

Zorginkoopbeleid 2021

Gecorrigeerd op 1 juli 2020



GGZ

Zorginkoopbeleid 2021

GGZ

Inhoud

1.	Wijzigingen ten opzichte van 2020.....	2
2.	Visie op de GGZ.....	2
2.1	Inleiding.....	2
2.2	Visie op de GGZ.....	3
3.	Beleid en inkoopcriteria.....	3
3.1	Kwaliteitsbeleid.....	3
3.1.1	Kwaliteitsstatuut.....	4
3.1.2	Rol van de regiebehandelaar.....	4
3.1.3	Doelmatige zorg.....	5
3.2	EHealth.....	5
3.3	Toekomstbestendige zorg en substitutie.....	6
3.4	Wachlijstproblematiek.....	7
3.5	Administratieve lastenverlichting.....	7
3.6	Samenwerking in de regio.....	8
3.7	Specifieke doelgroepen en geneeskundige zorg.....	9
3.7.1	Ouderenpsychiatrie.....	9
3.7.2	Clënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA).....	9
3.7.3	Beleidskader voor de verslavingszorg.....	10
3.7.4	PAAZ/PUK.....	10
3.7.5	Langdurige GGZ (LGGZ).....	10
4.	Wijze van contracteren en planning.....	11
4.1	Wanneer komt u in aanmerking voor een overeenkomst?.....	11
4.2	Minimumeisen.....	11
4.3	Uniforme Productie Monitor.....	12
4.4	Vaststelling tarieven.....	13
4.5	Fasen inkoopproces.....	13
5.	Bereikbaarheid.....	14

1. Wijzigingen ten opzichte van 2020

In dit zorginkoopbeleid 2021 GGZ zijn de wijzigingen ten opzichte van 2020:

- De inkoop van GGZ verloopt niet langer via VRZ Zorginkoop. Zorg en Zekerheid verzorgt de inkoop 2021 zelf;
- Meer focus op de regio (zie hoofdstuk 3.6);
- Inzetten op samenwerking in de regio (zie hoofdstuk 3.6);
- Meer focus op specifieke doelgroepen en bijbehorende geneeskundige zorg (zie hoofdstuk 3.7).

Correcties per 1 juli 2020

- In paragraaf 4.3 Uniforme Productie Monitor onder het kopje 'Bijcontracteren' stond een fout jaartal. De volgende zin: 'In oktober 2020 ...', is gecorrigeerd in 'In oktober 2021 ...'
- In paragraaf 4.4 Vaststelling tarieven, tabel, in de 1^e regel ontbrak de volgende zin, deze is bijgevoegd: 'In het geval van een opleidingsplaats is er sprake van een toeslag op de tarieven.'

2. Visie op de GGZ

2.1 Inleiding

Voor u ligt het zorginkoopbeleid GGZ 2021. In dit document wordt beschreven op welke manier, met welke criteria en volgens welke planning Zorg en Zekerheid voor 2021 zorg inkoop. Dit zorginkoopbeleid voor GGZ geldt als aanvulling op het algemene zorginkoopbeleid en geldt specifiek voor GGZ-instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders die generalistische basis GGZ (GBGGZ), gespecialiseerde GGZ (GGGZ) en/of langdurige GGZ (LGGZ) leveren. Voor Verslavingszorg worden, conform het Beleidskader verslavingszorg, separate afspraken gemaakt als aanvulling op uw overeenkomst.

Zorg en Zekerheid, Eno Zorgverzekeraar en ONVZ hebben tot en met 2020 een gezamenlijk inkoopbeleid gevoerd en gezamenlijk zorg ingekocht. Met ingang van 2021 opereert Zorg en Zekerheid zelfstandig. Het voorliggende inkoopbeleid en de inkoopafspraken voor 2021 zijn uit naam van Zorg en Zekerheid.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de visie van Zorg en Zekerheid op de GGZ in brede zin uiteengezet. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 het GGZ-inkoopbeleid op hoofdlijnen uiteengezet, met daarin specifieke aandacht voor eHealth, substitutie, wachtlijstproblematiek en administratieve lastenverlichting. Hierin is ook een toelichting op het kwaliteitsbeleid opgenomen, met onder andere de visie van Zorg en Zekerheid op doelmatige en cliëntgerichte zorg en het kwaliteitsstatuut. Daarnaast wordt stilgestaan bij de regionale rol die Zorg en Zekerheid met de inkoop GGZ wil bewerkstelligen en worden specifieke doelgroepen hierbij aangehaald. In hoofdstuk 4 leggen we de zorginkoopprocedure uit en geven we aan wanneer u in aanmerking komt voor een overeenkomst in 2021. In hoofdstuk 5 leest u hoe u ons kunt bereiken.

