

Zorginkoopbeleid zorgverzekeraars 2017 vrijgevestigden

21 juli 2016

Inleiding

De LVVP licht u via deze LVVP-special in over het zorginkoopbeleid 2017 van alle zorgverzekeraars. Voor 1 april publiceerden alle zorgverzekeraars hun zorginkoopbeleid voor 2017; dit is een wettelijke verplichting waar de NZa op toeziet. De LVVP heeft deze inkoopdocumenten gedownload van de verschillende websites en vervolgens doorgenomen en becommentarieerd. Hierover leest u meer in deze special.

LVVP vindt extra eisen op kwaliteitsstatuut ontluisterend

Uit het inkoopbeleid 2017 van de zorgverzekeraars blijkt dat alle zorgverzekeraars het kwaliteitsstatuut als uitgangspunt nemen voor de contractvoorwaarden. Bovenop het kwaliteitsstatuut eisen vooral de grote zorgverzekeraars tal van extra criteria. De LVVP vindt dit ontluisterend. Temeer omdat het ministerie zich bij monde van de directeur-generaal bij de vaststelling van het kwaliteitsstatuut op het standpunt heeft gesteld dat er gehandeld moet worden in de geest van het kwaliteitsstatuut en gestreefd moet worden naar uniformering daarin, zonder nieuwe lijstjes en eisen. Alle betrokken partijen kennen dit uitgangspunt en hebben zich daar destijds aan gecommitteerd. Ook de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, de heer Rouvoet, heeft recentelijk gezegd dat er geen nieuwe lijstjes moeten worden gehanteerd door verzekeraars.

Wij noemen een paar voorbeelden van een forse extra administratieve last:

1. Uit het zorginkoopbeleid van verzekeraar VGZ blijkt dat géén contract wordt afgesloten met aanbieders die niet aantoonbaar werken volgens het kwaliteitsstatuut. De LVVP vindt dit een onbehoorlijk criterium. Immers, het kwaliteitsstatuut fungeert op zichzelf al als bewijslast. Bovendien wordt het ingediende kwaliteitsstatuut gecontroleerd door een onafhankelijke partij. Dit moet echt voldoende zijn. Om vervolgens extra bewijslast te vragen over de criteria van het kwaliteitsstatuut kan de LVVP niet anders interpreteren dan een forse en onnodige toename van de administratieve lasten voor vrijgevestigden. Bij het hebben van een rijbewijs hoeft men ook niet in elke stad opnieuw examen af te leggen. Uitsluitend als het fout gaat, moet men het rijbewijs tonen. Het kwaliteitsstatuut fungeert in die zin niet anders dan het rijbewijs: high trust, high penalty.
2. VGZ en CZ honoreren (regionale) samenwerking met een extra toeslag op het basistarief. Een van de belangrijkste doelen van het kwaliteitsstatuut is dat de zorgaanbieder is ingebed in een professioneel netwerk, bijvoorbeeld met een netwerk van huisarts(en), collega's en andere betrokken zorgaanbieders. Het kwaliteitsstatuut bevat dan ook verschillende eisen over dit professionele netwerk. De LVVP beschouwt het beleid van VGZ om 'aantoonbaar te maken dat er sprake is van samenwerking binnen een netwerkstructuur' als extra bewijslast. Ook dient die samenwerking uit minimaal zes afspraken te bestaan, zo luidt de tekst van VGZ. Echter, het kwaliteitsstatuut is gebaseerd op een structuur waarbij de zorgaanbieder al aantoonbaar doet aan de gestelde criteria. Elke zorgaanbieder die beschikt over een kwaliteitsstatuut zou dan ook in aanmerking moeten komen voor dit tarief. Voor VGZ is dit echter niet genoeg; de zorgaanbieder dient te kunnen aantonen dat hij samenwerkt. De extra bewijslast hiervoor ligt bij de aanbieder. Wij vinden dit een volstrekt onnodige extra lastenverzwaring en vragen ons dan ook af: wanneer is het goed genoeg voor VGZ en CZ?

De LVVP gaat daarom de minister, Zorgverzekeraars Nederland, de Tweede Kamer en ook de NZa hierover informeren en hen met klem vragen maatregelen te nemen tegen de forse en onnodige administratieve lasten. Het wordt namelijk steeds moeilijker om als vrijgevestigde zorg te leveren. Uiteindelijk zal de patiënt hierdoor in zijn keuzevrijheid worden aangetast. Wij hebben de minister in onze brief dan ook de volgende gewetensvraag voorgelegd: Is het juist dat aanbieders uit de markt worden gedrukt, omdat zij niet langer bestand zijn tegen de enorme administratieve lastendruk? Is dit een natuurlijk selectie op grond van criteria die de beste zorg garanderen? De LVVP vindt van niet. Het is immers niet zo dat het kunnen verwerken van

een grote administratieve last garant staat voor goede zorg. Integendeel, dat gaat ten koste van goede zorg!

Alle zorgverzekeraars zullen een afschrift ontvangen van deze correspondentie.

Leveringsvoorwaarden LVVP, gemiste kans grote verzekeraars

Zoals u weet heeft de LVVP leveringsvoorwaarden opgesteld voor haar leden. Op basis van deze leveringsvoorwaarden gaan vrijgevestigde LVVP-leden in vertrouwen een contract aan met een zorgverzekeraar. Deze leveringsvoorwaarden zijn gebaseerd op alle vigerende wet- en regelgeving, inclusief het kwaliteitsstatuut. Daarnaast zijn ook de eigen kwaliteitseisen van de LVVP in de leveringsvoorwaarden vervat. Daarmee garandeert de LVVP een gedegen kwaliteitsbeleid dat ook getoetst wordt via de statutair verplicht gestelde praktijkvisitatie.

De LVVP vindt het een gemiste kans dat de grote zorgverzekeraars de leveringsvoorwaarden niet hanteren als uitgangspunt voor het inkoopbeleid. Het is juist een kans voor alle verzekeraars om deze kwaliteitspunten die door de beroepsgroep zelf tot stand zijn gekomen, als uitgangspunt te nemen voor een contract.

In het inkoopbeleid van de kleine zorgverzekeraars ziet de LVVP overigens wel onderdelen van onze leveringsvoorwaarden terug. Ook hanteren zij een inkoopbeleid dat transparant en eenvoudig is.

Voorwaarden / uitsluitingen: verzekeraars zitten op stoel van professional

De LVVP vindt dat het zorginkoopbeleid van vooral VGZ, CZ, maar ook Zilveren Kruis en Menzis, sterk gebaseerd is op het voorschrijven van hoe professionals hun vak dienen uit te oefenen. Tal van criteria betreffen voorwaarden of uitsluitingssituaties voor het al dan niet kunnen behandelen van patiënten. Daarmee gaan deze zorgverzekeraars op de stoel van de professional zitten en dat is onwenselijk. De beroepsgroep gaat over de kwaliteit van de door haar geleverde zorg en hierover legt men verantwoording af, ook aan de patiënt. Het is dus niet aan de zorgverzekeraar om daar bovenop nog allerlei kwaliteitseisen op te leggen, die veelal dienen ter profilering van de betreffende verzekeraar en zelden een toegevoegde waarde hebben voor de daadwerkelijke kwaliteit van de zorg. Dit leidt hoofdzakelijk tot een onaanvaardbare verzwaring van de administratieve lasten.

LVVP wijst Keurmerk Basis GGZ af

Ook zien wij dat VGZ en Zilveren Kruis deelname aan het Keurmerk Basis GGZ extra belonen op het basistarief. De LVVP is geen voorstander van een dergelijk keurmerk, omdat het niets toevoegt aan het kwaliteitsbeleid van de LVVP en de landelijke initiatieven zoals zorgstandaarden, richtlijnen en het kwaliteitsstatuut. Weer een nieuw keurmerk ervaren wij als *windowdressing* en het leidt tot nog meer administratieve lasten. VGZ en Zilveren Kruis kiezen voor een commercieel privaat initiatief dat in wezen een voortzetting is van Mirro, waarin ggz-instellingen en hun vooruitgeschoven posten (denk hierbij bijvoorbeeld aan Parnassia en Indigo) hun stempel op de ggz willen drukken. De LVVP garandeert als vereniging kwaliteit door visitatie op basis van een veelheid aan kwaliteitscriteria, sturen op functioneren in samenwerking met de IGZ, een ROM-portal, een jarenlange traditie in transparantie met behulp van het LVE-codeboek, BIG- en andere (her)registraties, interne scholing/intervisie, e-health, centrale klachtenafhandeling en dergelijke. De LVVP heeft dan ook besloten om de Autoriteit Consument en Markt (ACM) te vragen de uitgangspunten en het beleid van het Keurmerk Basis GGZ tegen het licht te houden van de mededinging, eerlijke concurrentie en bescherming van de consumentenbelangen. Ook zal de LVVP de ACM vragen kritisch te kijken naar de werkwijze van ketenorganisaties als Vicino, die in het VGZ-inkoopbeleid worden gestimuleerd en gehonoreerd.

Kwaliteitsstatuut versus afsluiting contract

De LVVP gaat ervan uit dat zorgverzekeraars rekening houden met het feit dat zorgaanbieders voor 1 januari 2017 over een kwaliteitsstatuut dienen te beschikken. Deze termijn valt ruim voor de verschillende sluitingsdata van de contractperiode van alle zorgverzekeraars. Bij de afsluiting van het contract beschikt een gecontracteerde aanbieder dus nog niet over een kwaliteitsstatuut.

Special: de belangrijkste eisen voor u van commentaar voorzien

Onderstaand treft u per zorgverzekeraar de belangrijkste eisen. De LVVP kent onder haar leden ook een aantal groepspraktijken dat als instelling gecontracteerd wordt. Deze special gaat uitsluitend over het zorginkoopbeleid voor vrijgevestigden.

Let wel, het inkoopbeleid bevat meerdere criteria dan opgenomen in deze special. Uitsluitend de belangrijkste criteria zijn door de LVVP opgenomen in deze special. De criteria van het inkoopbeleid zijn letterlijk overgenomen uit het inkoopbeleid van de betreffende verzekeraar.

Een inhoudelijk commentaar van de LVVP is weergegeven in een grijs gekleurd kader.

Voor de zomer dienen alle zorgverzekeraars de zorginkoopspecificaties te publiceren. Na publicatie hiervan start ook het moment dat u een contract kunt afsluiten.

Een aantal zorgverzekeraars heeft de zorginkoopspecificaties al via het inkoopbeleid bekendgemaakt. Of daarmee alle specificaties gemeld zijn, is ons niet duidelijk. Wij houden dit nauwgezet in de gaten.

De komende maanden zullen wij ons contractenoverzicht voor 2017 opstellen, voorzien van de nodige *alerts* zodat u goed overwogen een keuze kunt maken om al dan niet een contract voor 2017 af te sluiten. Dit jaar adviseert de LVVP u om nog kritischer dan voorheen te zijn waar het gaat om het al dan niet aangaan van een contract met een zorgverzekeraar.

De volledige zorginkoopdocumenten van alle verzekeraars kunt u raadplegen of downloaden via het ledendeel van de LVVP-site (Mijn LVVP).

Voor nadere vragen kunt u contact opnemen met beleidsmedewerker Annemarie van der Meer via a.vandermeer@lvvp.info.

