaties:

- ochtend-, avond- en/of weekendspreekuur (OAW spreekuur);
- telefonische bereikbaarheid tussen 08:00 en 17:00 uur (8,5 uur bereikbaar);
- patiënten portaal.

Voorwaarden

OAW spreekuur

- Een spreekuur duurt minimaal één aaneengesloten uur gedurende minimaal 45 weken per jaar;
- Praktijken tot 2.400 ingeschreven patiënten bieden minimaal eens per week twee uur OAW spreekuur;
- Praktijken >2.400 ingeschreven patiënten bieden per week minimaal een half uur extra OAW spreekuur conform onderstaand schema;
- Ochtendspreekuur (doordeweeks) tussen 7:00-8:00 uur, avondsprekuren (doordeweeks) tussen 17:00-22:00 en het weekendspreekuur tussen 9:00-16:00 uur. Deze extra spreekuren worden gehouden op vaste momenten in de week en vinden plaats in de eigen praktijk;
- Declaraties voor de OAW zorg worden ingediend op basis van reguliere tarieven voor consulten overdag en volgens regelgeving die geldt voor zorg die overdag geleverd wordt.

Aantal ingeschreven patiënten	Aantal extra OAW spreekuren per week
<2400	2,0 uur
2400 tot 3000	2,5 uur
3000 tot 3600	3,0 uur
3600 tot 4200	3,5 uur
4200 tot 4800	4,0 uur
>4800	4,5 uur

Telefonische bereikbaarheid

Verzekerden kunnen van maandag t/m vrijdag tussen 08:00 en 17:00 uur telefonisch afspraken maken en medische vragen stellen. Gedurende dit tijdvak is de praktijk 8,5 uur telefonisch bereikbaar. Dit wordt aangegeven op de website.

Patiënten portaal

De praktijk biedt patiënten de mogelijkheid tot:

- gebruik van een beveiligd, persoonlijk online zorgdossier;
- het online maken van afspraken, waarbij de patiënt binnen 5 werkdagen een consult kan plannen bij de huisarts of diens vervanger;
- het aanvragen van herhaalmedicatie;
- het aanbieden van een e-mailconsult, conform de NHG richtlijn 'Online arts-patiënt-contact'.

Bekostiging

Onderdeel	Tarief per kwartaal per ingeschreven verzekerde	Prestatiecode
OAW spreekuur	€ 0,82	30121
Telefonische bereikbaarheid	€ 0,21	
Patiënten portaal	€ 0,11	

FTO 4/DTO

Doel

Bevorderen van deskundigheid, kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven van medicatie en de inzet van diagnostiek.

Beschrijving

Uitgangspunt voor prestatie FTO 4 en gecombineerde FTO 4-DTO is een groep, waar minimaal één apotheker en drie huisartsen deel van uitmaken, die zelf bijeenkomsten organiseert. Wanneer in de betreffende regio alleen apotheekhoudende huisartsen zijn, bestaat deze groep uit minimaal vier apotheekhoudende huisartsen. In deze groep worden doelstellingen bepaald en geëvalueerd. Voor deze prestatie kunt u een keuze maken uit één van de drie onderstaand beschreven deelprestaties; FTO 4, gecombineerde FTO 4-DTO en DTO. Zie <https://www.medicijngebruik.nl/fto-voorbereiding/fto-beoordeling> voor meer informatie.

Voorwaarden FTO 4

1. Deelnemers komen minimaal zes keer per jaar bij elkaar. Bij minimaal drie FTO's wordt gebruik gemaakt van de bij betreffend onderwerp aansluitende prescriptiecijfers;
2. Inhoudelijke indicatoren conform de indicatoren voor de kwaliteit van het FTO 4, zoals beschreven in het [handboek FTO](#);
3. Voor het bevorderen van de kwaliteit van voorschrijven wordt gebruik gemaakt van de standaarden en richtlijnen van de van belang zijnde beroepsorganisaties;
4. Vastlegging van resultaatsdoelstellingen, registratie van afspraken, monitoring en evaluatie van implementatieactiviteiten en resultaten vindt plaats conform de in het handboek FTO van het IVM beschreven activiteiten voor niveau 4;
5. FTO 4 groepen moeten één keer per twee jaar door het IVM gecertificeerd worden om aanspraak te kunnen maken op financiering van deze prestatie.

Voorwaarden gecombineerde FTO 4-DTO

- Aan de DTO bijeenkomsten neemt naast de huisartsen een medisch specialist deel, zoals bijvoorbeeld een arts microbioloog/klinisch chemicus/radioloog/cardioloog;
- Minimaal drie bijeenkomsten worden besteed aan FTO en minimaal drie aan DTO;
- Financiering vindt plaats op basis van een beoordeling en certificering (één keer per twee jaar) door het IVM én door toezending van een [ingevuld formulier DTO](#) aan De Friesland.

Aanvullende voorwaarden FTO 4:

- Bij minimaal twee FTO's wordt gebruik gemaakt van de bij het onderwerp aansluitende prescriptiecijfers;
- Er wordt gebruik gemaakt van standaarden en richtlijnen van [NHG, KNMP](#) en CBO;
- De voorwaarden 2, 3 en 4 bij de prestaties FTO 4 zijn hier eveneens van toepassing.

Aanvullende voorwaarden DTO:

- Voorbereiding en begeleiding door een huisarts en een medisch specialist;
- Spiegelinformatie m.b.t. aanvraag diagnostiek wordt aangeleverd door de voorbereiders;
- Er wordt minimaal één klinisch chemisch en één microbiologisch onderwerp behandeld.