Zorgdomeinen

Voor GGZ-instellingen geldt dat Zorg en Zekerheid afspraken maakt voor levering van generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, en indien van toepassing langdurige GGZ. Deze zorg wordt niet ingekocht bij verpleeg- of verzorgingshuizen of instellingen voor verstandelijk gehandicapten die vanuit de Wlz gefinancierd worden. Wij vinden dat deze instellingen samenwerkingsafspraken moeten maken met curatieve GGZ-aanbieders. Ook koopt Zorg en Zekerheid geen zorg in die in het buitenland geleverd wordt.

2.2 Visie op de GGZ

Zorg en Zekerheid streeft naar een optimale geestelijke gezondheid voor onze verzekerden. Wanneer hiervoor zorg noodzakelijk is, is het van belang dat deze zorg tijdig (binnen de Treeknormen) wordt gerealiseerd. Daar waar wachttijden bestaan willen wij deze in samenwerking met de sector terugbrengen tot de Treeknormen. Zorg en Zekerheid zet zich in om voldoende zorg in te kopen en zet zorgbemiddeling in voor onze verzekerden. Verder is het belangrijk dat onze verzekerde op de juiste plaats in de keten zorg kan ontvangen.

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

Wij staan open voor een innovatief zorgaanbod. Daarbij is het voor ons essentieel dat een innovatief zorgaanbod toegevoegde waarde heeft voor zoveel mogelijk van onze verzekerden. Graag willen wij dit vormgeven met aanbieders uit onze kernregio door specifieke afspraken te maken om de zorg te transformeren. Voor de voorwaarden hiervoor verwijzen wij naar het algemene inkoopbeleid voor innovatief beleid. Het proces hieromtrent publiceren wij per 1 juli 2020.

Het is van belang dat er sprake is van herstelgerichte zorg die zoveel mogelijk in de thuisomgeving van onze verzekerde plaats vindt. Zorg en Zekerheid streeft bij de behandeling van cliënten met een ernstige psychiatrische stoornis naar een afname van het klinisch verblijf en een toename van ambulante behandeling. Bijvoorbeeld door de inzet van Flexible Assertive Community Treatment (FACT) en Intensive Home Treatment (IHT). In het geval van IHT vindt de crisisbehandeling thuis plaats in de eigen omgeving van de cliënt en niet langer in de kliniek. Daarnaast ondersteunt Zorg en Zekerheid de voortgaande ambulantisering van de gespecialiseerde GGZ naar de basis GGZ en naar de Praktijkondersteuner van de huisarts (POH-GGZ).

Voor een optimale geestelijke gezondheid is het niet alleen van belang medisch te herstellen in termen van een stoornis of beperking, maar ook om de eigen veerkracht en regie te benutten en uiteindelijk maatschappelijk volwaardig te kunnen participeren. Dit sluit aan bij het denken in termen van positieve gezondheid waarbij niet de ziekte maar een betekenisvol leven centraal staat. Om dit mogelijk te maken werkt Zorg en Zekerheid in haar kernregio's samen met gemeentes en andere stakeholders en ketenpartners zodat verzekerden naast zorg ook begeleiding en ondersteuning kunnen ontvangen.

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

3. Beleid en inkoopcriteria

3.1 Kwaliteitsbeleid

Als kader voor het kwaliteitsbeleid hanteert Zorg en Zekerheid wat door de Zorgverzekeringswet (Zvw) als verzekerde zorg wordt aangemerkt. Alleen behandelmethoden conform de stand van wetenschap en praktijk worden ingezet. Leidraad hierbij is de 'ZN circulaire Therapieën GGZ', zoals gepubliceerd op de website. Bij het inzetten van **evidence-based** therapieën is het van belang dat de regiebehandelaar namens de instelling monitort of deze therapieën op de juiste wijze worden ingezet, zodat het optimale effect van deze therapieën wordt bereikt.

Daarnaast dient zorg veilig te zijn. GGZ-aanbieders die Zorg en Zekerheid contracteert moeten voldoen aan de landelijk gestelde wettelijke-, kwaliteits- en verantwoordingseisen. Daarnaast moeten zij voldoen aan

veldnormen en aan eventuele eisen die gesteld worden vanuit de eigen beroepsvereniging. Deze eisen zijn onder andere opgenomen in het Kwaliteitsstatuut. In het kwaliteitsstatuut wordt uitgebreid de rol van de regiebehandelaar beschreven, evenals de taken en verantwoordelijkheden van de geneeskundig behandelaar.

