

Inkoopbeleid 2015

Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Generalistische Basis GGZ & Gespecialiseerde GGZ



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



INHOUDSOPGAVE

Vooraf

- 1. Multizorg VRZ en deelnemende verzekeraars**
- 2. Ontwikkelingen GGZ**
- 3. Speerpunten en inkoopdoelstellingen GGZ 2015**
- 4. Algemene Inkoopprincipes GGGZ & GBGGZ**
- 5. Inkoop 2015**
- 6. Zorginkoop Generalistische Basis GGZ (GBGGZ)**
- 7. Zorginkoop Gespecialiseerde GGZ (GGGZ)**
- 8. Processen, Procedures en overeenkomsten 2015**

Bijlagen

- Bijlage 1. LPGGz zorginkoopcriteria GGZ 2015, 25 april 2014**
Bijlage 2. Relevante controle-items GGZ verzekeraars Multizorg VRZ

Vooraf

Met dit document presenteren wij het inkoopbeleid GGZ 2015 van de verzekeraars die actief zijn binnen de inkoopcombinatie Multizorg VRZ. We gaan in op de ontwikkelingen die binnen de GGZ plaatsvinden en hoe wij daar via onze zorginkoop op willen inspelen. De speerpunten en de zorginkoopprincipes voor zowel de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) als ook de Gespecialiseerde GGZ (GGGZ) worden nader toegelicht. Dit document gaat niet in op de langdurige GGZ (LGGZ). De besluitvorming over de definitieve overheveling van de LGGZ van de AWBZ naar de Zvw is nog niet afgerond. Indien dit nog consequenties heeft voor de zorginkoop 2015 bij GGZ-instellingen komen we daar afzonderlijk op terug.

Voor het jaar 2015 zetten we de belangrijkste speerpunten van ons beleid 2014 door naar 2015. Extra aandacht is er in 2015 voor "gepast gebruik van zorg". In 2014 hebben we de contacten met de brancheorganisaties, de beroepsverenigingen, cliëntorganisaties (LPGGz) en individuele instellingen geïntensiveerd. Ook hebben we met vrijgevestigde zorgaanbieders om tafel gezeten om ons beleid en het inkoopproces te evalueren. Dit heeft geleid tot diverse zinvolle verbeter suggesties die we hebben verwerkt in het beleid en onze overeenkomsten. In 2015 gaan we ook voor de vrijgevestigde zorgaanbieders over op digitale inkoop via het zorginkoopportaal van VECOZO. Aangezien steeds meer verzekeraars zich aansluiten op dit portaal, vermindert dit de administratieve lasten voor zorgaanbieders. Ook op landelijk niveau zijn zorgverzekeraars bezig om te kijken op welke punten kan worden samengewerkt om de administratieve lasten binnen de GGZ terug te dringen.

De zorginkoop 2015 willen wij tijdig afronden. Onze doelstelling is dat onze verzekeraars in staat zijn om per 1 november 2014 informatie te verstrekken aan hun verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod in 2015.

Wij gaan er vanuit dat dit document u voldoende informatie geeft over de achtergrond van ons beleid.

Namens het Inkoopteam GGZ

Jacco Visser (manager zorginkoop)

1. Multizorg VRZ en deelnemende verzekeraars

Multizorg VRZ is de zorginkoopcombinatie van vier landelijk werkende zorgverzekeraars: a.s.r., ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid. De verzekeraars streven binnen het dossier GGZ naar kwalitatief verantwoorde, effectieve en doelmatige zorg die voor alle verzekerden toegankelijk en beschikbaar is. Multizorg VRZ heeft de ambitie om op professionele wijze de landelijke inkoop van zorg voor de deelnemende zorgverzekeraars te realiseren. Met deze samenwerking wordt tevens ingezet op het verminderen van administratieve lasten voor zorgaanbieders. Vanaf 2010 werkt Multizorg VRZ met Algemene Inkoopvoorwaarden, waarvan voor 2015 een geactualiseerde versie is opgesteld. De bij Multizorg VRZ aangesloten verzekeraars werken nauw samen bij de inkoop van GGZ-zorg. Eno en Zorg en Zekerheid kopen bij een aantal GGZ-instellingen in namens alle verzekeraars die bij Multizorg VRZ zijn aangesloten. Multizorg VRZ verzorgt de inkoop van de Generalistische Basis GGZ, de Gespecialiseerde GGZ bij de overige GGZ-instellingen.

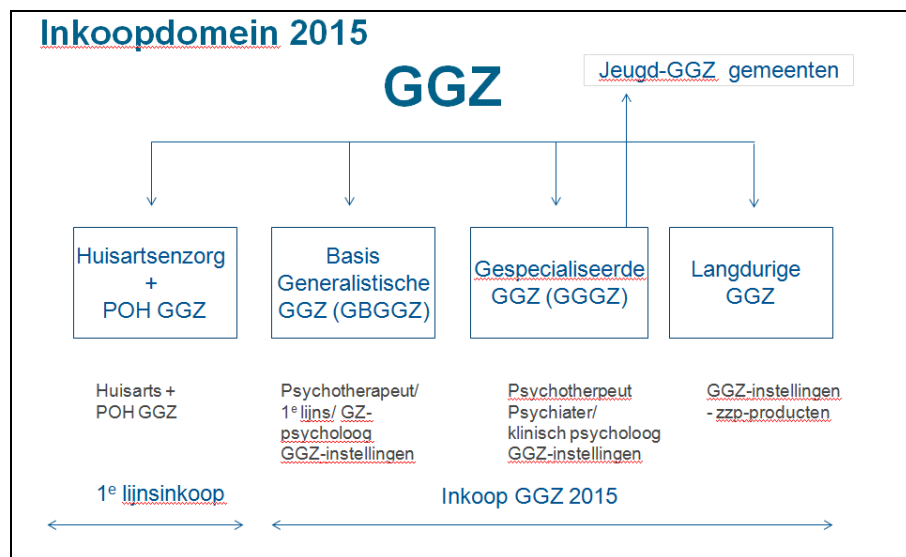
Voor 2015 sluit Multizorg VRZ GGZ-zorgovereenkomsten namens de volgende labels van de betrokken zorgverzekeraars:

- ONVZ Zorgverzekeraar
- VvAA zorgverzekering
- PNOzorg
- De Amersfoortse Verzekeringen
- Ditzo zorgverzekering
- BeterDichtbij (a.s.r.)
- Zorg en Zekerheid Zorgverzekeraar
- HollandZorg
- Salland verzekeringen
- Energiek
- SallandZorgDirect
- Volmachten a.s.r.:
- Aevitae
- Caresco
- IAK



2. Ontwikkelingen GGZ

De GGZ is volop in beweging en heeft te maken met een in snel tempo veranderend stelsel. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 – 2014 zijn afspraken gemaakt over versterking van de huisartsenzorg (POH-GGZ) en de ontwikkeling van de Generalistische Basis GGZ voor de eerste lijn. Na deze wijzigingen in 2014 vindt er per 1 januari 2015 wederom een aantal belangrijke veranderingen plaats. Ten eerste de overheveling van de jeugd GGZ naar de gemeenten per 1 januari 2015 en ten tweede de plannen om een deel van de langdurige GGZ over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw. Daarnaast zijn de afspraken zoals die in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ maatgevend voor de inkoop van de GGZ 2015. Belangrijke thema's hierin zijn: ambulantisering (beddenafbouw), uitvoering geven aan een ambitieus kwaliteitsprogramma, een scherpere afbakening van het verzekerd pakket (Zorginstituut Nederland), het terugdringen van dwangtoepassingen, het verbeteren van patiëntveiligheid en het bevorderen van e-health.



Zorgverzekeraars hebben zich via het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ gecommitteerd aan een beheerste volumegroei binnen de GGZ (1% voor 2015 en verdere jaren). Gezien de verwachte stijging van de zorgvraag in de GGZ, betekent dit dat effectiviteit van behandelingen moet worden vergroot. Vermelding van de behandelaren en de verhouding directe/indirecte tijd op de facturen in 2014 geven meer inzicht in de kostenopbouw van GGZ-zorg per verzekerde en de doelmatigheid van behandelingen. Deze informatie is nu echter nog niet voorhanden.

Wij zijn met beroepsverenigingen- en brancheorganisaties (o.a. NVvP, NVVP, LVE, NIP en NVGzP) en de patiënten- en consumentenorganisaties (LPGGz) in gesprek geweest om de gevolgen van de ontwikkelingen binnen de GGZ voor zowel zorgaanbieders als verzekerden in de GGZ in kaart te brengen en hen waar mogelijk te betrekken bij ons inkoopbeleid.

Transparantie binnen de GGZ wordt steeds belangrijker. In ons beleid voor de komende jaren willen we klantervaringen, zorgzwaartegegevens en uitkomsten van de ROM-metingen nog meer een plaats geven. De aanleverpercentages voor ROM gaan de goede kant op, maar de belangrijkste slag moet nog komen: het beschikbaar komen van de uitkomsten. Ook zorgprogramma's en zorgpaden zijn steeds meer in ontwikkeling binnen de GGZ. In 2015 willen de verzekeraars binnen Multizorg VRZ meer inzicht krijgen in de zorgprogramma's binnen de verslavingszorg en de behandelingen van depressie.

3. Speerpunten en inkoopdoelstellingen GGZ 2015

Multizorg VRZ heeft voor de GGZ vier speerpunten benoemd die het komend jaar centraal staan:

- gepast gebruik van zorg
- keuzevrijheid en transparantie
- kwaliteit van zorg
- kostenbeheersing

Gepast gebruik van zorg

Gepast gebruik van zorg en toetsing daarvan is een belangrijk speerpunt van het inkoopbeleid 2015. Gepast gebruik van zorg is de afgelopen jaren binnen de zorgsector steeds belangrijker geworden. 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.

Multizorg VRZ gaat er van uit dat de 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 onderdeel uit van de zorgovereenkomst.

Hoe willen wij hier invulling aan geven?

- De zorgaanbieder voldoet aan de eisen die Multizorg VRZ stelt aan het hoofdbehandelaarschap;
- De verwijzing voldoet aan de gestelde vereisten;
- De zorgaanbieder maakt gebruik van de dynamische lijst van Zorgverzekeraars Nederland;
- Extremenanalyses worden als onderdeel van het controleplannen GGZ van de verzekeraars uitgevoerd (zie ook bijlage 2 bij dit inkoopdocument). Over de uitkomsten gaan verzekeraars in gesprek met de zorgaanbieders;
- De medisch adviseurs van de verzekeraars worden actief betrokken bij de uitvoering van materiële controles en het kwaliteits- en inkoopbeleid.

