



VRZ Zorginkoop

Zorginkoopbeleid 2018

GGZ

Samengesteld op 30 maart 2017

Zorginkoopbeleid 2018

GGZ

Inhoud

1.	Inleiding	2
1.1	Leeswijzer	2
1.2	Zorgdomeinen	2
1.3	Meerjarige overeenkomsten	2
2.	Strategie.....	3
2.1	De EPA-doelgroep.....	3
2.2	Langdurige GGZ (LGGZ)	3
2.3	Toegang LGGZ	3
2.4	Verslavingszorg	4
2.5	PAAZ/PUK.....	4
2.6	Opvang en vervoer verwarde personen	4
2.7	Wachlijstproblematiek	4
2.8	Innovatief zorgaanbod.....	5
2.9	Administratieve lastenverlichting	5
2.10	Minimumeisen	6
2.11	Financieel voorspelbaar en beheersbaar	6
3.	Kwaliteitsbeleid.....	7
3.1	Veilige zorg.....	7
3.2	Cliëntgerichte zorg.....	7
3.3	Doelmatige zorg	8
3.4	Kwaliteitsstatuut.....	9
3.5	Zorgprogramma's	9
3.6	Routine Outcome Measurement (ROM)	9
4.	Procedure en planning zorginkoop.....	10
4.1	Wanneer komt u in aanmerking voor een overeenkomst in 2018?.....	10
4.2	Fasen inkoopproces.....	11
5.	Bereikbaarheid	12

1. Inleiding

In VRZ Zorginkoop participeren de volgende zorgverzekeraars met hun labels:

- Zorg en Zekerheid (regionale verzekeraar);
- Eno zorgverzekeraar (regionale verzekeraar);
- ONVZ (landelijke verzekeraar).

Voor u ligt het zorginkoopbeleid GGZ 2018. In dit document beschrijven wij op welke manier, met welke criteria en volgens welke planning wij zorg voor 2018 inkopen. Dit zorginkoopbeleid geldt als aanvulling op het algemene zorginkoopbeleid en geldt specifiek voor de GGZ. Dit document beschrijft de inkoop van geestelijke gezondheidszorg voor zowel GGZ-instellingen als vrijgevestigden die generalistische basis-GGZ (GBGGZ), gespecialiseerde GGZ (GGGZ) en/of langdurige GGZ (LGGZ) leveren. Voor verslavingszorg hanteren we een specifiek inkoopbeleid, dat als aanvulling geldt op uw overeenkomst.

Vanaf 2018 voeren Zorg en Zekerheid, Eno zorgverzekeraar en ONVZ een gezamenlijk inkoopbeleid en kopen zij gezamenlijk zorg in. Samen hebben deze zorgverzekeraars in 2017 ruim 1 miljoen verzekerden waarvoor zij de inkoop organiseren.

De meeste inkoopactiviteiten worden uitgevoerd door Zorg en Zekerheid, waarbij een aantal GGZ-instellingen wordt ingekocht door ONVZ en Eno zorgverzekeraar. Vrijgevestigde zorgaanbieders in de kernregio van Eno zorgverzekeraar die alleen basis-GGZ leveren worden vanaf 2018 ook gezamenlijk ingekocht door VRZ Zorginkoop. Eno zorgverzekeraar blijft zelfstandig de zorginkoop uitvoeren van vrijgevestigden in de gespecialiseerde GGZ. De administratieve en ondersteunende activiteiten voor de zorginkoop zijn ondergebracht in een inkoopsupportteam. In hoofdstuk 5 leggen we uit hoe u ons kunt bereiken.

1.1 Leeswijzer

In het tweede hoofdstuk van dit document wordt het GGZ-inkoopbeleid op hoofdlijnen uiteengezet, met daarin specifieke aandacht voor de zorg voor de EPA-doelgroep, de instroom in de langdurige GGZ en de wachttijden in de specialistische GGZ. Het derde hoofdstuk is een toelichting op het kwaliteitsbeleid, met daarin onder andere onze visie op doelmatige zorg, cliëntgerichte zorg, ROM en het kwaliteitsstatuut. Hoofdstuk 4 betreft de zorginkoopprocedure, waarin we uiteenzetten wanneer u in aanmerking komt voor een overeenkomst in 2018.

