

# Inkoopbeleid Geestelijke Gezondheidszorg 2016 Multizorg VRZ

*Een toelichting voor zorgaanbieders op het inkoopjaar 2016*



a.s.r.  
de nederlandse  
verzekerings  
maatschappij  
voor alle  
verzekeringen



## **Inhoud**

Vooraf.....	3
1. Missie en visie Multizorg VRZ.....	4
2. Kwaliteitsbeleid GGZ .....	6
3. Inkoopwijze en procedure 2016 GGZ.....	9
4. Betrekken van verzekerden bij zorginkoop/beleid .....	16

## **Vooraf**

Voor u liggen de belangrijkste kaders voor het inkoopbeleid 2016, zodat u als zorgaanbieder kennis kunt nemen van ons beleid en uitgangspunten die wij in de zorginkoop GGZ hanteren. De algemene inkoopvoorwaarden (AIV) zijn reeds gepubliceerd op onze website.

## **1. Missie en visie Multizorg VRZ**

### 1.1 Missie Multizorg VRZ

Kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden, gericht op het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven: dat is de missie van zorgverzekeraars. De ingekochte zorg moet klantgericht zijn, dit wil zeggen deze moet bijdragen aan de belangen en de tevredenheid van onze verzekerden.

Wij zijn relatiegericht, waarmee we bedoelen dat wij vanuit een goede relatie en dialoog met onze zorgaanbieders onze doelen willen bereiken.

In dit document hebben wij ons inkoopbeleid voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) beschreven. Multizorg VRZ is een inkooporganisatie die de zorginkoop organiseert voor de zorgverzekeraars ONVZ, a.s.r., Eno en Zorg en Zekerheid en hun labels<sup>1</sup>. Door slim samen te werken met deze zorgverzekeraars tracht Multizorg VRZ de zorginkoop zo efficiënt mogelijk voor als u zorgaanbieder te organiseren. Voor een exact overzicht van de deelnemende zorgverzekeraars per inkoopdossier verwijzen wij naar onze website ([www.multizorgvrz.nl](http://www.multizorgvrz.nl))

Als zorginkooporganisatie hebben wij een verantwoordelijkheid voor het sturen op doelmatige zorg van hoge kwaliteit: de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment. Door de vergrijzing en technologische ontwikkelingen zal de zorgvraag alsmaar blijven stijgen. Het is daarom van belang om de Nederlandse gezondheidszorg betaalbaar, nu en in de toekomst.

Bij het opstellen van ons inkoopbeleid en zorgovereenkomsten houden wij rekening met de wet- en regelgeving, marktomstandigheden, financiële consequenties voor onze verzekerden als ook de inspanning die de zorgaanbieder levert. Op basis hiervan doen wij u een passend aanbod. Bij de bepaling van het tarief kijken wij ook naar de marktconformiteit, immers voor onze zorgverzekeraars geldt dat de zorgkosten zich binnen (landelijke) kaders ontwikkelen en dat de concurrentiepositie niet verzwakt dient te worden.

Multizorg VRZ heeft de ambitie om op professionele wijze de landelijke zorginkoop te realiseren. Wij onderscheiden ons in onze dienstverlening naar zorgaanbieders. Onze bereikbaarheid is groot en wij zetten maximaal in om onze inkoopprocessen voor u als zorgaanbieder zo efficiënt mogelijk te organiseren. Daarnaast hechten wij, mede gezien de signatuur van de deelnemende zorgverzekeraars, aan een goede relatie met de zorgaanbieders. Multizorg VRZ wil in 2016 het in 2015 ingezette inkoopbeleid consolideren en toewerken naar inkoop op basis van kwaliteit en transparantie.

### 1.2 Speerpunten inkoopbeleid GGZ 2016

Voor 2016 staan bij de inkoop van GGZ dezelfde vier speerpunten centraal als in 2015:

1. Klantgerichtheid (voor verzekerden)
2. Gepast gebruik van zorg
3. Relatiegerichtheid (voor zorgaanbieders)
4. Financieel voorspelbaar

---

<sup>1</sup> Labels deelnemende zorgverzekeraars:

ONVZ: ONVZ, VvAA zorgverzekering en PNOzorg

a.s.r.: De Amersfoortse Verzekeringen, Ditzo Zorgverzekering en BeterDichtbij en de volmachten Aevitae B.V., IAK Volmacht B.V. en Caresco B.V.

