

GGZ

Zorginkoopbeleid

2022

Zorginkoopbeleid 2022

GGZ

Inhoud

1.	Wijzigingen ten opzichte van 2021.....	2
2.	Visie op de GGZ	2
2.1	Inleiding	2
2.2	Visie op de GGZ.....	2
3.	Beleid en inkoopcriteria	3
3.1	Kwaliteitsbeleid	3
3.1.1	Landelijk Kwaliteitsstatuut	4
3.1.2	Rol van de regiebehandelaar	4
3.1.3	Doelmatige zorg	5
3.2	Digitalisering en E-health.....	5
3.3	De Juiste Zorg op de Juiste Plek.....	6
3.4	Wachlijstproblematiek	6
3.5	Administratieve lastenverlichting	6
3.6	Samenwerking in de regio	7
3.7	Specifieke doelgroepen en geneeskundige zorg.....	8
3.7.1	Ouderenpsychiatrie.....	8
3.7.2	Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA).....	8
3.7.3	Beleidskader verslavingszorg voor instellingen.....	9
3.7.4	PAAZ/PUK.....	9
3.7.5	Langdurige GGZ (LGGZ)	9
4.	Wijze van contracteren en planning.....	9
4.1	Wanneer komt u in aanmerking voor een overeenkomst?	9
4.2	Minimumeisen.....	10
4.3	Uniforme Productie Monitor	11
4.4	De invoering van het Zorgprestatie­model en vaststelling van tarieven	11
4.5	Fasen inkoopproces	12
5.	Bereikbaarheid	13

1. Wijzigingen ten opzichte van 2021

In dit zorginkoopbeleid 2022 GGZ zijn de wijzigingen ten opzichte van 2021:

- Invoering van het Zorgprestatiemodel en invloed op de contractering (hoofdstuk 4). De concrete wijzigingen zijn op het moment van schrijven nog niet duidelijk;
- Aanvullende minimumeis voor nieuwe ggz-instellingen om een psychiater en/of klinisch psycholoog in loondienst te hebben (hoofdstuk 4.2);
- De procesbeschrijving ten aanzien van bijcontracteren is verduidelijkt (hoofdstuk 4.3).

2. Visie op de GGZ

2.1 Inleiding

Voor u ligt het zorginkoopbeleid GGZ 2022. In dit document wordt beschreven op welke manier, met welke criteria en volgens welke planning Zorg en Zekerheid voor 2022 geestelijke gezondheidszorg inkoop. Het zorginkoopbeleid GGZ geldt als aanvulling op het Algemeen Inkoopbeleid en geldt specifiek voor GGZ-instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders. Voor Verslavingszorg worden, conform het Beleidskader verslavingszorg voor instellingen, separate afspraken gemaakt als aanvulling op uw overeenkomst.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2.2 zetten wij de visie van Zorg en Zekerheid op de GGZ in brede zin uiteen. In hoofdstuk 3 volgt het GGZ-inkoopbeleid op hoofdlijnen, met daarin specifieke aandacht voor E-health, 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 patiëntgerichte zorg en het Landelijk 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 2022. In hoofdstuk 5 leest u hoe u ons kunt bereiken.

Zorgdomeinen

Voor GGZ-instellingen geldt dat Zorg en Zekerheid afspraken maakt voor levering van GGZ-zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (hierna: GGZ-zorg), en indien van toepassing langdurige GGZ. GGZ-zorg wordt niet ingekocht bij verpleeg- of verzorgingshuizen of instellingen voor verstandelijk gehandicapten die vanuit de Wlz gefinancierd worden. Wij zijn van mening dat deze instellingen door middel van samenwerkingsafspraken met curatieve GGZ-aanbieders optimale zorg voor hun patiënten kunnen realiseren. Ook koopt Zorg en Zekerheid geen zorg in die in het buitenland geleverd wordt, omdat dit in de regel geen therapeutische meerwaarde heeft.

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. 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 patiënt, tegen lagere kosten. Hieraan kan een bijdrage geleverd worden door te investeren in innovatie, bijvoorbeeld door de toepassing van E-health-behandelprogramma's.

Wij staan open voor een innovatief zorgaanbod, mits dit 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 Algemeen Inkoopbeleid.