1.2 Zorgdomeinen

Voor GGZ-instellingen geldt dat wij afspraken maken voor levering van generalistische basis-GGZ en van gespecialiseerde GGZ en indien van toepassing LGGZ. Deze zorg wordt niet ingekocht bij verpleeg- of verzorgingshuizen of instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Deze instellingen dienen in onze optiek samenwerkingsafspraken te maken met reguliere GGZ-aanbieders. Ook kopen we in principe geen zorg in die in het buitenland geleverd wordt.

1.3 Meerjarige overeenkomsten

Met veel praktijken van vrijgevestigde zorgaanbieders hebben we in 2016 een tweejarige overeenkomst afgesloten. Wij bieden in 2018 graag de mogelijkheid opnieuw een tweejarige overeenkomst met ons af te sluiten. Ook GGZ-instellingen komen in 2018 onder voorwaarden in

aanmerking voor een meerjarige overeenkomst. Meer informatie hierover vindt u in het vierde hoofdstuk.

2. Strategie

Het inkoopbeleid 2018 is een voortzetting van het beleid dat de afgelopen jaren is ontwikkeld. In 2018 hebben we speciale aandacht voor onder meer doelmatige zorg aan de EPA-doelgroep, de instroom in de langdurige GGZ en de wachttijden.

2.1 De EPA-doelgroep

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 u 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 maatschappelijk werk van belang.

In onze zorginkoop besteden we aandacht aan de doelmatige inzet van behandeling en verblijf bij hoogcomplexere patiënten. Hierbij is sprake van maatwerk, waarbij de afweging gemaakt wordt tussen de intensiteit van de behandelinzet en het te verwachten resultaat. Nieuw is ook onze aandacht voor IPS (individual placement & support), 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. Amerikaans onderzoek laat zien dat participatie op de arbeidsmarkt leidt tot toenemend welbevinden, stabilisering van het psychiatrische beeld en afnemende zorgkosten.

2.2 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 verzekerden dan ook een belangrijk aandachtspunt.

2.3 Toegang LGGZ

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 dient uiterlijk twee maanden voor de voorziene overgang bij de zorgverzekeraar te 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.

2.4 Verslavingszorg

Wij hanteren een specifiek inkoopbeleid voor verslavingszorg waarbij het rapport 'Verslavingszorg in beeld' van het Zorginstituut Nederland als leidraad heeft gediend. Met een specifiek beleid voor de verslavingszorg beogen wij een doelmatige en rechtmatige inkoop die effectief is voor verzekerden. Daarnaast biedt het beleid de mogelijkheid om op basis van inkoopspecificaties relaties aan te gaan of te verstevigen met aanbieders van verslavingszorg. In dit beleid 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 ambulante dan wel klinisch wordt aangeboden. Instellingen die zich richten op verslavingszorg ontvangen dit beleid eenmalig bij de overeenkomst.

2.5 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 comorbiditeit 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.

2.6 Opvang en vervoer verwarde personen

In onze kernregio's werken we actief mee aan een optimale invulling van de opvang en het vervoer van verwarde personen. In andere regio's volgen we in principe de initiatieven die hier uitgerold worden. We zetten ons ervoor in dat verwarde personen waarbij mogelijk sprake is van een psychiatrische stoornis, maar geen sprake is van een strafbaar feit, niet worden opgevangen op een politiebureau maar in een specifiek hiervoor ingerichte omgeving door gekwalificeerd GGZ-personeel. In Nederland zijn inmiddels een aantal initiatieven bekend waarbij de opvang van verwarde personen met een mogelijke psychiatrische stoornis opnieuw is vormgegeven. Daarnaast bestaat de uitdaging passend vervoer voor de genoemde doelgroep vorm te geven. Afhankelijk van het volume van de vervoersvraag zal regionaal naar een maatwerkoplossing gezocht moeten worden.

2.7 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. Het is daarom noodzakelijk dat op de website van GGZ-instellingen per locatie wordt weergegeven en bijgehouden wat de actuele wachttijden per locatie zijn. Het is verder van belang dat zorgaanbieders de afgesproken productie gelijkmatig over het jaar verdelen, hierbij rekening houdend 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 zorgverzekeraar. Bij het publiceren van wachttijden is de vigerende regelgeving zoals opgesteld door de NZa leidend (Regeling NR/REG-1731, Transparantieregeling zorgaanbieders ggz). Zorgaanbieders vermelden op hun website de aanmeldwachttijd, de wachttijd tot de daadwerkelijke start van de behandeling, de totale behandelingswachttijd en de wachttijd tot aan behandeling in de kliniek. Ten slotte vragen de zorgverzekeraars de wachttijden periodiek op bij zorgaanbieders door middel van een uniforme wachttijdmonitor.