De zorg moet **clientgericht** zijn en zodanig ingericht dat deze aansluit bij de behoefte van de cliënt. Uitgangspunt hierbij is dat de behandeling gericht is op functioneren in het dagelijkse leven en herstel. Behandeldoelen worden altijd samen met de cliënt vastgesteld en waar mogelijk in samenspraak met de omgeving van de cliënt. Hierbij moet nadrukkelijk de koppeling worden gemaakt met zorg en ondersteuning die vanuit andere domeinen geleverd wordt. Zorg en Zekerheid is voorstander van de beweging 'van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag', waardoor de juiste zorg op de juiste plek geleverd wordt. Hiervoor is het nodig dat behandelaren weten wie de ketenpartners zijn in hun regio en dat zij samenwerking zoeken. Onder cliëntgerichte zorg verstaan wij ook dat zorgverleners hun communicatie en behandeling aanpassen aan het begripsniveau van de cliënt en aan het vermogen om opdrachten thuis uit te voeren en eHealth-behandeling te volgen. Bij het vermoeden van een licht verstandelijke beperking wordt structureel en laagdrempelig gescreend en zal de behandeling daarop worden aangepast.

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

3.1.1 Kwaliteitsstatuut

Elke GGZ-aanbieder moet een geldig en goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben om in aanmerking te komen voor vergoeding van behandelingen onder de Zorgverzekeringswet. Dit kwaliteitsstatuut wordt door de aanbieder geschreven op basis van het Model Kwaliteitsstatuut en geeft de kaders aan waarbinnen de zorg wordt verleend. Het kwaliteitsstatuut moet uiterlijk 1 januari 2021 ingeschreven zijn in het Register Zorginstituut. Daarnaast moeten alle GGZ-aanbieders het kwaliteitsstatuut openbaar maken, door deze aan te bieden op de eigen website. Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsstatuut is de regiebehandelaar. Deze draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces en is het centrale aanspreekpunt voor alle betrokkenen, inclusief cliënt en diens naasten. De GGZ-zorg moet daarnaast worden geleverd volgens artikel 2.4 lid 1 van het Besluit zorgverzekering. Zorg en Zekerheid toetst bij de inkoop van GGZ of de regiebehandelaar de juiste rol kan spelen. In onze inkoopgesprekken brengen we dit ter sprake.

Zorg en Zekerheid ziet het kwaliteitsstatuut als een middel om de kwaliteit van zorg te borgen. Een document alleen is naar onze mening niet voldoende. De zorgaanbieder ziet er ook op toe dat het kwaliteitsstatuut op gepaste wijze binnen de organisatie nageleefd wordt.

3.1.2 Rol van de regiebehandelaar

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

De regiebehandelaar is betrokken bij de diagnosestelling en daaruit voortvloeiend het vaststellen van het behandelplan volgens de richtlijnen. De regiebehandelaar is dus verantwoordelijk voor de beslissing welke vormen van behandeling worden aangeboden en door welke zorgverlener, en voor de coördinatie van de verschillende onderdelen van de behandeling. Om deze belangrijke rol te benadrukken, is in het Model Kwaliteitsstatuut gesteld wie regiebehandelaar mag zijn in welke setting. Als de functie van regiebehandelaar alleen mag worden ingevuld in een MDO-constructie, verwacht Zorg en Zekerheid dat het multidisciplinair

overleg wordt ingevuld op een manier die aansluit bij het doel, zoals omschreven door het Nivel¹ en in het Model Kwaliteitsstatuut.

De volgende aspecten vindt Zorg en Zekerheid van belang om aan bovenstaande functie van het MDO invulling te geven²:

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

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

3.1.3 Doelmatige zorg

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

- Zorg en Zekerheid zet in op ‘gepast gebruik van zorg’ waarbij het zorgaanbod aansluit bij de zorgvraag van de verzekerde en tevens aangeboden wordt op de juiste plek;
- Klinische zorg wordt alleen geleverd indien er sprake is van medisch noodzakelijk verblijf³;
- Zorgaanbieders hanteren duidelijke in- en uitstroomcriteria die op verzoek aan ons overhandigd kunnen worden;
- Wij stimuleren de inzet van eHealth binnen de behandeling. Zie voor verdere uitleg over het gebruik van eHealth hoofdstuk 3.2.

3.2 EHealth

Het is van groot belang om ook in de toekomst verzekerd te zijn van kwalitatief hoogstaande en betaalbare zorg. De zorg moet aansluiten bij de behoefte van de cliënt en op de juiste plek aangeboden worden. Zorg en Zekerheid vindt dat zij een maatschappelijke taak te vervullen heeft op het gebied van betaalbare zorg en het verkorten van de wachtlijsten binnen de GGZ. Wanneer zorg noodzakelijk is, is het van belang dat deze zorg tijdig geleverd kan worden. Het terugdringen van de wachttijden ziet Zorg en Zekerheid als een gezamenlijk doel waarbij wij overtuigd zijn dat eHealth een goede manier is om de toegankelijkheid naar de GGZ te vergroten.