Het is van belang dat er sprake is van herstelgerichte zorg die zoveel mogelijk in de thuisomgeving van onze verzekerde plaatsvindt. Zorg en Zekerheid streeft bij de behandeling van patiënten 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 patiënt en niet langer in de kliniek. Daarnaast ondersteunt Zorg en Zekerheid de voortgaande ambulantisering van de zorg en de inzet van 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. Ook is het belangrijk 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 zijn kernregio's samen met gemeentes en andere stakeholders en ketenpartners zodat verzekerden naast zorg ook begeleiding en ondersteuning kunnen krijgen.

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 datgene wat door de Zorgverzekeringswet (Zvw) als verzekerde zorg wordt aangemerkt. Alleen behandelmethoden zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden en die conform de stand van wetenschap en praktijk is (bewezen effectief), worden ingezet. Leidraad bij dit laatste 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 worden gesteld vanuit de eigen beroepsvereniging. Deze eisen zijn onder andere opgenomen in het Landelijk Kwaliteitsstatuut. Hierin wordt uitgebreid de rol van de regiebehandelaar beschreven, evenals de taken en verantwoordelijkheden van de geneeskundig behandelaar.

De zorg moet **patiëntgericht** zijn en zodanig ingericht dat deze aansluit bij de behoefte van de patiënt. Uitgangspunt hierbij is dat de behandeling gericht is op functioneren in het dagelijkse leven en herstel. Behandeldoelen worden altijd samen met de patiënt vastgesteld en waar mogelijk in samenspraak met de naasten van de patiënt. 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 patiëntgerichte zorg verstaan wij ook dat zorgverleners hun communicatie en behandeling aanpassen aan het begripsniveau van de patiënt en aan het vermogen om opdrachten thuis uit te voeren en E-health-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 patiëntenraden bij de voorbereiding van deze gesprekken te betrekken en waar mogelijk ook een afgevaardigde van de patiëntenraad aan te laten sluiten bij het inkoopgesprek.

3.1.1 Landelijk Kwaliteitsstatuut

Elke GGZ-aanbieder moet een geldig en goedgekeurd Landelijk 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 Landelijk Kwaliteitsstatuut en geeft de kaders aan waarbinnen de zorg wordt verleend. Het Kwaliteitsstatuut moet uiterlijk 1 januari 2022 ingeschreven zijn in het Register Zorginstituut. Daarnaast moeten alle GGZ-aanbieders het Landelijk 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 patiënt 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. Hierbij wordt uitgegaan van een directe betrokkenheid en een voldoende mate van tijdsbesteding door de regiebehandelaar. In onze inkoopgesprekken brengen we dit ter sprake.

Zorg en Zekerheid ziet het Landelijk 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 Landelijk Kwaliteitsstatuut op gepaste wijze binnen de organisatie wordt nageleefd.

3.1.2 Rol van de regiebehandelaar

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

De regiebehandelaar is direct 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 Landelijk 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 beschreven in het Landelijk 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 patiënt heeft een aanspreekpunt, een persoon die als coördinator fungeert en waarbij de patiënt snel terecht kan met vragen.
5. Er is tussen de leden van het MDO sprake van onderlinge gelijkwaardigheid.

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 patiëntenzorg te verbeteren. Bij het overleg nemen zoveel mogelijk disciplines deel die betrokken zijn bij de patiëntenzorg.”

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

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 (onder andere videoconference).

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 E-health binnen de behandeling. Zie voor verdere uitleg over het gebruik van E-health hoofdstuk 3.2.

3.2 Digitalisering en E-health

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 patiënt 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 wachttijden binnen de GGZ. Wanneer zorg noodzakelijk is, is het van belang dat deze zorg tijdig kan worden geleverd. Het terugdringen van de wachttijden ziet Zorg en Zekerheid als een gezamenlijk doel waarbij wij ervan overtuigd zijn dat digitalisering een goede manier is om de toegankelijkheid van de GGZ te vergroten.

Bij E-health wordt gebruikgemaakt van informatie- en communicatietechnologie (ICT) om de gezondheid van patiënten te ondersteunen of te verbeteren en het zelfmanagement te vergroten. Daarnaast bevordert E-health een effectieve behandelinzet die bijdraagt aan de wachttijstproblematiek. Het vrijspelen van behandelcapaciteit creëert ruimte voor nieuwe instroom. Zorg en Zekerheid ziet voor E-health een belangrijke rol weggelegd bij het borgen van de toegankelijkheid van de GGZ in de toekomst. Tevens geeft het inzetten van E-health-programma's de patiënt 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 E-health-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 E-health-programma's zien wij niet alleen als substitutiemiddel bij lichte problematiek. Ook blended varianten, waarbij patiënten met een zwaardere problematiek met E-health geholpen kunnen worden, behoren tot de mogelijkheden. In behandelingen met zwaardere problematiek kan op deze manier ook capaciteitsruimte worden gecreëerd. De aangeboden E-health-programma's maken onderdeel uit van het behandelplan en komen niet boven op de traditionele behandeling.

