

Zorginkoopbeleid 2020

Samengesteld op 21 maart 2019



GGZ

Zorginkoopbeleid 2020

GGZ

Inhoud

1.	Inleiding	2
1.1	Leeswijzer	2
1.2	Zorgdomeinen.....	2
2.	GGZ-visie van VRZ Zorginkoop	3
3.	Kwaliteitsbeleid	3
3.1	Veilige zorg	3
3.2	Kwaliteitsstatuut.....	3
3.3	Professionele zorgverleners en de regiebehandelaar	4
3.4	Cliëntgerichte zorg	4
3.5	Doelmatige zorg.....	5
3.6	Evidence-based behandelmethoden.....	5
4.	Beleidspeerpunten	6
4.1	Optimale zorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening	6
4.2	EHealth en innovatie	6
4.3	Wachlijstproblematiek.....	7
4.4	Beleidskader voor de verslavingszorg.....	7
4.5	PAAZ/PUK	8
4.6	Toekomstbestendige zorg en substitutie naar de generalistische basis GGZ	8
4.7	Langdurige GGZ (LGGZ).....	9
4.8	Administratieve lastenverlichting	9
5.	Procedure en planning zorginkoop	9
5.1	Wanneer komt u in aanmerking voor een overeenkomst?.....	9
5.2	Minimumeisen.....	10
5.3	Monitoring productieontwikkeling via de Uniforme Productie Monitor.....	11
5.4	Vaststelling tarieven.....	12
5.5	Fasen inkoopproces	12
6.	Bereikbaarheid	13
7.	Wijzigingen t.o.v. 2019	13

1. Inleiding

In VRZ Zorginkoop participeren de volgende zorgverzekeraars inclusief hun labels:

- Zorg en Zekerheid (regionale verzekeraar);
- Eno Zorgverzekeraar (regionale verzekeraar met landelijke labels);
- ONVZ (landelijke verzekeraar).

Voor u ligt het zorginkoopbeleid GGZ 2020. In dit document wordt beschreven op welke manier, met welke criteria en volgens welke planning VRZ voor 2020 zorg inkoop. Dit zorginkoopbeleid voor GGZ geldt als aanvulling op het algemene zorginkoopbeleid en geldt specifiek voor GGZ-instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders die generalistische basis GGZ (GBGGZ), gespecialiseerde GGZ (GGGZ) en/of langdurige GGZ (LGGZ) leveren. Voor Verslavingszorg worden, conform het Beleidskader verslavingszorg, separate afspraken gemaakt als aanvulling op uw overeenkomst. Het inkoopbeleid is op hoofdlijnen een voortzetting van het beleid voor 2019.

Zorg en Zekerheid, Eno Zorgverzekeraar en ONVZ voeren een gezamenlijk inkoopbeleid en kopen gezamenlijk zorg in. Samen hebben deze zorgverzekeraars in 2019 ongeveer 1 miljoen verzekerden waarvoor zij de inkoop organiseren.

De administratieve en ondersteunende activiteiten voor de zorginkoop zijn ondergebracht in een inkoopsupportteam. In hoofdstuk 6 staat hoe u ons kunt bereiken.

1.1 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de visie van VRZ Zorginkoop op de GGZ in brede zin uiteengezet. Hoofdstuk 3 is een toelichting op het kwaliteitsbeleid, met daarin onder andere onze visie op doelmatige zorg, cliëntgerichte zorg en het kwaliteitsstatuut. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 het GGZ-inkoopbeleid op hoofdlijnen uiteengezet, met daarin specifieke aandacht voor de wachtlijstproblematiek, administratieve lastenverlichting en innovatief zorgaanbod. In hoofdstuk 5 wordt de zorginkoopprocedure uitgelegd en tevens aangegeven wanneer u in aanmerking komt voor een overeenkomst in 2020.

1.2 Zorgdomeinen

Voor GGZ-instellingen geldt dat VRZ Zorginkoop afspraken maakt voor levering van generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, en indien van toepassing langdurige GGZ. Deze zorg wordt niet ingekocht bij verpleeg- of verzorgingshuizen of instellingen voor verstandelijk gehandicapten die vanuit de Wlz gefinancierd worden. Deze instellingen dienen in onze optiek samenwerkingsafspraken te maken met curatieve GGZ-aanbieders. Ook kopen we in principe geen zorg in die in het buitenland geleverd wordt.

2. GGZ-visie van VRZ Zorginkoop

VRZ Zorginkoop streeft naar een optimale geestelijke gezondheid voor onze verzekerden. Wanneer hiervoor zorg noodzakelijk is, is het van belang dat deze zorg tijdig (binnen de Treeknormen) wordt gerealiseerd. Daar waar wachttijden bestaan stellen wij ons ten doel deze in samenwerking met de sector terug te brengen tot de Treeknormen. Wij zetten ons in om voldoende zorg in te kopen en maakt gebruik van zorgbemiddeling voor onze verzekerden. Verder is het belangrijk dat onze verzekerde op de juiste plaats in de keten zorg kan ontvangen.

Optimale zorg staat ook voor doelmatige zorg. Dit betekent kwalitatief betere zorg voor de patiënt, tegen lagere kosten. Hier kan een bijdrage aan geleverd worden door te investeren in innovatie. Bijvoorbeeld door de toepassing van eHealth-behandelprogramma's.