Bij eHealth wordt gebruik gemaakt van informatie- en communicatietechnologie (ICT) om de gezondheid van cliënten te ondersteunen of te verbeteren en het zelfmanagement van de cliënt te vergroten. Daarnaast bevordert eHealth een effectieve behandelinzet die bijdraagt aan de wachtlijstproblematiek. Het vrijspelen van behandelcapaciteit creëert ruimte voor nieuwe instroom. Zorg en Zekerheid ziet voor eHealth een belangrijke

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

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

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

rol weggelegd bij het borgen van de toegankelijkheid van de GGZ in de toekomst. Tevens geeft het inzetten van eHealth-programma's de cliënt het gevoel in control te zijn over de manier waarop en wanneer de behandeling plaatsvindt. De zorg is dichtbij, laagdrempelig en op maat.

Concrete voorbeelden van eHealth-toepassingen die nu al in de praktijk worden ingezet zijn beeldbellen, online inzage in het eigen dossier, de mogelijkheid tot het online maken van afspraken en de inzet van online behandelmodules ter ondersteuning van de reguliere face-to-face behandeling. Ook het innovatie-experiment waarbij Virtual Reality als onderdeel van de behandeling wordt ingezet, is een veelbelovend nieuw initiatief.

De inzet van eHealth-programma's zien wij niet alleen als substitutiemiddel bij lichte problematiek. Ook blended varianten, waarbij cliënten met een zwaardere problematiek met eHealth geholpen kunnen worden, behoren tot de mogelijkheden. In behandelingen met zwaardere problematiek kan op deze manier ook capaciteitsruimte gecreëerd worden. De aangeboden eHealth-programma's maken onderdeel uit van het behandelplan en komen niet boven op de traditionele behandeling.

Zorg en Zekerheid wil het gebruik van eHealth graag stimuleren en wil hierin een faciliterende rol innemen. Een aantal randvoorwaarden vinden wij belangrijk bij de inzet van eHealth programma's. Zo moet rekening gehouden worden met de kenmerken van de cliënten. Ieder programma moet toegankelijk zijn voor iedere cliënt, ongeacht leeftijd, leefsituatie en opleidingsniveau. Tevens zal er binnen de organisatie draagvlak gecreëerd moeten worden zodat eHealth, net als de basisproducten en DBC's, als een op zichzelf staande behandeling gezien gaat worden.

Graag verkent Zorg en Zekerheid de mogelijkheid voor de inzet van eHealth met u in een open en constructief gesprek. Tijdens dit gesprek kunnen we ons richten op vraagstukken zoals welke mogelijkheden er zijn voor de implementatie van eHealth, en hoe u eHealth wil laten inbedden in het bewustzijn van de organisatie.

Wanneer u zelf al een visie heeft over eHealth dan gaat Zorg en Zekerheid graag in gesprek over:

- De wijze waarop eHealth benut gaat worden binnen de organisatie;
- Welk deel van het zorgaanbod uit eHealth-toepassingen bestaat;
- Welke meerwaarde cliënten geboden wordt door de inzet van eHealth;
- Een financiële paragraaf waarin de kosten voor implementatie en de kosten en besparingen in het reguliere zorgproces zijn opgenomen.

3.3 Toekomstbestendige zorg en substitutie

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

Zorg en Zekerheid vindt het belangrijk dat aanbieders van generalistische basis GGZ zich inspannen voor kortdurende behandelingen als het kan en lang als het moet. De generalistische basis GGZ is bedoeld voor integrale behandelingen van klachten met laagcomplexe problematiek en een laag tot matig risico. Wanneer er sprake is van milde tot matig ernstige klachten kan een beroep worden gedaan op actieve participatie door de

cliënt, omdat er voldoende gezonde elementen in het functioneren van de cliënt aanwezig en beschikbaar zijn⁴. De integrale benadering maakt dat kortdurende behandelmethoden zoals het KOP-model en het vijf-gesprekkenmodel bij uitstek geschikt zijn om toegepast te worden in de generalistische basis GGZ. Dit zijn behandelmethoden waarbij ingezet wordt op een verandering richting herstel. De cliënt krijgt voldoende inzicht, aangrijpingspunten en vaardigheden om zelf verder te herstellen. Dit is wezenlijk anders dan het aanbieden van een verkorte specialistische behandeling.

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

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

3.4 Wachttijstproblematiek

Zorg en Zekerheid verwacht dat onze verzekerden tijdig, en ten minste binnen de Treeknormen, optimale zorg ontvangen. In een aantal gevallen zijn wachttijsten dermate lang, dat de Treeknormen worden overschreden. Wanneer wachttijden transparant en up-to-date zijn, kunnen verzekerden een overwogen keuze maken voor een zorgaanbieder. Voor de zorgverzekeraar is diezelfde transparantie van belang om verzekerden goed te kunnen bemiddelen en te kunnen voorzien in de zorgplicht. Het is verplicht vanuit de Transparantieregeling (Regeling NB/REG-1917, Transparantieregeling zorgaanbieders ggz) dat op de website van GGZ-instellingen per locatie wordt weergegeven en bijgehouden wat de actuele wachttijden zijn en dat er een maandelijksse aanlevering van deze wachttijden plaatsvindt bij Vektis. Het is verder belangrijk dat zorgaanbieders ervoor zorgen dat noodzakelijke zorg altijd plaats kan vinden, en zodoende rekening houden met seizoensgebonden fluctuaties in het behandelaanbod. Wanneer de wachttijden de Treeknormen overschrijden, wordt de verzekerde verwezen naar een andere gecontracteerde zorgaanbieder of naar de afdeling zorgbemiddeling. De contactgegevens van de afdeling zorgbemiddeling zijn terug te vinden op de website van Zorg en Zekerheid. Uitzondering hierop is de situatie waarbij een verzekerde zelf de keuze maakt te willen wachten tot de gekozen behandelaar beschikbaar is.