2.8 Innovatief zorgaanbod

Innovatie is van groot belang om ook in de toekomst verzekerd te zijn van kwalitatief hoogstaande en betaalbare zorg. Binnen de GGZ hebben de afgelopen jaren veel ontwikkelingen plaatsgevonden op het terrein van e-health. Bij e-health 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 verbeteren.

Wij gaan graag in gesprek over uw visie op innovatie en e-health. Wanneer u een goed idee heeft voor innovatie en/of e-health, 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 e-health:

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

2.9 Administratieve lastenverlichting

Wij sluiten ons aan bij de landelijke inspanning om te komen tot administratieve lastenverlichting voor zorgaanbieders. Administratieve processen zijn onlosmakelijk verbonden met het leveren en verantwoorden van zorg. Aan verzekeraars 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. Recente voorbeelden van lastenverlichting zijn de introductie van de gezamenlijke productiemonitor en de collectieve overstap van de bij VRZ aangesloten zorgverzekeraars naar machtiging vooraf bij instroom in de langdurige GGZ.

2.10 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 GBGGZ), psychotherapeuten, klinisch (neuro-)psychologen en psychiaters (gecombineerde zorgovereenkomst GBGGZ/GGGZ).

Nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst 2018 indien ze voldoen aan de volgende eisen:

- 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 regiebehandelaren en niet meer dan drie behandellocaties);
- De praktijk declareert elektronisch via VECOZO;
- De praktijk is gevestigd in Nederland.

Praktijken die een 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;
- Een overeenkomst met de Stichting Benchmark GGZ (SBG) hebben gesloten en structureel ROM-gegevens aanleveren;
- Een innovatief zorgaanbod leveren aan onze verzekerden;
- Voldoen aan de voorwaarden voor kwaliteit en doelmatigheid zoals beschreven in dit document.

Zie hoofdstuk 3, Kwaliteitsbeleid, voor een verdere uitleg van bovengenoemde onderwerpen.

2.11 Financieel voorspelbaar en beheersbaar

Om zorg toegankelijk te houden, is betaalbaarheid een vereiste. Dit betekent dat inzicht noodzakelijk is in de kostenstructuur en de verschillen tussen zorgaanbieders. Om die reden monitoren wij 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 GBGGZ vindt plaats door (financiële) substitutie van GGGZ naar GBGGZ.

3. Kwaliteitsbeleid

Als kader voor ons kwaliteitsbeleid hanteren wij wat door de Zorgverzekeringswet (Zvw) als verzekerde zorg wordt aangemerkt. We gaan ervan uit dat alleen behandelmethoden worden ingezet 'conform de laatste stand van wetenschap en praktijk.' Leidraad hierbij is de 'Circulaire therapieën GGZ' zoals gepubliceerd op de websites van de aangesloten verzekeraars.

Bij de bepaling van de kwaliteitsindicatoren is een belangrijke rol weggelegd voor de beroepsgroep(en). Zij hebben als professionals inzicht in welke indicatoren kwaliteit inzichtelijk kunnen maken. Zorgaanbieders voldoen aan de minimum kwaliteitsnormen van zorg op basis van indicatoren en de normen van de beroepsverenigingen. Wij vinden kwaliteit binnen de GGZ en het verbeteren ervan van groot belang. Samen met u willen wij de komende jaren stappen zetten om GGZ-zorg in te kopen op basis van kwaliteit. Basis hiervoor zijn het model kwaliteitsstatuut en de zorgstandaarden zoals ontwikkeld door het veld.

Daarnaast bespreken we in dit hoofdstuk onderwerpen als veilige, cliëntgerichte en doelmatige zorg en het meten van behandeluitkomsten door middel van ROM.