Keuzevrijheid en Transparantie

Een belangrijk principe voor de verzekeraars binnen Multizorg VRZ is de keuzevrijheid voor de verzekerden. Via inkoop willen we een ruime landelijke contracteringsgraad bereiken. Voor zowel de GBGGZ als de GGGZ willen we zo breed mogelijk contracteren. De criteria die de LPGGz heeft opgesteld voor de zorginkoop 2015 zijn door Multizorg VRZ meegenomen in het inkoopbeleid. De zorg die wij inkopen moet doelmatig, kwalitatief goed en klantgericht zijn. Wij vinden het belangrijk dat u dit als zorgaanbieder transparant maakt naar onze verzekerden. Verzekerden moeten betere informatie krijgen om te kunnen kiezen. Op dit punt is nog veel verbetering mogelijk.

Bijvoorbeeld informatie over de mogelijkheid om een deel van de behandeling via e-health programma's te kunnen ontvangen. Voor zorgverzekeraars is het van belang om inzicht te verkrijgen in zorgvraagzwaarte en zorgprogramma's en uitkomstgegevens van de behandelingen. Informatie hierover is nog maar beperkt aanwezig. Voor wat betreft dat laatste vinden wij het van belang dat de ROM-ontwikkeling wordt doorgezet. Alle zorgaanbieders dienen bij verzekerden in het behandelproces (start behandeling – eind behandeling) gebruik te maken van ROM. Informatie hierover wordt ingewonnen bij de Stichting Benchmark GGZ (SBG). De ROM-metingen heeft Multizorg VRZ voor zowel de GBGGZ als de GGGZ opgenomen in de inkoopvoorwaarden.

Kwaliteit van zorg

De hoofdbehandelaren binnen de GBGGZ, de GGGZ zijn BIG geregistreerd. Daarnaast voldoen zorgaanbieders 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 moeten voldoen aan de kwaliteitseisen van de LVE, NVVP, NVvP en NIP. Wij vinden het van belang dat verzekerden hun mening kunnen geven over de (kwaliteit van) geleverde zorg. Zorgaanbieders bevragen daartoe cliënten regelmatig en gestructureerd naar hun ervaringen door middel van klanttevredenheidsonderzoeken (bijvoorbeeld de CQ-index)

De zorgaanbieder geeft bij de organisatie en levering van de zorg uitvoering aan de criteria vanuit cliënten- en familieperspectief zoals opgesteld door de LPGGz voor het jaar 2015. Net als de LPGGz vindt Multizorg VRZ de inzet van ervaringsdeskundigheid een belangrijk element.

Kostenbeheersing

Om de zorg voor zoveel mogelijk verzekerden toegankelijk te houden, moet GGZ-zorg betaalbaar blijven. Dit betekent dat wij meer inzicht willen krijgen in de kostenstructuur en verschillen tussen zorgaanbieders. Om die reden willen wij de productieontwikkeling bij de voor ons belangrijkste GGZ-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. Het financiële kader voor de GGZ is vastgelegd in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 – 2014 en het onderhandelaarresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014 - 2017. Versterking van de eerste lijn en uitbreiding van GBGGZ zal dus gevonden moeten worden door (financiële) substitutie van GGGZ naar GBGGZ.

4. Algemene inkoopprincipes GBGGZ & GGGZ

De speerpunten waar Multizorg VRZ het meest belang aan hecht, zijn vertaald in onderstaande inkoopprincipes. Deze principes zijn opgenomen in de overeenkomsten GBGGZ & GGGZ en beschikbaar via onze website www.multizorgvrz.nl/GGZ.

<p><i>Gepast gebruik & Kwaliteit van zorg</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - De hoofdbehandelaren zijn BIG-geregistreerd en voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsverenigingen; - Zorgaanbieders 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; - Van belang is dat de zorg aansluit bij de wens van de verzekerde. Hierbij is het uitgangspunt dat meer 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 kennis 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); - 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 (matchen care principe). Klinische zorg wordt dan ook alleen maar geleverd indien die medisch gezien strikt noodzakelijk is; - 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; - Vanzelfsprekend maakt alleen zorg die krachtens de Zorgverzekeringswet wordt vergoed deel uit van de afspraken, m.a.w. het dient om verzekerde zorg te gaan. Medische psychologie, AWBZ-zorg, DBC's op basis van behandelingen die in strijd zijn met multidisciplinaire richtlijnen, onbewezen zorg of zorg in strijd met de algemeen aanvaarde opvattingen, maken geen deel uit van de afspraken die voor 2015 gemaakt worden. Wij gaan er vanuit dat zorgaanbieders voor de start van hun behandelingen goede notie nemen of er sprake is van verzekerde of onverzekerde zorg, zoals vastgesteld door Zorginstituut Nederland (voorheen het CVZ) in de rapporten "Geneeskundige GGZ deel 1 en 2" (april 2012, juli 2013);
-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Inzet van ervaringsdeskundigen is van belang; - Zorgaanbieders bieden de mogelijkheid om de behandeling via e-health (eventueel blended) te laten verlopen; - De GGZ-instellingen betrekken de criteria vanuit cliënten—en familieperspectief zoals opgesteld door de LPGGz bij de organisatie en levering van de zorg. <p>Binnen Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is in 2013 gestart met het programma 'Zinnige Zorg, Zuivere Rekening'. Doel van dit programma is om ongepast en oneigenlijk gebruik van zorg tegen te gaan. Binnen het domein van de GGZ is binnen dit programma speciale aandacht voor verslavingszorg. Multizorg VRZ vindt het in het kader van gepast gebruik van zorg noodzakelijk om aanvullend beleid te maken op verslavingszorg en hoofdbehandelaarschap.</p> <p>Wij focussen op de volgende zaken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extra aandacht van de zorgaanbiedervoor de dynamische lijst van ZN met positieve en negatieve interventies; - Toetsing door zorgverzekeraars van het beleid en declaraties d.m.v. formele en materiële controles waarbij tevens gebruik wordt gemaakt van het rapport praktijkvariatie GGZ; - Een goede en tijdige terugkoppeling van de zorgaanbieder aan de huisarts van de verzekerde over de behandeling vanuit de GBGGZ en de GGGZ; - Het overleggen door zorgaanbieders van zorgprogramma's en zorgpaden voor 'alcohol' en 'overige middelen'; - Vormen van verslavingszorg die geen verzekerde zorg zijn (zoals gameverslaving) uitsluiten; - Met instellingen die zich specifiek richten op verslavingszorg worden over o.a. bovengenoemde punten aanvullende afspraken gemaakt binnen de zorgovereenkomsten 2015; - Machtigingsprocedure bij niet-gecontracteerde leveranciers bij klinische opnames.
<i>Transparantie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - De zorgaanbieders bieden inzicht aan verzekerden en zorgverzekeraars over algemene praktijk- of instellingsinformatie (locaties, openingstijden e.d.) het productaanbod en wat de verzekerde daarvan kan verwachten; - In het kader van transparantie is publicatie van kwaliteitsindicatoren/prestatie-indicatoren GGZ door GGZ-instellingen noodzakelijk; - De GGZ-instellingen verschaffen Multizorg VRZ inzicht in de realisatiecijfers van de geleverde prestaties GBGGZ per verzekeraar en bieden een cijfermatig inzicht in de overheveling van patiënten van de GGGZ naar de GBGGZ; - 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

	<p>inzage door zorgverzekeraars en Multizorg VRZ. De zorgaanbieder geeft hiervoor toestemming aan SBG. Uitkomsten dienen met verzekerden besproken te worden waardoor de vragenlijsten integraal onderdeel uitmaken van de behandeling;</p> <ul style="list-style-type: none"> - GGZ-instellingen beschikken over een geldig en extern getoetst kwaliteitscertificaat voor de totale organisatie en verrichten structureel metingen van de tevredenheid c.q. ervaringen van cliënt (structureel tenminste bij 75% van de cliënten) bij afsluiting behandeling door toepassing van de CQ-index of GGZ thermometer; - De GGZ-instelling heeft een gecertificeerd VMS (veiligheidsmanagementsysteem) of is gecertificeerd op het HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector)- certificatieschema voor GGZ-instellingen; - 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. Één van de bestuursleden van de instelling is expliciet als portefeuillehouder aangewezen voor kwaliteit – en daarmee veiligheid.
<p><i>Kostenbeheersing & Doelmatigheid</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - De GGZ-instellingen leveren een essentiële bijdrage aan het beleid om afbouw van klinische capaciteit te realiseren. In maximaal 12 jaar dient een derde van de bedden capaciteit te worden afgebouwd. Met GGZ-instellingen wordt op maat een afspraak gemaakt over de ambulantisering; - Versterking van de GBGGZ moet vorm krijgen door overheveling van budget van de GGGZ naar de GBGGZ; - Om doelmatigheid te toetsen kijkt Multizorg VRZ voor de doelmatigheid naar de kosten per verzekerde op instellingsniveau en op het niveau van gemiddelde kosten voor ambulante behandelingen en verblijf; - Met ingang van 1 januari 2013 zijn bandbreedtetarieven ingevoerd in de vorm van een 'max-max tarief' van + 10% boven het bestaande maximumtarief. De ondergrens is vastgesteld op – 100%. Omdat de zorgzwaartegegevens ontbreken is er geen goed zicht op de kostenpatronen van zorgaanbieders. Om die reden zullen wij zeer terughoudend omgaan met het toekennen van max-max tarieven; - Met zowel GGZ-instellingen als met grote vrijevestigde praktijken worden omzetplafonds afgesproken.

5. Inkoop 2015

5.1 Welke zorg kopen we waar in ?

Voor de GGZ-instellingen geldt dat wij zowel afspraken maken voor levering van GBGGZ en GGGZ. 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.

Afhankelijk van de aanwezigheid van de hoofdbehandelaren binnen de praktijk kunnen vrijgevestigde zorgaanbieders in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst GBGGZ 2015 of een gecombineerde zorgovereenkomst GBGGZ&GGGZ 2015. Het betreft hier vrijgevestigde gezondheidszorgpsychologen (alleen voor GBGGZ), psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters (gecombineerde zorgovereenkomst GBGGZ/GGGZ).

5.2 Ondersteuning VECOZO zorginkoopportaal

Multizorg VRZ maakt gebruik van digitale applicaties van VECOZO om de inkoop te ondersteunen. VECOZO heeft een zorginkoopportaal ontwikkeld voor verzekeraars waarin gebruik gemaakt kan worden van verschillende applicaties. Voor de GGZ-instellingen geldt dat Multizorg VRZ gebruik maakt van de onderhandelmodule. Voor de vrijgevestigde zorgaanbieders die zowel GBGGZ-zorg als GGGZ-zorg leveren, maken we gebruik van de aanvraagmodule en de contracteermodule. Meerdere verzekeraars maken inmiddels gebruik van de dienstverlening van VECOZO. Op termijn kan het zorginkoopportaal zorgaanbieders ontlasten op het gebied van administratieve lasten. Voor meer informatie: www.vecozo.nl/diensten/zorginkoopportaal.