Zorg en Zekerheid bespreekt de wachttijden in de gesprekken met zorgaanbieders. Wanneer er sprake is van overschrijding van de Treeknormen maakt Zorg en Zekerheid met de zorgaanbieder concrete afspraken over de verkorting van de wachttijden.

3.5 Administratieve lastenverlichting

Zorg en Zekerheid sluit zich aan bij de landelijke inspanningen om te komen tot administratieve lastenverlichting voor zorgaanbieders, zoals ook benoemd wordt in het huidige hoofdlijnenakkoord. Administratieve processen zijn onlosmakelijk verbonden met het leveren en verantwoorden van zorg. Aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders de gezamenlijke taak om de bijkomende administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken. Wij nemen deel aan de landelijke gesprekken die hierover met het veld gevoerd worden. Voorbeelden van lastenverlichting zijn de introductie van de gezamenlijke Uniforme Productieindicator en het gebruik van de landelijke checklist voor de langdurige GGZ.

Verder heeft de introductie van het kwaliteitsstatuut het ons mogelijk gemaakt passages uit onze overeenkomsten te verwijderen, waardoor een korte en bondige overeenkomst is ontstaan. Ook zetten wij ons

⁴ Rijnders, 2015

in om met instellingen te komen tot horizontaal toezicht, zodat de gezamenlijke inspanning die geleverd moet worden voor het zelfassessment, dan wel materiële controle, sterk kan worden verminderd.

3.6 Samenwerking in de regio

Zorg en Zekerheid is een regionale zorgverzekeraar en daar hoort ook een regionale verantwoordelijkheid bij. Wij willen die regionale verantwoordelijkheid invullen door het zorgaanbod uit de zorgverzekeringswet af te stemmen met het zorgaanbod uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Ons inkoopbeleid is er op gericht om de zorg voor onze verzekerden zo min mogelijk te laten beïnvloeden door de schotten tussen deze domeinen. Zorgvraag en zorgaanbod moeten goed op elkaar aansluiten, los van het domein waaruit de zorg gefinancierd wordt.

Psychische klachten kunnen afhankelijk van de zwaarte van de zorgvraag verdeeld worden in drie categorieën die elk een eigen aanpak kennen:

1. Psychosociale problematiek;
2. Psychische problematiek;
3. Psychiatrische problematiek.

Het is de uitdaging om te herkennen van welke problematiek sprake is. Zo kan enerzijds schuldenproblematiek leiden tot psychische problematiek. Anderzijds kan iemand zich presenteren met psychosociale problematiek terwijl er onderliggend sprake is van een ernstige psychiatrische stoornis. Om de juiste zorg op de juiste plek aan te kunnen bieden is het belangrijk het onderscheid te kunnen maken.

Wat betreft het zorgaanbod streven we er naar om met betrokken partijen afspraken te maken:

Ad 1; Psychosociale problematiek wordt op het niveau van maatschappelijk werk opgelost. De maatschappelijk werkende wordt geacht de eigen deskundigheidsgrenzen te bewaken en daar waar de problematiek de eigen deskundigheid overstijgt door te verwijzen. Deze psychosociale begeleiding wordt gefinancierd uit het domein van de Wmo. Er is geen diagnose nodig.

Ad2; Psychische problematiek wordt vastgesteld aan de hand van een DSM-diagnose. Wanneer er sprake is van een diagnose wordt de behandeling door de zorgverzekeraar vergoed. Psychische problematiek wordt in de basis GGZ behandeld waarbij de GZ-psycholoog de behandelaar is. Afhankelijk van het contract kunnen er ook andere behandelaren worden ingezet worden, waarbij de afspraak is dat er in de basis GGZ slechts in zeer beperkte mate ruimte is voor de inzet van maatschappelijk werk.

Ad 3; Psychiatrische problematiek wordt behandeld in de specialistische ggz en vastgesteld door de klinisch psycholoog, de psychiater of de psychotherapeut. Deze kunnen zich laten bijstaan door een GZ-psycholoog of andere behandelaren. Ook hier geldt dat er sprake moet zijn van een DSM-diagnose waarbij de ernst van de zorgvraag bepalend is voor het onderscheid tussen psychische problematiek en psychiatrische problematiek. De diagnose, in combinatie met de ernst van de problematiek, is leidend bij de keuze voor de verschillende behandelcomponenten.