3.1 Veilige zorg

Zorg dient op de eerste plaats veilig te zijn. Dit dient tenminste geborgd te worden binnen de instelling op de volgende wijze:

- GGZ-instellingen voldoen aan de wettelijke eisen vanuit de Zvw, Wmg, Model Kwaliteitsstatuut, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet BIG, WGBO (indien en voor zover van toepassing), WBP, Wet medezeggenschap cliënten zorgsector en Mededingingswet.
- Voor vrijgevestigde zorgaanbieders geldt dat zij, naast de voor hen van toepassing zijnde wettelijke eisen, moeten voldoen aan de kwaliteitseisen van de NVvP, de LVVP en het NIP.
- Een GGZ-instelling heeft een gecertificeerd VMS (veiligheidsmanagementsysteem) of is gecertificeerd op het HKZ-certificatieschema (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) voor GGZ-instellingen.
- GGZ-instellingen beschikken over een geldig en extern getoetst kwaliteitscertificaat voor de totale organisatie.
- GGZ-instellingen stellen zich ten doel om de patiëntveiligheid te vergroten, door onder andere de Handreiking VIM, de Handreiking Veiligheidscultuur en de Handreiking integrale aanpak brandveiligheid in te voeren. Eén van de bestuursleden van de instelling is expliciet als portefeuillehouder aangewezen voor kwaliteit – en daarmee veiligheid.
- GGZ-instellingen maken aantoonbaar werk van het vermijden/terugdringen van dwang en drang.

3.2 Cliëntgerichte zorg

Wij vinden het vanzelfsprekend dat u de zorg inricht zodat die aansluit bij de behoefte van uw cliënten. We gaan er daarom vanuit dat u tenminste onderstaande procedures heeft geborgd in uw organisatie.

- Cliënten en familie/naastbetrokkenen worden betrokken bij de organisatie en het leveren van zorg. Hiermee is hun positie bij de zorgverlening geborgd. Dit gebeurt onder andere door de inzet van een cliëntenraad en de aanwezigheid van een vastgesteld familiebeleid. De instelling hanteert de criteria vanuit cliënten- en familieperspectief zoals opgesteld door het Landelijke Platform GGZ (LPGgz).

- Wij verzoeken de GGZ-instellingen waarmee wij inkoopgesprekken voeren, om hun cliëntenraden uitdrukkelijk 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.
- Cliënten kunnen invloed uitoefenen op de zorg die zij ontvangen. Belangrijk is dat cliënten bewust worden gemaakt van de rechten die zij hebben en de mogelijkheden tot inspraak waarover zij beschikken. Transparantie van het zorgaanbod en het op begrijpelijke manier aanbieden van informatie over zorgaanbieders en zorg is hierbij essentieel. Wij zien uw kwaliteitsstatuut als een belangrijk middel in de borging van uw beleid en communicatie hierover.
- Cliënten dienen vooraf uitgebreid en adequaat geïnformeerd te worden over de zorgprogramma's en over de financiële consequenties van hun zorgvraag (bijvoorbeeld het zelf betalen van het no-showtarief en het niet meer vergoeden van zorg die door het Zorginstituut Nederland is uitgesloten, zoals zorg ten aanzien van werk- en relatieproblematiek en aanpassingsstoornissen).
- Cliënten moeten hun mening kunnen geven over de (kwaliteit van) de geleverde zorg. Zorgaanbieders verrichten bij afsluiting van de behandeling structureel metingen van de tevredenheid c.q. ervaringen van cliënt door toepassing van de CQ-index of GGZ-thermometer. De uitkomsten op geaggregeerd niveau worden ook besproken met de cliënten-/familieraad, op basis waarvan verbeterinitiatieven kunnen worden ingezet.
- Wij vinden het belangrijk dat zorgaanbieders deelnemen aan SUPRANET.