Eno: Salland verzekeringen, HollandZorg, Energiek en Salland ZorgDirect

### *1. Klantgerichtheid (voor verzekerden)*

Een belangrijk principe voor de verzekeraars binnen Multizorg VRZ is de keuzevrijheid voor de verzekerden. Via inkoop willen we een ruime landelijke contracteergraad bereiken. Daarbij is leidend dat de zorg die wij inkopen doelmatig, kwalitatief goed en klantgericht is. De prioritaire thema's die de Landelijk Platform GGZ (LPGGz) heeft opgesteld zijn door Multizorg VRZ hierin meegenomen. Verzekerden moeten goede informatie krijgen om te kunnen kiezen. Op dit punt is nog verbetering mogelijk. Bijvoorbeeld informatie over de mogelijkheid om een deel van de behandeling via e-health programma's te kunnen ontvangen. Ambulantisering van de zorg, ook voor cliënten in de langdurige GGZ (LGGZ), is een belangrijk aandachtspunt. Verzekerden krijgen immers bij voorkeur de zorg in de eigen woonsituatie aangeboden. Hierdoor kunnen zij beter de regie over hun eigen leven (blijven) voeren. Dit kan via de inzet van FACT-teams en Intensive Home Treatment (IHT). Daarnaast is het voor zorgverzekeraars van belang om inzicht te verkrijgen in zorgvraagzwaarte, zorgprogramma's en uitkomstgegevens van de behandelingen. Alle zorgaanbieders dienen bij verzekerden in het behandelproces gebruik te maken van ROM. De ROM-metingen zijn zowel voor de generalistische basis GGZ (GBGGZ) als de gespecialiseerde GGZ (GGGZ) opgenomen in de inkoopvoorwaarden. Informatie hierover wordt ingewonnen bij de Stichting Benchmark GGZ (SBG).

### *2. Gepast gebruik van zorg*

De definitie van gepast gebruik zoals de NZa die heeft opgenomen in het "Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars", is: "Onder gepaste zorg wordt verstaan die zorg die voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk, effectief en doelmatig is". Ofwel, was de verzekerde op dat moment redelijkerwijs aangewezen op de geleverde zorg en voldeed die zorg aan de laatste stand van wetenschap en praktijk. Uitgangspunt is dat zorg die wordt geleverd aan onze verzekerden voldoet aan dit kader en dat de geleverde zorg hierop door de verzekeraars toetsbaar is. Gepast gebruik is opgenomen in de Algemene Inkoopvoorwaarden (AIV) van Multizorg VRZ en maakt deel uit van de zorgovereenkomst.

### *3. Relatiegericht (voor zorgaanbieders)*

In 2014 hebben we de contacten met de brancheorganisaties, de beroepsverenigingen, cliëntorganisaties (LPGGz) en individuele instellingen geïntensiveerd. Dit heeft geleid tot diverse zinvolle verbeteringsuggesties die we hebben verwerkt in het inkoopbeleid en de overeenkomsten voor 2015. Met als resultaat zeer positieve reacties vanuit het veld op onze inkoop en aanpak. Reden om het inkoopbeleid voor 2016 op grote lijnen te handhaven en wederom het veld hierbij actief te consulteren. Ter verlaging van de administratieve lasten aan de aanbiederskant zal Multizorg VRZ ook in 2016 digitaal contracteren via het VECOZO Zorginkoopportaal<sup>2</sup>.

### *4. Financieel voorspelbaar*

Om zorg toegankelijk te houden, is betaalbaarheid een vereiste. Dit betekent dat wij inzicht willen hebben in de kostenstructuur en de verschillen tussen zorgaanbieders. Om die reden willen wij de productieontwikkeling bij diverse zorgaanbieders monitoren. Door marktconforme afspraken en heldere financiële prijs- en omzetafspraken met instellingen willen we grip houden op de ontwikkeling van de schadelast, zeker ook met het oog op veranderingen in de risicoverevening. Versterking van de eerste lijn en uitbreiding van GBGGZ zal plaatsvinden door (financiële) substitutie van GGGZ naar GBGGZ.

---

<sup>2</sup> Zie voor meer informatie paragraaf 3.6

## 2. Kwaliteitsbeleid GGZ

### 2.1 Algemeen – Transparantie in kwaliteit

Als kader hanteren wij wat door de Zorgverzekeringswet (Zvw) als verzekerde zorg wordt aangemerkt en wat door het Zorginstituut Nederland wordt geduid als 'conform laatste stand van wetenschap en praktijk.'

Bij het bepalen van de kwaliteitsindicatoren is een belangrijke rol weggelegd voor de beroepsgroep. Zij hebben als professionals inzicht in welke indicatoren kwaliteit inzichtelijk kunnen maken. Zorgaanbieders voldoen aan de minimum kwaliteitsnormen van zorg o.b.v. indicatoren en normen van de beroepsverenigingen.

Kwaliteit moet volgens ons in ieder geval leiden tot een hogere mate van effectiviteit. De door de beroepsgroep gekozen indicatoren moeten dit minimaal inzichtelijk maken, liefst met uitkomst-indicatoren. Spiegelinformatie vanuit verzekeraars kan zorgaanbieders inzicht geven in hun eigen handelen. Vanuit wederzijds vertrouwen en dialoog kan dit tot verbetering van de kwaliteit van zorg leiden.

Zorgverzekeraars spannen zich ook in om bij te dragen aan inzicht in kwaliteit, onder andere via het gezamenlijke Programma Kwaliteit van de koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland.

### 2.2 Kwaliteitsbeleid GGZ Multizorg VRZ

Het 'Institute of Medicine' definieert kwaliteit als volgt:

*"The degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge."*

*Care must be safe, effective and reliable, patient-centered, timely, efficient and equitable"*

Net als u vindt Multizorg VRZ kwaliteit binnen de GGZ en het verbeteren ervan van groot belang. Samen met u willen wij de komende jaren stappen zetten om uiteindelijk GGZ-zorg in te kopen op basis van kwaliteit en zorgprogramma's. Multizorg VRZ koppelt kwaliteit aan de definitie en kenmerken van kwaliteit van het 'Institute of Medicine'.