5.3. Hoofdbehandelaarschap

Per 1 januari 2014 is vastgelegd wat de verantwoordelijkheden zijn van een hoofdbehandelaar GGZ. Op de declaraties staat wie de hoofdbehandelaar is, wat zijn beroep is en hoeveel tijd de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren aan de cliënt hebben besteed. Daarnaast heeft de minister van VWS – bij het uitblijven van een veldnorm – bepaald welke hoofdbehandelaren actief mogen zijn in GGZ. Niet alle door de minister aangemerkte behandelaren leveren zorg die primair binnen het GGZ-domein valt. Om deze reden kunnen zorgverzekeraars hierover specifieke bepalingen in hun polisvoorwaarden opnemen. De verzekeraars binnen Multizorg VRZ hanteren de volgende hoofdbehandelaren binnen de GBGGZ en GGGZ.

Hoofdbehandelaarschap binnen GBGGZ en GGGZ

Subsector	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 ¹	J	N	N	N
GZ-psycholoog	J	J	N	N

J = Ja, N= Nee

Voor zowel de specialist ouderengeneeskunde als de verslavingsarts (in profielregister van KNMG) geldt dat verzekeraars binnen Multizorg VRZ hebben aangegeven alleen in specifieke gevallen ruimte te willen geven binnen gecontracteerde GGZ-instellingen om deze behandelaren aan te merken als hoofdbehandelaren in de GGGZ.

5.4. Verwijzingen

Het is vanzelfsprekend van belang dat de juiste zorg op de juiste plek wordt aangeboden. Huisartsen vervullen hierin een belangrijke rol. Bijna driekwart van de huisartsen werkt inmiddels met ondersteuning van de POH-GGZ. Huisartsen zullen voor hun verwijzing naar de GBGGZ of GGGZ een duidelijke beschrijving moeten geven van de klachten en/of de aard van de aandoening (bijvoorbeeld vermoeden in DSM IV stoornis; depressie e.d.). Tegelijkertijd zullen zorgaanbieders een adequate terugkoppeling moeten geven aan de huisarts na afloop of tijdens het verloop van de behandeling.

5.5 Consequenties niet-contracteren

Indien zorgaanbieders niet kiezen voor een contract met Multizorg VRZ, gelden de restitutie bepalingen en vergoedingen op basis van de polisvoorwaarden. De bepalingen en vergoedingen variëren per verzekeraar. Informatie hierover is terug te vinden op de websites van verzekeraars. Aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet kan ertoe leiden dat restitutie vergoedingen bij ongecontracteerde zorg verder worden beperkt.

¹ Alleen voor product chronisch

6. Zorginkoop Generalistische Basis GGZ (GBGGZ)

De introductie van de Generalistische Basis GGZ in 2014 begint langzaam zijn vruchten af te werpen. De verzekeraars binnen Multizorg VRZ onderschrijven de verdere versterking van de keten via POH-GGZ binnen de huisartsenzorg en GBGGZ. Indien er mogelijkheden zijn om extra te investeren in de GGZ willen verzekeraars dit met name doen in de GBGGZ.

6.1 Wijzigingen in het inkoopbeleid 2015 t.o.v. 2014

Multizorg VRZ is er bij de inkoop voor 2014 van uitgegaan dat 2014 een overgangsjaar is waarbij nog geen grote verschuivingen te zien zouden zijn in de cliëntenstromen in de GGZ. In ons inkoopbeleid 2014 was daarom voor de GBGGZ een productmix opgenomen voor de prestaties GBGGZ. De verhoudingen tussen de verschillende prestaties waren daarbij gebaseerd op historische declaratiegegevens bij onze zorgverzekeraars. De verhoudingen dienden als richtsnoer voor de zorgaanbieders en afwijkingen van de productmix hadden daarom ook geen gevolgen voor de zorgaanbieders.

Intussen wijzen de ontwikkelingen in de GGZ erop dat de gewenste verschuivingen in de cliëntenstromen binnen de GGZ ook daadwerkelijk plaatsvinden. In ons inkoopbeleid voor 2015 is daarom geen productmix meer opgenomen. Ook is de bepaling dat per jaar voor een verzekerde slechts één prestatie Kort, Middel of Intensief kan worden gedeclareerd is voor 2015 komen te vervallen. Multizorg VRZ zal de ontwikkelingen in de GBGGZ monitoren en op basis van analyses en controles op extreme afwijkingen en waar nodig in overleg gaan met zorgaanbieders waar de productmix een sterke afwijking toont ten opzichte van landelijke cijfers. De beroepsverenigingen hebben aangegeven dat ook hun voorkeur uitgaat naar deze systematiek.

Na overleg met de beroepsverenigingen hebben wij voor 2015 ook de beperking voor de levering van de prestatie Chronisch tot de beroepsgroep psychiaters laten vervallen. Dat wil zeggen dat in 2015 ook klinisch psychologen, GZ-psychologen en psychotherapeuten deze prestatie kunnen leveren.

6.2. Leveranciers

Zorgaanbieders	
Praktijken	<ul style="list-style-type: none"> • vrijgevestigde BIG-geregistreerde GZ-psychologen, • klinisch psychologen, • psychotherapeuten en • psychiaters
Instellingen	<ul style="list-style-type: none"> • GGZ-instellingen • Organisaties die vanuit instellingen zijn opgericht voor het leveren van de GBGGZ

6.3 Productomschrijving

Voor een verdere toelichting op productomschrijvingen GBGGZ wordt verwezen naar de beleidsregels van de NZa, te raadplegen op de site van de NZa (<http://www.nza.nl>).

6.4 Specifieke aandachtspunten

De zorgvraagzwaarte is belangrijk om te bepalen welke prestatie kan worden gedeclareerd. De zorgaanbieder kan hiertoe gebruik maken van eventuele screeningsinstrumenten. De zorgaanbieder dient verzekerden goed te informeren over de behandelprogramma's en zorgzwaarteprofiel. Als gedurende de behandeling blijkt dat de verzekerde in een lichter of zwaarder zorgzwaarteprofiel valt dan moet de behandelaar dit aan de verzekerde kenbaar maken en mag een zwaardere of lichtere prestatie worden gedeclareerd.

Indien een GBGGZ-praktijk beschikt over een opleidingsplaats kunnen deze praktijken in 2015 in aanmerking komen voor een opslag op het Multizorg VRZ tarief (3%). De praktijk dient wel te beschikken over erkenning als opleidingsplaats. Deze wordt afgegeven door een van de zes PDO-GGZ stichtingen. Peildatum voor het in aanmerking komen voor een toeslag voor 2015 is de erkenning als opleidingsplaats in september/oktober 2014. Praktijken die samenwerken met instellingen die beschikken over een verklaring erkende opleidingsplaats en hiervoor een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met de instelling hebben, komen ook in aanmerking voor een toeslag.

Zorginkoop GBGGZ voor vrijgevestigde praktijken vindt plaats via het zorginkoopportaal van Vecozo.

6.5. Tarieven en omzetplafond

Multizorg VRZ zal begin september 2014 de vrijgevestigde zorgaanbieders zoals genoemd in 6.2 via het zorginkoopportaal van VECOZO een aanbod doen. Wij hanteren voor de meeste zorgaanbieders binnen de GBGGZ (vrijgevestigden) geen omzetplafond. Praktijken met wie wij een omzetplafond willen afspreken, worden hierover in augustus 2014 geïnformeerd.

Voor de GGZ-instellingen geldt dat GBGGZ onderdeel is van de afspraken die via VECOZO worden gemaakt.

De tarievenlijst voor de GBGGZ wordt vastgesteld na publicatie van de maximumtarieven door de NZa (juli 2014).

7. Zorginkoop Gespecialiseerde GGZ (GGGZ)

7.1. Wijzigingen inkoopbeleid 2015 t.o.v. 2014 voor vrijgevestigde GGGZ-aanbieders

Multizorg VRZ is bij de inkoop voor 2014 uitgegaan van de gedachte dat 2014 een overgangsjaar was waarbij nog geen grote verschuivingen te zien zouden zijn in de cliëntenstromen in de GGZ. In ons inkoopbeleid 2014 waren daarom voor vrijgevestigde zorgaanbieders twee overeenkomsten beschikbaar, één GBGGZ overeenkomst en één GGGZ overeenkomst. Vrijgevestigde zorgaanbieders die voldeden aan onze eisen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap voor de GGGZ konden er voor kiezen, om naast de GGGZ-overeenkomst, ook een GBGGZ-overeenkomst met ons af te sluiten. Voor 2015 is voor vrijgevestigde zorgaanbieders die voldoen aan de eisen voor het leveren van GGGZ-zorg een gecombineerde GBGGZ/GGGZ-overeenkomst opgesteld. Gezien de ontwikkelingen in de GGZ gaan we ervan uit dat ook voor deze zorgaanbieders geldt dat een deel van hun patiënten behandeld kan worden in de GBGGZ. Ook het pleidooi van de beroepsverenigingen om het leveren van de prestatie GBGGZ Chronisch mogelijk te maken voor vrijgevestigde psychotherapeuten en klinisch psychologen wijst in die richting. Voor 2015 heeft Multizorg VRZ voor vrijgevestigde zorgaanbieders geen specifieke eisen gesteld met betrekking tot het percentage substitutie van GGGZ naar GBGGZ. Multizorg VRZ zal de ontwikkelingen monitoren en op basis van analyses en controles op extreme afwijkingen waar nodig in overleg gaan met zorgaanbieders waar de productmix een sterke afwijking toont ten opzichte van landelijke cijfers.

7.2. Leveranciers

Zorgaanbieders	
Praktijken	<ul style="list-style-type: none">• Vrijgevestigde klinisch psychologen,• psychotherapeuten en• psychiaters
Instellingen	<ul style="list-style-type: none">• GGZ-instellingen• Afdelingen ziekenhuispsychiatrie (PAAZ en PUK) voor gespecialiseerde GGZ

GGZ-instellingen met een overeenkomst 2014

Alle GGZ-instellingen waarmee we voor 2014 een overeenkomst hebben afgesloten, zullen worden benaderd voor een overeenkomst 2015. Met een aantal instellingen zullen individuele inkoopgesprekken worden gevoerd. Het merendeel van de instellingen ontvangt van ons een aanbod via het VECOZO Zorginkoopportaal.

Nieuwe GGZ-instellingen

Nieuwe GGZ-instellingen kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst 2015 indien 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.