Het is van belang dat er sprake is van herstelgerichte zorg die zoveel mogelijk in de thuisomgeving van onze verzekerde plaats vindt. Wij streven bij de behandeling van ernstige psychiatrische patiënten naar een afname van het klinisch verblijf en een toename van ambulante behandeling, onder meer in de vorm van Flexible Assertive Community Treatment (FACT) en Intensive Home Treatment (IHT). In het geval van IHT vindt de crisisbehandeling thuis plaats in de eigen omgeving van de patiënt en niet langer in de kliniek. Daarnaast ondersteunt VRZ Zorginkoop de voortgaande ambulantisering van de gespecialiseerde GGZ naar de basis GGZ en naar de Praktijkondersteuner van de huisarts (POH-GGZ).

Voor een optimale geestelijke gezondheid is het niet alleen van belang medisch te herstellen, maar ook om maatschappelijk volwaardig te kunnen participeren. Hiertoe werkt VRZ Zorginkoop in haar kernregio's samen met gemeenten en andere stakeholders en ketenpartners zodat verzekerden naast zorg ook begeleiding en ondersteuning kunnen ontvangen.

Ten slotte spannen we ons in om administratieve lasten voor zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder te verminderen. Voorbeelden hiervan zijn digitale contractering, elektronisch declareren, meerjarige overeenkomsten en het komen tot horizontaal toezicht.

3. Kwaliteitsbeleid

In dit hoofdstuk gaan we in op de thema's die wij belangrijk vinden als het gaat om de kwaliteit van de zorg die wij inkopen. Uitgangspunt hierbij is cliëntgerichte zorg: zorg die aansluit bij de behoefte van de cliënt en zich richt op herstel van functioneren.

3.1 Veilige zorg

Zorg dient op de eerste plaats veilig te zijn. GGZ-aanbieders die wij contracteren moeten voldoen aan de landelijk gestelde wettelijke-, kwaliteits- en verantwoordingseisen. Daarnaast moeten zij voldoen aan veldnormen en aan eventuele eisen die gesteld worden vanuit de eigen beroepsvereniging. Deze eisen zijn onder andere opgenomen in het Kwaliteitsstatuut.

3.2 Kwaliteitsstatuut

Elke GGZ-aanbieder is verplicht om over een geldig en goedgekeurd kwaliteitsstatuut te beschikken, om in aanmerking te komen voor vergoeding van behandelingen onder de Zorgverzekeringswet. Dit kwaliteitsstatuut wordt door de aanbieder geschreven op basis van het Model Kwaliteitsstatuut en geeft de kaders aan waarbinnen de zorg wordt verleend. Het kwaliteitsstatuut moet uiterlijk 1 januari 2020 ingeschreven zijn in het

Register Zorginstituut. Daarnaast dienen alle GGZ-aanbieders het kwaliteitsstatuut openbaar te maken, door deze aan te bieden op de eigen website. Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsstatuut is de regiebehandelaar: het centrale aanspreekpunt voor de patiënt, zijn naasten en andere bij de behandeling betrokken behandelaren.

Wij zien het kwaliteitsstatuut als een middel om de kwaliteit van zorg te borgen. Een document alleen is niet voldoende, de zorgaanbieder ziet er ook op toe dat het kwaliteitsstatuut op gepaste wijze binnen de organisatie nageleefd wordt.

3.3 Professionele zorgverleners en de regiebehandelaar

Binnen de geestelijke gezondheidszorg kunnen vele (verschillende) beroepsgroepen bijdragen aan de geneeskundige behandeling van een cliënt. Daarbij is het van belang dat alle zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van een cliënt in samenhang werken, volgens bewezen effectieve interventies. Elke zorgverlener moet voldoen aan de kwaliteitseisen die door de eigen beroepsgroep zijn gesteld.

De regiebehandelaar is betrokken bij de diagnosestelling en daaruit voortvloeiend het vaststellen van het behandelplan volgens de richtlijnen. De regiebehandelaar is dus verantwoordelijk voor de beslissing welke vormen van behandeling worden aangeboden en door welke zorgverlener, en voor de coördinatie van de verschillende onderdelen van de behandeling. Om deze belangrijke rol te benadrukken, is in het Model Kwaliteitsstatuut gesteld wie regiebehandelaar mag zijn in welke setting. Als de functie van regiebehandelaar alleen mag worden ingevuld in een MDO-constructie, verwachten wij dat het multidisciplinair overleg op wordt ingevuld op een manier die aansluit bij het doel van het multidisciplinair overleg, zoals omschreven door het Nivel¹ en zoals omschreven in het Model Kwaliteitsstatuut.

De volgende aspecten vinden wij van belang om aan bovenstaande functie van het MDO invulling te geven²:

1. Ieder lid van het MDO is persoonlijk betrokken bij de behandeling;
2. Er wordt voldoende tijd genomen voor overleg en voor het betrekken van verschillende disciplines;
3. Er bestaat een duidelijke taakverdeling en verdeling van verantwoordelijkheden. Er wordt periodiek geëvalueerd of het MDO optimaal functioneert;
4. De cliënt heeft een aanspreekpunt, een persoon die als coördinator fungeert en waarbij de cliënt snel terecht kan met vragen;
5. Er is tussen de leden van het MDO sprake van onderlinge gelijkwaardigheid.

Dit houdt in dat alle leden van een MDO tegelijkertijd beschikbaar zijn voor het overleg en dat het mogelijk moet zijn om met behulp van hoor- en wederhoor in discussie te gaan over het behandelplan. Dit kan wat ons betreft alleen in face-to-face settings, waarbij tegenwoordig ook digitale mogelijkheden bestaan (o.a. videoconferentie).