#### Veilige zorg

- GGZ-instellingen voldoen aan de wettelijke eisen vanuit de Zvw, Wmg, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet BIG, WGBO (indien en voor zover van toepassing), WBP, Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, 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 (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector)- certificatieschema 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 o.a. 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.

### Effectieve en doelmatige zorg

- Hoofdbehandelaren binnen de GBGGZ, GGGZ en LGGZ zijn BIG-geregistreerd en voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsverenigingen;
- Zorgaanbieders dienen voor alle stoornissen die zij behandelen, zorgpaden te ontwikkelen en toe te passen, waarbij het helder is welke prestatie(s) er aan het eind van een zorgpad gedeclareerd wordt/worden;
- Zorgaanbieders bieden de mogelijkheid om de behandeling via e-health (eventueel blended) te laten verlopen;
- De zorgaanbieder voert bij behandelingen effectmetingen uit, waarbij gebruik wordt gemaakt van gevalideerde vragenlijsten. Er vindt aanlevering plaats aan de Stichting Benchmark GGZ (SBG) of via DIS voor de vrijgevestigde GGZ zorgaanbieders. De uitkomsten zijn op geaggregeerd niveau beschikbaar voor inzage door zorgverzekeraars en Multizorg VRZ. De zorgaanbieder geeft hiervoor toestemming aan SBG. Uitkomsten dienen met cliënten en cliëntenraden besproken te worden waardoor de vragenlijsten integraal deel uitmaken van de behandeling;
- Zorgverzekeraars gaan graag in gesprek met de zorgaanbieders LGGZ over instroom en doorstroom van verzekerden in de langdurige GGZ;
- Om zoveel mogelijk verzekerden gebruik te kunnen laten maken van de hulp die zij nodig hebben, wordt – binnen de financiële kaders - ingezet op 'Gepast gebruik van zorg'. Het zorgaanbod moet aansluiten op de zorgvraag van de verzekerde. Ons uitgangspunt hierbij is dat een verzekerde zo licht als mogelijk wordt behandeld, en zo zwaar als noodzakelijk (matched care principe). Klinische zorg wordt dan ook alleen maar geleverd indien die medisch gezien strikt noodzakelijk is.

### ROM

Is een behandeling effectief? Om dat inzichtelijk te maken, maakt de zorgaanbieder gebruik van Routine Outcome Monitoring (ROM). Dat wil zeggen dat gebruik gemaakt wordt van gevalideerde meetinstrumenten/vragenlijsten ter ondersteuning van diagnosestelling, de zorgaanbieder bewaakt de voortgang en meet de effectiviteit van de geleverde zorg. De effectiviteitgegevens worden aangeleverd bij Stichting Benchmark GGZ (SBG).

Wij vinden het belangrijk dat cliënten ook zien hoe het beloop van de behandeling gaat. De resultaten van de vragenlijsten worden besproken en zijn daarmee onderdeel van het behandelprogramma. Binnen de instelling of praktijk wordt ROM gebruikt om de zorg te verbeteren. En worden de geaggregeerde ROM-uitkomsten besproken met de cliëntenraad.

Voor 2016 levert de instelling van ten minste 50% van de verzekerden in dat jaar de voor- en nametingen van de volledig gemeten zorgtrajecten aan bij SBG.

### Klantgerichte zorg

- Het is van belang dat de zorg aansluit bij de wens van de verzekerde. Hierbij is het uitgangspunt dat méér zorg niet altijd betere zorg betekent, maar dat de zorg passend en medisch noodzakelijk is bij de (specifieke) zorgvraag van de verzekerde. Zorgverzekeraars willen bevorderen dat verzekerden meer invloed kunnen uitoefenen op de zorg die zij ontvangen. Belangrijk is dat verzekerden 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 wijze aanbieden van informatie over zorgaanbieders en zorg is hierbij essentieel;
- Verzekerden dienen vooraf uitgebreid en adequaat geïnformeerd te worden over de behandelprogramma's en over de financiële consequenties van hun zorgvraag (bijvoorbeeld het zelf betalen van het no-show tarief en het niet meer vergoeden van zorg die door het Zorginstituut Nederland is uitgesloten, zoals zorg t.a.v. werk- en relatieproblematiek en aanpassingsstoornissen);
- Inzet van ervaringsdeskundigen is van belang;
- De GGZ-instellingen betrekken de criteria vanuit cliënten- en familieperspectief zoals opgesteld door de Landelijke Platform GGZ (LPGGz) bij de organisatie en levering van de zorg;

- Cliënten binnen GGZ-instellingen dienen hun mening te kunnen geven over de (kwaliteit van) de geleverde zorg. Zorgaanbieders verrichten bij afsluiting behandeling structureel metingen van de tevredenheid c.q. ervaringen van cliënt (structureel houdt in bij ten minste 75% van de cliënten) door toepassing van de CQ-index of GGZ-thermometer;
- Wij vinden het belangrijk dat zorgaanbieders deel nemen aan SUPRANET.

#### Tijdige zorg

Een cliënt wil graag zo snel mogelijk geholpen worden. Een zorgaanbieder verleent de zorg zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen de Treenormen. Zorgverzekeraars zorgen er in samenspraak met de zorgaanbieders voor dat de wachttijden, voor zover daarvan sprake is, inzichtelijk zijn.