Onze visie ten aanzien van de inkoop van nieuwe instellingen binnen GGGZ is met name 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 gespecialiseerde GGZ. De ingekochte zorg moet klantgericht zijn, dat wil zeggen zicht- en meetbaar bijdragen aan het belang en de tevredenheid van verzekerden. Alle nieuwe zorgaanbieders die voor 2015 een overeenkomst met ons wensen af te sluiten, zullen een vragenlijst moeten invullen waarin we deze aspecten toetsen.

7.3 Productomschrijving

Uitgangspunt voor Multizorg VRZ is de prestaties binnen de GGGZ zoals deze zijn vastgelegd in de verschillende beleidsregels en nadere regels van de NZa. Deze zijn te raadplegen op de website van de NZa.

7.4. Specifieke aandachtspunten bij het inkoopsegment GGGZ

Vrijgevestigden

- Als er in 2014 een contractrelatie bestond tussen Multizorg VRZ en de zorgaanbieder, dan ontvangt de zorgaanbieder via VECOZO Zorginkoopportaal een aanbod van Multizorg VRZ voor GGGZ en GBGGZ. Nieuwe aanbieders kunnen een aanvraag voor een contract indienen via een aanvraagformulier dat is te downloaden van de Multizorg VRZ website;
- De zorgaanbieder voldoet aan de eisen die Multizorg VRZ stelt aan het hoofdbehandelaarschap;
- De zorgaanbieder voldoet aan de eisen voor maximale inzet van medebehandelaren;
- De maximale omvang van de praktijk bedraagt 8 fte hoofdbehandelaren (praktijken gestart na 1-1-2012);
- Het aantal behandellocaties van de praktijk bedraagt maximaal 3;
- Per behandellocatie is voor tenminste 80% van de openingsuren een hoofdbehandelaar aanwezig;
- Met enkele praktijken zullen omzetplafonds worden afgesproken;
- Voortzetting huidige beleid met maximaal aantal werkbare uren per jaar per fte hoofdbehandelaar;
- Indien een praktijk beschikt over een opleidingsplaats dan kan deze in 2015 in aanmerking komen voor een opslag op het tarief (3%). De praktijk dient wel te beschikken over erkenning als opleidingsplaats. Deze wordt afgegeven door een van de zes PDO-GGZ stichtingen. Praktijken die samenwerken met instellingen die beschikken over een verklaring erkende opleidingsplaats en hiervoor een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met de instelling hebben, komen ook in aanmerking voor een toeslag. Peildatum voor het in aanmerking komen voor een toeslag voor 2015 is de erkenning als opleidingsplaats in september/oktober 2014.

GGZ-instellingen

- De gemaakte afspraken in 2014 vormen de basis voor de afspraken die wij met u willen maken voor 2015 op het gebied van omzetplafond en tarieven. Het omzetplafond zal worden gecorrigeerd voor de overheveling van de jeugd GGZ naar de WMO. Multizorg VRZ conformeert zich aan handreiking die landelijk is opgesteld voor berekening van het correctiepercentage;
- In 2015 zullen wij scherpere afspraken maken op het gebied van substitutie naar de GBGGZ. Er zal een apart plafond worden afgesproken voor de GBGGZ, waarbij substitutie alleen mogelijk is van GGGZ naar GBGGZ;
- De instelling informeert Multizorg VRZ over de stand van zaken m.b.t. de afbouw van bedden (indien van toepassing);

- De deelprestatie beschikbaarheidcomponent crisis en de deelprestatie ECT spreken wij alleen af bij instellingen waarmee wij hierover ook in 2014 afspraken hebben gemaakt.
- GGZ-instellingen stellen de zorgpaden/zorgprogramma's in het kader van depressie en verslavingszorg beschikbaar aan Multizorg VRZ.

Nieuwe zorgaanbieders GGZ (aanvullend op bovengenoemde aandachtspunten)

- Het contracteren van nieuwe instellingen (wanneer zij in 2015 voor het eerst een overeenkomst met Multizorg VRZ aangaan) is maatwerk. Aan de hand van een vragenlijst wordt beoordeeld of zij voldoen aan onze inkoopcriteria. Een vragenlijst wordt op verzoek toegezonden (een verzoek kan ingediend worden via ggzinstellingen@multizorgvrz.nl);
- Aanvragen worden alleen in behandeling genomen als zij vóór 1 november 2014 zijn ingediend.

7.5 Financieel kader, tarieven en omzetplafonds

Het financiële kader voor de GGZ is vastgelegd in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 – 2014 en het onderhandelaarresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014 -2017. De beschikbare middelen voor de komende jaren zijn beperkt. Verzekeraars binnen Multizorg VRZ willen de GBGGZ versterken door beschikbare groei ruimte met name in deze sector in te zetten en substitutie te bewerkstelligen door budget GGGZ over te hevelen of beschikbaar te stellen voor GBGGZ.

7.5.1. Tarieven en omzetplafonds vrijgevestigden

Multizorg VRZ zal begin september 2014 de vrijgevestigde zorgaanbieders zoals genoemd in 6.2 via het zorginkoopportaal van VECOZO een aanbod doen. Wij hanteren voor de meeste vrijgevestigde zorgaanbieders binnen de GGGZ geen omzetplafond, maar een maximaal aantal declarabele uren op jaarbasis. Praktijken met wie een omzetplafond wordt afgesproken, ontvangen hierover in augustus bericht. De tarievenlijst voor de GGGZ wordt vastgesteld na publicatie van de maximumtarieven door de NZa.

7.5.2 Tarieven en omzetplafonds GGZ-instellingen

Voor de bepaling van het omzetplafond 2015 gaat Multizorg VRZ uit van de gemaakte afspraken in 2014. Het afgesproken omzetplafond 2014 vormt de basis voor het omzetplafond 2015. In het kader van de overheveling van de jeugdzorg naar de gemeenten, wordt dit plafond geschoond voor jeugd GGZ-omzet. Deze schoning gebeurt op basis van de landelijke handreiking aanpassen afspraken 2014 als gevolg van overheveling jeugd GGZ.

2014 beschouwden wij als overgangsjaar voor de GBGGZ. Wij gaan er van uit dat u dit jaar heeft gebruikt om de GBGGZ op gepaste manier vorm te geven binnen uw instelling. Voor 2015 gaan wij er van uit dat minimaal 10% van de schadelast wordt bepaald door behandelingen binnen de GBGGZ. Hiervoor maken wij onderscheid tussen een plafond voor de GGGZ en GBGGZ. Het plafond voor de GBGGZ kan niet gebruikt worden voor de GGGZ. Indien u echter meer dan 10% van uw schadelast in de GBGGZ doet, dan kunt u uw plafond voor de GGGZ tevens voor de GBGGZ aanwenden.

Daarnaast hanteert Multizorg VRZ voor de GGGZ de volgende inkoopcriteria 2015:

Criterium	Indicator	Maximale opslag op omzetplafond
1. ROM	0-25%	0,0%
	25-30%	0,5%
	30-35%	1%
	35-40%	1,5%
	40-45%	2%
	45-50%	2,5%
	≥50%	3%
2. Ambulantisering	Het totaal aantal klinische dagen in 2015 in het kader van de ZvW is met minimaal 20% gedaald ten opzichte van het totaal aantal klinische dagen 2008 voor de instelling (*).	3%

(*) De zorgaanbieder verplicht zich om bij de opbrengstverrekening informatie aan te leveren waaruit het totaal aantal gedeclareerde klinische dagen blijkt in 2015. Tevens wordt informatie uit de nacalculatie 2008 beschikbaar gesteld. Multizorg VRZ kan dit steekproefgewijs controleren in Zorgprisma. Indien blijkt dat het percentage van 20% niet wordt gerealiseerd, dan wordt – indien 3% is gehonoreerd – bij de opbrengstverrekening het omzetplafond alsnog gecorrigeerd met 3%.

Het omzetplafond wordt als volgt berekend: (voorbeeld)

Omzetplafond 2014		1.500.000
Correctie jeugd		500.000
Maximaal plafond 2015		1.000.000
Minimum plafond GGGZ	84%	840.000
Inkoopcriteria	Bijv 5%	50.000
<i>Maximum plafond GGGZ</i>		<i>890.000</i>
<i>Plafond GBGGZ</i>	<i>10%</i>	<i>100.000</i>
Totaal omzetplafond 2015		990.000

Bij de opbrengstverrekening 2015 zal het definitieve opslagpercentage worden vastgesteld (ambulantisering, peildatum ROM 1 december 2015 1 juli 2014 tot 1 juli 2015 op basis van BRAM-rapportage).

Naast bovengenoemde inkoopcriteria kunnen, indien de specifieke situatie van de zorgaanbieder hierom vraagt, maatwerkafspraken worden gemaakt. Voorbeelden hiervan zijn afspraken over de verbetering van het behandelresultaat (Δt), verhouding direct en indirecte tijd, verlaging van de gemiddelde prijs per DBC.

Tarieven 2015 GGZ-instellingen

Voor 2015 gaan we uit van een percentage van de NZa tarieven 2015. Om de substitutie naar de GBGGZ te bevorderen zullen de tariefspercentages voor de GBGGZ hoger zijn dan de tariefspercentages voor de GGGZ, verblijf en de overige producten.

Bij de vaststelling van de tarieven zullen we rekening houden met de gemiddelde DBC-prijs van de instelling en de verhouding tussen deze DBC-prijs en het behandelresultaat (bron: SBGGZ).

Na afloop van het jaar 2015 wordt de totaal gedeclareerde schade (Multizorg VRZ) van de instelling vergeleken met het afgesproken dan wel gecorrigeerde omzetplafond. Wanneer de instelling meer zorg heeft gedeclareerd vindt opbrengstverrekening plaats. De wijze waarop dit wordt uitgevoerd treft u aan in onze overeenkomst. Deze afrekening zal vanwege de lange doorlooptijd van DBC's GGZ pas plaatsvinden tussen uiterlijk 1 mei en 30 juni 2017. Op 1 september 2017 moeten de zorgverzekeraars de GGZ-cijfers over 2015 aanleveren aan de NZa.

8. Processen en procedures

8.1. Inkoopproces

Landelijk is er veel aandacht voor het vervroegen van het contracteerproces. Daarom is ons streven om voor 1 november 2014 zoveel mogelijk zorgovereenkomsten te hebben afgesloten. Voor de verzekeren is het belangrijk dat zij tijdig weten waar zij voor hun zorg terecht kunnen en dat het dus duidelijk is welke zorg bij welke zorgaanbieder is ingekocht. Een versnelling in het contracteerproces biedt bovendien voor u voordelen ten aanzien van uw liquiditeitspositie en bedrijfsvoering.