3.3 Doelmatige zorg

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

- Wij zien het als randvoorwaarde dat de aangeboden behandeling 'evidence based' is en voldoet aan de laatste stand van de wetenschap en praktijk.
- Om zoveel mogelijk verzekerden gebruik te kunnen laten maken van de hulp die zij nodig hebben, wordt ingezet op 'gepast gebruik van zorg'. Het zorgaanbod moet aansluiten op de zorgvraag van de verzekerde en aangeboden worden op de juiste plek. Ons uitgangspunt hierbij is dat een verzekerde zo licht als mogelijk wordt behandeld, zo zwaar als noodzakelijk ('matched care' principe) en zo dicht mogelijk bij huis.
- We volgen hierbij de NZa-rapportage 'Contracting gepast gebruik' van januari 2017.
- Klinische zorg wordt alleen maar geleverd indien die medisch gezien strikt noodzakelijk is.
- Zorgaanbieders hanteren duidelijke instroomcriteria, welke op verzoek aan ons overhandigd kunnen worden.
- Zorgaanbieders hebben duidelijke uitstroomcriteria, waarbij op cliëntniveau goed bekeken wordt wanneer de behandeling voltooid is of doorverwezen moet worden naar een ander echelon. Deze criteria worden vooraf en tijdens de behandeling op vastgestelde momenten met de cliënt besproken en kunnen op verzoek aan ons overhandigd worden.
- Wij stimuleren de inzet van e-health binnen de behandeling. Zie voor verdere uitleg over het gebruik van e-health paragraaf 2.8.
- We zien een intensieve inzet van somatisch personeel (zoals fysiotherapeuten) in een GGZ-behandeling als niet-Zvw-verzekerde zorg.
- We gaan in 2018 in gesprek met instellingen over de doelmatigheid van hun geleverde zorg. Op basis van benchmarkgegevens kan meer inzicht worden gegeven in diverse indicatoren van doelmatigheid, zodat verbeterafspraken gemaakt kunnen worden (waar van toepassing). We kijken hierbij onder andere naar de verhouding tussen de directe en indirecte tijd, de

doelmatigheid van klinisch verblijf, de inzet van verblijfcategorieën, upcoding, DBC's < 800 min en het aantal besteedde minuten per BGGZ-product.

- Ten slotte richten we onze materiële controle ook steeds meer op gepast gebruik en wordt er gewerkt met machtiging vooraf voor klinische (verslavings-)zorg.

3.4 Kwaliteitsstatuut

Elke GGZ-aanbieder is verplicht een aantoonbaar geaccrediteerd kwaliteitsstatuut te voeren om in aanmerking te komen voor vergoeding van behandelingen onder de Zorgverzekeringswet. Dit individuele kwaliteitsinstituut geeft de kaders aan waarbinnen de zorg wordt verleend, en dient uiterlijk 1 januari 2018 geregistreerd te zijn bij het Zorginstituut Nederland (ZiNL). Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsstatuut is de regiebehandelaar: het centrale aanspreekpunt voor de patiënt, zijn naasten en andere bij de behandeling betrokken behandelaren. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) ziet er op toe dat de zorgaanbieder het kwaliteitsstatuut daadwerkelijk hanteert en voldoende uitwerkt.

3.5 Zorgprogramma's

Het werken volgens gestructureerde zorgprogrammering is een vereiste om de kwaliteit van zorg te borgen in een GGZ-instelling. Daarom blijven we in 2018 onverminderd inzetten op het werken met zorgpaden, zowel tijdens de contractering als tijdens werkbezoeken en controles door onze adviserend geneeskundige. In de beschrijving van de zorgprogramma's kijken we naar onderstaande zaken:

- Zorgpaden zijn voor verzekerden zichtbaar op de website en op schrift zodat verzekerden kunnen zien hoe de zorg is georganiseerd, welke behandeling met welke frequentie wordt ingezet, hoe en op welke momenten de zorg wordt geëvalueerd en wat het resultaat is dat zij kunnen verwachten.
- Vanzelfsprekend zijn de zorgpaden gebaseerd op richtlijnen, ontwikkeld door de beroepsgroep.
- Zorgprogrammering leidt binnen de organisatie aantoonbaar tot professionalisering, waarbij de behandelresultaten worden gemonitord en zorgpaden kunnen worden bijgesteld.
- ROM maakt een integraal onderdeel uit van elk zorgpad (zie ook paragraaf 3.7).

3.6 Routine Outcome Measurement (ROM)

Het structureel meten van de behandeluitkomsten is onmisbaar om de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken en te verbeteren. We gaan er daarom van uit dat u onderstaande onderdelen heeft geborgd binnen uw organisatie.

- Wij zien het als voorwaarde dat ROM-gegevens worden aangeleverd aan de Stichting Benchmark GGZ (SBG). Hieruit vloeit voort dat zowel instellingen als vrijgevestigden een overeenkomst met SBG hebben gesloten. De uitkomsten zijn op geaggregeerd niveau beschikbaar voor inzage door de aangesloten zorgverzekeraars. De zorgaanbieder geeft hiervoor toestemming aan Stichting Benchmark GGZ (SBGGZ). Voor 2018 levert de instelling van ten minste 50% van de verzekerden in dat jaar de voor- en nametingen van de volledig gemeten zorgtrajecten aan bij SBGGZ.
- Terugkoppeling van uitkomsten aan de individuele cliënt versterkt de positie van de cliënt en verbetert de kwaliteit van de zorg, omdat de cliënt inzicht krijgt in de voortgang van de behandeling en het principe van Shared Decision Making met de behandelaar versterkt wordt. We zien ROM derhalve als integraal onderdeel van de behandeling.