De psychiater, de klinisch psycholoog en de psychotherapeut zijn tevens de behandelaren die de zorg leveren volgens artikel 2.4 lid 1 van het besluit zorgverzekeringen. In de specialistische GGZ wordt naast de geneeskundig behandelaar ook het begrip regiebehandelaar gehanteerd. Afhankelijk van de gestelde diagnose kunnen ook andere deskundigen regiebehandelaar zijn.

Regionaal aanbod

Zorg en Zekerheid beschikt in onze kernregio voor de meeste cliëntgroepen over voldoende en deskundig zorgaanbod. Kijkend naar de drie eerder genoemde cliëntgroepen dan beschikken we in onze regio ook over voldoende diversiteit van behandelaren. Lettend op de recent vastgestelde reductie van de wachttijden in de

Leidse regio kunnen we constateren dat de samenwerking tussen de verschillende regionale stakeholders ertoe heeft geleid dat mensen met psychische problemen in onze regio de juiste zorg op de juiste plek bij de juiste behandelaar kunnen ontvangen. Dat beleid willen we voortzetten. Daartoe is Zorg en Zekerheid de samenwerking aangegaan met alle regionale gemeentes, waarbij de gemeente Leiden functioneert als centrumgemeente.

Voor een klein aantal cliëntgroepen waarbij sprake is van hoog complexe zorgvragen is nog wel sprake van lange wachttijden en is de uitdaging groot om het juiste zorgaanbod te vinden. Ten behoeve van deze groep cliënten is een regionale casuïstiektafel ingericht waarin zorgaanbieders, gemeente en zorgverzekeraar samen optrekken om het juiste zorgaanbod te kunnen vinden.

Gemeente

Zorg en Zekerheid streeft naar een intensieve samenwerking met de regionale gemeentes en zorgkantoren. Ons beleid is erop gericht dat onze verzekerden zo min mogelijk last ondervinden van de overgang van de Jeugdwet naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) of van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) naar de Zvw en andersom. Ook de overgang van de Zvw naar de Wet langdurige zorg (Wlz) speelt hier een rol. Zorg en Zekerheid heeft om dit te verwezenlijken een bestuurlijke samenwerkingsovereenkomst met regiogemeentes getekend. Wanneer verzekerden met psychiatrische problematiek aanspraak maken op Wlz- of Wmo-gefinancierd verblijf, dan zal de aanspraak op een GGZ-behandeling voorlopig onder de Zvw blijven vallen. Dit voorbeeld benadrukt de noodzaak van intensieve samenwerking tussen zorgkantoor, zorgverzekeraar en gemeentes.

3.7 Specifieke doelgroepen en geneeskundige zorg

Op 1 januari 2021 wordt de financiering van de extramurale behandeling uit de Wet Langdurige Zorg overgenomen door de zorgverzekeraars. Deze behandelfunctie heeft een geheel ander karakter dan wat we in de zorgverzekeringswet gewend zijn. In ons inkoopbeleid voor GGZ zorg sluiten we nauw aan bij het inkoopbeleid voor de GZSP, Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen.

3.7.1 Ouderenpsychiatrie

Met de toename van het aantal ouderen neemt ook de groep ouderen met een complexe zorgvraag toe. Wanneer we deze zorgvraag combineren met een tekort aan zorgpersoneel, een afname van het aantal mantelzorgers per oudere en de stijgende zorgkosten dan vraagt dit om een andere inrichting van de ouderenzorg. Hierbij staat voor ons de kwaliteit van de zorg voor ouderen voorop. De zorg moet persoonsgericht, doelmatig en toegankelijk zijn waarbij de behoeften van de oudere centraal staat. Wij vinden het belangrijk om verder te kijken dan de medische zorgvraag en ook de sociale aspecten rondom de gezondheid van de oudere mee te nemen. Hoe zorgen we ervoor dat we ouderen nu en in de toekomst zorg kunnen blijven bieden die bij de behoefte past? Wij zien een integraal zorgaanbod met regionale samenwerking in de keten als de oplossing om aan de toenemende zorgvraag te voldoen.

Zorg en Zekerheid heeft een overkoepelende visie 'toekomstbestendige ouderenzorg in de regio' opgesteld, te vinden op onze website.