VGZ

(let op: letterlijke tekst uit het VGZ-inkoopbeleid)

Algemene uitsluitingscriteria:

Wij sluiten in ieder geval geen overeenkomst voor de specialistische GGZ en/of generalistische basis GGZ in 2017 met de volgende zorgaanbieders:

- Zorgaanbieders die geen (goedgekeurd) Kwaliteitsstatuut hebben gedeponereerd bij een door het Ministerie van VWS daartoe bevoegd verklaarde instantie en
- Zorgaanbieders die niet aantoonbaar werken volgens dat kwaliteitsstatuut.
- Zorgaanbieders die niet werken volgens de multidisciplinaire richtlijnen.

Omzet- / zorgkostenplafond

Ook in 2017 hanteert VGZ een zorgkostenplafond voor haar gecontracteerde zorgaanbieders. Er is geen sprake van een gegarandeerd minimum. Wij verwachten dat u een gelijkmatige spreiding van de zorg levert over de betreffende periode binnen dit zorgkostenplafond. Tevens vragen we u ons te waarschuwen bij het bereiken van het niveau van 70% van het plafond. Wij kunnen nieuwe instroom dan tijdig helpen andere zorgaanbieders te selecteren via onze afdeling zorgadvies en bemiddeling.

Tussentijdse bijstelling afspraak

Het is mogelijk dat de afspraak tussentijds wordt bijgesteld. Dat gebeurt in de volgende gevallen:

1. Als we schriftelijk zijn overeengekomen dat we rekening houden met aantoonbare verschuivingen in de markt en/of de zorgvraag;
2. Als de realisatie meer dan 10% achterblijft bij het afgesproken zorgkostenplafond. Dan kan VGZ het zorgkostenplafond tussentijds verlagen en de betreffende productgroep(en)/ zorg elders inkopen.
3. Als visitaties of materiële controles daar aanleiding toe geven. Dan kan VGZ het zorgkostenplafond tussentijds éézijdig verlagen;
4. Als er verzekerdensmutaties zijn, zoals vermeld in de overeenkomsten 2017.

DBC-tarieven 2017

In 2017 hanteert VGZ, evenals in 2016, de maximum DBC tarieven zoals vastgesteld door de NZa, met uitzondering van de DBC productgroepen "Aan alcohol gebonden stoornissen" en "Aan overige middelen gebonden stoornissen". De tarieven voor deze twee productgroepen worden vastgesteld op basis van de VGZ-tarieven 2016 opgehoogd met de gemiddelde indexatie zoals ook gebruikt door de NZa.

Gedifferentieerde inkoopstrategie

Voor de inkoop van 2017 voeren we een gedifferentieerde inkoopstrategie. Wij geven bijzondere aandacht aan zorgaanbieders die onze visie richting 2020 met betrekking tot zinnige zorg delen, en willen samen met hen good practices ontwikkelen. Met deze zorgaanbieders onderhandelen wij over aanvullende initiatieven die gericht zijn op onze inkoopdoelen. Daarnaast geldt voor alle zorgaanbieders een reeks criteria, die in lijn zijn met 2016. Deze kunt u vastleggen in het Vecozo-portaal, in een bestuurlijke verklaring. Zo voorkomen we onnodige administratieve lasten. Het gaat om de volgende criteria per echelon.

Criteria generalistische basis GGZ

Voor het inkoopbeleid generalistische basis GGZ 2017 gaan we uit van de kwaliteitsnormen die door het veld zijn ontwikkeld. Dat resulteert in de volgende vier opeenvolgende niveaus met bijbehorende tarieven. Om in aanmerking te komen voor een bepaald niveau, moet u hebben voldaan aan de criteria van het voorgaande niveau.

Niveau tariefspercentage NZa

- A 80% Kwaliteitsstatuut
- B 90% Keurmerk Basis GGZ
- C 96% Keurmerk Basis GGZ aangevuld met regionale samenwerking huisartsen
- D 96-100% Integrale ketenzorg

Kwaliteitsnorm (A)

Wij hanteren de landelijke normen zoals beschreven in het Kwaliteitsstatuut als minimale norm.

Keurmerk (B)

Het Keurmerk Basis GGZ is ontwikkeld in samenspraak met belanghebbenden in de GGZ. Een externe partij toetst daarbij normen met betrekking tot de thema's cliëntgerichtheid behandeling, samenwerking in de keten, bekwaam blijven en continu verbeteren. Op deze manier ondersteunen we zorgaanbieders die expliciet en toetsbaar werken aan het continu verbeteren van kwaliteit.

Regionale samenwerking (C)

We verwachten van zorgaanbieders dat ze in hun regio gezamenlijk een overeenkomst sluiten met huisartsenzorggroepen waarin minimaal afspraken staan over:

- verwijzen en terugverwijzen;
- gebruik van een digitaal triage-instrument door de huisarts;
- inhoudelijk onderbouwde verwijzingen;
- gebruik van digitale zorg;
- consultaties;
- een kwaliteitsagenda voor de komende jaren.

Integrale ketenzorg (D)

Ketenafspraken moeten worden gemaakt met partijen die een belangrijke regionale rol vervullen in de gehele keten. Daarbij moet de capaciteit in de keten maximaal worden benut, waarbij matched care en substitutie optimaal worden gefaciliteerd. Zorgaanbieders op niveau B of hoger, mogen in 2017 verzekerden van de selectief online polissen (Bewuzt Basis en Univé Zorg Select polis) behandelen.

Criteria specialistische GGZ

Ook binnen de specialistische GGZ maken we gebruik van een bestuurlijke verklaring om administratieve lasten te verlichten. Deze verklaring heeft betrekking op ROM, CQI, substitutie generalistische basis GGZ en zorgpaden. Ons uitgangspunt daarbij is dat het kwaliteitsniveau 2016 wordt behouden en/of verbeterd. Ons gedifferentieerde inkoopbeleid is ook van toepassing op de specialistische GGZ. Wij geven meer aandacht aan zorgaanbieders die good practices ontwikkelen die een meetbare bijdrage leveren aan zinnige zorg. Daarbij zien wij graag voorstellen die aansluiten op onze inkoopdoelen op het gebied van positieve gezondheid, herstelarrangementen, zorg dichtbij en kostenverlaging. Daardoor zullen we met sommige zorgaanbieders intensiever gaan samenwerken en zal bij anderen de focus liggen op een gestroomlijnd inkoopproces met een beperkt aantal onderwerpen.

Voor de SGGZ geldt: zorgaanbieders die voldoen aan de vereisten van het kwaliteitsstatuut GGZ ontvangen 80% van het NZa-tarief. Als u naast specialistische GGZ ook de generalistische basis GGZ levert en in het bezit bent van het Keurmerk Basis GGZ voldoet u aan onze criteria voor methodisch handelen (*shared decision making*, richtlijnconform behandelen, volgen van zorgpaden en kwaliteitsstandaarden en visitatie). Dit wordt door een externe partij getoetst. We gaan ervan uit dat u het methodisch handelen in de hele praktijk inzet en dus ook toepast in de specialistische GGZ. Als u hieraan voldoet, ontvangt u 88% van het NZa-tarief. Als u alleen specialistische GGZ levert, ontvangt u 88% van het NZa-tarief als we de criteria voor methodisch handelen kunnen toetsen. U komt in aanmerking voor 93% van het NZa-tarief als er aantoonbaar sprake is van samenwerking binnen een netwerkstructuur.

Selectieve inkoop

Om gepast gebruik in de specialistische GGZ te stimuleren, continueren we de selectieve inkoop voor onze naturapolissen op basis van normen van de beroepsgroep. Dit kan leiden tot gehele of gedeeltelijke uitsluiting van zorgaanbieders voor de volgende diagnoses: eetstoornissen, dementie, alcohol en overige middelen. Indien een GBGGZ-zorgaanbieder voldoet aan tenminste categorie B, dan mag deze aanbieder in 2017 verzekerden met een selectief online polis (Bewuzt basis en Univé Zorg Select Polis) behandelen.

Good practices

Om de zorg op de langere termijn betaalbaar te houden zet VGZ in op zinnige zorg via good practices. Soms is dat zorgvernieuwing, soms is dat een al bestaande werkwijze die navolging verdient. Criteria voor een good practice zijn de volgende:

- vernieuwende methode, techniek, handelswijze, procedure, samenwerking of technologische ontwikkeling;
- zinnige zorg; betaalbare zorg waarin de cliënt centraal staat en verspilling en overdaad worden vermeden;
- vastgesteld in de praktijk;
- op andere plekken toepasbaar;
- de zorgaanbieder kan een ambassadeursrol vervullen richting zorgaanbieders.

Wij zijn actief op zoek naar dit soort initiatieven die de zorg verbeteren en de doelmatigheid verder vergroten. Wij nodigen zorgaanbieders dan ook uit om deze initiatieven aan te reiken via ons Zinnige Zorg Loket: <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/het-zinnige-zorg-loket>. U kunt uw idee natuurlijk ook bespreken met uw contactpersoon bij de afdeling Zorginkoop.

Keten-GGZ

Wij stimuleren initiatieven die nadrukkelijk meer regie voeren op de gehele keten van GGZ (zoals bij Vicino, PoZoB, Zorroo en Proviso). De eerste uitkomsten wijzen op een toename van behandeling in de eerstelijns in plaats van tweedelijns en een afname van de gemiddelde kosten van GGZ. We willen samen op zoek naar de kritische succesfactoren van deze initiatieven en naar opschalingsmogelijkheden, zodat we samen de zorg zo zinnig en doelmatig mogelijk kunnen inrichten.

Nieuwe toetreders

VGZ behandelt alle zorgaanbieders gelijk. Het is voor ons niet bepalend wie de zorg levert, maar wat geleverd wordt. Voor alle zorgaanbieders binnen een bepaalde zorgsoort gelden dezelfde voorwaarden, dus ook voor nieuwe toetreders. Elementen als beschikbaar aanbod in de regio of onderscheidende zorg zullen meegenomen worden in de afweging om als nieuwe toetreders toegelaten te worden.

Wel of geen contract

Afhankelijk van de uitkomsten van de inkoopgesprekken en de inkoopprocedures sluiten wij al dan niet een contract met u. Dit kan verschillen per polis. Indien een verzekerde gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde leverancier geldt er een lagere vergoeding op basis van de lijst maximale vergoedingen. Wij informeren onze verzekerden over het gecontracteerde aanbod door publicatie op de website.

Procesverloop digitale contractering generalistische basis GGZ en specialistische GGZ

1 april 2016	Publicatie extern inkoopdocument GGZ	Website VGZ
15 mei 2016	Publicatie Werkwijze contracteren	Website VGZ
Augustus/september 2016	Start digitale contractering	Contracteermodule Vecozo
1 november	Einddatum contractering	Contracteermodule Vecozo
Half november 2016	Publicatie contractpartijen 2017	Website VGZ
1 januari 2017	Start overeenkomst 2017	Website VGZ

Bron:

<https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/documents/zorginkoop%202017/vgz%20inkoopdocumenten%20ggz%202017.pdf>

Commentaar LVVP:

Met betrekking tot Kwaliteitsnorm (A)

VGZ hanteert een lange lijst aan contractvoorwaarden of contractuitsluitingscriteria. De LVVP vertrouwt erop dat naar aanleiding van onze roer-om-actie, onze leveringsvoorwaarden, het inkoopbeleid van VGZ tot een aanzienlijke afname zou leiden van de administratieve lasten. Ook hadden wij de verwachting dat het kwaliteitsstatuut een afname van administratieve lasten zou betekenen, hetgeen namelijk de afspraak was. Het tegendeel is waar. VGZ legt een forse, volstrekt onnodige, extra administratieve last op aan

vrijgevestigden door aanvullende criteria te stellen bovenop het kwaliteitsstatuut. Zo sluiten zij bijvoorbeeld géén contract met aanbieders die niet aantoonbaar werken volgens het kwaliteitsstatuut. De LVVP vindt dit een onbehoorlijk criterium. Immers, het kwaliteitsstatuut – dat bovendien al getoetst zal worden door een onafhankelijke partij- fungeert op zichzelf al als bewijslast. Bij het hebben van een rijbewijs hoeft men ook niet in elke stad opnieuw examen af te leggen. Uitsluitend als het fout gaat, moet men het rijbewijs tonen. Het kwaliteitsstatuut fungeert in die zin niet anders dan het rijbewijs: high trust, high penalty.