#### Efficiënte zorg

Zorgaanbieders dienen voor alle stoornissen die zij behandelen, zorgpaden te ontwikkelen en toe te passen, waarbij het helder is welke prestatie(s) er aan het eind van een zorgpad gedeclareerd wordt/worden.

#### 2.3 Kwaliteit in de verslavingszorg

Multizorg VRZ hanteert vanaf 2016 een specifiek inkoopbeleid voor verslavingszorg. Vorig jaar hebben wij instellingen gevraagd om hun zorgprogramma's op het gebied van alcoholverslaving naar ons toe te sturen. Deze programma's, de gesprekken die wij met instellingen gevoerd hebben en het rapport 'Verslavingszorg in beeld' van het Zorginstituut Nederland zijn basis voor dit beleid. Met een specifiek beleid voor de verslavingszorg beogen wij een doelmatige en rechtmatige inkoop die effectief is voor verzekeren. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om op basis van inkoopspecificaties relaties aan te gaan of te verstevigen met aanbieders van verslavingszorg. Hieruit kan een partnership voortvloeien.

De focuspunten uit dit rapport en daarmee onze inkoopspecificaties behelzen:

- Diagnostiek en behandelintensiteit
- Ambulante versus klinische detoxificatie
- Ambulante versus klinische behandelingen
- Dagbehandeling
- Verblijf Zonder Overnachting (VZO)
- Nazorg

Instellingen die zich richten op verslavingszorg ontvangen als onderdeel van de overeenkomst een uitwerking van deze focuspunten.



### **3. Inkoopwijze en procedure 2016 GGZ**

#### 3.1 Inleiding

Wij streven een brede contractering na. Uitgangspunt daarbij is dat we ons inkoopbeleid voor 2015 doorzetten in 2016. Dit betekent dat we voor onze inkoop afspraken maken over omzetplafonds en substitutie van GGGZ naar GBGGZ. In 2015 hebben wij met GGZ-instellingen, waar het gezamenlijke marktaandeel van onze zorgverzekeraars relatief klein was, al tweejarige overeenkomsten gesloten. Onze inzet is om ook in 2016 meerjarige overeenkomsten af te spreken, ook met zorgaanbieders waar dat in 2015 nog niet het geval was.

Ook nieuwe zorgaanbieders kunnen, mits zij voldoen aan onze inkoopcriteria, in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst in 2016. Daarnaast is het al ingekochte zorgvolume bij bestaande relaties bepalend of al dan niet een zorgovereenkomst wordt aangegaan.

Multizorg VRZ is altijd op zoek naar innovatief zorgaanbod. Daarbij is het voor ons essentieel dat een innovatief zorgaanbod toegevoegde waarde heeft voor zoveel mogelijk van de verzekerden voor wie wij zorg inkopen. Bestaande relaties en nieuwe zorgaanbieders met een dergelijk innovatief product worden daarom uitdrukkelijk uitgenodigd om contact met ons op te nemen via [ggz@multizorgvrz.nl](mailto:ggz@multizorgvrz.nl) of [ggzinstellingen@multizorgvrz.nl](mailto:ggzinstellingen@multizorgvrz.nl) of via het contactformulier op onze website [www.multizorgvrz.nl/contact](http://www.multizorgvrz.nl/contact).

Binnen het dossier GGZ-zorg contracteert Multizorg VRZ zowel GGZ-instellingen als vrijgevestigde zorgaanbieders. De overeenkomsten met vrijgevestigde zorgaanbieders worden gesloten op praktijkniveau en niet met individuele zorgaanbieders. In de paragrafen 3.3 en 3.4 wordt afzonderlijk ingegaan op de wijze van contractering voor GGZ-instellingen (paragraaf 3.3) en voor de vrijgevestigde zorgaanbieders (paragraaf 3.4).

#### 3.2 Inkoopdomein

##### *GGZ-instellingen:*

Voor GGZ-instellingen geldt dat wij afspraken maken voor levering van generalistische basis GGZ (GBGGZ) alsook voor de gespecialiseerde GGZ (GGGZ) en, voor zover 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.

##### *Vrijgevestigde zorgaanbieders:*

Afhankelijk van de aanwezigheid van de hoofdbehandelaren binnen de praktijk kunnen vrijgevestigde zorgaanbieders in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst GBGGZ 2016 of een gecombineerde zorgovereenkomst GBGGZ&GGGZ 2016. Het betreft hier vrijgevestigde gezondheidszorgpsychologen (alleen voor GBGGZ), psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters (gecombineerde zorgovereenkomst GBGGZ/GGGZ).

Nieuwe GGZ-instellingen kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst 2016 indien zij voldoen aan onze kwaliteitseisen, een innovatief product leveren of wanneer de instelling zorg levert aan een doelgroep waarvoor aantoonbaar een lacune bestaat in het zorgaanbod. Voor vrijgevestigde praktijken die de overstap maken naar een GGZ-instelling geldt dat de vrijgevestigde praktijk niet langer actief kan zijn.

Multizorg VRZ koopt in principe geen zorg in die in het buitenland geleverd wordt.

### Hoofdbehandelaarschap:

De minister van VWS heeft in haar brief van 2 juli 2013 bepaald welke hoofdbehandelaars actief mogen zijn in GGZ en welke verantwoordelijkheden bij hun taak horen. Op de declaraties staat wie de hoofdbehandelaar is, wat zijn beroep is en hoeveel tijd de hoofdbehandelaar en de medebehandelaars aan de cliënt hebben besteed. Zorgverzekeraars hebben hierover specifieke bepalingen in hun polisvoorwaarden opgenomen.