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

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

Graag verkent Zorg en Zekerheid de mogelijkheden van digitalisering met u in een open en constructief gesprek. Tijdens dit gesprek kunnen we ons bijvoorbeeld richten op de implementatie van digitale behandelprogramma's, beeldbellen en een digitaal platform voor het maken van afspraken en het delen van opdrachten en huiswerk.

Wanneer u zelf al een visie heeft over E-health, dan gaat Zorg en Zekerheid graag in gesprek over:

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

3.3 De Juiste Zorg op de Juiste Plek

Om zorg toegankelijk te houden, is betaalbaarheid een vereiste. Dit betekent dat er gepast gebruik moet worden gemaakt van schaarse middelen. Daarbij is inzicht in de kostenstructuur en de verschillen tussen zorgaanbieders noodzakelijk. Om die reden monitort Zorg en Zekerheid tweemaandelijks de productieontwikkeling bij zorgaanbieders via de landelijk opgestelde Uniforme Productie Monitor. Door marktconforme afspraken en heldere, financiële prijs- en omzetafspraken met instellingen houden we grip op de ontwikkeling van de schadelast. Inhoudelijk streven we naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek. We willen de eerste lijn versterken door (financiële) substitutie van complexe zorg naar eenvoudiger zorg. We bespreken met instellingen op welke wijze uitstroom van patiënten kan plaatsvinden. 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. Met behulp van controles achteraf zal worden gemonitord of de introductie van de nieuwe productstructuur niet leidt tot verlenging van de behandeling.

3.4 Wachtlijstproblematiek

Zorg en Zekerheid verwacht dat onze verzekerden tijdig, en ten minste binnen de Treeknormen, optimale zorg ontvangen. In een aantal gevallen zijn wachtlijsten dermate lang, dat de Treeknormen worden overschreden. Wanneer wachttijden transparant en up-to-date zijn, 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-2024, 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 maandelijkse 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 & Advies. De contactgegevens van de afdeling Zorgbemiddeling & Advies zijn terug te vinden op de website van Zorg en Zekerheid. Uitzondering hierop is de situatie van de wenswachtende, waarbij een verzekerde zelf de keuze maakt te willen wachten tot de gekozen behandelaar of behandelplek 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. Daarnaast zijn er regionale transfertafels actief waarin patiënten naar een optimale behandelplek kunnen worden verwezen met een zo kort mogelijke wachttijd.

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 Productie Monitor, het gebruik van het verzekerdenuitvoeringsmodel, digitale contractering en elektronisch declareren.

Verder heeft de introductie van het Landelijk Kwaliteitsstatuut het ons mogelijk gemaakt passages uit onze overeenkomsten te verwijderen, waardoor een korte en bondige overeenkomst is ontstaan. Ook zetten wij ons in om met zorginstellingen 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 op het zorgaanbod uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Ons inkoopbeleid is erop 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 wordt gefinancierd.

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 ernaar 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, zolang er nog geen verbeterde zorgvraagtypering beschikbaar is, 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 met name behandeld door de GZ-psycholoog. Afhankelijk van het contract kunnen er ook andere behandelaren worden ingezet, waarbij de afspraak is dat er slechts in zeer beperkte mate ruimte is voor de inzet van een medebehandelaar.

Ad 3; Psychiatrische problematiek wordt afhankelijk van de problematiek vastgesteld door de klinisch psycholoog, de psychiater of de psychotherapeut (de geneeskundige behandelaar) en behandeld met betrokkenheid van 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.

Regionaal aanbod

Zorg en Zekerheid beschikt in zijn kernregio voor de meeste patiëntgroepen over voldoende en deskundig zorgaanbod. Kijkend naar de drie eerder genoemde patiëntgroepen beschikken we in onze regio over voldoende aanbod en diversiteit aan behandelaren. Gezien de recent vastgestelde reductie van de wachttijden in de Leidse regio kunnen we constateren dat

de samenwerking tussen de verschillende regionale stakeholders er toe 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 ook de samenwerking aangegaan met alle regionale gemeentes, waarbij de gemeente Leiden functioneert als centrumgemeente.