Met betrekking tot Keurmerk (B)

Zorgwekkend vindt de LVVP dat ook VGZ het Keurmerk Basis GGZ stimuleert door deelname aan dit Keurmerk te honoreren en het tevens als criterium te hanteren voor het mogen behandelen van patiënten met een VGZ selectpolis. De LVVP is geen voorstander van een dergelijk keurmerk, omdat het niets toevoegt aan het kwaliteitsbeleid van de LVVP en de landelijke initiatieven zoals zorgstandaarden, richtlijnen en het kwaliteitsstatuut. Weer een nieuw keurmerk beschouwen wij als *window dressing* en het leidt tot nog meer administratieve lasten. VGZ kiest voor een commercieel privaat initiatief dat in wezen een voortzetting is van Mirro, waarin ggz-instellingen en hun vooruitgeschoven posten (denk bijvoorbeeld aan Parnassia, PsyQ en Indigo) hun stempel op de ggz willen drukken. De LVVP garandeert als vereniging kwaliteit door visitatie op basis van een veelheid aan kwaliteitscriteria, sturen op functioneren i.s.m. de IGZ, een ROM-portal, een jarenlange traditie in transparantie met behulp van het LVE-codeboek, BIG- en andere (her)registraties, interne scholing/intervisie, e-health, centrale klachtenafhandeling en dergelijke. Ook staat het Keurmerk naar de mening van de LVVP voor geprotocolleerde zorg en beperkte screeningsinstrumenten. Maatwerk is daarmee uitgesloten. Bovendien wordt het kwaliteitsstatuut leidend per 1 januari 2017. De kwaliteitsafspraken die hierin geregeld zijn, horen voor alle partijen bindend te zijn. De LVVP is niet voornemens het eigen kwaliteitsbeleid aan het keurmerk aan te bieden. Wij hebben deze immers zelf ontwikkeld. Bovendien zouden wij het niet integer vinden dat het keurmerk ons kwaliteitsbeleid als 'onafhankelijk' op de markt zou brengen en er ook een *fee* voor zou vragen. Daarenboven leidt het keurmerk tot extra administratieve handelingen. De eisen van de LVVP en het kwaliteitsstatuut zijn zodanig hoog dat deze het keurmerk overstijgen. De LVVP heeft besloten om de ACM te vragen de uitgangspunten en het beleid van het Keurmerk Basis GGZ tegen het licht te houden van de mededinging, eerlijke concurrentie en bescherming van de consumentenbelangen.

Met betrekking tot regionale samenwerking (C)

VGZ honoreert regionale samenwerking met een extra toeslag van 5% op het basistarief. Een van de belangrijkste doelen van het kwaliteitsstatuut is dat de zorgaanbieder is ingebed in een professioneel netwerk, bijvoorbeeld met een netwerk van huisarts(en), collega's en andere betrokken zorgaanbieders. Het kwaliteitsstatuut bevat dan ook verschillende eisen over dit professionele netwerk. De LVVP beschouwt het beleid van VGZ om 'aantoonbaar te maken dat er sprake is van samenwerking binnen een netwerkstructuur' als extra bewijslast. Ook dient die samenwerking uit minimaal zes afspraken te bestaan, zo luidt de tekst van VGZ. Echter, het kwaliteitsstatuut is gebaseerd op een structuur waarbij de zorgaanbieder al aantoont dat hij voldoet aan de gestelde criteria. Elke zorgaanbieder die beschikt over een kwaliteitsstatuut zou dan ook in aanmerking moeten komen voor dit tarief. Voor VGZ is dit echter niet genoeg; de zorgaanbieder dient te kunnen aantonen dat hij samenwerkt. De extra bewijslast hiervoor ligt bij de aanbieder. Wij vinden dit een volstrekt onnodige extra lastenverzwaring. Wij vragen ons dan ook af: Wanneer is het goed genoeg voor VGZ?

Integrale ketenzorg (D)

Zorgwekkend vindt de LVVP het feit dat VGZ initiatieven stimuleert die naar de mening van de LVVP een ongelijke toegang tot de markt veroorzaken, zeker als die organisaties gefinancierd worden op basis van huisartsenbesteding en innovatieregels. Deze vorm van facilitering heeft de verwerving en de consolidatie van een positie op de markt maximaal bevordert. Patiënten die door behandelaren werden behandeld in deze vorm van ketenzorg betaalden in veel gevallen tot voor kort (1 januari 2016) onder meer geen eigen risico. De LVVP heeft begrepen dat dit nog steeds wel geldt of kan gelden voor patiënten waarvan de behandeling in 2015 is gestart.

De LVVP is hier fel tegenstander van en heeft hiervan dan ook melding gemaakt bij de NZa. Immers, een van de voorwaarden om gebruik te mogen maken van de innovatieregeling is dat er geen alternatief voorhanden is voor de hulp die geboden moet worden. Deze is er naar de mening van de LVVP e.a. wel degelijk: er zijn immers tal van andere aanbieders van huisartsen en psychologen.

De NZa ziet echter geen bezwaren tegen dergelijke initiatieven (NB: een van de experimenten is op 31 december 2015 wel beëindigd). De LVVP vindt dat de NZa haar toezichthoudende rol op dit onderwerp niet goed oppakt. De LVVP heeft van deze initiatieven een melding gedaan bij de ACM.

Daarnaast hanteert VGZ tal van criteria die indruisen tegen de uitgangspunten waar vrijgevestigden voor staan en die wij ook in onze leveringsvoorwaarden hebben beschreven. Zo werkt VGZ opnieuw met krappe omzetplafonds, dient men VGZ te waarschuwen als het omzetplafond voor 70% is bereikt en kan VGZ het omzetplafond halverwege het jaar eenzijdig naar beneden bijstellen. LVVP acht de strakke omzetplafonds van VGZ niet goed werkbaar. Steeds vaker moeten patiënten worden afgewezen op basis van hun verzekeringspolis en niet op basis van (de urgentie van) de problematiek. Dit druist in tegen de beroepsethiek van de hulpverlener. Daarnaast dienen zorgaanbieders in het geval van een nieuwe patiënt, een vervolgproduct of behandeling zeer goed te calculeren. Deze werkwijze leidt tot een administratieve lastendruk en is niet patiëntvriendelijk. De LVVP beschouwt het eenzijdig wijzigen van omzetplafonds als een te groot bedrijfsrisico voor vrijgevestigden. Een dergelijk risico is onaanvaardbaar, ook voor de patiënt omdat het de continuïteit van de praktijk beïnvloedt.

Het beleid van VGZ ten aanzien van de selectiepolissen is niet gebaseerd op gelijke toegang. VGZ hanteert voor vrijgevestigden extra criteria om patiënten met een dergelijke polis te mogen behandelen. Dit beleid beperkt de keuzevrijheid van patiënten en dat acht de LVVP ongewenst.

CZ

(let op: letterlijke tekst uit het CZ-inkoopbeleid)

Algemene visie op inkoop

Op basis van kennis en ervaring vinden wij het bij bepaalde aanbieders niet wenselijk de zorg te vergoeden, bijvoorbeeld als we uit (wetenschappelijk) onderzoek of uit patiëntgegevens weten dat deze zorg van onvoldoende kwaliteit is. Of dat de zorg overbodig of onnodig en onverklaarbaar duur is. We maken gefundeerde keuzes en willen hiermee de zorgmarkt stimuleren zich continu te verbeteren. Verder hebben wij met het oog op het betaalbaar houden van zorg expliciete aandacht voor het tegengaan van fraude en oneigenlijke declaraties.

CZ groep wil zorg inkopen die zo veel mogelijk waarde oplevert voor de verzekerde. We willen dat de zorg afgestemd is op de zorgbehoefte van onze verzekerden en van hoge kwaliteit is tegen acceptabele kosten. Dit houdt in dat we zorg steeds meer inkopen op basis van de kwaliteit én de kosten.

De mate waarin prijs en kwaliteit een rol spelen binnen de inkoop, is afhankelijk van onder andere de beschikbare kwaliteitsinformatie. Wij zien kwaliteit als een combinatie van onder meer de medisch inhoudelijke kwaliteit en de ervaringen van de verzekerden met de betreffende zorg(aanbieder). Waar in de ene situatie de prijs het primaire criterium zal zijn, is in andere situaties de kwaliteit leidend. Het bepalen van de kwaliteit is dus maatwerk.

Inkoopbeleid generalistische basis ggz vrijgevestigden

Tarief

Het basistarief voor de contractering van generalistische basis GGZ voor vrijgevestigde zorgaanbieders en groepspraktijken is 87% van de NZa-tarieven voor 2017. Dit percentage kan hoger worden naarmate de zorgaanbieder invulling geeft aan de volgende voorwaarden:

- +3%: De zorgaanbieder zet e-health-behandelprogramma's in binnen de prestaties Kort, Middel en Intensief. Deze programma's moeten voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. CZ groep gaat

ervan uit dat e-health-behandelprogramma's in een 'blended' vorm worden ingezet. Er is dus ook sprake van direct cliëntencontact. De zorgaanbieder heeft een geldige overeenkomst met een e-health-leverancier voor 2017 en maakt dit inzichtelijk door de overeenkomst te overleggen. De zorgaanbieder stemt ermee in dat CZ groep bij de leverancier informatie opvraagt over de inzet van e-health-producten op geaggregeerd niveau (niet naar de individuele zorgaanbieder herleidbaar).

- +3%: De zorgaanbieder heeft een continue verbetercyclus, waarbij onder andere gebruik gemaakt wordt van (benchmark)rapportages over zorggebruik (de kosten van zorg), het proces en de uitkomsten van zorg over de hele GGZ-keten. Daarnaast beschikt de zorgaanbieder over online, vrij toegankelijke informatie over de werkwijze en zijn er afspraken gemaakt met verwijzers en zorgaanbieders van gespecialiseerde GGZ over verwijzing, terugverwijzing en het uitwisselen van informatie tijdens de behandeling. Dit blijkt uit de verwijzing en andere informatie die tijdens de behandeling wordt uitgewisseld.

Tot en met 2016 kwamen vrijgevestigde zorgaanbieders in aanmerking voor een opslag op het tarief als zij konden aantonen dat zij ingeschreven waren in het kwaliteitsregister eerstelijnspsycholoog van het NIP of in het register van de VGCT als cognitief gedragstherapeut. CZ groep belooft deze inschrijvingen in 2017 niet meer afzonderlijk.