Eventuele wijzigingen in het beleid als gevolg van het onlangs gepubliceerde advies van de Commissie Meurs, zullen op zijn vroegst in de inkoop 2017 worden gerealiseerd.

Tabel 1 Overzicht hoofdbehandelaars

Sub sector	GBGGZ		GGGZ	
	Instelling	Vrijgevestigd	Instelling	Vrijgevestigd
<i>Optreden als hoofdbehandelaar in:</i>				
Psychiater	J	J	J	J
Klinisch psycholoog	J	J	J	J
Psychotherapeut	J	J	J	J
Verpleegkundig specialist GGZ <sup>3</sup>	J	N	N	N
GZ-psycholoog <sup>4</sup>	J	J	N	N
Verslavingsarts KNMG <sup>2</sup>	N	N	J	N
Specialist ouderengeneeskunde <sup>2</sup>	N	N	J	N

J = Ja, N= Nee

Voor GGZ-instellingen geldt dat het hoofdbehandelaarschap kan afwijken van de bepalingen in de polisvoorwaarden van de verzekerden. Hiervoor dient binnen de instelling sprake te zijn van een door de instelling gestructureerd gepland overleg waarbij ten minste een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut is betrokken en waarvoor de instelling heeft vastgelegd welke specifieke groepen hoofdbehandelaars en mede-behandelaars structureel deelnemen aan het MDO.

De voorwaarden hierbij zijn:

- Betrokkene beschikt over voldoende kennis en vaardigheden om het hoofdbehandelaarschap op een verantwoorde wijze in te vullen en heeft ten minste drie jaar werkervaring in zijn beroep;
- Van iedere cliënt worden de diagnostische mogelijkheden en de behandelmogelijkheden besproken;
- In het behandelplan van de cliënt wordt vastgelegd op welke momenten de voortgang van zijn behandeling in het MDO wordt besproken. Een bespreking vindt in ieder geval plaats binnen de diagnostische fase, en voor beëindiging van de behandeling. Voor langdurige trajecten geldt dat de voortgang van de behandeling van de cliënt ten minste eenmaal per drie maanden in het MDO wordt besproken;
- Een verslavingsarts KNMG kan alleen als hoofdbehandelaar optreden bij cliënten met een alcohol- of andere middelenverslaving en waarbij geen sprake is van co-morbiditeit;
- Een specialist Ouderengeneeskunde kan alleen als hoofdbehandelaar optreden bij cliënten die behandeld worden voor dementie, amnestische of een overige cognitieve stoornis;
- Een arts-assistent anders dan een psychiater in opleiding, kan niet binnen een MDO-constructie als hoofdbehandelaar optreden.

<sup>3</sup> Binnen de GBGGZ alleen voor de prestatie chronisch

<sup>4</sup> Deze beroepsgroepen kunnen bij instellingen binnen een gestructureerde MDO-constructie als hoofdbehandelaar optreden

## Verwijzing

Een verwijsbrief is de toegang tot de GGZ. De verwijsbrief moet voorafgaand (maximaal negen maanden) aan de behandeling zijn uitgegeven door een in de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar opgenomen verwijzer.

Tabel 2 Verwijzer in polisvoorwaarden

Zorgverzekeraar	Verwijzer GGGZ	Verwijzer GBGGZ
a.s.r	huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.	huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
Eno	huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of jeugdgezondheidszorgarts (deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld)	huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of jeugdgezondheidszorgarts (deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld)
ONVZ	Huisarts of medisch specialist.	Huisarts of bedrijfsarts
Zorg en Zekerheid	huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.	huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Op de (digitale) verwijsbrief dient minimaal het volgende te zijn opgenomen, zodat adequate doorstroom naar de GGZ geborgd is.

- een korte beschrijving van de klacht/aard van de aandoening
- de reden van verwijzing
- verwijzing voor de GBGGZ dan wel de GGGZ en, voor zover van toepassing, de relevante voorgeschiedenis
- NAW-gegevens en de AGB-code van de verwijzer
- NAW-gegevens en geboortedatum van de verzekerde

Voor bekende cliënten die langer dan een jaar niet in behandeling zijn geweest geldt dat deze moet worden terugverwezen naar de (oorspronkelijke) verwijzer.

## Toegang langdurige GGZ

Alleen cliënten die vanaf 1 januari 2015 meer dan 365 dagen onafgebroken verblijf en behandeling binnen uw instelling ontvangen<sup>5</sup>, komen in aanmerking voor LGGZ binnen de Zvw.

Voor ONVZ en a.s.r en de daaronder vallende labels geldt dat, voorafgaand aan de overgang naar de LGGZ, een machtiging voor deze cliënten moet worden aangevraagd. De aanvraag voor machtiging dient uiterlijk twee maanden voor de voorziene overgang bij deze zorgverzekeraars te worden ingediend. De zorgaanbieder hanteert hierbij de landelijk afgesproken checklist LGGZ. Deze is te raadplegen op de websites van Multizorg VRZ en van de deelnemende zorgverzekeraars. In de machtigingsaanvraag wordt ten minste aangegeven wat het zorgzwaartepakket is en een indicatie gegeven van verwachte duur van het voortgezet verblijf. In individuele gevallen kan de adviserend medicus verzoeken om inzage in het behandelplan. Voor Zorg en Zekerheid en Eno en de onder Eno vallende labels, geldt geen machtigingsprocedure vooraf. Wel hanteren deze verzekeraars bij de controle achteraf de hiervoor genoemde checklist LGGZ om te bepalen of de cliënt terecht is doorgestroomd naar de LGGZ.