3.4 Cliëntgerichte zorg

De zorg moet zodanig worden ingericht dat deze aansluit bij de behoefte van de cliënt en dat de cliënt invloed kan uitoefenen op de zorg die hij ontvangt. Uitgangspunt hierbij is dat de behandeling gericht is op functioneren in het dagelijkse leven en herstel. Behandeldoelen worden altijd samen met de cliënt vastgesteld en waar mogelijk in samenspraak met de omgeving van de cliënt. Hierbij is het van belang dat nadrukkelijk de koppeling

¹ “Het doel van het multidisciplinair overleg is om in een open dialoog de uitkomsten van het dossieronderzoek te bespreken en te zoeken naar potentiële verbeterinitiatieven om suboptimale cliëntenzorg te verbeteren. Bij het overleg nemen zoveel mogelijk disciplines deel die betrokken zijn bij de cliëntenzorg.”

² naar Trimbos <https://assets.trimbos.nl/docs/e9f4cb82-b7bd-46cc-840b-55c1f5bc5dbb.pdf>

wordt gemaakt met zorg en ondersteuning die vanuit andere domeinen geleverd wordt. Wij zijn voorstander van de beweging 'van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag', waardoor de juiste zorg op de juiste plaats geleverd kan worden. Hiervoor is het nodig dat behandelaren weten wie de ketenpartners zijn in hun regio en hoe samenwerking gezocht kan worden.

Onder cliëntgerichte zorg verstaan wij ook dat zorgverleners hun communicatie en behandeling aanpassen aan het begripsniveau van de cliënt en aan het vermogen om opdrachten thuis uit te voeren en eHealth-behandeling te volgen. Bij het vermoeden van een licht verstandelijke beperking wordt structureel en laagdrempelig gescreend, en de behandeling daarop aangepast.

Als wij inkoopgesprekken voeren, vragen wij GGZ-instellingen om hun cliëntenraden bij de voorbereiding van deze gesprekken te betrekken en waar mogelijk ook een afgevaardigde vanuit de cliëntenraad te vragen om aan te sluiten bij het inkoopgesprek.

3.5 Doelmatige zorg

Een belangrijke taak voor de zorgverzekeraar is het sturen op en controleren van doelmatigheid en gepast gebruik. Hiertoe richten wij ons onder andere op de volgende items:

- VRZ Zorginkoop zet in op 'gepast gebruik van zorg' waarbij het zorgaanbod aansluit bij de zorgvraag van de verzekerde en tevens aangeboden wordt op de juiste plek.
- Klinische zorg wordt alleen geleverd indien er sprake is van medisch noodzakelijk verblijf³;
- Zorgaanbieders hanteren duidelijke in- en uitstroomcriteria die op verzoek aan ons overhandigd kunnen worden;
- Wij stimuleren de inzet van eHealth binnen de behandeling. Zie voor verdere uitleg over het gebruik van eHealth hoofdstuk 4.3;
- We gaan in 2020 met een aantal instellingen in gesprek over de doelmatigheid van hun geleverde zorg. Op basis van benchmarkgegevens kan meer inzicht worden gegeven in diverse indicatoren van doelmatigheid. We kijken hierbij onder andere naar de verhouding tussen de directe en indirecte tijd, de doelmatigheid van klinisch verblijf, de inzet van verblijfcategorieën, DBC's < 800 min en het aantal bestede minuten per BGGZ-product;
- Tijdens de behandeling wordt regelmatig gemonitord of en in hoeverre de vooraf gestelde behandeldoelen behaald worden. Het monitoren van het resultaat van de behandeling is geborgd binnen de organisatie. De terugkoppeling van de behandeluitkomsten vindt plaats aan de individuele cliënt waardoor - indien nodig - tijdig de behandeling wordt aangepast. Deze terugkoppeling vindt zowel tussentijds- als na afloop van de behandeling plaats. Hierbij is het ook van belang dat de landelijke doorontwikkeling van ROM bij het Akwa plaatsvindt.
- Er worden uniforme zorgstandaarden ontwikkeld waarmee kwalitatief goede en doelmatige zorg inzichtelijk kan worden gemaakt voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Wij volgen de ontwikkelingen bij Akwa bij de implementatie van de nieuwe zorgstandaarden.

3.6 Evidence-based behandelmethoden

- Als kader voor het kwaliteitsbeleid hanteren wij wat door de Zorgverzekeringswet (Zvw) als verzekerde zorg wordt aangemerkt. Alleen behandelmethoden conform de stand van wetenschap en praktijk worden ingezet. Leidraad hierbij is de 'ZN circulaire Therapieën GGZ', zoals gepubliceerd op de websites van de aangesloten VRZ-verzekeraars.

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/03/07/rapport-medisch-noodzakelijk-verblijf-in-de-geneeskundige-ggz>

- Bij het inzetten van evidence-based therapieën is het van belang dat de regiebehandelaar namens de instelling monitort of deze therapieën op de juiste wijze worden ingezet, zodat het optimale effect van deze therapieën wordt bereikt.

4. Beleidsspeerpunten

Leidend bij de zorginkoop door VRZ is een aantal beleidsspeerpunten. Daarbij wordt in de kernregio's van Zorg en Zekerheid en Eno regionaal beleid gevoerd wordt, dat per regio kan verschillen.