8.2 Digitale contractering vrijgevestigde GGZ-zorgaanbieders

Multizorg VRZ maakt gebruik van digitale applicaties van VECOZO om de inkoop te ondersteunen. VECOZO heeft een zorginkoopportaal ontwikkeld voor verzekeraars waarin gebruik gemaakt kan worden van verschillende applicaties. Voor de GGZ-instellingen geldt dat Multizorg VRZ gebruik maakt van de onderhandelmodule. Voor de vrijgevestigde zorgaanbieders die zowel GBGGZ-zorg als GGGZ-zorg leveren maken we gebruik van de uitvraagmodule en de contracteermodule. Meerdere verzekeraars maken inmiddels gebruik van de dienstverlening van VECOZO. Op termijn kan het zorginkoopportaal zorgaanbieders ontlasten in op het gebied van administratieve lasten. Voor meer informatie: www.vecozo.nl/diensten/zorginkoopportaal.

8.3 Contractuele voorwaarden

Multizorg VRZ kent 3 contractvormen:

1. Een zorgovereenkomst voor aanbieders Generalistische Basis GZZ
2. Een zorgovereenkomst voor aanbieders GBGGZ en GGGZ voor vrijgevestigden
3. Een zorgovereenkomst voor GGZ-instellingen voor Gespecialiseerde GGZ, Langdurige GGZ (indien klinische capaciteit) en Generalistische Basis GGZ

De standaardovereenkomsten zijn te raadplegen op de website van Multizorg VRZ (www.multizorgvrz.nl/ggz). De overeenkomsten moeten worden gelezen in samenhang met de Algemene Inkoopvoorwaarden van Multizorg VRZ. Multizorg VRZ sluit de overeenkomsten in principe voor één kalenderjaar. Meerjarenafspraken (2015 en 2016) worden echter niet uitgesloten.

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. In bijlage 2 bij dit inkoopdocument vindt u een aantal relevante items waarop verzekeraars hun controles op het terrein van de GGZ kunnen uitvoeren. Voor meer informatie verwijzen wij u naar de individuele controleplannen van de verzekeraars.

8.4 Planning

Begin juli 2014	Publicatie inkoopbeleid op de website Multizorg VRZ
1 augustus 2014	Publiceren standaardovereenkomsten GBGGZ en GGGZ op website Multizorg VRZ.
1 augustus – 1 november 2014	Zorginkoopprocedure GGZ-instellingen/Zorginkoopportaal Vecozo
Augustus 2014	Informeren praktijken GBGGZ en/of GGGZ omzetplafond
1 september – 15 oktober 2014	Zorginkoopprocedure GGZ-vrijgevestigden (GBGGZ en GGGZ) via digitaal contracteren VECOZO.
16 oktober 2014	Sluiting zorginkoopprocedure GGZ-vrijgevestigden
1 november 2014	Sluiting termijn aanvragen nieuwe zorgaanbieders 2015
15 november 2014	Publicatie gecontracteerde zorgaanbieders op sites zorgverzekeraars

8.5 Heeft u vragen ?

Indien u vragen heeft over het inkoopbeleid of over onze procedures: Raadpleeg onze website www.multizorgvrz.nl (zie zorgsoort GGZ). Ook kunt u een mail sturen aan ggz@multizorgvrz.nl (vrijgevestigde GBGGZ of GGGZ-aanbieders) of ggzinstellingen@multizorgvrz.nl (GGZ-instellingen).

Disclaimer

Wij hebben bij de samenstelling van dit document grote zorgvuldigheid toegepast, echter de mogelijkheid bestaat dat bepaalde informatie niet meer correct is of dat er aanpassingen zijn. Er kunnen op geen enkele wijze rechten worden ontleend aan, noch aanspraak gemaakt worden op zaken op basis van de inhoud van dit document

Bijlagen

Bijlage 1. LPGGZ zorginkoopcriteria GGZ 2015, 25 april 2014

Bijlage 2. Relevante controle-items GGZ verzekeraars Multizorg VRZ

Bijlage 2 Relevante controle-items GGZ verzekeraars Multizorg VRZ

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. In deze bijlage vindt u een aantal relevante items waarop verzekeraars hun controles op het terrein van de GGZ kunnen uitvoeren. Voor meer informatie verwijzen wij u naar de individuele controleplannen van de verzekeraars.

GGZ

1.	Declareren van meerdere prestaties GBGGZ bij één verzekerde in één jaar
2.	Significante afwijkingen van gemiddelden in de produktmix GBGGZ + GGGZ
3.	Verhouding directe en indirecte tijd hoofd- en medebehandelaren in SGGGZ en GBGGZ
4.	Adequate verwijzingen (AGB code verwijzer)
5.	Samenloop declaraties GBGGZ en GGGZ per verzekerde binnen één instelling
6.	Monitoring AO/IC verklaring (GGGZ)
7.	Controle op hoofdbehandelaarschap conform polisvoorwaarden of afspraken binnen zorgovereenkomst.
8.	Controle op meerdere DBC's per instelling per verzekerde
9.	In- en uitsluitingscriteria klinische opname alcoholverslaving
10.	Diagnostiek DBC's in combinatie met behandel DBC's per instelling per verzekerde



LPPGGz

Zorginkoop GGz 2015

Criteria & accenten vanuit cliënten-/familieperspectief

Utrecht, 25 april 2014
s.makkink@platformggz.nl

Voorwoord - Altijd burger, soms cliënt

Vanwege de noodzaak tot beheersing van de kostengroei, maar ook vanwege inhoudelijke kwaliteitsoverwegingen, is de GGz volop in beweging. Het streven is om burgers met een achtergrond van (ernstige) psychische problemen in staat te stellen zo optimaal mogelijk in de samenleving te gaan -, en/of te blijven participeren. Dit is precies wat veel cliënten ook dolgraag willen, waarbij het opvallend is dat in veel gevallen 'de aandoening of stoornis' niet als de belangrijkste belemmering wordt gezien.

In het kader van de Week van de Psychiatrie 2014 met als thema 'Baas in eigen leven' werd dit voorjaar door het LPPGGz een meldactie uitgevoerd met opvallende en, in het kader van de uitvoering van het Bestuurlijk Akkoord GGz, ook zeer inspirerende uitkomsten. Cliënten geven aan dat zij het in eerste instantie toch echt moeten hebben van hun eigen inzet en initiatief, de eigen kracht en doorzettingsvermogen. Vervolgens komen sociale contacten en familie aan bod en daarnaast ook de ondersteuning van de hulpverlening. Werk, betaald en onbetaald, scoort ook hoog, evenals voldoende inkomen, hobby's en adequate huisvesting.

Welzijn, mogelijkheden tot sociale en maatschappelijke participatie, en GGz-zorg zijn communicerende vaten werd opnieuw in een nutshell door de uitkomsten van de meldactie geïllustreerd. De natuurlijke consequenties voor het te voeren zorginkoopbeleid 2015 van de zorgverzekeraars zijn duidelijk:

- ✓ **Bevorder werkwijzes, werkvormen, initiatieven en organisaties die er op gericht zijn om cliënten in hun eigen kracht te zetten, te empoweren, te bemoedigen**
Enerzijds gaat het hierbij om herstelondersteuning binnen de GGz-zorg, maar anderzijds met name ook over het stimuleren/faciliteren van onafhankelijke herstel-/zelfregiecentra, gedragen door met name ervaringsdeskundigen, functionerend op het snijvlak van zorg en welzijn.
- ✓ **Stimuleer het blijvend betrekken van de directe sociale en maatschappelijke omgeving van de cliënt bij de zorg- en dienstverlening aan de cliënt**
Familie/verwanten/vrienden, kortom het sociale netwerk, zijn voor cliënten minstens zo belangrijk als voor ieder ander. Hetzelfde geldt voor werkgevers en andere voor de cliënt relevante actoren. Sluit de sociale, maatschappelijke context niet buiten. Maak hiertoe afspraken met zorgaanbieders.
- ✓ **Stimuleer samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders en maatschappelijke actoren (m.b.t. huisvesting, werk, inkomen, opleiding, etc.) opdat de sociale, maatschappelijke participatiemogelijkheden optimaal zijn. Maak daartoe als zorgverzekeraars ook afspraken met b.v. de gemeenten.**
De ontwikkeling van een adequate maatschappelijke steunstructuur, waar ambulante ggz-zorg deel van uit maakt, vergt zorgvuldige aandacht. Het belang ervan voor de zorgverzekeraar is groot; het is een voorwaarde voor verantwoorde beddenreductie.

Op geleide van deze uitgangspunten komen we als LPPGGz voor 2015 tot de volgende zorginkoopcriteria voor de GGz.

1. Herstel/zelfregie op het snijvlak van zorg en welzijn

Mensen met een achtergrond van (ernstige) psychische problemen hebben de ondersteuning nodig vanuit een samenhangend zorg- en welzijnsarrangement, waarin zij zelf een belangrijke positie hebben. Nederland kent daartoe een rijke schakering aan cliënten-/familie-initiatieven, cliëntensteunpunten, regionale cliëntenorganisaties. Vanuit deze onafhankelijke 'herstel-/zelfregiecentra' worden burgers ondersteund om sociale en maatschappelijke rollen te behouden en/of te herwinnen, al of niet met daarnaast hulp van reguliere professionals. Deze centra werken veelal op basis van het principe van halen en brengen, waarbij deelnemers zowel afnemers als verleners zijn van de dienstverlening. Eén en ander is vergelijkbaar met initiatieven in Engeland zoals 'recovery colleges' die door de landelijke overheid worden gestimuleerd.

Een doorontwikkeling -, en het streven naar een landelijke dekking van -, de Nederlandse herstel-/zelfregiecentra biedt goede kansen om de ambities/dromen van cliënten waar te maken, en sluit aan op het streven van de ggz-partijen in het kader van het Bestuurlijk Akkoord.

Enerzijds worden deelnemers in de herstel-/zelfregiecentra gefaciliteerd om zelf in hun kracht te komen, en worden er trainingen, cursussen, opleidingen verzorgd. Anderzijds vormen deze centra ook de uitvalsbasis voor ervaringswerkers in FACT-teams, in Wijkteams, bij Huisarts/POH, de BasisGGz en de Gespecialiseerde GGz.

Opschaling van samenwerkingsafspraken van gemeenten en zorgverzekeraars met herstel-/zelfregiecentra is op dit moment noodzakelijk teneinde de potentie ervan optimaler te kunnen benutten.

Zorginkoopcriterium

De zorgaanbieder faciliteert, in samenspraak met de zorgverzekeraar, het regionale herstel-/zelfregiecentrum in financiële zin op substantiële wijze. Of faciliteert de totstandkoming ervan, indien nog niet aanwezig.