Maximerende afspraken voor de omzet

Met zorgaanbieders die naast zorg in de generalistische basis GGZ, ook gecontracteerde zorg leveren in de gespecialiseerde GGZ, maken we contractafspraken over de generalistische basis GGZ die zijn gebonden aan een omzetmaximum.

Minimale eisen voor 2017 generalistische basis ggz

Poh-ggz

CZ groep ziet de verdere ontwikkeling van een sterke eerste lijn in de GGZ als een sleutel voor duurzame betaalbaarheid en gepast gebruik. We stimuleren daarom de behandeling in de generalistische basis GGZ en versterken de positie van de POH-GGZ, zodat die de triage en de reductie van klachten vorm kan geven. Zo versterken we de samenwerking tussen de generalistische basis GGZ en de POH-GGZ.

ROM

CZ groep koopt enkel generalistische basis GGZ in bij zorgaanbieders die ROM inzetten in het ehandelproces als hulpmiddel om de voortgang en uitkomsten van de behandeling te meten. Daarnaast vragen we zorgaanbieders om ROM-data aan te leveren bij SBG.

e-Health

CZ groep vindt de generalistische basis GGZ bij uitstek geschikt voor de inzet van e-health als onderdeel van de behandeling. e-Health maakt daarom standaard deel uit van de zorgpaden. Bij iedere cliënt in de generalistische basis GGZ is een zogenoemde 'blended behandeling' het uitgangspunt; e-health in combinatie met direct contact. Dit biedt cliënten flexibiliteit in (een deel van) de behandeling en zorgt voor een goede voorbereiding van de face-to-face-contacten. Als een cliënt niet 'blended' wordt behandeld, neemt de zorgaanbieder de reden hiervan op in het behandelplan.

Prestatie Chronisch

CZ groep koopt in 2017 de prestatie Chronisch enkel in bij instellingen die beschikken over een zorgpad chronisch. Daarnaast vragen we van zorgaanbieders in- en uitstroomcriteria voor de gespecialiseerde GGZ én voor de generalistische basis GGZ Chronisch. Zorgaanbieders toetsen tijdens de behandeling op vastgestelde momenten of wordt voldaan aan deze in- en uitstroomcriteria. Dit is ook als zodanig opgenomen in de zorgpaden in de gespecialiseerde GGZ en het zorgpad Chronisch in de generalistische basis GGZ.

Geobjectiveerde verwijzing

CZ groep werkt de komende jaren aan een meer regionaal georiënteerde inkoop, waarbij onze verzekerden kunnen rekenen op een functioneel zorgnetwerk binnen de hele GGZ-keten. Een sterke eerste lijn is een essentieel onderdeel daarvan, met een substantiële rol voor de huisarts als poortwachter. Een belangrijk

ingrediënt is dan ook een geobjectiveerde en onderbouwde verwijzing door de huisarts of bedrijfsarts naar de juiste plaats in de GGZ-keten. Die verwijzing moet deels geobjectiveerd zijn en is gebaseerd op een diagnostisch gesprek en op gegevens uit een oriënterend onderzoek. Dit is bij voorkeur een (digitaal) gevalideerd beslissingsondersteunend instrument.

Productieafspraken niet overdraagbaar

De overeenkomst en de productieafpraak van een zorgaanbieder zijn niet overdraagbaar. De zorgaanbieder moet aantonen dat hij voldoet aan de inkoopcriteria en de minimale eisen. CZ groep kan deze vooraf of achteraf toetsen.

Groepspraktijken

Voor groepspraktijken geldt dat meerdere GZ-psychologen en/of psychotherapeuten in aanmerking kunnen komen voor een groepspraktijkovereenkomst. Een psychotherapeut die een getekende overeenkomst 2016 heeft als vrijgevestigde zorgaanbieder in de gespecialiseerde GGZ, of van plan is om deze te gaan tekenen, kan geen deel uitmaken van de groepspraktijk. De groepspraktijk levert de zorg monodisciplinair, door GZ-psychologen en/of psychotherapeuten. De groepspraktijk is de contractant en wordt vertegenwoordigd door één persoon die de overeenkomst tekent en die declareert. De zorgaanbieder kan geen overeenkomst generalistische basis GGZ aangaan als groepspraktijk als er in hetzelfde concern een instelling is die gespecialiseerde GGZ levert. De zorgaanbieder moet de zorg dan verlenen op basis van een instellingsovereenkomst generalistische basis GGZ.

Vrijgevestigde GZ-psychologen, psychotherapeuten en groepspraktijken komen voor 2017 in aanmerking voor een overeenkomst als zij voldoen aan de volgende minimale eisen:

- De zorgaanbieder heeft een persoonlijke AGB-code.
- De zorgaanbieder beschikt over een geldige inschrijving in het register Kwaliteitsstatuut.
- De zorgaanbieder is bereid informatie aan te leveren voor het vullen en actueel houden van Zorgvinden (de internetapplicatie van CZ groep om zijn verzekerden te gidsen).
- De zorgaanbieder is bereid om informatie aan te leveren bij CZ groep voor het monitoren van de productie en de wachttijden.
- De zorgaanbieder is aangemeld als belangstellende bij SBG en levert voor- en nametingen aan over heel 2017 zodra dit mogelijk is.
- De zorgaanbieder zorgt dat er vóór elke behandeling een geobjectiveerde, geldige verwijzing in het patiëntendossier zit. Als zo'n verwijzing er niet is, voert een GGZ-zorgaanbieder dit onderzoek alsnog uit. Hij zorgt voor terugkoppeling hierover aan de verwijzer.
- De zorgaanbieder levert de zorg als GZ-psycholoog of psychotherapeut monodisciplinair aan verzekerden van CZ groep.
- De zorg mag geleverd worden door een psychotherapeut of GZ-psycholoog in opleiding. De zorgaanbieder is dan verantwoordelijk voor de behandeling en superviseert iedere behandeling van deze psychotherapeut of GZ-psycholoog in opleiding.
- Het is de zorgaanbieder niet toegestaan om als vrijgevestigde of groepspraktijk prestaties via een andere overeenkomst of op restitutiebasis te declareren bij CZ groep. Het is dus alleen toegestaan om in dienst van anderen zorg te verlenen op andere plaatsen dan de opgegeven praktijklocaties.
- Praktijklocaties waar ook andere zorg dan zorg voor eigen rekening en risico verleend wordt, zijn uitgesloten van de overeenkomst en daarmee voor zorg aan verzekerden van CZ groep.
- De zorgaanbieder levert niet de prestatie Chronisch voor onze verzekerden.
- De zorgaanbieder stuurt op een vaste verdeling tussen de verschillende prestaties:
 - GZ-psychologen en groepspraktijken: 30 procent prestatie Kort, 35 procent prestatie Middel en 35 procent prestatie Intensief.
 - Psychotherapeuten: 20 procent prestatie Kort, 30 procent prestatie Middel en 50 procent prestatie Intensief. CZ groep toetst deze verdeling gedurende het jaar aan de hand van de declaratiedata. Als er sprake is van een afwijking van meer dan 5 procent, dan past CZ groep hoor- en wederhoor toe voordat we overgaan tot een eventuele terugvordering.

Planning generalistische basis ggz

1 april 2016: Publiceren van het zorginkoopbeleid voor 2017 op de website

6 juni 2016: Openstellen van de vragenlijst en als er geen uitval is, toegang tot de overeenkomst 2017

6 juni 2016: Zorgaanbieders met een overeenkomst in 2016 ontvangen per e-mail toegang tot de vragenlijst

1 april 2015 tot en met 15 september 2016: Zorgaanbieders zonder overeenkomst kunnen zich melden bij rz.ggz@cz.nl

15 september 2016: Sluitdatum voor het invullen van de vragenlijst via VECOZO

30 september 2016: Sluitdatum voor het accepteren van de overeenkomst 2017

19 november 2016: Publiceren van het gecontracteerde zorgaanbod

Inkoopbeleid gespecialiseerde ggz vrijgevestigden

Voor vrijgevestigde psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters gelden de volgende minimale eisen voordat zij in aanmerking komen voor een overeenkomst met CZ groep in 2017:

- De vrijgevestigde zorgaanbieder heeft een persoonlijke AGB-code.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder beschikt over een geldige inschrijving in het register Kwaliteitsstatuut.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder is bereid informatie aan te leveren voor het vullen en actueel houden van Zorgvinden (de internetapplicatie van CZ groep om zijn verzekerden te gidsen).
- De vrijgevestigde zorgaanbieder levert informatie aan bij CZ groep voor het monitoren van de productie en de wachttijden.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder is aangemeld als belangstellende bij SBG en levert voor- en nametingen aan over heel 2017 zodra dit mogelijk is.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder draagt zorg voor continuïteit in de zorgverlening. Daarmee bedoelen we ook een gelijkmatige spreiding van het overeengekomen jaarcijfer (of totale volume) over het hele kalenderjaar.
- De DBC's persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen van meer dan 3000 minuten kunnen alleen gedeclareerd worden als dat is overeengekomen volgens de procedure Selectieve inkoop.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder zorgt dat vóór elke behandeling een geobjectiveerde, geldige verwijzing in het patiëntendossier zit. Als zo'n verwijzing er niet is, voert een GGZ-zorgaanbieder dit onderzoek alsnog uit. Hij zorgt voor terugkoppeling hierover aan de verwijzer.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder kan bij de behandelingen van verzekerden maximaal 15 procent door medebehandelaren laten uitvoeren. Zet een zorgaanbieder in totaal bij al zijn behandelingen meer dan 20 procent medebehandelaren in, dan kan hij geen overeenkomst aangaan als vrijgevestigde zorgaanbieder. Het is de vrijgevestigde zorgaanbieder niet toegestaan om DBC's via een andere overeenkomst of op restitutiebasis te declareren bij CZ groep. Het is dus alleen toegestaan om in dienst van anderen zorg te verlenen op andere plaatsen dan de opgegeven praktijklocaties.
- Praktijklocaties waar ook andere zorg wordt verleend dan zorg voor eigen rekening en risico, zijn uitgesloten van de overeenkomst. Daar mag dus geen zorg worden verleend aan onze verzekerden.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder is met maximaal 4 beroepsbeoefenaren werkzaam op één praktijkadres.

Omzetplafond

CZ groep stemt het omzetmaximum in 2017 meer af op de daadwerkelijke zorgvraag. Vrijgevestigde psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters die al vanaf 2014 of eerder een overeenkomst hebben met CZ groep, maar geen declaraties hebben ingediend voor DBC's die zijn geopend in 2013 en 2014, ontvangen voor 2017 geen contractvoorstel van CZ groep. Daarnaast zetten we in op meer gepaste afspraken bij structurele onderproductie. We gebruiken de vrijgevallen middelen voor (regionale) herverdeling en het compenseren voor verzekerdenmutaties.

CZ groep bepaalt het omzetmaximum voor 2017 onder meer door:

- de hoogte van het omzetmaximum in 2016;
- de hoogte van de onderproductie (zie hieronder);
- de omvang van de verzekerdenmutatie in relatie tot de regionaal ingekochte zorg. Een eventuele mutatie is afhankelijk van de zorgkosten en de ingekochte zorg in de regio.