Voor een klein aantal patiëntgroepen waarbij sprake is van een hoog complexe zorgvraag is nog wel sprake van lange wachttijden en is de uitdaging groot om het juiste zorgaanbod te vinden. Ten behoeve van deze groep 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 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 is om deze doelen te verwezenlijken een bestuurlijke samenwerkingsovereenkomst met de regiogemeentes in zijn kerngebied aangegaan. 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 is de financiering van de extramurale behandeling uit de Wet Langdurige Zorg overgenomen door de zorgverzekeraars. Deze behandel functie 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.

3.7.2 Patiënten 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 groep 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 mensen 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 hoogcomplexere patiënten. Hierbij is sprake van maatwerk, waarbij de afweging gemaakt wordt tussen de intensiteit van de behandelinzet en het te verwachten resultaat. Daarnaast besteden we aandacht aan IPS (Individuele Plaatsing en Steun), waarbij ondersteuning geboden wordt aan mensen met een psychiatrische stoornis en een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Door de begeleiding die wordt geboden, kan ook deze groep mogelijk betaalde arbeid 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 kan worden teruggevallen op een goed functionerende crisisdienst. Daarnaast moet er voor deze mensen een passende klinische voorziening zijn, waarbij de zorg ten dele ook in een beveiligde setting kan plaatsvinden.

3.7.3 Beleidskader verslavingszorg voor instellingen

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 verzekeren. Daarnaast bieden separate afspraken de mogelijkheid om op basis van inkoopspecificaties relaties aan te gaan of te verstevigen met aanbieders van verslavingszorg. Zo wordt onder meer aandacht besteed aan de vraag welke interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en aan de afweging of de zorg ambulant dan wel klinisch wordt aangeboden. Wij verwijzen hiervoor verder naar het Beleidskader verslavingszorg voor instellingen, die onderdeel uitmaakt van ons inkoopbeleid en onze overeenkomst.

3.7.4 PAAZ/PUK

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

3.7.5 Langdurige GGZ (LGGZ)

Mensen 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 bevorderen, waardoor ambulantisering van de zorg mogelijk wordt en de patiënt 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 patiënten dan ook een belangrijk aandachtspunt.

Vanaf 2021 is het mogelijk dat mensen, 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 patiënten 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?

Landelijk Kwaliteitsstatuut

Een geregistreerd en goedgekeurd Landelijk Kwaliteitsstatuut is een voorwaarde om GGZ-zorg in 2022 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 2021

Per 1 januari 2022 wordt een nieuwe bekostiging ingevoerd in de GGZ: het Zorgprestatiemodel. GGZ-instellingen en vrijgevestigden waarmee in 2021 een meerjarige overeenkomst is gesloten zullen voor 2022 een aanvulling op de overeenkomst aangeboden krijgen. Zorg en Zekerheid benadert zorgaanbieders hiervoor digitaal. Met een aantal instellingen worden individuele inkoopgesprekken gevoerd.

Nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst in 2022 als wordt voldaan aan de minimumeisen uit hoofdstuk 4.2, voorwaarden zoals gesteld in dit hoofdstuk en hoofdstuk 3.1 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.

Nieuwe zorgaanbieders die voor 2022 een overeenkomst met Zorg en Zekerheid willen sluiten worden door de zorginkopers beoordeeld. Aanvragen moeten voor 1 september 2021 bij Zorg en Zekerheid zijn ingediend door het sturen van een e-mail aan contractbeheer@zorgenzekerheid.nl. Uiterlijk 1 november 2021 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, psychotherapeuten, klinisch (neuro-) psychologen en psychiaters.

Nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst 2022 indien ze voldoen aan de volgende eisen:

- Beschikken over een goedgekeurd Landelijk 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 patiënt 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 levert zorg in de directe omgeving van de patiënt.

Nieuwe ggz-instellingen

In aanmerking voor een overeenkomst komen GGZ-instellingen die:

- In het bezit zijn van een geldige WTZa-toelating.
- Een psychiater en/of klinisch psycholoog in loondienst hebben.
- Zorg leveren in de directe omgeving van de patiënt.
- Beschikken over een goedgekeurd Landelijk kwaliteitsstatuut dat is ingeschreven in het Register van het Kwaliteitsinstituut.

- Een innovatief zorgaanbod leveren aan onze verzekerden waarvoor aantoonbaar een lacune bestaat in het zorgaanbod.
- Voldoen aan de voorwaarden voor kwaliteit en doelmatigheid zoals beschreven in dit document.