<sup>5</sup> Zorg voor cliënten die per 31 december 2014 al langdurige GGZ-zorg in het kader van de AWBZ ontvingen, wordt vanaf 1 januari 2015 gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).

De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de informatie tijdig, d.w.z. uiterlijk een maand voor de voorziene instroom in de LGGZ is vastgelegd in het dossier van de betreffende cliënt.

#### Aandacht bij inkoop voor de EPA doelgroep

Nederland telt ongeveer 160.000 volwassenen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Van deze groep hebben 106.000 mensen alleen Zvw-zorg, 10.000 alleen AWBZ-zorg en 44.000 zowel Zvw als AWBZ zorg.

Van EPA is sprake als:

- er sprake is van een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet insymptomatische remissie);
- en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische stoornis;
- en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

EPA kan niet beperkt worden tot bepaalde psychiatrische diagnoses:

Komen bijna uitsluitend voor bij EPA	Bepaalde psychiatrische beelden, bijvoorbeeld niet-affectieve psychosen, voornamelijk schizofrenie;
Vaak	Andere psychiatrische beelden, zoals (poly)druggebruik, persoonlijkheidsstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen;
Bij uitzondering	Beelden zoals bijvoorbeeld angst, depressie en alcoholmisbruik.

Ruim de helft van de mensen met ernstige psychische aandoeningen is in zorg bij de GGZ en de verslavingszorg. Een kwart is niet in zorg. De rest ontvangt elders hulp zoals in de eerste lijn en maatschappelijke opvang. De meeste mensen in zorg maken gebruik van ambulante behandeling en begeleiding.<sup>6</sup>

De wijzigingen in de langdurige zorg en in de GGZ maken een vernieuwde aanpak van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) noodzakelijk. In het rapport Over de brug wordt gesteld: "Onderdelen van behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen overstijgen de verschillende wettelijke kaders en bekostigingsstructuren in het nieuwe zorglandschap dat op dit moment nog volop in ontwikkeling is. Daarbij zullen ambulantisering en afbouw van de intramurale capaciteit leiden tot een grotere behoefte aan ondersteuning in de samenleving, dichtbij huis".

<sup>6</sup> Bronnen

- Rapport Over de Brug, September 2014
- Artikel tijdschrift voor psychiatrie 55 (2013) 6, Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland, ph. delespaul, en de consensusgroep epa.
- Rapportage EPA vignettenstudie, ZN, Mei 2014

GGZ-instellingen waar we zorg voor deze groep inkopen zullen moeten beschikken over de faciliteiten en programma's om zelfredzaamheid en ambulantisering van deze cliënten te bevorderen. Belangrijk voor de zorg van deze doelgroep is de beschikbaarheid van FACT-teams en teams voor Intensive Home Treatment (IHT). Daarnaast dienen de zorgaanbieders aantoonbaar goede samenwerkingsafspraken te hebben met o.a. gemeenten en instellingen voor maatschappelijk werk.

### 3.3 Wijze van contractering GGZ-instellingen

Multizorg VRZ gaat voor de zorgovereenkomsten met GGZ-instellingen uit van maatwerkcontracten. Hierin worden afspraken vastgelegd over kwaliteit, omzetplafonds en tarieven. Deze afspraken betreffen de GBGGZ en de GGGZ en, voor zover van toepassing, de LGGZ. GGZ-instellingen zullen door Multizorg VRZ worden benaderd voor een overeenkomst 2016. Met een aantal instellingen zullen individuele inkoopgesprekken worden gevoerd. Instellingen waar een tweejarige zorgovereenkomst 2015/2016 mee is afgesproken, krijgen via het VECOZO Zorginkoopportaal de tarieflijst voor 2016 aangeboden. Multizorg VRZ wil, waar mogelijk, de afspraken voor meerdere jaren vastleggen.

### Beleid ten aanzien van meerjarige afspraken

Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders willen graag meerjarige afspraken maken. Dit geeft voor zorgaanbieders meer zekerheid en minder administratieve lasten. En geeft aan de andere kant zorgverzekeraars de mogelijkheid om met name op het gebied van (verhogen van de) kwaliteit en gepast gebruik hun wensen te verwezenlijken. Voorwaarden voor een meerjarige overeenkomst met GGZ-instellingen kunnen onder meer zijn:

- Geïmplementeerde zorgpaden voor de Top 3 behandelgroepen binnen de instelling inclusief aandeel hoofdbehandelaren/medebehandelaren;
- Beschikbaarheid e-health toepassingen;
- Bovengemiddelde delta T-score;
- Relatief lage gemiddelde kosten per cliënt of afspraken over een daling van de gemiddelde kosten;
- Actief beleid om gemiddeld aantal verzorgingsdagen terug te brengen;
- Actief beleid op verhogen zelfredzaamheid van, en ambulantisering van de zorg voor LGGZ-cliënten.