Berekening van de onderproductie

Om de onderproductie te berekenen, hanteert CZ groep de gehonoreerde declaraties uit 2013 en 2014 als

uitgangspunt. Het jaar met de hoogste omzet wordt vergeleken met het omzetmaximum voor 2016. Wanneer het verschil groter is dan € 10.000,-, is het voorstel voor het omzetmaximum 2017 lager dan het omzetmaximum 2016. Ten opzichte van 2016 brengen wij het bedrag boven de € 10.000,- in mindering en bieden wij u dat bedrag aan als omzetmaximum 2017.

Overhevelen budget

De productieafspraken van een zorgaanbieder is in principe niet overdraagbaar. Wel is het ook in 2017 mogelijk om een tweezijdig verzoek voor incidentele budgetoverheveling in te dienen. De zorgaanbieder moet aantonen dat hij voldoet aan de minimale eisen en de inkoopcriteria. CZ groep kan deze criteria vooraf en achteraf toetsen.

Planning gespecialiseerde ggz

1 april 2016: Publiceren van het zorginkoopbeleid voor 2017 op de website

15 juni 2016: Aanbieden van een voorstel voor de overeenkomst voor 2017

30 september 2016: Sluitdatum accepteren van de overeenkomst in VECOZO

19 november 2016: Publiceren van het gecontracteerde zorgaanbod

Beleid t.a.v. nieuwkomers in 2017

Naast de minimale eisen gelden in 2017 de volgende aanvullende eisen voor nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders:

- De vrijgevestigde zorgaanbieder levert gespecialiseerde GGZ én generalistische basis GGZ voor onze verzekerden.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder voldoet aan de eis voor de minimale omzet in 2014 voor onze verzekerden.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder is bij aanvang van de procedure aangesloten als belangstellende bij SBG. Hij maakt dit inzichtelijk door bij de aanvraag een bevestiging hiervan mee te sturen.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder werkt met een kwaliteitscyclus waaruit blijkt dat hij actief lering trekt uit de resultaten van de ROM-metingen en de metingen in BRaM.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder beschikt over een procedure voor het omgaan met een niet (volledig) geobjectiveerde verwijzing door de huisarts of bedrijfsarts. In deze procedure is ten minste opgenomen hoe dit objectiverende onderzoek alsnog plaatsvindt en hoe de terugkoppeling daarvan aan de verwijzer plaatsvindt.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder beschikt over uitstroomcriteria voor alle behandelingen van de gespecialiseerde GGZ en generalistische basis GGZ naar elders in de GGZ-keten en past deze toe.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder heeft een website met transparante informatie over de behandelingen, de wachttijden, de vergoedingen en de bereikbaarheid.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder die alleen zorg levert vanuit de Zvw geniet bij gelijkwaardig aanbod de voorkeur. Als hij ook zorg levert buiten het domein van de Zvw, dan staan de aard en de omvang van deze zorg volledig en transparant vermeld op de website. Daarbij is voor verzekerden helder aangegeven dat de betreffende zorg geen verzekerde zorg is.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder beschikt bij aanvang van de procedure over een overeenkomst met een erkende e-health-leverancier. Hij stuurt hiervan een bevestiging mee aan CZ groep.
- De vrijgevestigde zorgaanbieder zet in ten minste 30 procent van de behandelingen een e-health-behandeltraject in. Uit de zorgpaden van de vrijgevestigde aanbieder blijkt wanneer dit het geval is.

Uitsluitingen

- Geen toelating voor zorgaanbieders die alleen diagnostiek leveren;
- Geen toelating voor zorgaanbieders die klinische capaciteit aanbieden;
- Geen toelating voor zorgaanbieders die (ook) zorg aanbieden op een locatie in het buitenland die verder dan 30 kilometer van de Nederlandse grens ligt;
- Geen toelating voor zorgaanbieders waarbij een traject loopt bij Bureau Bijzonder Onderzoek;
- Geen toelating voor zorgaanbieders met een behandellocatie waar behandelingen worden geleverd door een instelling én een vrijgevestigde zorgaanbieder. De zorgaanbieder moet aantonen dat hij voldoet aan de

minimale eisen en de aanvullende eisen. CZ groep kan deze eisen vooraf en achteraf toetsen. De zorgaanbieder aanvaardt dat de overeenkomst en de productieafspraken worden afgesproken per zorgaanbieder en dat deze dus niet overdraagbaar zijn.

Ranking

CZ groep past een ranking toe als er meer aanbod is dan het beschikbare bedrag voor nieuwe vrijgevestigde aanbieders. Als uitgangspunt van de ranking hanteren wij de reeds gecontracteerde zorgaanbieders en kosten per cliënt per zorgkantorregio. De ranking bestaat per zorgkantorregio uit de geoffreerde korting op het NZa-tarief.

Planning nieuwkomers

1 april 2016: Publiceren van het zorginkoopbeleid 2017 op de website, inclusief de toelatingscriteria tot uiterlijk 31 mei 2016: Belangstellenden voor een overeenkomst in 2017 kunnen zich melden via rz.ggz@cz.nl met in de onderwerpregel 'nieuwe vv gGGZ'
vanaf 15 juni: Vragenlijst te benaderen via VECOZO
uiterlijk 15 augustus : Invullen en bevestigen van de vragenlijst
31 augustus 2016: Analyse van de aanvragen door CZ groep
9 september: Uitslag of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor een overeenkomst in 2017
30 september 2016: Sluitdatum voor het accepteren van de overeenkomst(en) in VECOZO
19 november 2016: Publiceren van het gecontracteerde zorgaanbod

Bron: <https://www.cz.nl/~media/actueel/zorgaanbieder/zorginkoopbeleid/zorginkoopbeleid-ggz.pdf>

Commentaar LVVP

Leveringsvoorwaarden LVVP

Zorgverzekeraar CZ stelt opnieuw een groot pakket aan eisen aan vrijgevestigden. De LVVP vertrouwde erop dat, naar aanleiding van onze roer-om-actie, de leveringsvoorwaarden, het inkoopbeleid CZ tot een aanzienlijke afname zou leiden van de administratieve lasten. Al hadden wij hier wel onze vraagtekens bij. Echter CZ reageerde direct afwerend op de LVVP-leveringsvoorwaarden met de mededeling "Wij accepteren geen leveringsvoorwaarden" toen wij onze leveringsvoorwaarden tijdens een gesprek toelichtten. Deze attitude van CZ betreuren wij. Een dergelijke opstelling past niet in de huidige tijdgeest waarin iedereen het er wel over eens is dat het roer nu echt om moet. Ook hadden wij de verwachting dat het kwaliteitsstatuut een afname van administratieve lasten zou betekenen, hetgeen namelijk de afspraak was. Niets bleek echter minder waar te zijn.

Kwaliteitsstatuut

Het kwaliteitsstatuut dat een wettelijke basis heeft, bevat heldere criteria over de afbakening van een vrijgevestigde of een instelling. Ook hierover zien wij aanvullende eisen terug in het inkoopbeleid van CZ als het gaat om vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk. Dit leidt direct tot een fors uitvoeringsprobleem voor deze groep vrijgevestigden: behandelaren uit een groepspraktijk die voldoen aan de eisen van sectie II uit het kwaliteitsstatuut zijn vrijgevestigde zorgverleners en zullen zich als zodanig laten registreren. CZ biedt deze zorgverleners echter geen vrijgevestigdencontract, maar een instellingscontract. CZ sluit daarmee niet aan bij de criteria van het kwaliteitsstatuut. Immers, een zorgaanbieder kan maximaal over één kwaliteitsstatuut beschikken.

Algemene visie op kwaliteit

De LVVP beschouwt de visie van CZ op kwaliteit als willekeur. CZ schrijft dat 'waar in de ene situatie de prijs het primaire criterium zal zijn, is in de andere situatie kwaliteit leidend.' CZ is niet transparant over de ratio die hij hiervoor hanteert. Dergelijke willekeur is ongewenst, ook voor de patiënt.

E-health

Over e-health schrijft CZ dat 'de zorgaanbieder ermee instemt dat CZ bij de leverancier informatie opvraagt over de inzet van e-health op geaggregeerd niveau'. De LVVP vindt dit een signaal van wantrouwen. Ook

verwacht CZ dat 'bij iedere cliënt in de gb-ggz een blended behandeling het uitgangspunt is'. De LVVP vindt dit niet wenselijk. E-health dient geen doel op zich te zijn. Daar waar de patiënt gebaat is bij een blended behandeling, kan de zorgaanbieder deze interventie toepassen. Daarnaast gaat CZ door dergelijke dwingende eisen, die de behandeling direct beïnvloeden, op de stoel van de zorgaanbieder zitten.

Verwijzing

Ook meldt CZ dat de zorgaanbieder een continue verbetercyclus heeft waarbij er afspraken zijn gemaakt over verwijzing, terugverwijzing en het uitwisselen van informatie. Deze werkwijze wordt gehonoreerd met een hoger tarief op het basistarief. Een van de belangrijkste doelen van het kwaliteitsstatuut is dat de zorgaanbieder is ingebed in een professioneel netwerk, bijvoorbeeld met een netwerk van huisarts(en), collega's en andere betrokken zorgaanbieders, waarbij afspraken gemaakt worden over verwijzing, terugverwijzing en het uitwisselen van informatie. De LVVP beschouwt dit beleid van CZ dan ook als extra bewijslast. Echter, het kwaliteitsstatuut is gebaseerd op een structuur waarbij de zorgaanbieder al aantoont dat hij voldoet aan de gestelde criteria. Elke zorgaanbieder die beschikt over een kwaliteitsstatuut zou dan ook in aanmerking moeten komen voor dit hogere tarief, maar voor CZ is dit niet genoeg, want 'dat de zorgaanbieder voldoet aan de verwijzing etc dient te blijken uit de verwijzing en andere informatie', zo stelt CZ. De extra bewijslast ligt hiervan eenzijdig bij de zorgaanbieder door deze verantwoordelijk te stellen voor een juiste verwijzing. Wij vinden dit een volstrekt onnodige extra lastenverzwaring. Bovendien heeft de zorgaanbieder hier geen directe invloed op en lijdt de verstandhouding zorgaanbieder - huisarts onder deze eis van CZ. Wij vragen ons dan ook af: wanneer is het goed genoeg voor CZ?

Productmix

Ook hanteert CZ opnieuw een verplichte productmix in de gb-ggz voor 2017. De LVVP pleit al jaren bij CZ voor beëindiging van dergelijk beleid, omdat deze productmix niet tegemoetkomt aan de non-specifieke doelgroep patiënten in de generalistische basis-ggz. Hantering van een productmix heeft direct tot gevolg dat behandelingen lichter ingezet zouden moeten worden om aan de productmix te kunnen voldoen. Patiënten zijn hier niet mee gebaat! Bovendien druist dergelijk beleid in tegen de beroepsethiek van de professional. De vraagzijde van de patiënt is immers onvoorspelbaar en in de gb-ggz is sprake van een non-specifieke doelgroep. Overigens is in de gb-ggz de diagnosefase vaak ook al direct de behandeling. Terugdringing van diagnostiek zonder behandeling is dan ook voor de gb-ggz niet opportuun en getuigt van weinig affiniteit met de praktijksituatie van vrijgevestigde zorgaanbieders in de gb-ggz. Daarnaast maakt CZ onderscheid tussen een productmix voor klinisch psychologen en psychotherapeuten enerzijds en gz-psychologen anderzijds. Dit is contraire aan de vaststelling in het kwaliteitsstatuut dat de gz-psycholoog voor de gehele gb-ggz regiebehandelaar is. Ook volhardt CZ in de weigering om vrijgevestigden te contracteren voor het product Chronisch. CZ volgt hiermee de NZa-beleidsregel niet. Hierdoor ontstaat een ongelijk speelveld. Ook patiënten van vrijgevestigden hebben problematiek die juist goed behandeld zou kunnen worden op basis van het product Chronisch. Bovendien rekent CZ zorgaanbieders af bij overschrijding van de gestelde percentages voor de producten. Een foutmarge van 5% beschouwt de LVVP als een scherpe afrekening.