4.1 Optimale zorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening

Nederland telt ongeveer 160.000 volwassenen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Voor de inrichting van de zorg aan deze doelgroep verwijzen we naar de handvatten zoals geformuleerd in het rapport 'Over de brug' van Kenniscentrum Phrenos. Dit betekent onder andere dat GGZ-instellingen moeten beschikken over de faciliteiten en programma's om zelfredzaamheid en ambulantisering van deze patiëntengroep te bevorderen. Hierbij gaan we ervan uit dat de zorgaanbieder beschikt over FACT-teams en teams voor Intensive Home Treatment (IHT), dan wel schriftelijke samenwerkingsafspraken heeft met andere organisaties over de inzet van deze teams. Daarnaast vinden we het belangrijk dat cliënten ondersteuning ontvangen vanuit een samenhangend zorg- en welzijnsarrangement. Dit resulteert in zelfregienetwerken/zelfregiecentra. Hiervoor zijn aantoonbare samenwerkingsverbanden met onder andere gemeenten en instellingen voor maatschappelijke opvang van belang.

In onze zorginkoop besteden we aandacht aan de doelmatige inzet van behandeling en verblijf bij hoogcomplexiteit patiënten. Hierbij is sprake van maatwerk, waarbij de afweging gemaakt wordt tussen de intensiteit van de behandelinzet en het te verwachten resultaat. Daarnaast besteden we aandacht aan IPS (Individuele Plaatsing en Steun), waarbij ondersteuning geboden wordt aan patiënten met een psychiatrische stoornis en een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Door de begeleiding die geboden wordt, wordt het ook voor deze groep mogelijk betaalde arbeid te verrichten. Participatie op de arbeidsmarkt leidt tot toenemend welbevinden, stabilisering van het psychiatrische beeld en afnemende zorgkosten.

Voor de EPA-groep is het ook van belang dat er bij een crisissituatie teruggevallen kan worden op een goed functionerende crisisdienst. Daarnaast dient er voor deze patiëntengroep een passende klinische voorziening beschikbaar te zijn, waarbij de zorg ten dele ook in een beveiligde setting kan plaatsvinden. In 2019 zijn per regio via congruent volgbeleid aanvullende afspraken gemaakt voor de acute GGZ, die door VRZ Zorginkoop worden gevolgd.

4.2 EHealth en innovatie

Innovatie is van groot belang om ook in de toekomst verzekerd te zijn van kwalitatief hoogstaande en betaalbare zorg. Deze innovatie zien we ook terug op het terrein van de eHealth-toepassingen waar de afgelopen jaren veel ontwikkelingen hebben plaatsgevonden. Bij eHealth wordt gebruik gemaakt van informatie- en communicatietechnologie (ICT) om de gezondheid van patiënten te ondersteunen of te verbeteren en het zelfmanagement van de patiënt te vergroten. Daarnaast bevordert eHealth een effectieve behandelinzet die bijdraagt aan de wachtlijstproblematiek. Concrete voorbeelden van eHealth-toepassingen die nu al in de praktijk worden ingezet zijn beeldbellen, online inzage in het eigen dossier, de mogelijkheid tot het online maken van afspraken en de inzet van online behandelmodules ter ondersteuning van de reguliere face-to-face behandeling. Ook het innovatie-experiment waarbij Virtual Reality als onderdeel van de behandeling wordt ingezet, is een veelbelovend nieuw initiatief.

Wij gaan graag in gesprek over uw visie op innovatie en eHealth. Wanneer u een goed idee heeft voor innovatie en/of eHealth, ontvangen wij graag een businesscase waarin onderstaande punten concreet zijn uitgewerkt.

Op het gebied van innovatie:

- Hoe innovaties de kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid en/of betaalbaarheid van de zorg verbeteren;
- Hoe innovaties zelfmanagement van de cliënt bevorderen, die daardoor inzicht in en controle krijgt over de eigen gezondheid;
- Op welke wijze de innovatie wordt ingezet binnen de organisatie;
- Een financiële paragraaf waarin de kosten voor implementatie en de kosten en besparingen in het reguliere zorgproces zijn opgenomen.

Op het gebied van eHealth:

- Op welke wijze de verschillende mogelijkheden van eHealth worden benut in de organisatie;
- Welk deel van het zorgaanbod bestaat uit eHealth-toepassingen;
- Welke meerwaarde patiënten geboden wordt door de inzet van eHealth;
- Een financiële paragraaf waarin de kosten voor implementatie en de kosten en besparingen in het reguliere zorgproces zijn opgenomen.

4.3 Wachtlijstproblematiek

We verwachten dat onze verzekerden tijdig, en ten minste binnen de Treeknormen, optimale zorg ontvangen. In een aantal gevallen zijn wachtlijsten dermate lang, dat de Treeknormen worden overschreden. Wanneer wachttijden transparant en up-to-date zijn, stelt dit verzekerden in staat een overwogen keuze te maken voor een zorgaanbieder. Voor de zorgverzekeraar is diezelfde transparantie van belang om verzekerden goed te kunnen bemiddelen en te kunnen voorzien in de zorgplicht. Het is verplicht vanuit de Transparantieregeling dat op de website van GGZ-instellingen per locatie wordt weergegeven en bijgehouden wat de actuele wachttijden zijn en dat er een maandelijkse aanlevering van deze wachttijden plaatsvindt bij Vektis. Het is verder van belang dat zorgaanbieders ervoor zorgen dat noodzakelijke zorg altijd plaats kan vinden, en zodoende rekening houden met seizoensgebonden fluctuaties in het behandelaanbod. Wanneer de wachttijden de Treeknormen overschrijden, wordt de verzekerde verwezen naar een andere gecontracteerde zorgaanbieder of naar de afdeling zorgbemiddeling van de betreffende verzekeraar. Uitzondering hierop is de situatie waarbij een verzekerde zelf de keuze maakt te willen wachten tot de gekozen behandelaar beschikbaar is.