- Op geaggregeerd niveau (team/locatie/instelling) geven ROM-uitkomsten inzicht in welke onderdelen goed en minder goed presteren. Dit vormt de basis voor verbeterinitiatieven. Deze uitkomsten en verbeterinitiatieven worden ook besproken met de cliënten-/familieraad.

De ROM-uitkomsten op instellingsniveau worden door Zorg en Zekerheid, Eno zorgverzekeraar en ONVZ bewust niet gebruikt als instrument in de zorginkoop.

4. Procedure en planning zorginkoop

In dit hoofdstuk lichten we toe wanneer u in aanmerking komt voor een overeenkomst in 2018 en welke procedure wij hierbij hanteren. Daarnaast vindt u hier de planning van het inkoopproces.

4.1 Wanneer komt u in aanmerking voor een overeenkomst in 2018?

Alle GGZ-instellingen en vrijgevestigden waarmee wij in 2017 een overeenkomst hebben afgesloten, komen in aanmerking voor een overeenkomst in 2018. Zorgaanbieders worden door ons benaderd voor een overeenkomst. Met een aantal instellingen voeren we individuele inkoopgesprekken.

Meerjarige overeenkomsten

GGZ-instellingen waar het gezamenlijke marktaandeel van de betrokken zorgverzekeraars relatief klein is, komen in aanmerking voor een tweejarige overeenkomst. Daarnaast willen wij in 2018 ook bij een beperkt aantal GGZ-instellingen waar sprake is van een groter marktaandeel de mogelijkheden verkennen om tot een meerjarige overeenkomst te komen. 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, wat financiële stabiliteit en continuïteit biedt 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 zorginhoudelijke doelstellingen die geformuleerd worden 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 2018 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 goedgekeurd door het ZiNL.

Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe instellingen en vrijgevestigden kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst 2018. Hiervoor dient voldaan te worden aan de voorwaarden die in hoofdstuk 2 en 3 gesteld worden ten aanzien van kwaliteit en doelmatigheid. 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 2018 een overeenkomst met ons willen sluiten geldt een beoordelingsprocedure. Aanvragen voor toelating tot deze procedure moeten voor 1 september 2017 bij Zorg en Zekerheid ingediend zijn. Aanmelding kan door het sturen van een e-mail naar inkoopsupport@vrzzorginkoop.nl.

Overeenkomsten met vrijgevestigde zorgaanbieders worden gesloten op praktijkniveau en niet op zorgverlenerniveau. Ook voor nieuwe praktijken geldt dat de contractering zal plaatsvinden via het VEZOZO Zorginkoopportaal. Zij kunnen zich aanmelden door het sturen van een mail aan inkoopsupport@vrzzorginkoop.nl.

4.2 Fasen inkoopproces

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

Uiterste datum	Inkoopactiviteit
1 april 2017	Publicatie inkoopbeleid op hoofdlijnen, op www.vrzzorginkoop.nl .
1 april tot 30 juni 2017	Consultatie diverse veldpartijen.
1 juli 2017	Publicatie aanpassingen inkoopbeleid (indien van toepassing), standaard zorgovereenkomst en algemene inkoopvoorwaarden www.vrzzorginkoop.nl .
1 augustus 2017	Plaatsen aanbod GGZ-instellingen in VEZOZO.
1 juli tot 30 september 2017	Inkoopgesprekken (indien van toepassing).
1 september 2017	Aanbieden van de prijslijsten 2018 voor vrijgevestigden.
1 november 2017	Sluitingsdatum en afronding contractering.
19 november 2017	Informeren verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod. 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 uiterlijk 19 november 2017 over welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn voor het nieuwe jaar, door middel van de 'zorgzoeker' op hun eigen website.

5. Bereikbaarheid

Voor vragen over het Zorginkoopbeleid 2018 kunt u ons bereiken per e-mail of telefoon. U kunt uw vragen over het inkoopbeleid GGZ 2018 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@vrzzorginkoop.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.

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.