Toetsingsopties

Uitvraag bij het herstel-/zelfregiecentrum, de regionale cliënten-/familieorganisatie (RCO), het LPGGz

Het Kenniscentrum Phrenos stelt in opdracht van de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) een Plan van Aanpak op voor mensen met (ernstige) psychische problemen die gebaat zouden zijn bij een samenhangend netwerk van zorg en welzijnsvoorzieningen. In de tussenrapportage van maart 2014 wordt terecht gepleit voor regionale 'herstel-/zelfregiecentra'.

2. Herstelondersteunende zorg

Cliënten willen maar één ding: een zo goed mogelijk leven. Het liefst zonder blijvende psychische of andere klachten. Of, als het niet anders kan, een alleszins bevredigend bestaan met de aandoening en met behoud van kwaliteit van leven.

Het behoud en/of terugwinnen van de eigen regie over het eigen leven, de ontwikkeling van nieuwe betekenissen en doelen vormen samen de kern van herstel. Herstelen doen cliënten zelf, maar zij hoeven het niet alleen te doen.

Herstelondersteunende zorg faciliteert het individuele herstelproces van de cliënt. Zorg die zich niet uitsluitend richt op het terugdringen van symptomen en klachten, maar zorg die de cliënt de ruimte en het perspectief biedt om zijn eigen leven in te richten, volgens zijn eigen wensen, passend bij wie hij is en wil zijn. Herstelondersteunende zorg vergt derhalve een integrale benadering, waarbij oog is voor alle levensterreinen.

Herstelondersteunende zorg vereist ook vroegtijdigheid en continuïteit. Dit betekent bij de start van de ggz-interventie de eigen betekenisgeving van de cliënt in beeld hebben m.b.t. het leven dat hij leidt en wil gaan leiden. Niet tegen het einde van de interventie pas nadenken over hoe de cliënt zijn leven weer kan oppakken, maar zijn behoeften, wensen en dromen als rode draad hanteren in de planning en uitvoering van de zorg.

Zorginkoopcriterium

De zorgaanbieder verleent adequate herstelondersteunende zorg.

Toetsingscriteria

1. De aanwezigheid van een vastgesteld visie- en beleidsplan m.b.t. herstelondersteunende zorg
2. Inzet ervaringsdeskundigheid (zie uitwerking elders in deze notitie)
3. Facilitering onafhankelijke cliëntondersteuning (wegwijsfunctie m.b.t. zorg, sociale - en maatschappelijke participatie)
4. Aanbod van de cursus 'Herstellen doe je zelf' – evidence based <http://www.kenniscentrum-ze.nl/scholing/cursus-herstellendoejezelf/>
5. Aanbod herstelwerkgroepen; bij voorkeur georganiseerd door externe partijen (b.v. regionale cliëntenorganisaties) om focus op het cliënten- en het herstelperspectief te borgen
6. Beschikbaarheid Wellness Recovery Action Plan (WRAP) - een evidence based zelfhulpinstrument
http://www.kenniscentrumphrenos.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=826&Itemid=179
7. De zorgaanbieder maakt gebruik van de Triadekaart, Crisiskaart of een ander hulpmiddel om te komen tot een heldere taakverdeling met familie. De afspraken zijn terug te vinden in het EPD
8. Deskundigheidsbevordering beroepsbeoefenaren m.b.t. herstelondersteunende zorg
9. Toepassing meetinstrumenten rondom herstel zoals b.v. de Recovery Oriented Practices Index (ROPI), Mental health recovery measure (MHRM), etc.

Toetsing

1. Uitvraag bij de zorgaanbieder, de cliëntenraad, de familierraad, RCO's (Regionale CliëntenOrganisaties) familie-/cliëntenorganisaties.
2. Audits, visitaties, kwalitatief onderzoek vanuit cliëntenperspectief met ervaringsdeskundige co-onderzoekers (informatie bij LPGGz)

3. Familieperspectief

De positie en rol van familie en/of naastbetrokken is voor de kwaliteit van de zorg van groot belang. Familie en naastbetrokkenen vormen het primaire sociale netwerk, beschikken over ervaringskennis, helpen met behoeften als onderdak, voeding en financiële hulp, geven emotionele ondersteuning, reageren op crisissen en nemen soms de rol op zich van casemanager. Als hulpverleners deze functies erkennen, kunnen ze familie en naastbetrokkenen ondersteunen in de taken die herstelbevorderend zijn voor het familielid in zorg. Het betrekken van de familie bij de planning en uitvoering van de zorg is onder andere om deze redenen geïndiceerd.

Zorginkoopcriterium

De positie van de familie/naastbetrokkenen van de cliënt is bij de zorgverlening geborgd.

Toetsingscriteria

Familiebeleid

1. Aanwezigheid vastgesteld familiebeleid, opgenomen in de kwaliteitscyclus van de aanbieder
2. Familiegegevens opgenomen in cliëntregistratiesysteem, middels een eigen tabblad
3. Adequate informatievoorziening voor familie (zoals o.a. vastgelegd in de tweezijdige leveringsvoorwaarden ondertekend door GGZ Nederland)
4. Heldere taakverdeling hulpverlener, cliënt, familie (vastgelegd in b.v. de Triadekaart van Ypsilon)
5. Ondersteuning familie op basis van wensen/behoefte familie (o.a. lotgenotencontact)
6. Vast en toegankelijk aanspreekpunt voor familie bij de zorgaanbieder
7. Scholing hulpverleners in omgang met familie
8. Een klachtenregeling voor klachten van familie
9. Er vindt familiewaarderingsonderzoek plaats als onderdeel van de kwaliteitscyclus
10. Beschikbaarheid van aanbod m.b.t. informatie en ondersteuning voor familie: informatieavonden, cursussen (b.v. psycho-educatie).

11. Aanstelling van betaalde familie-ervaringsdeskundigen

Triadekaart

1. De zorgaanbieder maakt gebruik van de Triadekaart, Crisiskaart of een ander hulpmiddel om te komen tot een heldere taakverdeling
2. De afspraken uit het Triadegesprek, de Crisiskaart, zijn terug te vinden in het EPD

Familieraad

1. De zorgaanbieder heeft een familieraad, die o.a. betrokken wordt bij de planning- en controlcyclus
2. De familieraad heeft een samenwerkingsovereenkomst met de zorgaanbieder
3. Er is informatiemateriaal beschikbaar over de familieraad als onderdeel van de informatievoorziening aan de familie

Familievertrouwenspersoon

1. Er is een familievertrouwenspersoon (FVP)
2. De onafhankelijkheid van FVP is geborgd

Familieorganisaties (regionaal, landelijk)

1. De zorgaanbieder maakt familie attent op familieorganisaties (foldermateriaal, website, contactpersoon van een regionale afdeling)
2. Familieorganisaties worden ondersteund door de zorgaanbieder (financieel, in natura)
3. De zorgaanbieder werkt samen met familieorganisaties
4. De zorgaanbieder faciliteert lotgenotencontactgroepen die door familieorganisaties worden georganiseerd.

Toetsingsopties

1. Uitvraag bij de zorgaanbieder, de familieraad, de cliëntenraad, RCO's (Regionale CliëntenOrganisaties), familie-/cliëntenorganisaties.
2. Uitkomsten familiewaarderingsonderzoek
3. Audits, visitaties, kwalitatief onderzoek vanuit familieperspectief met ervaringsdeskundige co-onderzoekers (informatie bij LPGGz)

4. Inzet ervaringsdeskundigheid

Ervaringskennis is, naast wetenschappelijke - en professionele kennis, de derde belangrijke kennisbron voor de zorg. Ervaringskennis (zowel vanuit het cliënten-, als het familieperspectief) wordt o.a. ontsloten en benut door de inzet van ervaringsdeskundigen in de zorg.

Zorginkoopcriterium

De inzet van ervaringskennis is door de inzet van betaalde ervaringsdeskundigen geborgd.

Toetsingscriteria

- De aanwezigheid van een vastgesteld visie- en beleidsplan m.b.t. de inzet van ervaringsdeskundigheid o.a. in relatie tot herstelondersteunende zorg
- Een aandachtsfunctionaris ervaringsdeskundigheid (coördinerend, ondersteunend, ontwikkelend)
- Functiebeschrijvingen en profielschetsen voor ervaringsdeskundigen (balans tussen functiegebonden- en ervaringsdeskundigheidscompetenties).
- Functies op diverse niveaus binnen de instelling (van MBO tot Academisch); zowel in de uitvoering van de zorg als op management en bestuurlijk niveau (balans tussen functiegebonden- en ervaringsdeskundigheidscompetenties).
- Minimaal 2 ervaringsdeskundigen binnen zorgteams, FACT-teams
- Specifiek scholingsaanbod, intervisie en supervisie voor ervaringsdeskundigen; bij voorkeur aangeboden door externe partijen (b.v. regionale cliëntenorganisatie, herstel-/zelfregiecentrum) om focus op het cliëntenperspectief te borgen

Toetsingsopties

1. Uitvraag bij de zorgaanbieder, de cliëntenraad, de familieraad, RCO's (Regionale CliëntenOrganisaties), familie-/cliëntenorganisaties, LIVE (Landelijk steunpunt Inzet Van Ervaringsdeskundigheid in de GGz - <http://www.live-ervaringsdeskundigheid.nl/>).
2. Uitvraag bij de zorgaanbieder van: het aantal (betaalde) ervaringsdeskundigen; in welke functies zij actief zijn; de ureninzet.
3. Audits, visitaties, kwalitatief onderzoek vanuit cliëntenperspectief met ervaringsdeskundige co-onderzoekers (informatie bij LPGGz)

5. Crisiskaart©

Voortvloeiend uit de afspraken in het bestuurlijk akkoord GGz over het versterken van mogelijkheden tot zelfmanagement ondertekenden de GGz-partners op 19 juli 2013 een verklaring waarmee men zich commiteerde aan het bevorderen van het gebruik van de onafhankelijke crisiskaart en de realisering van adequate randvoorwaarden per uiterlijk 1-1-2015. Naast het Landelijk Platform GGz gaat het hierbij om de volgende organisaties: GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (V&VN SPV) en Zorgverzekeraars Nederland.

Zorginkoopcriteria

1. De zorgaanbieder informeert cliënten over de Crisiskaart ©
2. De zorgaanbieder faciliteert de mogelijkheden voor cliënten om een Crisiskaart © op te stellen door afspraken te maken met crisiskaartprojecten.