De contactgegevens van de afdeling zorgbemiddeling zijn terug te vinden op de website van de betreffende zorgverzekeraar. Bij het publiceren van wachttijden is de vigerende regelgeving zoals opgesteld door de NZa leidend (Regeling NB/REG-1917, Transparantieregeling zorgaanbieders ggz). Zorgaanbieders vermelden op hun website de actuele wachttijd voor intake en voor behandeling. Ook moet deze informatie maandelijks bij Vektis aangeleverd worden.

Wij bespreken de wachttijden in onze gesprekken met zorgaanbieders. Wanneer er sprake is van overschrijding van de Treeknormen maken wij met de zorgaanbieder concrete afspraken over de verkorting van de wachttijden.

4.4 Beleidskader voor de verslavingszorg

Wij hanteren specifieke afspraken voor verslavingszorg waarbij het rapport 'Verslavingszorg in beeld' van het Zorginstituut Nederland als leidraad heeft gediend. Hiermee beogen wij een doelmatige en rechtmatige inkoop die effectief is voor verzekerden. Daarnaast bieden separate afspraken de mogelijkheid om op basis van inkoopspecificaties relaties aan te gaan of te verstevigen met aanbieders van verslavingszorg. Zo wordt onder meer aandacht besteed aan de vraag welke interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en

aan de afweging of de zorg ambulant dan wel klinisch wordt aangeboden. Instellingen die zich richten op verslavingszorg ontvangen dit beleid eenmalig bij de overeenkomst.

4.5 PAAZ/PUK

In het geval van een PAAZ of PUK wordt door ons ziekenhuispsychiatrie ingekocht. Wij gaan er hierbij van uit dat er op de PAAZ of PUK een cliënt behandeld wordt waarbij sprake is van co-morbiditeit en waarbij de GGZ-problematiek de primaire indicatie voor verblijf betreft. Dit betekent dat er naast de psychiatrische stoornis ook sprake is van een somatische stoornis die behandeling in een ziekenhuisomgeving noodzakelijk maakt. Cliënten waarbij de somatische problematiek de primaire indicatie voor verblijf vormt, vallen onder de somatische financiering. De consultatieve psychiatrische zorg die aan deze cliënten verleend wordt, maakt evenals de medisch psychologische zorg, deel uit van de somatische financiering.

4.6 Toekomstbestendige zorg en substitutie naar de generalistische basis GGZ

Om zorg toegankelijk te houden, is betaalbaarheid een vereiste. Dit betekent dat inzicht in de kostenstructuur en de verschillen tussen zorgaanbieders noodzakelijk is. Om die reden monitoren wij tweemaandelijks de productieontwikkeling bij zorgaanbieders via de landelijk opgestelde productiemonitor. Door marktconforme afspraken en heldere, financiële prijs- en omzetafspraken met instellingen houden we grip op de ontwikkeling van de schadelast. Versterking van de eerste lijn en uitbreiding van de generalistische basis GGZ vindt plaats door (financiële) substitutie van de gespecialiseerde GGZ naar de basis GGZ. Sinds de introductie van de basis GGZ in 2014 vindt deze substitutie echter slechts beperkt plaats. In de inkoopgesprekken maken we concrete afspraken over de wijze waarop de overgang van patiënten van de specialistische GGZ naar de generalistische basis GGZ kan worden gestimuleerd.

Wij vinden het belangrijk dat aanbieders van generalistische basis GGZ zich inspannen voor kortdurende behandelingen als het kan lang als het moet. De generalistische basis GGZ is bedoeld voor integrale behandelingen van klachten met laagcomplexiteit en een laag tot matig risico. Wanneer er sprake is van milde tot matig ernstige klachten kan een beroep worden gedaan op actieve participatie door de patiënt, omdat er voldoende gezonde elementen in het functioneren van de patiënt aanwezig en beschikbaar zijn⁴. De integrale benadering maakt dat kortdurende behandelmethoden zoals het KOP-model en het vijf-gesprekkenmodel bij uitstek geschikt zijn om toegepast te worden in de generalistische basis GGZ. Dit zijn behandelmethoden waarbij ingezet wordt op een verandering richting herstel. De cliënt krijgt voldoende inzicht, aangrijpingspunten en vaardigheden om zelf verder te herstellen. Dit is wezenlijk anders dan het aanbieden van een verkorte specialistische behandeling.

Wij moedigen het aanbieden van kortdurende behandelmethoden aan, omdat deze geheel passen in de visie van VRZ Zorginkoop: van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.

VRZ Zorginkoop is van mening dat zorgvragen die thuishoren in de generalistische basis GGZ in principe met één behandeltraject afgerond kunnen worden. Wij sluiten ons hierbij aan op de landelijke afspraken die gemaakt worden over het declareren van seriële prestaties in de basis GGZ. We verwachten dat met een afgeronde behandeling een patiënt voldoende tools heeft gekregen om zelfstandig verder te herstellen en om te kunnen gaan met tegenslagen in de toekomst. Een tweede traject is enkel mogelijk in uitzonderlijke situaties.

⁴ Rijnders, 2015

4.7 Langdurige GGZ (LGGZ)

Cliënten die meer dan 365 dagen, maar minder dan 1095 dagen, onafgebroken verblijf en behandeling binnen een GGZ-instelling ontvangen, komen in aanmerking voor voortgezet verblijf binnen de Zvw. Zorgaanbieders die deze zorg leveren, beschikken aantoonbaar over faciliteiten en programma's die de zelfredzaamheid van de cliënten bevorderen, waardoor ambulantisering van de zorg mogelijk wordt en de cliënt kan terugkeren naar de thuissituatie of een beschermde woonvorm. Bij de inkoop van de langdurige GGZ vinden wij het instellingsbeleid ten aanzien van instroom en doorstroom van cliënten dan ook een belangrijk aandachtspunt.