Onze visie ten aanzien van de inkoop van nieuwe instellingen binnen de GGZ is voornamelijk gericht op kwaliteit. Door de verandering van het zorglandschap waarbij veel nieuwe instellingen kunnen toetreden is het van belang dat verzekeraars toetsen op doelmatige, klantgerichte en betaalbare zorg. Verzekerden kunnen op basis van hun indicatie en wensen een beroep doen op nieuwe aanbieders in de GGZ. De ingekochte zorg moet klantgericht zijn, dat wil zeggen zichtbaar en meetbaar bijdragen aan het belang en de tevredenheid van verzekerden. Voor nieuwe zorgaanbieders die voor 2016 een overeenkomst met ons wensen te sluiten geldt een beoordelingsprocedure waarin we deze aspecten toetsen. Aanvragen voor toelating tot deze procedure moeten voor 1 oktober 2015 bij Multizorg VRZ binnen zijn. Aanmelding kan door het sturen van een mail aan: [zbc-ggz@multizorgvrz.nl](mailto:zbc-ggz@multizorgvrz.nl) of via het contactformulier op onze website [www.multizorgvrz.nl/contact](http://www.multizorgvrz.nl/contact).

### 3.4 Wijze van contractering vrijgevestigde zorgaanbieders

Multizorg VRZ stemt de wijze van contractering af op de specifieke markt van zorgaanbieders. Wij streven zoals gezegd naar contractering van een breed zorgaanbod, maar kunnen niet in alle gevallen specifieke zorgovereenkomsten sluiten. Voor dossiers waar een groot aantal zorgaanbieders werkzaam is, denk hierbij bijvoorbeeld aan ca. 3.200 praktijken van vrijgevestigde ggz-zorgaanbieders, bieden wij daarom een standaard overeenkomst aan. Deze overeenkomst is vooraf getoetst bij de brancheorganisaties. Onze algemene inkoopvoorwaarden (AIV) maken deel uit van de zorgovereenkomst.

Met ingang van het inkoopjaar 2015 is Multizorg VRZ overgegaan op digitale contractering via het VECOZO Zorginkoopportaal. Praktijken die in het jaar 2015 een zorgovereenkomst met ons hebben gesloten, krijgen via dit zorginkoopportaal van ons automatisch een aanbod voor een zorgovereenkomst 2016.

#### Nieuwe praktijken

Indien voldaan wordt aan onderstaande eisen komen ook nieuwe praktijken of praktijken die in 2015 geen zorgovereenkomst met Multizorg VRZ hebben gesloten, in aanmerking voor een zorgovereenkomst 2016:

- Voldoen aan kwaliteitseisen zoals omschreven in hoofdstuk 2;
- Minimaal 80% van de behandeltijd (direct en indirect) van de cliënt wordt geleverd door de hoofdbehandelaar zelf;
- Voldoen aan onze eisen m.b.t. omvang van de praktijk (maximaal 8 fte hoofdbehandelaren en niet meer dan 3 behandellocaties);
- De praktijk declareert elektronisch via VECOZO;
- De praktijk is gevestigd in Nederland.

Ook voor nieuwe praktijken geldt dat de contractering zal plaatsvinden via het VECOZO Inkoopportaal. Zij kunnen zich aanmelden door het sturen van een mail aan [ggz@multizorgvrz.nl](mailto:ggz@multizorgvrz.nl) of via het contactformulier op onze website [www.multizorgvrz.nl/contact](http://www.multizorgvrz.nl/contact).

Multizorg VRZ kent voor praktijken een gedifferentieerde inkoop. Praktijken die een erkende opleidingsplaats hebben komen in aanmerking voor een toeslag op het tarief. De zorgovereenkomsten worden door Multizorg VRZ in het derde kwartaal 2015 aangeboden aan zorgaanbieders. Dit gebeurt digitaal via het Zorginkoopportaal van VECOZO.

#### Tweejarige overeenkomst 2016/2017

De vrijgevestigde praktijken, waar we in 2015 een overeenkomst hebben gesloten, willen we graag een tweejarige zorgovereenkomst aanbieden. Dit geeft voor u als zorgaanbieder meer zekerheid en minder administratieve lasten.

#### 3.5 Mijlpalenplanning inkoopproces GGZ

Wij proberen u als zorgaanbieder een passende reactietijd te geven op onze overeenkomst. Vandaar dat wij onze overeenkomst tijdig zullen aanbieden. Onze planning voor het komend inkoopjaar ziet er op hoofdlijnen als volgt uit:

<b>Periode</b>	<b>Inkoopactiviteit</b>
1 april	Publicatie inkoopbeleid op hoofdlijnen
April-juni	Consultatie diverse veldpartijen
Juli	Publicatie volledig inkoopbeleid, standaard zorgovereenkomst en algemene inkoopvoorwaarden
Juli-september	(indien van toepassing) inkoopgesprekken
Begin september	Aanbieden van de zorgovereenkomst Vrijgevestigden
1 november	Sluitingsdatum en afronding contractering
19 november	Publicatie gecontracteerd aanbod via de websites van de deelnemende zorgverzekeraars

#### 3.6 VECOZO Zorginkoopportaal

Het Zorginkoopportaal biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders digitale ondersteuning bij de totstandkoming van contractafspraken.