Toetsingsopties

- Uitvraag bij de zorgaanbieder, de cliëntenraad, de familieraad, RCO's (Regionale CliëntenOrganisaties), familie-/cliëntenorganisaties.
- Kwalitatief onderzoek vanuit cliëntenperspectief met ervaringsdeskundige co-onderzoekers (informatie bij LPGGz)

6. Dwang en drang

In Nederland wordt er opvallend meer gesepareerd dan in andere landen. In het Bestuurlijk Akkoord 2012 zijn hierover de volgende afspraken gemaakt:

- ✓ Zorgaanbieders streven ernaar om het gebruik van dwangtoepassingen verder terug te dringen.
- ✓ Afgesproken wordt dat dwang alleen wordt toegepast als ultimum remedium.
- ✓ Zorgaanbieders zorgen er voor dat de patiënt tijdens de separaties altijd de mogelijkheid heeft voor persoonlijk contact.
- ✓ Separatie is zo kort, humaan en veilig als mogelijk. Als sprake is van langere separatie dan wordt na één week interne en na zes weken externe consultatie ingezet.
- ✓ Over de registratie van dwangtoepassingen wordt binnen de instellingen aantoonbaar gerapporteerd en deze rapportage wordt gebruikt om de eigen handelwijze te evalueren en bij te stellen.
- ✓ Alle GGZ-instellingen registreren vrijheidsbeperkende maatregelen in de gehele instelling met behulp van de argus-dataset en leveren de gegevens van de Argus registratie aan een landelijke database. De prestatie-indicator Insluiting en Dwangmedicatie (kernset Prestatie-indicatoren GGZ, 2.4, Zichtbare Zorg) sluit aan op de Argus-registratie.

Het gericht streven naar terugdringen van dwang, zoals vastgelegd in het Bestuurlijk Akkoord 2012, vraagt om veranderingen in zowel de cultuur van de organisatie, de structuur en de werkwijze.

Zorginkoopcriterium

De zorgaanbieder maakt aantoonbaar werk van het vermijden / het terugdringen van dwang en drang.

Toetsingscriteria

1. Instellingsbreedbeleid en gedeelde visie m.b.t. vermijden / terugdringen dwang en drang
2. De instelling maakt werk van HIC (High Intensive Care)
3. Structurele borging initiatieven/projecten gericht op dwangreductie b.v. crisiskaart, wilsverklaring, triadekaart en/of zelfbindingsverklaring.
4. Structureel dataverzameling via Argus van dwang en terugkoppeling naar afdeling, management, directie en bestuur, externe stakeholders

Toetsingsopties

1. Registratiecijfers Argus – vergelijking maken met vergelijkbare aanbieders.
2. Uitvraag bij de zorgaanbieder, de cliëntenraad, de familieraad, RCO's (Regionale CliëntenOrganisaties), familie-/cliëntenorganisaties.
3. Audits, visitaties, kwalitatief onderzoek vanuit cliëntenperspectief met ervaringsdeskundige co-onderzoekers (informatie bij LPGGz)

7. ROM vanuit cliëntenperspectief

Vrijwel alle zorgaanbieders zijn volop bezig met het verzamelen van uitkomsten van periodiek effectonderzoek in het kader van ROM (Routine Outcome Monitoring).

Doelen van ROM zijn:

- I. het in beeld brengen van de voortgang van de behandeling/begeleiding van de individuele cliënt;
- II. het vergelijken van de effectiviteit van verschillende werksoorten en afdelingen binnen de instelling;
- III. het vergelijken van de effectiviteit van verschillende zorgaanbieders.

Vooralsnog ligt het accent van de inspanningen m.b.t. het vergaren van ROM-uitkomsten met name op: III. het vergelijken van de effectiviteit van verschillende zorgaanbieders. Oftewel op het extern verantwoorden van de effectiviteit van de geleverde behandeling/begeleiding.

Terugkoppeling van uitkomsten aan de individuele cliënt en zijn behandelaar, en op geaggregeerd niveau aan de cliëntenraad en aan de familieraad, versterkt de positie van de cliënt en verbetert de kwaliteit van de zorg:

- de cliënt krijgt inzicht in de voortgang van zijn behandeling/begeleiding
- de beschikbaarheid van uitkomstgegevens versterkt het principe van Shared Decision Making met de behandelaar
- de uitkomstgegevens maken een eventueel benodigde tijdige bijstelling van de behandeling/begeleiding mogelijk
- op geaggregeerd niveau kunnen ROM-uitkomsten de basis vormen voor kwaliteitsverbeteringsinitiatieven.

Zorginkoopcriteria

1. De zorgaanbieder verzorgt de terugkoppeling van ROM-uitkomsten aan de individuele cliënt op een toegankelijke, heldere, bruikbare wijze na afname van het ROM-meetinstrument.
2. De zorgaanbieder geeft de bespreking van ROM-uitkomsten van de individuele cliënt een plaats binnen de evaluatiecyclus van behandeling en begeleiding.
3. De zorgaanbieder informeert de cliëntenraad periodiek over de uitkomsten van ROM-metingen op geaggregeerd niveau.

Toetsingsopties

1. Uitvraag bij de zorgaanbieder, de cliëntenraad, de familieraad
2. Audits, visitaties, kwalitatief onderzoek vanuit cliëntenperspectief met ervaringsdeskundige co-onderzoekers (informatie bij LPGGz)

8. Empowerende mental e-health

Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren is volop in ontwikkeling. Hierbij kan het gaan om:

- ✓ Informatie voor de cliënt: ervaringenuitwisseling, etalage-informatie, kwaliteits- en keuzeinformatie, etc..
- ✓ Zelfhulp: zelftests, tips, adviezen, etc.
- ✓ Zelfregie versterkende app's
- ✓ Online behandelingen (al of niet anoniem)
- ✓ Blended behandelingen: online & face-to-face
- ✓ Zorg op afstand / telezorg
- ✓ Etc.

Er is enige evidence dat het gebruik van e-mental health kosteneffectief is en de zelfregie, het zelfmanagement van cliënten ondersteunt.

De ontwikkeling en implementatie van e-mental health verloopt desalniettemin moeizaam. Sites en toepassingen die door ervaringsdeskundigen en/of samen met ervaringsdeskundigen zijn ontwikkeld blijken meer aan te sluiten bij de beleving en behoeften van de eindgebruiker, i.c. de cliënt, gezien de bezoekersaantallen. Voorbeelden hiervan zijn www.proud2beme.nl of www.ervaringswijzer.nl

Zorginkoopcriteria

1. De zorgaanbieder betreft cliënten/ervaringsdeskundigen bij de ontwikkeling en implementatie van e-mental health –toepassingen.
2. De zorgaanbieder stelt cliënten/ervaringsdeskundigen/cliënteninitiatieven in staat zelf e-mental health –toepassingen te ontwikkelen en te implementeren.

Toetsingsopties

- Uitvraag bij de zorgaanbieder, de cliëntenraad, de familierraad, cliënteninitiatieven
- Kwalitatief onderzoek vanuit cliëntenperspectief met ervaringsdeskundige co-onderzoekers (informatie bij LPGGz)

9. Somatische zorg in de GGz

De lichamelijke gezondheidstoestand van mensen met ernstige psychiatrische problemen is slecht. Uit onderzoek naar lichamelijke klachten blijkt de helft van alle cliënten een somatische aandoening te hebben. Daarnaast is hun levensverwachting 15-25 jaar korter dan die van mensen uit de algemene bevolking.

Naast onnatuurlijke vroegsterfte door suïcide en ongelukken, zijn cardiovasculaire aandoeningen de belangrijkste oorzaak voor de verhoogde mortaliteit. De risicofactoren voor somatische complicaties en hart- en vaatziekten, zoals veel roken, slecht voedingspatroon, overgewicht, verhoogde kans op diabetes en weinig lichaamsbeweging, zijn vrijwel allemaal aanwezig bij deze cliënten. Behandelaren ontdekken de klachten en aandoeningen vaak niet of pas laat.. Ook spelen soms angst en een grotere pijntolerantie een belangrijke rol voor cliënten om gezondheidszoekend gedrag en een bezoek aan de huisarts uit te stellen.

Vroege herkenning van somatische complicaties en vroegtijdige behandeling met o.a.

leefstijlinterventies, dragen positief bij aan het verbeteren van de gezondheidstoestand van de cliënt, zijn functioneren en de kwaliteit van leven.

Ondanks bovenstaande wetenschap blijft de implementatie van systematische somatische screening en behandeling een moeizaam proces en gaan verbeteringen langzaam. Het beperkte urgentiebesef leidt er mede toe dat de noodzakelijke samenwerking tussen huisartsen en GGZ-professionals slechts moeizaam tot stand komt.

Het is van het grootste belang dat de somatische zorg voor cliënten op korte termijn fundamenteel wordt verbeterd.

Zorginkoopcriterium

De zorgaanbieder biedt adequate somatische zorg.

Toetsingscriteria

1. Een adequaat somatiek- en voedingsbeleid met cliënteninbreng
2. Een portefeuillehouder somatiek met doorzettingsmacht
3. Samenwerkingsafspraken huisarts en ggz-behandelaar
4. Mondzorg onderdeel van somatiekbeleid
5. Deskundigheid(-sbevordering) externe professionals (o.a. huisartsen, tandartsen) m.b.t. werking en bijwerking van medicijnen (psychofarmaca)
6. Standaard periodiek somatische screening met terugkoppeling uitslag naar cliënten
7. Voorlichting aan cliënten over somatische problemen en somatische zorg, met inschakeling van ervaringsdeskundigen
8. Sport- en leefstijlprogramma's, (financieel) laagdrempelige toegankelijkheid sportfaciliteiten
9. Somatische informatie integraal onderdeel behandelplan/behandeldossier
10. Laagdrempelige toegang tot somatische professional, al of niet in de instelling
11. Bijscholing ggz-professionals m.b.t. somatiek

Toetsingsopties

- Uitvraag bij: de zorgaanbieder, de cliëntenraad, de familieraad, regionale cliënten-/familieorganisaties, etc.
- Kwalitatief onderzoek vanuit cliëntenperspectief met ervaringsdeskundige co-onderzoekers (informatie bij LPGGz)

Met dank aan het Regionaal Expert Team (RET) Amsterdam en Noord-Holland, Zorgbelang Noord-Holland en Cliëntenbelang Amsterdam.

Meer informatie: <http://www.cliëntenbelangamsterdam.nl/onderzoeken-3869.html>

10. Samenwerking met cliënten-/familie-initiatieven

Over het behoud en/of terugwinnen van de eigen regie over het eigen leven, de ontwikkeling van nieuwe betekenissen en doelen, het participeren in het sociale en maatschappelijke rolverkeer is veel specifieke ervaringskennis aanwezig bij cliënten- en familie-organisaties, bij cliënten- en familie-initiatieven. Deze kennis en deskundigheid is van essentieel belang voor cliënten en sluit veelal synergetisch aan op de reguliere professionele expertise.