Bij zowel Eno zorgverzekeraar, ONVZ als Zorg en Zekerheid dient voorafgaand aan de overgang naar de langdurige GGZ (het tweede verblijfjaar) en bij verlengd voortgezet verblijf (het derde verblijfjaar), een machtiging te worden aangevraagd. De aanvraag voor deze machtiging moet uiterlijk twee maanden voor de voorziene overgang bij de zorgverzekeraar worden ingediend. De zorgaanbieder hanteert hierbij de landelijk afgesproken Checklist LGGZ. Deze is te raadplegen op de websites van de deelnemende zorgverzekeraars. In de machtigingsaanvraag wordt de motivatie voor de noodzaak van verblijf vastgelegd, evenals het zorgzwaartepakket en een indicatie van de verwachte duur van het voortgezet verblijf. In individuele gevallen kan de adviserend geneeskundige verzoeken om inzage in het behandelplan. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat alle in de checklist uitgevraagde informatie wordt vastgelegd in het dossier van de betreffende cliënt.

4.8 Administratieve lastenverlichting

Wij sluiten ons aan bij de landelijke inspanningen om te komen tot administratieve lastenverlichting voor zorgaanbieders, zoals ook benoemd wordt in het huidige hoofdlijnenakkoord. Administratieve processen zijn onlosmakelijk verbonden met het leveren en verantwoorden van zorg. Aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders de gezamenlijke taak om de bijkomende administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken. Wij nemen deel aan de landelijke gesprekken die hierover met het veld gevoerd worden. Voorbeelden van lastenverlichting zijn de introductie van de gezamenlijke productiemonitor en het gebruik van de landelijke checklist voor de langdurige GGZ. Daarnaast maakt VRZ Zorginkoop gebruik van meerjarige overeenkomsten voor zowel vrijgevestigde zorgaanbieders als instellingen waar VRZ een kleiner marktaandeel heeft, waarbij vooral gebruik gemaakt wordt van digitale contractering. Verder heeft de introductie van het kwaliteitsstatuut het ons mogelijk gemaakt passages uit onze overeenkomsten te verwijderen, waardoor een korte en bondige overeenkomst is ontstaan. Ook zetten wij ons in om met instellingen te komen tot horizontaal toezicht, zodat de gezamenlijke inspanning die geleverd moet worden voor het zelfassessment, dan wel materiële controle, sterk kan worden verminderd. Ten slotte zijn de VRZ zorgverzekeraars van plan zich aan te sluiten bij het initiatief om vanaf de inkoop 2020 een uniforme vragenlijst te hanteren.

5. Procedure en planning zorginkoop

In dit hoofdstuk lichten we toe wanneer u in aanmerking komt voor een overeenkomst in 2020 en welke procedure wij hierbij hanteren. Daarnaast vindt u hier de planning van het inkoopproces.

5.1 Wanneer komt u in aanmerking voor een overeenkomst?

In principe komen alle GGZ-instellingen en vrijgevestigden waarmee in 2019 een overeenkomst is afgesloten in aanmerking voor een overeenkomst in 2020. Zorgaanbieders worden met name digitaal door VRZ Zorginkoop benaderd voor een overeenkomst. Met een aantal instellingen worden individuele inkoopgesprekken gevoerd.

Meerjarige overeenkomsten

In 2018 heeft VRZ Zorginkoop tweejarige overeenkomsten gesloten met vrijgevestigde zorgaanbieders en GGZ-instellingen waarbij VRZ Zorginkoop een beperkt marktaandeel heeft. Deze tweejarige overeenkomsten lopen eind 2019 af en worden hernieuwd aangeboden als tweejarige overeenkomst voor de jaren 2020 en 2021.

Uitgangspunt hierbij is dat onderling vertrouwen zich vertaalt in de ambitie om met elkaar langetermijndoelstellingen af te spreken die leiden tot kwaliteitsverbetering. Daarnaast kunnen in een meerjarige overeenkomst ook financiële afspraken gemaakt worden die zich uitstrekken over meerdere jaren. Dit biedt zowel financiële stabiliteit als continuïteit voor de zorgaanbieder.

In een meerjarige overeenkomst worden concrete afspraken gemaakt over de verbetering van de kwaliteit van zorg voor cliënten. Wij bieden zorgaanbieders de gelegenheid hiertoe voorstellen te doen, die passend zijn bij de specifieke cliëntpopulatie en prioriteiten van de organisatie. Om de voortgang van de geformuleerde zorginhoudelijke doelstellingen te kunnen monitoren, is het van belang dat beide partijen beschikken over heldere stuurinformatie. Parallel aan de zorginhoudelijke afspraken die gemaakt worden, kunnen in een financiële paragraaf afspraken gemaakt worden over de zorgproductie gedurende de looptijd van de overeenkomst.

Kwaliteitsstatuut

In 2020 maakt het kwaliteitsstatuut onderdeel uit van de overeenkomst. Een geregistreerd en goedgekeurd kwaliteitsstatuut is een voorwaarde om zorg te kunnen declareren bij de aangesloten zorgverzekeraars. We behouden ons het recht voor overeenkomsten met GGZ-aanbieders te ontbinden indien het individuele kwaliteitsstatuut niet is ingeschreven in het Register van het Kwaliteitsinstituut.

Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst in 2020. Hiervoor moeten zij voldoen aan de voorwaarden die in hoofdstuk 3 en in dit hoofdstuk gesteld worden voor kwaliteit en doelmatigheid. Voor Verslavingszorg worden, conform het Beleidskader verslavingszorg, separate afspraken gemaakt als aanvulling op de overeenkomst. Daarnaast levert de zorgaanbieder een innovatief product en/of wordt zorg geleverd aan een doelgroep waarvoor aantoonbaar een lacune bestaat in het zorgaanbod. Het al ingekochte zorgvolume bij bestaande relaties kan bepalend zijn of al dan niet een zorgovereenkomst wordt aangegaan. Voor vrijgevestigde praktijken die de overstap maken naar een GGZ-instelling geldt dat de vrijgevestigde praktijk niet langer actief kan zijn.

Voor nieuwe zorgaanbieders die voor 2020 een overeenkomst met VRZ Zorginkoop willen sluiten geldt een beoordelingsprocedure. Aanvragen voor toelating tot deze procedure moeten voor 1 september 2019 bij VRZ Zorginkoop ingediend zijn. Aanmelding kan door het sturen van een e-mail aan ons inkoopsupportteam (zie hoofdstuk 6).

Overeenkomsten met vrijgevestigde zorgaanbieders worden gesloten op praktijkniveau en niet op zorgverlenersniveau. Ook voor nieuwe praktijken geldt dat de contractering zal plaatsvinden via het VECOZO Zorginkoopportaal (uitzondering hierop vormt de kernregio van ENO). Vrijgevestigden kunnen zich aanmelden door het sturen van een e-mail aan ons inkoopsupportteam (zie hoofdstuk 6).

5.2 Minimumeisen

Om in aanmerking te komen voor een overeenkomst worden eisen gesteld aan GGZ-instellingen en aan vrijgevestigde zorgaanbieders.

Nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders

In aanmerking voor een overeenkomst komen vrijgevestigde GZ-psychologen (alleen voor basis GGZ), psychotherapeuten, klinisch (neuro-)psychologen en psychiaters (gecombineerde zorgovereenkomst basis GGZ/specialistische GGZ).

Nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst 2020 indien ze voldoen aan de volgende eisen:

- Beschikken over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut dat is ingeschreven in het Register van het Kwaliteitsinstituut;
- Voldoen aan de voorwaarden voor kwaliteit en doelmatigheid zoals beschreven in dit document;
- Minimaal 80% van de behandeltime (direct en indirect) van de cliënt wordt geleverd door de regiebehandelaar zelf;
- De voorwaarden voor de omvang van de praktijk (maximaal acht fte regie-behandelaren en niet meer dan drie behandellocaties);
- De praktijk declareert elektronisch via VECOZO;
- De praktijk is gevestigd in Nederland.

Praktijken die een door een Stichting PDO GGZ erkende opleidingsplaats hebben, komen in aanmerking voor een toeslag op het tarief.

Nieuwe ggz-instellingen

In aanmerking voor een overeenkomst komen GGZ-instellingen die:

- In het bezit zijn van een geldige WTZi-toelating;
- Zorg leveren in Nederland;
- Beschikken over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut dat is ingeschreven in het Register van het Kwaliteitsinstituut;
- Een innovatief zorgaanbod leveren aan onze verzekerden;
- Voldoen aan de voorwaarden voor kwaliteit en doelmatigheid zoals beschreven in dit document.

Zie hoofdstuk 3, Kwaliteitsbeleid en het 'beleidskader verslavingszorg voor instellingen', voor een verdere uitleg van bovengenoemde onderwerpen.

De participerende zorgverzekeraars van VRZ Zorginkoop behouden zich het recht voor om een zorgaanbieder een overeenkomst te weigeren in één van onderstaande situaties:

- Wanneer uit eerdere machtigingsaanvragen en/of controles is gebleken dat er geen doelmatige en/of rechtmatige zorg is verleend;
- Wanneer de zorgaanbieder zich aantoonbaar negatief uitlaat over één of meerdere VRZ zorgverzekeraars;
- Wanneer uit onderzoek door een externe instantie (inspectie, NZa) is gebleken dat geen doelmatige of rechtmatige zorg is verleend.

5.3 Monitoring productieontwikkeling via de Uniforme Productie Monitor

Om de zorg voor onze verzekerden toegankelijk te houden, zijn betaalbaarheid en doelmatigheid van deze zorg van belang. Dit betekent dat inzicht noodzakelijk is in de kostenstructuur en de verschillen tussen zorgaanbieders. Om die reden monitoren zorgverzekeraars de productieontwikkeling bij zorgaanbieders via de landelijk opgestelde Uniforme Productie monitor (UPM). VRZ Zorginkoop vraagt deze UPM uit bij de instellingen waarmee zij een omzetplafond heeft afgesproken. De UPM dient daarbij om de afgesproken omzetplafonds te monitoren en zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieder het noodzakelijke inzicht in de productieontwikkeling te verschaffen.

Bijcontracteren

Uiterlijk 1 oktober 2020 kan een zorgaanbieder bij VRZ Zorginkoop, via de bekende contactpersonen of het algemene e-mailadres zorginkoop.ggz@zorgenzekerheid.nl, aangeven of de zorgaanbieder verwacht voor het lopende kalenderjaar het omzetplafond te overschrijden. Deze uiterste datum is gekozen omdat beide partijen dan redelijkerwijs nog mogelijkheden hebben beheersmaatregelen te treffen.