Voorwaarden DTO

- Minimaal drie keer per jaar wordt een DTO georganiseerd;
- Aan het DTO nemen minimaal 5 huisartsen en een medisch specialist deel, zoals bijvoorbeeld een arts-microbioloog/klinisch chemicus/radioloog/cardioloog;
- Voorbereiding en begeleiding door een huisarts en diagnostisch specialist;
- Spiegelinformatie m.b.t. aanvraag diagnostiek wordt aangeleverd door de voorbereiders;

- Betreffende huisartsen leveren aanvraag- en verwijscijfers aan;
- Financiering van een afzonderlijke DTO vindt plaats op basis van aanlevering en beoordeling van het volledig ingevulde formulier DTO. Dit [formulier](#) vindt u op onze website.

Bekostiging

In diverse DTO's participeren medisch specialisten zoals o.a. klinisch chemici, arts-microbiologen en cardiologen. De financiering hiervan is opgenomen in het tarief dat uitgekeerd wordt aan de deelnemende huisartsen. Declaratie vindt plaats in het eerste kwartaal van 2019.

Onderdeel	Tarief per jaar per ingeschreven verzekerde	Prestatiecode
FTO 4	€ 0,63	31315
Gecombineerde FTO 4 - DTO	€ 0,63	
DTO	€ 0,10	

Stoppen met roken (SMR)

Doel

Verzekerden actief ondersteunen om hen niet alleen te doen stoppen met roken, maar ook om de eventuele gezondheidsproblemen die roken met zich meebrengt te verminderen en/of te voorkomen.

Beschrijving

Het programma wordt uitgevoerd conform het 'stepped care principe'; starten met gedragsmatige ondersteuning en wanneer deze niet voldoende effectief blijkt, deze combineren met nicotine vervangende middelen. Indien dit ook geen resultaat heeft, kan gestart worden met geneesmiddelen.

Voorwaarden

- De huisarts of POH die deze zorg verleent, is een gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleider die, anders dan als kandidaat, is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken;
- De huisarts of POH heeft de regie over zowel de gedragsmatige als de farmacologische ondersteuning;
- Nicotine vervangers die mogen worden voorgeschreven zijn pleisters, zuigtabletten, kauwgom of sublinguale tabletten;
- De geneesmiddelen die mogen worden ingezet zijn Nortriptyline, Bupropion en Varenicline; tenzij hiervoor een contra-indicatie bestaat.
- Het SMR-programma voldoet aan de vigerende richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning, de zorgmodule 'Stoppen met Roken' en aan de voorwaarden van de relevante [beschikking](#), [regeling](#) en [beleidsregel](#) van de NZa;
- De prestatie kan één maal per jaar per verzekerde worden ingezet, waarbij de startdatum bepalend is.
- Wanneer de verzekerde het SMR programma niet voltooit, mag maximaal 80% van de vergoeding gedeclareerd worden.

Bekostiging

Wanneer SMR is opgenomen in de overeenkomst voor ketenzorg, wordt de behandeling op rekening van de ketenzorgorganisatie uitgevoerd, ook wanneer de huisartsenpraktijk de behandeling niet zelf uitvoert en de ketenzorgpatiënt naar een specifieke organisatie voor SMR verwijst.

De berekening is als volgt:

Per geleverde prestatie 'zorg bij Stoppen met Roken' kan per verzekerde maximaal € 89,00 (inclusief eventueel verschuldigde BTW en alle andere denkbare kosten) in rekening worden gebracht. Dit betreft uitsluitend gedragsmatige ondersteuning.

Onderdeel	Tarief per verrichting	Prestatiecode
Zorgprestatie SMR gedragsmatige ondersteuning	€ 89,00	12850

Prestatie Step 2 verrichtingen

Doel

Het is van belang dat patiënten minder snel naar het ziekenhuis worden verwezen en door hun eigen huisarts of een huisarts in de buurt kunnen worden behandeld. Daarnaast komen de kosten van de behandeling niet ten laste van het eigen risico. Op deze manier kunnen we de kosten voor onze verzekerden zo laag mogelijk houden.

Beschrijving

Voor het uitvoeren van kleine chirurgische verrichtingen en het toedienen van therapeutische injecties in gewrichten (met corticosteroïden of een lokaal anestheticum), zijn op provinciaal niveau (provincie Friesland) afspraken gemaakt over wie welke zorg levert.

Meer informatie kunt u ook vinden via:

- [Bijlage 1 - Zorgprestatie Cyriax injectie 23-03-16](#)
- [Bijlage 2 - Zorgprestatie Chirurgische verrichtingen en](#)
- [Bijlage 4 - Deelprotocollen Specialistische verrichtingen 23-03-16](#)

Voorwaarden

De praktijk komt in aanmerking voor het declareren van deze prestatie wanneer aan de daartoe gestelde eisen zoals verwoord in 'Bijlage 3 - [kwaliteitskader step 1 en step 2 verrichtingen](#)' is voldaan en de inhoud van bovengenoemde bijlagen 1, 2 en 4, voor zover van toepassing, in acht is genomen.

Bekostiging

Onderdeel	Tarief per verrichting	Prestatiecode
Chirurgische verrichtingen	€ 140,00	31328
Therapeutische injecties	€ 58,00	31329