Samenwerking tussen zorgaanbieders en deze organisaties/initiatieven is derhalve geïndiceerd. Hierbij kan het gaan om b.v. de volgende vormen van dienstverlening:

- Organiseren van lotgenotencontact en zelfhulp
- Herstelwerkgroepen
- Training, coaching, opleiding ervaringsdeskundigen
- Training, coaching hulpverleners m.b.t. het cliënten-, familie- en/of het herstelperspectief
- Informatievoorziening voor cliënten m.b.t. zorg en aanpalende domeinen
- Cliëntondersteuning en familieondersteuning
- Crisiskaartconsulent
- Verzamelen cliënt- en familie-ervaringen, audits, kwaliteitstoetsingen vanuit cliëntenperspectief en familieperspectief

Op het gebied van arbeid hebben een scala aan cliëntgestuurde projecten veel expertise in huis m.b.t. het door cliënten zelf vormgeven van werksituaties.

Zorginkoopcriteria

1. De zorgaanbieder heeft samenwerkingsafspraken met cliënten- en familie-organisaties, cliënten- en familie-initiatieven.
2. De zorgaanbieder koopt diensten in bij deze organisaties en initiatieven.

Toetsing

Uitvraag bij de zorgaanbieder, RCO's (Regionale CliëntenOrganisaties), cliënten-/familieorganisaties

11. Van kwaliteitsmeting naar kwaliteitsverbetering

Kwantitatieve kwaliteitsmetingen in de GGz vinden o.a. plaats op basis van effectmeting (ROM) en meting van cliëntwaardering (o.a. Cliëntthermometer, CQI).

Zeker bezien vanuit cliëntenperspectief is het van groot belang dat de achtergrond van opvallende uitkomsten in beeld komen, zodat gewerkt kan worden aan kwaliteitsverbetering. Op basis van b.v. de CQI weet een zorginstelling wat cliënten vinden, maar nog niet waarom ze het vinden.

Verdiepend kwaliteitsonderzoek op basis van b.v. CQ-uitkomsten met de inzet van ervaringsdeskundige co-onderzoekers en een mede-opdrachtgeverschap van de cliënten-/familieraad blijken in de praktijk een absolute meerwaarde te hebben.

Met de inzet van ervaringsdeskundigen komen snel en effectief ervaren knelpunten van cliënten in beeld en komen gerichte aanbevelingen voor de zorgaanbieder beschikbaar om te komen tot kwaliteitsverbeteringen.

Het verdient aanbeveling om kwalitatief verdiepend onderzoek vanuit het cliënten-/familieperspectief door een onafhankelijke organisatie uit te laten voeren. Contact evt. het LPGGz voor suggesties.

Zorginkoopcriterium

De zorgaanbieder neemt cliënt-/familie-ervaringen m.b.t. de kwaliteit van de zorg aantoonbaar serieus door in overleg met de cliënten-/familieraad, op basis van uitkomsten van kwantitatief onderzoek en binnengekomen signalen, gericht in te zetten op kwalitatief onderzoek vanuit cliënten-/familieperspectief op basis waarvan verbeteracties worden ingezet.

Toetsing

Uitvraag bij de zorgaanbieder, de cliëntenraad, de familieraad

Inkoop 2015 - algemeen

I. Vergoeding lidmaatschap/cursus van een bij het LPGGz aangesloten ggz-clieuten- en/of familieorganisatie

Cliënten- en familieorganisaties vervullen, naast het bieden van lotgenotencontact, een belangrijke rol bij het verzamelen van individuele ervaringen en het op basis daarvan komen tot ervaringskennis. Naast wetenschappelijke en professionele kennis is de beschikbaarheid van ervaringskennis een belangrijke voorwaarde om te komen tot kwalitatief goede zorg. Veel zorgverzekeraars hechten om deze redenen belang aan het faciliteren van hun verzekerden om zich aan te sluiten bij een ggz-clieuten en/of familieorganisatie.

Het betreft de volgende zorgverzekeraars/merken: AGIS, Avéro Achmea, Amersfoortse, De Friesland, Delta Loyd, Kiemer, Pro Life, Stad Holland, Zorg en Zekerheid, OHRA.

Opvallend is dat een aantal zorgverzekeraars/merken voor 2014 wel het lidmaatschap van andere patiëntenorganisaties vergoedden, maar niet van ggz-clieuten-/familieorganisaties.

Het betreft hierbij: Aevitae, IZZ, Menzis, ONVZ, Univé Zekur, VvAA.

Een aantal LPGGz-lidorganisaties ontwikkelt zelf cursussen om de achterban te empoweren en de zelfredzaamheid te vergroten. Een voorbeeld hiervan is Balans, de landelijke vereniging voor ouders van kinderen met ontwikkelingsstoornissen bij leren en/of gedrag, waaronder ADHD, dyslexie, het Syndroom van Asperger en PDD-NOS. Vanuit Balans werd de Balans Ouder Power cursus ontwikkeld; voor ouders met pubers uit de doelgroep. <http://www.balansdigitaal.nl/producten/cursus-ouderpower/>

Oproep aan achterblijvende zorgverzekeraars: Vergoed het lidmaatschap van een LPGGz-lidorganisatie, vergoed deelname aan cursussen ontwikkeld door LPGGz-lidorganisaties.

II. Procedure-afspraken over de inbreng vanuit in het cliënten- en familieperspectief in de zorginkoopcyclus

De afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars en het LPGGz ervaring opgedaan met de inbreng vanuit het cliënten- en familieperspectief bij de zorginkoop.

Om een kwalitatief goede inbreng te waarborgen zijn de volgende voorwaarden van belang.

Zorgverzekeraars en (regionale/landelijke) cliënten- en familieorganisaties:

- Maken een gezamenlijke tijdsplanning (wanneer thema's inbrengen, wanneer evalueren e.d.) binnen de jaarlijkse zorginkoopcyclus.
- Maken afspraken over de nadere invulling van het zorginkooptraject m.b.t. de te volgen procedures.
- Borgen de periodieke inbreng van ervaringskennis/ervaringsdeskundigheid bijvoorbeeld door structurele afspraken te maken over de inzet van RET's (Regionale Expert Teams van ervaringsdeskundigen) en/of daarmee vergelijkbare werkvormen.
- Maken afspraken over de te hanteren toetsingsvormen (kwantitatief en kwalitatief onderzoek, audits, visitaties, etc.)
- Maken afspraken over eventuele kwaliteitsverbetertrajecten, - projecten.
- Maken afspraken over de dekking van de kosten.

Oproep aan zorgverzekeraars: Borg de structurele inbreng vanuit het cliënten- en familieperspectief, mede op basis van een jaarlijkse evaluatie van de samenwerking.

III. Samenwerking met onafhankelijke ggz cliënten- en familie-organisaties op het snijvlak van zorg & welzijn

Bij cliënten- en familie-organisaties is veel specifieke ervaringskennis aanwezig m.b.t.:

- het behoud en/of terugwinnen van de eigen regie over het eigen leven,
- het geven van nieuwe betekenissen en vinden van nieuwe doelen in het leven,
- het participeren in sociale en maatschappelijke rollen.

Bij regionale cliënten- en familie-organisaties is bovendien veel kennis aanwezig over de lokale infrastructuur, bevorderende en belemmerende factoren m.b.t. wonen, werken, vrije tijdsbesteding, de ontwikkeling van cliëntgestuurde initiatieven, etc..

Daarnaast is voor veel cliënten een onafhankelijke informatie- en wegwijsfunctie (cliëntondersteuning) van groot belang. Het monitoren van regionale kwaliteitsverschillen m.b.t. cliëntwaardering, effectiviteit, vormt hier een onderdeel van.

Deze organisaties verbinden in hun expertise en activiteiten het zorg- en het maatschappelijke domein. Zij zijn daarmee van essentieel belang bij het verzorgen van input vanuit cliënten-/familieperspectief m.b.t.:

- ✓ ambulantisering, scheiden wonen en zorg, woon-zorgarrangementen, beddenreductie
- ✓ arbeidsrehabilitatie
- ✓ gezamenlijke zorginkoopcombinaties van gemeenten, zorgverzekeraars en cliënten
- ✓ Etc.

Oproep aan zorgverzekeraars:

- I. Maak gebruik van de expertise en diensten van onafhankelijke ggz-clieñten- en/of familie-initiatieven en – organisaties, en maak daartoe structurele samenwerkingsafspraken.
- II. Stel met gemeenten een gezamenlijk inkoopbeleid op met regionale cliënten-/familieorganisaties als volwaardige derde partij. Stuur hiertoe aan op samenwerkingsafspraken die niet vrijblijvend en schriftelijk worden vastgelegd.

IV. Hanteren richtlijnen ggz

De afgelopen 12 jaar zijn voor de ggz meerdere richtlijnen opgesteld die een beschrijving van het zorgproces en een aanbevelingen voor de behandeling geven. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, indien beschikbaar.. Wanneer de 'evidence' ontbreekt zijn aanbevelingen gebaseerd op praktijkervaringen (professionele expertise en ervaringskennis van cliënten/familie). Richtlijnen worden regelmatig herzien op basis van nieuwe wetenschappelijke bevindingen en inzichten uit de praktijk.

De laatste jaren krijgen richtlijnen steeds meer een link met ggz-beleidsprioriteiten zoals veiligheid, transparantie, bekostiging, zelfmanagement en dwangreductie. De richtlijnen worden daarmee steeds belangrijker als beschrijving van kwalitatief goede en efficiënte behandelvormen. Richtlijnen en het toepassen ervan vormen in toenemende mate een houvast voor cliënten (welke zorg mag ik verwachten?) en voor zorgverzekeraars (wat is de inhoud van de zorg die ik inkoop?). Het is daarom, niet in de laatste plaats voor cliënten en zorgverzekeraars, van belang dat de richtlijnen gevolgd worden bij het bieden van zorg en/of, indien noodzakelijk, dat er beredeneerd en transparant van wordt afgeweken. Uit onderzoek blijkt dat de bekendheid met veel richtlijnen bij de beroepsbeoefenaren te wensen overlaat, evenals de implementatie ervan.

Elders (in Australië) is gebleken dat cliënten een belangrijke rol kunnen vervullen bij het stimuleren van de implementatie van richtlijnen. Het goed informeren van cliënten over de inhoud van de richtlijnen werkt als een stimulans om de aanbieder te bevragen m.b.t. de, volgens de richtlijnen, aanbevolen vorm van zorg.

Toetsing van de toepassing van de richtlijnen en het bevorderen van de implementatie kan o.a. plaatsvinden door het uitvoeren van kwaliteitstoetsingen vanuit het cliëntenperspectief; bijvoorbeeld in de vorm van panelgesprekken met cliënten, medewerkers en familieleden/betrokkenen.

Oproep aan zorgverzekeraars: Stimuleer samen met cliënten-/familieorganisaties de implementatie van ggz-richtlijnen en toets samen met deze organisaties de aanbieders op het hanteren van deze richtlijnen.