3.7.2 Cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)

Nederland telt ongeveer 160.000 volwassenen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Voor de inrichting van de zorg aan deze doelgroep verwijzen we naar de handvatten zoals geformuleerd in het rapport 'Over de brug' van Kenniscentrum Phrenos. Dit betekent onder andere dat GGZ-instellingen moeten beschikken over de faciliteiten en programma's om zelfredzaamheid en ambulantisering van deze cliëntengroep te bevorderen. Hierbij gaan we ervan uit dat de zorgaanbieder FACT-teams en teams voor Intensive Home Treatment (IHT)

heeft, dan wel schriftelijke samenwerkingsafspraken heeft met andere organisaties over de inzet van deze teams. Daarnaast vinden we het belangrijk dat cliënten ondersteuning ontvangen vanuit een samenhangend zorg- en welzijnsarrangement. Dit resulteert in zelfregienetwerken/zelfregiecentra. Hiervoor zijn aantoonbare samenwerkingsverbanden met onder andere gemeentes en instellingen voor maatschappelijke opvang van belang.

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

Voor de EPA-groep is het ook van belang dat er bij een crisissituatie teruggevallen kan worden op een goed functionerende crisisdienst. Daarnaast moet er voor deze cliëntengroep een passende klinische voorziening zijn, waarbij de zorg ten dele ook in een beveiligde setting kan plaatsvinden.

3.7.3 Beleidskader voor de verslavingszorg

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

3.7.4 PAAZ/PUK

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

3.7.5 Langdurige GGZ (LGGZ)

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

Vanaf 2021 is het mogelijk dat cliënten, die vanwege een psychische stoornis blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24-uurszorg in de nabijheid, directe toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg (WLz). Het wel of niet toelaten van cliënten vindt plaats op basis van een CIZ-indicatie (op zorginhoudelijke criteria conform de WLz).

4. Wijze van contracteren en planning

4.1 Wanneer komt u in aanmerking voor een overeenkomst?

Kwaliteitsstatuut

Een geregistreerd en goedgekeurd kwaliteitsstatuut is een voorwaarde om GGZ-zorg in 2021 te kunnen declareren bij Zorg en Zekerheid. We behouden ons het recht voor overeenkomsten met GGZ-aanbieders te ontbinden indien het individuele kwaliteitsstatuut niet is ingeschreven in het Register van het Kwaliteitsinstituut.

Zorgaanbieders met een overeenkomst 2020 met VRZ Zorginkoop

De GGZ-instellingen en vrijgevestigden waarmee in 2020 een overeenkomst met VRZ Zorginkoop is gesloten komen voor 2021 in aanmerking voor een overeenkomst met Zorg en Zekerheid op voorwaarde dat nog steeds wordt voldaan aan de minimumeisen, de algemene inkoopvoorwaarden en de zorgovereenkomst inclusief bijlagen. Zorg en Zekerheid benadert zorgaanbieders digitaal voor een overeenkomst. Met een aantal instellingen worden individuele inkoopgesprekken gevoerd.

Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst in 2021 als voldaan wordt aan de minimum eisen uit hoofdstuk 5.2, voorwaarden zoals gesteld in dit hoofdstuk en hoofdstuk 3.3 ten aanzien van kwaliteit en doelmatigheid. Voor Verslavingszorg worden separate afspraken gemaakt als aanvulling op de overeenkomst, volgens het Beleidskader verslavingszorg voor instellingen. Daarnaast levert de zorgaanbieder een innovatief product en/of wordt zorg geleverd aan een doelgroep waarvoor aantoonbaar een lacune bestaat in het zorgaanbod. Het al ingekochte zorgvolume bij bestaande relaties kan bepalend zijn of al dan niet een zorgovereenkomst wordt aangegaan. Voor vrijgevestigde praktijken die de overstap maken naar een GGZ-instelling geldt dat de vrijgevestigde praktijk niet langer actief kan zijn.

Nieuwe zorgaanbieders die voor 2021 een overeenkomst met Zorg en Zekerheid willen sluiten worden door de zorginkopers beoordeeld. Aanvragen moeten voor 1 september 2020 bij Zorg en Zekerheid zijn ingediend door het sturen van een e-mail aan contractbeheer@zorgenzekerheid.nl. Uiterlijk 1 november 2020 zal Zorg en Zekerheid een reactie geven.

Overeenkomsten met vrijgevestigde zorgaanbieders worden gesloten op praktijkniveau en niet op zorgverlenersniveau. Ook voor nieuwe praktijken geldt dat de contractering zal plaatsvinden via het VECOZO Zorginkoopportaal.

4.2 Minimumeisen

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

Nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders

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

Nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst 2021 indien ze voldoen aan de volgende eisen:

- Beschikken over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut dat is ingeschreven in het Register van het Kwaliteitsinstituut;
- Voldoen aan de voorwaarden voor kwaliteit en doelmatigheid zoals beschreven in dit document;

- Minimaal 80% van de behandeltime (direct en indirect) van de cliënt wordt geleverd door de regiebehandelaar zelf;
- De voorwaarden voor de omvang van de praktijk (maximaal acht fte regiebehandelaren en niet meer dan drie behandellocaties);
- De praktijk declareert elektronisch via VECOZO;
- De praktijk is gevestigd in Nederland.