Poh-ggz

CZ positioneert de poh-ggz centraal in de samenwerking met de generalistische basis-ggz. De LVVP vindt dit zorgwekkend. Wij zien dat de functionele omschrijving van de functie van poh-ggz wordt ingevuld en geclaimd door een specifieke, hybride 'beroepsgroep'. De organisatie en de inhoud is divers van aard en vooralsnog welhaast onbegrensd. We zien tevens dat de poh-ggz in vele gevallen zowel psychische klachten als stoornissen behandelt.

De LVVP maakt zich zorgen over de volgende onderwerpen als het gaat om de poh-ggz:

- het niet hoeven aanspreken van het eigen risico als men bij de huisarts wordt behandeld;
- dat de functie poh-ggz wordt geclaimd door een hybride groep zorgverleners die met een eigen interpretatie en particuliere invulling aan een 'beroep' alle ruimte krijgt, terwijl de andere echelons worden beperkt in hun mogelijkheden goede zorg te bieden;
- dat een deel van de poh-ggz ook stoornissen behandelt;

- dat aan de inzet van de poh-ggz een 'verdienmodel' ten grondslag ligt; de huisarts ontvangt een vaste bijdrage naast een opslag per (dubbel)consult;
- een deel van de poh's-ggz bij de huisarts is gestationeerd vanuit een ggz-instelling en verwijst standaard door naar de moederinstelling (veelal de gespecialiseerde ggz);
- de inhoudelijke afbakening tussen de echelons – wat behoort tot de huisartsenzorg, de gb-ggz of g-ggz - als niet scherp wordt ervaren, waardoor velerlei interpretaties de boventoon voeren en praktijk zijn. Een duidelijke afbakening is hard nodig en is bovendien in het belang van de patiënt die nu onderbehandeld dreigt te worden.

Omzetplafonds

Dan nog het omzetplafondbeleid van CZ. Opnieuw hanteert CZ voor vrijgevestigden strakke omzetplafonds, waarbij zij met de toekenning rekening houdt met eventuele onderproductie van voorgaande jaren. De LVVP acht de strakke omzetplafonds van CZ niet goed werkbaar. In het geval van een nieuwe patiënt, een vervolgproduct of -behandeling dienen zorgaanbieders zeer goed te calculeren. Deze werkwijze leidt tot een administratieve lastendruk en is niet patiëntvriendelijk. Steeds vaker moeten patiënten worden afgewezen op basis van hun verzekeringspolis en niet op basis van (de urgentie van) de problematiek. Dit druist in tegen de beroepsethiek van de hulpverlener.

ELP

De registratie als gz-/eerstelijnspsycholoog leidt niet meer tot een hoger tariefspercentage van het NZa-tarief. De LVVP betreurt dit.

Nieuwkomers

Ook voor nieuwkomers hanteert CZ een enorme lijst aan criteria. De LVVP beschouwt deze criteria als ontmoedigingsbeleid.

Medebehandelaren

Voor wat betreft het toestaan van medebehandelaren hanteert CZ een marge van 15%. De LVVP vindt dit percentage te laag en pleit voor 30% inzet van medebehandelaren. Immers, de netwerkgedachte in het kwaliteitsstatuut biedt zorgaanbieders juist ruimte om andere behandelaren te betrekken bij de behandeling. Dit kan de kwaliteit van de behandeling ook ten goede komen. Het is meer dan bizar dat vrijgevestigden enerzijds in een netwerk dienen te functioneren en dat anderzijds het inzetten van medebehandelaren door verzekeraarsbeleid onmogelijk wordt gemaakt.

Keurmerk?

Ten slotte: of CZ opnieuw het Keurmerk Basis GGZ hanteert, blijkt niet uit het inkoopbeleid 2017. Dit zal de komende maanden duidelijk worden als CZ ook alle inkoopspecificaties publiceert. De LVVP blijft dit nauwgezet volgen.

Menzis

(let op: letterlijke tekst uit het Menzis-inkoopbeleid)

Algemeen uitgangspunt generalistische basis-ggz

Het uitgangspunt voor Menzis is dat er regionaal voldoende GBGGZ moet zijn ingekocht, hetgeen betekent dat op basis van substitutie vanuit SGGZ (en de vroegere ELP-zorgvraag) zo'n 40%-50% van de GGZ zorgvragers in de GBGGZ terecht moet kunnen.

Geschiktheidseisen

- De zorgaanbieder, indien vrijgevestigd en zelfstandig werkend, is BIG geregistreerd.

- De zorgaanbieder beschikt, op basis van en naar voorbeeld van het model Kwaliteitsstatuut, over een getoetst en geacordeerd inzichtelijk kwaliteitsstatuut dat is opgenomen in het openbaar register van Zorginstituut Nederland.
- De vrijgevestigde en zelfstandig werkende zorgaanbieder werkt minimaal 16 behandeluren per week in de eigen praktijk (in hetzelfde tweecijferig postcode gebied) en werkt in totaal niet meer dan 40 behandeluren per week in de eigen praktijk en elders tezamen.

In het brede GGZ-zorglandschap hebben de vrijgevestigde GGZ professionals en GGZ-praktijken een specifieke rol voor onze verzekerden. Uit klantonderzoek onder GGZ- patiënten en mantelzorgers komt nadrukkelijk de wens naar voren om de zorg kleinschalig en dichtbij huis te organiseren. Van vrijgevestigde (groeps)praktijken verwachten we dan ook dat zij kleinschalig en dichtbij de cliënt hun zorg organiseren, waarbij er korte (communicatie en samenwerkings)lijnen zijn met andere zorgaanbieders in de GGZ-keten. Hierbij denken we aan huisartsen en 7x24uurs GGZ-aanbieders.

Toekomst, ggz-zorglandschap

In 2020 willen we voor onze verzekerden een GGZ-zorglandschap hebben gerealiseerd, waarbij het duidelijk is voor welke (GGZ)zorgvraag welke aanbieder is gecontracteerd en dat, indien mogelijk, er voor verzekerden ook keuzemogelijkheden zijn. Deze doelstelling betekent dat de vrijgevestigde (groeps)praktijken enerzijds dienen te passen in het regionale zorglandschap maar anderzijds ook stevige samenwerkingsverbanden dienen te hebben (zowel horizontaal als verticaal).

In 2020 zullen we alleen nog (regionale) zorginkoop afspraken maken met die vrijgevestigde (groeps)praktijken die lid zijn van een zorggroep of coöperatie/vereniging, die regionaal formele samenwerkingsafspraken hebben met huisartsen (t.a.v. verwijsprotocollen en consultatie) en binnen de zorggroep/coöperatie/vereniging met gezamenlijke/uniforme kwaliteitsindicatoren werken (bijv. t.a.v. triage-instrument, zorgprogramma's, ROM-metingen, E-health, substitutie). In de komende jaren zullen dit soort samenwerkingsafspraken (zoals ook verwoord in het Kwaliteitsstatuut sectie I) dan ook een steeds belangrijkere rol gaan spelen in de contractering.

Meerjarenovereenkomst

De intentie is om vanaf contractjaar 2018 voor 3 jaar een meerjarenovereenkomst te sluiten met vrijgevestigde (groeps)praktijken die als zorggroep i.o./coöperatie i.o. kunnen voldoen aan diverse samenwerkings- en kwaliteitsniveaus. Het beschikbaar budget is afhankelijk van de regionale zorgvraag en productieafspraken met de (groeps)praktijken. Ook het budget (omzetplafond) wordt in principe voor 3 jaar vastgelegd, doch kan afhankelijk van regionale vraagverandering, jaarlijks worden aangepast. 2017 zal dus een overgangsjaar zijn, mede door de introductie van het Kwaliteitsstatuut.

Medebehandeling

Menzis gaat er vanuit dat een vrijgevestigde professional de volledige behandeling zelf doet, doch de zorgvraag kan aanleiding geven een deel van de behandeling (of consultatie) door een andere behandelaar uit te laten voeren. Dit uit te besteden deel mag maximaal 20% zijn. Dit geldt zowel voor de vrijgevestigde in de GB GGZ als in de SGGZ.

Regiebehandelaren

Zoals in het Kwaliteitsstatuut is vastgelegd kunnen in de GB GGZ de volgende professionals in de vrije vestiging als regiebehandelaar optreden:

- GZ-psycholoog
- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog

In de SGGZ treden de volgende professionals in vrije vestiging op als regiebehandelaar:

- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog

- Psychiater

Parallele DBC's bij vrijgevestigden

Vanuit kwaliteitsoverwegingen en op basis van het kwaliteitsstatuut vindt Menzis dat een vrijgevestigde geen parallelle trajecten mag openen. Menzis beschouwt in principe zorg geleverd door één behandelaar, ook bij het bestaan van meerdere indicaties, nimmer als substantieel eigenstandig behandeltraject dat in aanmerking komt voor een parallelle DBC. Er is sprake van een substantieel eigenstandige behandeling in het geval van een andere hoofd/regiebehandelaar, een eigenstandige behandeling met eigen dossiervoering en een eigenstandige verwijzing inclusief zijn eigen organisatie en overhead. Dit is in principe alleen van toepassing bij instellingen waar meerdere multidisciplinaire behandelingsvormen aangeboden worden. Menzis gebruikt dit als uitgangspunt bij controles.

planning

Week 14 - 1 april 2016	Publicatie inkoopbeleid 2017
Week van 1 juni 2016	Zorgaanbieders die in 2016 geen overeenkomst met Menzis hebben en voor 2017 hiervoor in aanmerking willen komen, dienen zich uiterlijk 1 juni 2016 aan te melden. Indien een "nieuwe" zorgaanbieder zich na 1 juni 2016 meldt, komt deze niet in aanmerking voor een overeenkomst in 2017.
Week van 12 september 2016	Uiterlijk 16 september 2016 ontvangt de vrijgevestigde zorgaanbieder inlogcodes voor de digitale vragenlijst.
Week 42; 21 oktober 2016	Uiterlijk 21 oktober 2016 retourneert de vrijgevestigde zorgaanbieder de ingevulde digitale vragenlijst.
Week van 1 november 2016	Uiterlijk 4 november 2016 retourneert de vrijgevestigde zorgaanbieder de digitaal ondertekende overeenkomst..
19 november 2016	Publicatie gecontracteerde zorgaanbod 2017 op Menzis Zorgvinder.

Bron: <https://www.menzis.nl/zorgaanbieders/zorgsoorten/ggz/contractering/inkoopbeleid-2017>

Commentaar LVVP

Het inkoopbeleid van Menzis is algemeen van aard geformuleerd. Naar verwachting zullen zij in de komende maanden de inkoopspecificaties publiceren. Dan zal onder andere ook de tarifiering bekend worden gemaakt.