Na deze datum worden geen verzoeken meer in behandeling genomen. Daarbij geldt als randvoorwaarde dat de zorgaanbieder gedurende het kalenderjaar de UPM tijdig en correct heeft gevuld.

Partijen treden vervolgens in overleg of het noodzakelijk is om de afspraak te herzien. Voor een eventuele herziening dient minimaal sprake te zijn van een aantoonbare groei van verzekerden en/of van omstandigheden die niet bekend waren bij het sluiten van de overeenkomst.

5.4 Vaststelling tarieven

VRZ Zorginkoop onderscheidt in de contractering verschillende groepen met ieder een eigen vaststelling van de tarieven. Voor de vrijgevestigden en de instellingen zonder offertetraject is sprake van een vast tariefpercentage ten opzichte van de geldende NZa-maximumtarieven. VRZ Zorginkoop maakt de productieafspraken met instellingen met offertetraject ook op basis van een percentage van de geldende NZa-maximumtarieven.

Groep zorgaanbieders	Vaststelling tarieven
Vrijgevestigden in de basis GGZ	Dit betreft een tweejarige overeenkomst op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven in 2020 en 2021. In het geval van een opleidingsplaats is er sprake van een toeslag op de tarieven.
Vrijgevestigden in de specialistische GGZ	Dit betreft een tweejarige overeenkomst op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven in 2020 en 2021. In het geval van een opleidingsplaats is er sprake van een toeslag op de tarieven.
Instellingen zonder offertetraject	Dit betreft een tweejarige overeenkomst op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven 2020 en 2021. PAAZ en PUK maken onderdeel uit van deze groep.
Instellingen met offertetraject	De tarieven komen tot stand op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven 2020. In het geval van meerjarige overeenkomsten komen de tarieven tot stand op basis van een percentage van het NZa-maximumtarief van het geldende jaar.

5.5 Fasen inkoopproces

Onze planning voor het komend inkoopjaar ziet er als volgt uit:

Planning algemeen	
1 april 2019	Publicatie inkoopbeleid GGZ, op www.vrzzorginkoop.nl .
1 april tot 30 juni 2019	Consultatie diverse veldpartijen.
1 juli 2019	Publicatie van eventuele aanvullingen op het inkoopbeleid, standaard zorgovereenkomsten en algemene inkoopvoorwaarden, op www.vrzzorginkoop.nl .
1 september 2019	Publicatie van de aangepaste prijslijsten 2020, op www.vrzzorginkoop.nl .

12 november 2019	<p>Informereren verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod.</p> <p>Voor zorgverzekeringen waarbij de vergoeding van zorg mede afhankelijk is van de vraag of een zorgaanbieder is gecontracteerd, informeren de individuele zorgverzekeraars de betreffende verzekerden welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn voor het nieuwe jaar, door middel van de 'zorgzoeker' op hun eigen website.</p>
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Planning vrijgevestigden en instellingen zonder offertetraject

2 september 2019	Verzending overeenkomsten.
1 november 2019	Sluitingsdatum en afronding contractering.

Planning instellingen met offertetraject

1 juli tot 30 september 2019	Inkoopgesprekken (indien van toepassing).
1 november 2019	Sluitingsdatum en afronding contractering.

6. Bereikbaarheid

Voor vragen over het Zorginkoopbeleid 2020 kunt u ons bereiken per e-mail of telefoon. U kunt uw vragen over het inkoopbeleid GGZ 2020 richten aan de zorginkopers en beleidsmedewerkers GGZ. U vindt de contactgegevens op de website van uw aanspreekpunt.

Wanneer u vragen heeft over de administratieve verwerking van uw overeenkomst, dan kunt u ons bereiken via inkoopsupport@vrzorginkoop.nl en via (030) 686 91 77.

Op www.vrzzorginkoop.nl en de websites van de aangesloten verzekeraars treft u het document 'Overzicht GGZ-instellingen en contactpersonen' aan. In dit document vindt u een overzicht van alle GGZ-instellingen waaraan een vaste contactpersoon is toegewezen en de daarbij behorende contactinformatie.

7. Wijzigingen t.o.v. 2019

In het inkoopbeleid GGZ 2020 zijn de volgende wijzigingen opgenomen ten opzichte van het afgelopen jaar:

Hoofdstuk 2 Visie GGZ	Herschreven
Hoofdstuk 3 Kwaliteitsbeleid	<p>Toevoeging paragrafen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3.3 Professionele zorgverleners en de regiebehandelaar ▪ 3.6 Evidence-based behandelmethoden
Hoofdstuk 4 Kwaliteit	Herschreven
Hoofdstuk 5 Procedure en planning	<p>Toevoeging paragrafen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5.3 Monitoring productieontwikkeling ... ▪ 5.4 Vaststelling tarieven <p>Paragraaf 5.5 Planning Inkoopproces uitgebreid</p>

Disclaimer

Dit zorginkoopbeleid is opgesteld met inachtneming van de thans bekende wettelijke, beleids- en financiële kaders. Zorg en Zekerheid, Eno Zorgverzekeraar en ONVZ behouden zich uitdrukkelijk het recht voor om het zorginkoopbeleid alsmede de bijbehorende zorginkoopprocedure op enig moment aan te passen wegens gewijzigde of nog te wijzigen wet- en regelgeving (beleidswijzigingen daarbij inbegrepen) alsook gewijzigde of nog te wijzigen financiële kaders. Zij behoudt zich eveneens het recht voor om het zorginkoopbeleid verder aan te vullen en/of te verduidelijken.