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

Nieuwe ggz-instellingen

In aanmerking voor een overeenkomst komen GGZ-instellingen die:

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

Zie hoofdstuk 3.1, Kwaliteitsbeleid en het ‘beleidskader verslavingszorg voor instellingen’, voor een verdere uitleg van bovengenoemde onderwerpen.

Zorg en Zekerheid behoudt zich het recht voor om een zorgaanbieder een overeenkomst te weigeren in één van onderstaande situaties:

1. Wanneer uit eerdere machtigingsaanvragen en/of controles is gebleken dat er geen doelmatige en/of rechtmatige zorg is verleend;
2. Wanneer de zorgaanbieder zich aantoonbaar negatief uitlaat over Zorg en Zekerheid zonder gegronde reden daartoe;
3. Wanneer uit onderzoek door een externe instantie (inspectie, NZa) is gebleken dat geen doelmatige of rechtmatige zorg is verleend.

4.3 Uniforme Productie Monitor

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

Bijcontracteren

Uiterlijk 1 oktober 2021 kan een zorgaanbieder bij Zorg en Zekerheid, via de bekende contactpersonen of het algemene e-mailadres zorginkoop.ggz@zorgenzekerheid.nl, aangeven of de zorgaanbieder verwacht voor het lopende kalenderjaar het omzetplafond te overschrijden. Deze uiterste datum is gekozen omdat beide partijen dan redelijkerwijs nog mogelijkheden hebben beheersmaatregelen te treffen.

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

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

4.4 Vaststelling tarieven

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

De ontwikkeling van de nieuwe productstructuur GGZ, met mogelijke ingang per 2021, wordt door Zorg en Zekerheid op de voet gevolgd. Indien de nieuwe productstructuur definitief doorgang vindt per 2021, dan herzien wij de vaststelling van de tarieven.

Groep zorgaanbieders	Vaststelling tarieven
Vrijgevestigden in de basis GGZ	Dit betreft een overeenkomst op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven in 2021. In het geval van een opleidingsplaats is er sprake van een toeslag op de tarieven.
Vrijgevestigden in de specialistische GGZ	Dit betreft een overeenkomst op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven in 2021. In het geval van een opleidingsplaats is er sprake van een toeslag op de tarieven.
Instellingen zonder offertetraject	Dit betreft een overeenkomst op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven 2021.
Instellingen met offertetraject	De tarieven komen tot stand op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven 2021.

4.5 Fasen inkoopproces

De planning van Zorg en Zekerheid voor het komend inkoopjaar ziet er als volgt uit:

Planning algemeen

Uiterste datum	Inkoopactiviteit
1 april 2020	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .
1 april tot 30 juni 2020	Consultatie diverse veldpartijen.
1 juli 2020	Publicatie van eventuele wijzigingen en aanvullingen op het inkoopbeleid, standaard zorgovereenkomsten en algemene inkoopvoorwaarden op: www.zorgenzekerheid.nl .
1 september 2020	Publicatie van de aangepaste prijslijsten 2021, op: www.zorgenzekerheid.nl .

12 november 2020

Informeren verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod.
Voor zorgverzekeringen waarbij de vergoeding van zorg mede afhankelijk is van de vraag of een zorgaanbieder is gecontracteerd, informeert Zorg en Zekerheid de betreffende verzekerden welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn voor het nieuwe jaar, door middel van de 'zorgzoeker' op de website.

Planning vrijgevestigden en instellingen zonder offertetraject

Uiterste datum	Inkoopactiviteit
2 september 2020	Verzending overeenkomsten.
1 november 2020	Sluitingsdatum en afronding contractering.

Planning instellingen met offertetraject

Uiterste datum	Inkoopactiviteit
1 juli tot 30 september 2020	Inkoopgesprekken (indien van toepassing).
1 november 2020	Sluitingsdatum en afronding contractering.

5. Bereikbaarheid

Voor vragen over het Zorginkoopbeleid 2021 kunt u ons bereiken per e-mail of telefoon. U kunt uw vragen richten aan de zorginkopers en beleidsmedewerkers GGZ via zorginkoop.ggz@zorgenzekerheid.nl, of telefoon (071) 582 58 83.

Wanneer u vragen heeft over de administratieve verwerking van uw overeenkomst, dan kunt u ons bereiken via contractbeheer@zorgenzekerheid.nl, of telefoon (071) 582 54 21.

Disclaimer

Dit zorginkoopbeleid is opgesteld met inachtneming van de nu bekende wettelijke, beleids- en financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor om het zorginkoopbeleid en de bijbehorende zorginkoopprocedure op enig moment aan te passen wegens gewijzigde of nog te wijzigen wet- en regelgeving (inclusief beleidswijzigingen) en gewijzigde of nog te wijzigen financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich ook het recht voor om het zorginkoopbeleid verder aan te vullen, te wijzigen en/of te verduidelijken, ook in het licht van de toekomstige effecten op de zorg door de Corona crisis.