Zie hoofdstuk 3.1, Kwaliteitsbeleid en indien van toepassing 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

Bijcontracteren is van toepassing in de situatie waarin tussentijds afspraken rondom het omzetplafond worden herzien. Zorg en Zekerheid monitort gedurende het jaar de ontwikkeling van de zorgkosten binnen de overeenkomsten waarbij een omzetplafond is overeengekomen. Voor een eventuele herziening van het omzetplafond moet minimaal sprake zijn van een aantoonbare groei van verzekerden en/of van omstandigheden die niet bekend waren bij het sluiten van de overeenkomst. Daarbij geldt als randvoorwaarde dat de zorgaanbieder gedurende het kalenderjaar de UPM tijdig en correct heeft gevuld. Vervolgens treden partijen in overleg of het noodzakelijk is om de afspraak te herzien. Bijcontractering vindt plaats met inachtneming van het financiële kader dat Zorg en Zekerheid (nog) tot beschikking heeft. Hierbij wordt ook gekeken naar herallocatie van budget om de regionale zorgvraag zo goed mogelijk af te stemmen op de beschikbare inkoopruimte.

Het proces van bijcontracteren ziet er als volgt uit:

- Uiterlijk 1 oktober van het lopende kalenderjaar kan een zorgaanbieder bij Zorg en Zekerheid aangeven of een overschrijding van het omzetplafond wordt verwacht. Dit kan via de bekende contactpersonen of het algemene e-mailadres zorginkoop.ggz@zorgenzekerheid.nl. Deze uiterste datum is gekozen omdat beide partijen dan redelijkerwijs nog mogelijkheden hebben beheersmaatregelen te treffen.
- In het eerste kwartaal na afloop van het betreffende schadejaar bekijkt Zorg en Zekerheid of herziening van het omzetplafond mogelijk is en koppelt de uitkomst hiervan terug aan de individuele zorgaanbieder.
- Indien een herziening van het omzetplafond wordt overeengekomen wordt dit vastgelegd middels een addendum bij de overeenkomst.

4.4 De invoering van het Zorgprestatie model en vaststelling van tarieven

Het Zorgprestatie model is per 1 januari 2022 de nieuwe bekostiging voor de GGZ en forensische zorg. Dit heeft gevolgen voor de overeenkomst en het declareren van zorg gaat op een andere manier. Ten tijde van publicatie van dit inkoopbeleid zijn nog niet alle consequenties van de nieuwe bekostiging concreet. Zorg en Zekerheid volgt de landelijke ontwikkelingen

nauwlettend en zet in op een passende overgang van tarifiering en productieafspraken voor alle aanbieders.

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.

Groep zorgaanbieders	Vaststelling tarieven
Vrijgevestigden	Dit betreft een overeenkomst op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven in 2022.
Instellingen zonder offertetraject	Dit betreft een overeenkomst op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven 2022.
Instellingen met offertetraject	De tarieven komen tot stand op basis van een percentage van de NZa-maximumtarieven 2022.

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 2021	Publicatie zorginkoopbeleid op: www.zorgenzekerheid.nl .
1 mei 2021	Zorgaanbieders hebben de mogelijkheid om tot 1 mei 2021 schriftelijk te reageren op het inkoopbeleid. Deze reacties zal Zorg en Zekerheid ter overweging meenemen.
1 april tot 30 juni 2021	Consultatie diverse veldpartijen.
1 juli 2021	Publicatie van eventuele wijzigingen en aanvullingen op het inkoopbeleid, standaard zorgovereenkomsten en algemene inkoopvoorwaarden op: www.zorgenzekerheid.nl .
12 november 2021	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
September 2021	Verzending overeenkomsten. Start contractering via VECOZO Zorginkoopportaal.
1 november 2021	Sluitingsdatum en afronding contractering.

Planning instellingen met offertetraject

Uiterste datum	Inkoopactiviteit
1 juli tot 30 september 2021	Inkoopgesprekken (indien van toepassing).
1 november 2021	Sluitingsdatum en afronding contractering.

5. Bereikbaarheid

Wij hopen dat u een helder beeld heeft gekregen van ons inkoopbeleid in 2022. Voor vragen kunt u ons bereiken per e-mail of telefoon. U vindt de contactgegevens op: www.zorgenzekerheid.nl.

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 41. Van 8 uur tot 12 uur telefonisch bereikbaar.

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 coronacrisis.