Voor het Zorginkoopportaal zijn een aantal modules ontwikkeld. Iedere module is via een aparte link te benaderen. Voor u, als zorgaanbieder, is het belangrijk te weten dat u in geval van digitaal contracteren

een autorisatie aan moet vragen middels een VECOZO-certificaat. Het is van belang dat u dit certificaat tijdig aanvraagt. Het kan namelijk in uiterste gevallen tot maximaal 6 weken duren voordat uw VECOZO-certificaat wordt afgegeven. Alle informatie over hoe u zich bij VECOZO (Zorginkoopportaal) kunt aansluiten, welke modules voor u relevant zijn, en antwoorden op technische vragen kunt u vinden via [www.vecozo.nl/diensten/zorginkoopportaal/kennisbank.aspx](http://www.vecozo.nl/diensten/zorginkoopportaal/kennisbank.aspx)

Om toegang te verkrijgen tot de Contracteermodule van het Zorginkoopportaal wordt bij de Kamer van Koophandel (KvK) gecontroleerd of u tekenbevoegd bent. Zorgt u er dus voor dat de gegevens van de tekenbevoegde, zoals vastgelegd in het Handelsregister van de KvK, actueel zijn. Daarnaast is het wenselijk dat uw AGB-gegevens in het AGB-register altijd actueel en volledig zijn. Dit geldt voor zowel Zorgverlenergegevens, Vestigingen, Ondernemingsgegevens als Correspondentiegegevens. Meer informatie over het wijzigen van uw AGB-gegevens is te vinden via [www.vecozo.nl/kennisbank/agbwijzigen/](http://www.vecozo.nl/kennisbank/agbwijzigen/).

### 3.7 Materiële controles

Zorgverzekeraars binnen Multizorg VRZ publiceren controleplannen voor zowel de materiële als formele controles die worden uitgevoerd. Ook wordt door zorgverzekeraars het thema 'gepast gebruik' aan de orde gesteld, in zowel de zorginkoop als in de controles van verzekeraars. Relevante items kunnen zijn (niet limitatief):

- Significante afwijkingen van gemiddelden in de productmix GBGGZ + GGGZ;
- Verhouding directe en indirecte tijd hoofd- en mede-behandelaren in GGGZ en GBGGZ;
- Adequate verwijzingen (AGB code verwijzer);
- Samenloop declaraties GBGGZ en GGGZ per verzekerde binnen één instelling;
- Controle op hoofdbehandelaarschap conform polisvoorwaarden of afspraken binnen zorgovereenkomst;
- In- en uitsluitingscriteria klinische opname alcoholverslaving.

Voor meer informatie verwijzen wij u naar de individuele controleplannen van de verzekeraars.

### 3.8 Bereikbaarheid

Multizorg VRZ onderscheidt zich door voor u, de zorgaanbieder, de processen zo optimaal mogelijk in te richten. Hiervoor is een goede bereikbaarheid van onze organisatie van groot belang. Bij Multizorg VRZ krijgt u geen antwoordapparaat en hoeft u niet lang te wachten op een antwoord op een vraag. Wij werken continu aan een goede bereikbaarheid.

De belangrijkste diensten op een rij:

- Telefonische bereikbaar op werkdagen van 8:30-17:00 uur via 030 – 68 69 177
- Vragen per e-mail: [ggz@multizorgvrz.nl](mailto:ggz@multizorgvrz.nl) of [ggzinstellingen@multizorgvrz.nl](mailto:ggzinstellingen@multizorgvrz.nl) of via het contactformulier op onze website [www.multizorgvrz.nl/contact](http://www.multizorgvrz.nl/contact).
- Uw vragen trachten wij te beantwoorden binnen drie werkdagen. Indien wij deze termijn niet halen, stellen wij u hiervan op de hoogte en geven duidelijk aan wanneer u wel antwoord kunt verwachten.

#### **4. Betrekken van verzekerden bij zorginkoop/beleid**

Onze verzekeraars vinden de input van hun verzekerden bij de totstandkoming van het inkoopbeleid van groot belang. Bij de totstandkoming van het inkoopbeleid wordt deze informatie meegenomen. Het gaat hierbij om de informatie van alle verzekerden, dus zowel de verzekerde die u als zorgaanbieder in uw dagelijkse praktijk tegenkomt als ook de verzekerde die geen of nauwelijks zorg gebruikt. Uitgangspunt hierbij zijn de criteria van de 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. Wij gaan ervan uit dat onze contractrelaties de criteria vanuit cliënten- en familieperspectief zoals opgesteld door de LPGGz hebben geïmplementeerd binnen de organisatie en bij de levering van de zorg. Binnen de GGZ speelt familie een belangrijke rol. Wij willen zorgaanbieders stimuleren om familievaarderingsonderzoeken uit te voeren. Ook is binnen de GGZ-instelling een familieraad, een familievertrouwenspersoon en een familieklachtenregeling aanwezig of is de instelling voornemens deze aan te stellen of op te nemen.

Zorgaanbieders die ook langdurige GGZ bieden, 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.

Vanaf 19 november zullen onze verzekeraars, met mogelijk als uitzondering restitutieverzekeraar ONVZ, het gecontacteerde aanbod publiceren via de eigen websites. Transparantie voor verzekerden vinden wij belangrijk.