Het beleid van Menzis 'dat op basis van substitutie vanuit SGGZ (en de vroegere ELP-zorgvraag) zo'n 40%-50% van de GGZ zorgvragers in de GBGGZ terecht moet kunnen', vindt de LVVP een zeer onrealistisch percentage, dat Menzis bovendien niet onderbouwt. Dit beleid leidt direct tot onderbehandeling van patiënten die geïndiceerd zijn voor g-ggz. Het lijkt Menzis hiermee meer om besparingen te gaan dan om de juiste zorg op de juiste plaats.

Heel concreet is Menzis opnieuw over parallelle dbc's voor vrijgevestigden: deze worden niet vergoed.

Het onderwerp 'ggz-toekomst, zorglandschap' beschouwt Menzis als een belangrijk uitgangspunt voor de komende jaren. Menzis zal per 2020 alleen nog (regionale) zorginkoopafspraken maken met die vrijgevestigde (groeps)praktijken die lid zijn van een zorggroep of coöperatie/vereniging, die regionaal formele samenwerkingsafspraken hebben met huisartsen en binnen de zorggroep/coöperatie/vereniging met gezamenlijke/uniforme kwaliteitsindicatoren werken.

Echter, het kwaliteitsstatuut stelt onder meer als eis dat de zorgaanbieder per 1 januari 2017 is ingebed in een professioneel netwerk. De eis die Menzis stelt, leidt daarmee tot onnodige kosten en extra administratieve lasten. Het lijkt er dan ook op dat Menzis een visie ontwikkelt die een gedateerd concept is voor de toekomst.

Zilveren Kruis

(let op: letterlijke tekst uit het Zilveren Kruis-inkoopbeleid)

Inkoopprocedure vrijgevestigde (groeps)praktijken

De afgelopen jaren heeft Zilveren Kruis de inkoopprocedure voor vrijgevestigde (groeps)praktijken waar mogelijk versimpeld voor aanbieders. Dit hebben wij vormgegeven door het aantal inkoopcriteria terug te brengen en een minimum omzetplafond van € 50.000 te introduceren. Hiermee willen we tegemoetkomen aan de behoefte van kleine zorgaanbieders de administratieve handelingen in balans te brengen met de primaire activiteit, het leveren van zorg. Wij blijven het belangrijk vinden om onze klanten ook bij vrijgevestigde praktijken adequaat te kunnen informeren over de kwaliteit en doelmatigheid van geleverde zorg door individuele praktijken.

- Uw praktijk voldoet aan de organisatorische kenmerken van een vrijgevestigde praktijk (zie hieronder).
- Uw praktijk heeft in 2016 een overeenkomst met Zilveren Kruis afgesloten.
- U voldoet aan de inkoopspecificaties voor een overeenkomst.

Afbakening inkoopprocedure vrijgevestigde (groeps)praktijken

Sinds 2016 hanteert Zilveren Kruis een organisatorische afbakening van zorgaanbieders die gecontracteerd worden in de inkoopprocedure voor vrijgevestigde (groeps)praktijken. Ook in 2017 hanteren we deze afbakening. Concreet houdt dit in:

- De contractant van de praktijk is tevens hoofdbehandelaar binnen de GGZ en levert zelf zorg; dit betekent dat in de inkoopprocedure alleen praktijken worden gecontracteerd met AGB codes die starten met de getallen 940 of 003.
- Een praktijk met minimaal vijf regiebehandelaren binnen de GGZ en waarbij in de overeenkomst van 2016 een omzetplafond van minimaal € 100.000 is opgenomen, komt niet in aanmerking voor een contract binnen de procedure voor vrijgevestigde (groeps)praktijken. Deze zorgaanbieders komen in aanmerking voor een contract binnen de instellingsprocedure, mits zij voldoen aan de voorwaarden die wij stellen in de digitale inkoopprocedure voor instellingen.
- Praktijken met minimaal vijf regiebehandelaren binnen de GGZ, maar waarbij in de overeenkomst voor 2015 een omzetplafond van minder dan € 100.000 is opgenomen, komen alsnog in aanmerking voor een overeenkomst in de inkoopprocedure voor (groeps)praktijken. Deze praktijken voldoen immers niet aan de minimale instapvoorwaarde voor instellingen van minimaal € 100.000 aan declaraties bij Zilveren Kruis. Praktijken met tien of meer regiebehandelaren in de GGZ komen niet in aanmerking voor een overeenkomst in de procedure voor vrijgevestigde (groeps)praktijken. Het betreft hier tien personen, niet fte. Deze zorgaanbieders komen in aanmerking voor een contract binnen de instellingsprocedure, mits zij voldoen aan de voorwaarden die wij stellen in de digitale inkoopprocedure voor instellingen.
- De zorg wordt geleverd op de locatie waarop het contract is afgesloten.

Tarieven

Net als in 2016 gebruiken we de NZa-tarieven als uitgangspunt bij de inkoop 2017. Om het basistarief voor de gespecialiseerde en basis-GGZ vast te stellen gaan wij gaan niet standaard uit van het honderd procent NZa tarief. Zilveren Kruis heeft referentie tarieven berekend. Deze tarieven geven inzicht in verklaarbare en onverklaarbare tariefverschillen tussen zorgaanbieders. Hierbij is gekeken naar kostenbepalende factoren als de ingezette behandelmix en is rekening gehouden met kapitaallasten en productiviteitsnormen. We zien nog steeds onverklaarbare verschillen in de tarieven tussen zorgaanbieders. In 2017 willen we deze onverklaarbare verschillen verkleinen en de afgesproken tarieven in lijn brengen met de geleverde zorg en de gemiddelde prijs per patiënt.

Nieuwe aanbieders

Zilveren Kruis streeft naar een evenwichtige samenstelling van het zorglandschap met een evenredige verhouding tussen instellingen en vrijgevestigde aanbieders per regio. Zilveren Kruis contracteert alleen nieuwe praktijken in de gebieden waar onvoldoende vrijgevestigde aanbieders gecontracteerd zijn. Zilveren Kruis spreekt van een nieuwe praktijk als u in 2016 geen contract hebt met Zilveren Kruis. Voordat

de contracteerperiode start, publiceren we op onze website de postcodegebieden waar we nieuwe praktijken contracteren. Hierbij kijken we onder andere naar het aantal declaraties dat wij op restitutiebasis binnenkrijgen in een gebied, het totale zorgaanbod ten opzichte van de zorgvraag in de regio, de verhouding van vrijgevestigde praktijken ten opzichte van de aanwezige instellingen en de hoeveelheid gecontracteerde zorg bij vrijgevestigde praktijken per Zilveren Kruis verzekerde in de regio.

Verwerking beleidsspeerpunten

Als u alleen aan de inkoopspecificaties voldoet, komt u in aanmerking voor een overeenkomst met het basistarief. De hoogte van dit basistarief maken wij voor de contracteerperiode in de technische uitwerking van de inkoopprocedure kenbaar via onze website. Daarnaast verwerken we onze beleidsspeerpunten in enkele tariefverhogende inkoopcriteria. Deze verhoging is een compensatie voor de geleverde investering die aanbieders leveren op onze beleidsspeerpunten. Net als in 2016 kijken we in 2017 concreet naar:

- deelname aan kwaliteitsvisitaties door de beroeps- en brancheverenigingen;
- deelname aan de stichting Kwaliteit in basis GGZ.

Planning

Publicatie inkoopbeleid 1 april 2016

Publicatie technische uitwerking inkoopprocedure Half juni 2016

Opening portaal 23 augustus 2016

Bron: <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/ggz/contracteren/Paginas/default.aspx>

Commentaar LVVP

Afbakening

Zilveren Kruis stelt aanvullende eisen op de afbakening vrijgevestigde of instelling, terwijl hierover in het kwaliteitsstatuut duidelijke criteria zijn opgenomen. Het kwaliteitsstatuut, dat een wettelijke basis heeft, bevat heldere criteria over de afbakening van een vrijgevestigde of een instelling. Ook hierover zien wij aanvullende eisen terug in het inkoopbeleid van Zilveren Kruis waar het gaat om vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk. Dit leidt direct tot een fors uitvoeringsprobleem voor deze groep vrijgevestigden: behandelaren uit een groepspraktijk die voldoen aan de eisen van sectie II uit het kwaliteitsstatuut zijn vrijgevestigde zorgverleners en zullen zich als zodanig laten registreren. Zilveren Kruis biedt deze zorgverleners echter geen vrijgevestigdencontract, maar een instellingscontract. Zilveren Kruis sluit daarmee niet aan bij de criteria van het kwaliteitsstatuut. Immers, een zorgaanbieder kan maximaal over één kwaliteitsstatuut beschikken.

Honorering op basistarief

Zilveren Kruis belooft de visitatie van de LVVP. De LVVP waardeert deze erkenning door Zilveren Kruis. Zorgwekkend vindt de LVVP dat Zilveren Kruis opnieuw het Keurmerk Basis GGZ stimuleert door deelname aan dit Keurmerk te honoreren. De LVVP is geen voorstander van een dergelijk keurmerk, omdat het niets toevoegt aan het kwaliteitsbeleid van de LVVP en de landelijke initiatieven zoals zorgstandaarden, richtlijnen en het kwaliteitsstatuut. Weer een nieuw keurmerk beschouwen wij als *window dressing* en het leidt tot nog meer administratieve lasten. VGZ kiest voor een commercieel privaat initiatief dat in wezen een voortzetting is van Mirro, waarin ggz-instellingen en hun vooruitgeschoven posten (denk bijvoorbeeld aan Parnassia, Psy Q en Indigo) hun stempel op de ggz willen drukken. De LVVP garandeert als vereniging kwaliteit door visitatie op basis van een veelheid aan kwaliteitscriteria, sturen op functioneren i.s.m. de IGZ, een ROM-portal, een jarenlange traditie in transparantie met behulp van het LVE-codeboek, BIG- en andere (her)registraties, interne scholing/intervisie, e-health, centrale klachtenafhandeling en dergelijke. Ook staat het keurmerk naar de mening van de LVVP voor geprotocolleerde zorg en beperkte screeningsinstrumenten. Maatwerk is daarmee uitgesloten. Bovendien wordt het Kwaliteitsstatuut leidend per 1 januari 2017. De kwaliteitsafspraken die hierin geregeld zijn, horen voor alle partijen bindend te zijn. De LVVP is niet voornemens het eigen kwaliteitsbeleid aan het keurmerk aan te bieden. Wij hebben deze

immers zelf ontwikkeld. Bovendien zouden wij het niet integer vinden dat het keurmerk ons kwaliteitsbeleid als 'onafhankelijk' op de markt zou brengen en er ook een *fee* voor zou vragen. Daarenboven leidt het keurmerk tot extra administratieve handelingen. De eisen van de LVVP en het kwaliteitsstatuut zijn zodanig hoog dat deze het keurmerk overstijgen. De LVVP heeft besloten om de ACM te vragen de uitgangspunten en het beleid van het Keurmerk Basis GGZ tegen het licht te houden van de mededinging, eerlijke concurrentie en bescherming van de consumentenbelangen.

Nieuwe aanbieders

Zilveren Kruis volhardt in het weigeren van nieuwe aanbieders in regio's die volgens Zilveren Kruis al voldoende zijn gedekt met zorgaanbieders. De LVVP pleit voor een beleid op basis van kwaliteit waar het gaat om toegang op de markt, in plaats van een beleid dat gebaseerd is op postcodes.

Module depressie

Zilveren Kruis hanteert per 2017 een module depressie. Het wordt niet duidelijk wat de criteria zijn om in aanmerking te komen voor deelname aan deze module. In het inkoopbeleid lezen we dat potentiële zorgaanbieders door Zilveren Kruis worden benaderd. Men kan zich als zorgaanbieder niet aanmelden. De LVVP vindt het beleid niet transparant. Bovendien lijkt het erop dat er geen sprake is van een gelijk speelveld. De LVVP gaat dit onderwerp dan ook nader bespreken met Zilveren Kruis.

Ten slotte: vooralsnog bevat het inkoopbeleid van Zilveren Kruis weinig veranderingen ten opzichte van het 2016-inkoopbeleid. Het inkoopbeleid van Zilveren Kruis zal naar verwachting in de komende maanden specifieker worden. Dan zal onder andere ook de tarifiering bekend worden gemaakt.

Multizorg

(let op: letterlijke tekst uit het Multizorg-inkoopbeleid)

Met veel praktijken van vrijgevestigde zorgaanbieders hebben we in 2016 een tweejarige overeenkomst voor 2016 en 2017 gesloten. Nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen voor 2017 in aanmerking komen voor een eenjarige zorgovereenkomst GBGGZ 2017 of een gecombineerde zorgovereenkomst GBGGZ&GGGZ 2017. De zorgovereenkomst 2017 is voor nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders gelijk aan de zorgovereenkomst 2016-2017 om ongewenste verschillen te voorkomen.

Voor vrijgevestigde zorgaanbieders geldt dat zij, naast de voor hen van toepassing zijnde wettelijke eisen, moeten voldoen aan de kwaliteitseisen van de NVvP, de LVVP en het NIP.

Elke GGZ-aanbieder is verplicht een aantoonbaar geaccordeerd kwaliteitsstatuut te voeren om in aanmerking te komen voor vergoeding van behandelingen onder de Zorgverzekeringswet. Dit individuele kwaliteitsstatuut geeft de kaders aan waarbinnen de zorg wordt verleend, en dient uiterlijk 1 januari 2017 geregistreerd te zijn bij het Zorginstituut Nederland (ZiNL). Het model Kwaliteitsstatuut kunt u downloaden van onze website. Multizorg VRZ behoudt zich het recht voor individuele overeenkomsten met GGZ-aanbieders te ontbinden indien het individuele kwaliteitsstatuut niet wordt goedgekeurd door het ZiNL. Een belangrijk onderdeel van dit kwaliteitsstatuut is de regiebehandelaar: het centrale aanspreekpunt voor de patiënt, zijn naasten en andere bij de behandeling betrokken behandelaren. Multizorg VRZ past in 2017 haar inkoopbeleid wat betreft hoofdbehandelaren aan op basis van het model Kwaliteitsstatuut. Dit betekent dat we geen aanvullende eisen stellen aan regiebehandelaren ten opzichte van het model Kwaliteitsstatuut.

Wij staan er open voor om met u als zorgaanbieder in gesprek te gaan over uw visieontwikkeling aangaande innovatie en e-health. Wanneer u een goed idee heeft voor innovatie en/of e-health, ontvangen wij graag een financieel onderbouwde business case waarin de onderstaande punten concreet zijn

uitgewerkt. U kunt deze toezenden aan ggz@multizorgvrz.nl.

Op het gebied van e-health omvat dit de volgende punten:

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

Ook klinisch neuropsychologen komen vanaf 2017 ook in aanmerking om een zorgovereenkomst met ons te sluiten. In voorgaande jaren was dit niet het geval.

Nieuwe vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst 2017 indien ze voldoen aan:

- onze eisen ten aanzien van kwaliteit en doelmatigheid zoals beschreven in dit document en de hieruit volgende inkoopspecificatie;
- de voorwaarde dat minimaal 80% van de behandeltijd (direct en indirect) van de cliënt wordt geleverd door de regiebehandelaar zelf;
- onze eisen m.b.t. omvang van de praktijk (maximaal 8 ft regiebehandelaren en niet meer dan drie behandellocaties).

Praktijken die een erkende opleidingsplaats hebben komen in aanmerking voor een toeslag op het tarief.

3.2. Planning inkoopproces

Periode	Activiteit
1 april	Publicatie inkoopbeleid
April-juni	Consultatie diverse veldpartijen
Juli	Publicatie aanpassingen inkoopbeleid (indien van toepassing), standaard zorgovereenkomst en algemene inkoopvoorwaarden
Augustus	Plaatsen aanbod GGZ-instellingen in VECOZO
Juli-september	(indien van toepassing) inkoopgesprekken
Begin september	Aanbieden van de prijslijsten 2017 Vrijgevestigden
1 november	Sluitingsdatum en afronding contractering
1 november	Publicatie gecontracteerd aanbod via de websites van de deelnemende

Bron: <https://www.multizorgvrz.nl/wp-content/uploads/2016/04/Inkoopbeleid-GGZ-2017.pdf>

Commentaar LVVP

De LVVP ervaart het contract van Multizorg als een verademing ten opzichte van de hiervoor genoemde zorgverzekeraars. Bijna alle gehanteerde criteria sluiten aan bij de LVVP-leveringsvoorwaarden, dat geldt ook voor de afbakening vrijgevestigde / instelling, zoals Multizorg die hanteert. Ook vindt de LVVP dat Multizorg aansluit bij hetgeen wij als branchevereniging beschouwen als goede zorg. Kortom, Multizorg biedt opnieuw een beknopt en overzichtelijk inkoopbeleid.

Ook stelt LVVP de attitude van Multizorg op prijs waar het gaat om suggesties voor e-health; zorgaanbieders kunnen voorstellen indienen. Als de suggesties als zinvol worden beschouwd, ondersteunt Multizorg deze.

De Friesland

(let op: letterlijke tekst uit het DFZ-inkoopbeleid)

Iedere zorgaanbieder stelt een eigen kwaliteitsstatuut op waarbij door de zorgaanbieder de juiste hulp op de juiste plaats, en door de juiste professional binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk wordt geleverd. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder:

- maakt voor de patiënt/cliënt en diens familie/ naastbetrokkene inzichtelijk hoe de zorgverlener aan de minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het kwaliteitsstatuut stelt de patiënt/cliënt zo in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder, en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot hun individuele behandelproces;

Om voor een contract in aanmerking te komen dient een vrijgevestigde zorgaanbieder te voldoen aan onderstaande inkoopspecificaties:

- Uw vestigingsadres bij Vektis is tevens het adres waarop u zorg levert;
- U neemt/alle zorgverleners binnen de praktijk nemen, bij het verlenen van zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan zorgverleners mogen worden gesteld en u houdt/de zorgverleners houden zich daarbij aan de beroepscode die is opgesteld door de beroepsvereniging;
- De cliënt/patiënt kiest zelf zijn regiebehandelaar, die dus ook behandelt;
- De regiebehandelaar is persoonlijk zorginhoudelijk verantwoordelijk, levert de zorg zelfstandig, tenzij er sprake is van een opleidingssituatie (een opleiding wordt niet beschouwd als medebehandelaar) of waarneming;
- De vrijgevestigde praktijk bestaat uit zich niet hiërarchisch tot elkaar verhoudende in de Wet BIG geregistreerde regiebehandelaren;
- De vrijgevestigde praktijk is zelfstandig en is niet verbonden aan een instelling; er is geen sprake van juridische en/of financiële afhankelijkheid van een andere rechtspersoon;
- De vrijgevestigde praktijk bestaat uit eigenaar praktijkhouders i.c. iedereen werkt voor eigen rekening/risico;
- De regiebehandelaar en/of vrijgevestigde praktijk is in het bezit van een agb-code categorie 94 of 03.

Proces en tijdpad

Publiceren inkoopbeleid ca. 1 mei 2016

Indienen offerte Uiterlijk 3 juli 2016

Start inkoopgesprekken Vanaf september 2016

(daar waar dat van toepassing is)

Ondertekende overeenkomst 2017 Uiterlijk 1 november 2016

Bron: <http://www.defriesland.nl/Images/zorginkoopplan-2017-28885.pdf>

Commentaar LVVP

De LVVP ervaart het contract van DFZ als een verademing ten opzichte van de hiervoor genoemde zorgverzekeraars. DFZ biedt opnieuw een beknopt en overzichtelijk inkoopbeleid dat in veel gevallen aansluit bij de leveringsvoorwaarden van de LVVP.

DSW

(let op: letterlijke tekst uit het DSW-inkoopbeleid)

DSW Zorgverzekeraar contracteert 'breed'. Met alle zorgaanbieders die voldoen aan de voorwaarden wordt een contract afgesloten, als zij dit willen. DSW past geen selectieve inkoop toe.

Vrijgevestigden komen voor een contract 2017 in aanmerking als zij over een BIG-registratie beschikken en als:

- De zorgaanbieder voldoet aan de eisen die aan een 'sectie II' aanbieder in het Kwaliteitsstatuut worden gesteld. DSW Zorgverzekeraar sluit zich aan bij dat wat de landelijke beroepsgroepen als kwalitatief goede zorg bestempelen en bij vigerende wet- en regelgeving. Nieuw in 2017 is het Kwaliteitsstatuut GGZ. Landelijk is afgesproken dat aanbieders van curatieve GGZ moeten beschikken over een getoetst kwaliteitsstatuut.

- Innovaties: DSW Zorgverzekeraar vindt dat het initiatief voor innovatie vanuit het veld moet komen. Wij stellen geen specifieke eisen aan innovaties, maar toetsen of de innovaties vallen binnen de Zvw en of de innovaties uiteindelijk insteken op verbetering van de zorg.

- **Tijdspad zorginkoop**

Wat	Wie	Wanneer
Aanschrijven zorgaanbieders inzake contractering 2017	DSW Zorgverzekeraar	Medio mei 2016
Informatiebijeenkomsten inzake inkoopbeleid cGGZ 2017	DSW Zorgverzekeraar	Eind juni – half juli 2016 (afhankelijk van het begin van de schoolvakanties)
Aanvragen contract via contractmodule GGZ	Zorgaanbieder	Augustus - oktober 2016
Indien voldaan aan randvoorwaarden, versturen contracten	DSW Zorgverzekeraar / Zorgaanbieder	September – oktober 2016
Contract ondertekenen en digitaal retourneren	Zorgaanbieder	Z.s.m. na ontvangst van het contract, maar uiterlijk 1 november 2016
Publicatie website gecontracteerde aanbieders	DSW Zorgverzekeraar	15 november

Bron: <https://www.dsw.nl/Zorgverleners/public/GGZ/2017-Vrijgevestigden>

Commentaar LVVP

Het is nog niet duidelijk welke criteria DSW hanteert over de afbakening vrijgevestigde / instelling. Dit zal waarschijnlijk via de zorgspecificaties duidelijk worden.

De LVVP stelt de attitude van DSW op prijs waar het gaat om initiatieven voor innovaties. Zorgaanbieders kunnen voorstellen indienen. Als de suggesties als zinvol worden beschouwd, ondersteunt DSW deze.

DSW biedt opnieuw een beknopt overzichtelijk inkoopbeleid dat in veel gevallen aansluit bij de leveringsvoorwaarden van de LVVP. Ook vindt de LVVP dat DSW aansluit bij hetgeen wij als branchevereniging beschouwen als goede zorg.