

Bijlage 3 - Indicatoren monitor GGZ

Hoofdcategorie	Indicatoren
Kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"> - Certificering (HKZ/BIG) - Klant Tevredenheid Onderzoek (oa. CQ) - Registratie NIP - Transparantie zoals jaarverslag, behandelplan, evaluatie - Samenwerking/ketenregie - Evt. andere Kwaliteitsindicatoren
Toegankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> - Beschikbaarheid informatie voor cliënten - Wachlijsten bij instellingen en vrijgevestigden/Wachttijden - Financiële drempels zoals hoogte eigen bijdrage - Onduidelijkheid polissen - Zorg tussen wal en schip – invulling product dienstverlening
Betaalbaarheid/financiën	<ul style="list-style-type: none"> - Kosten voor cliënt - Kosten voor aanbieders - Inkomenseffecten ZGP - Kosten voor zorgverzekeraars - Kosten voor VWS/Rijk - Rentevergoeding/bevoorschotting door zorgverzekeraars
Algemene indicatoren zorgaanbod	<ul style="list-style-type: none"> - Aantal zorgaanbieders naar type - Administratieve lasten - Aantal verwijzingen door huisartsen - Gemiddeld aantal zittingen per cliënt - Aantal fusies instellingen - Verhouding behandeling (ZvW) versus begeleiding (AWBZ) in GGZ (in bedrag en aantal cliënten)
Zorgvolume	<ul style="list-style-type: none"> - productieafspraken - inkoop en contractering 1^e lijn/2^e lijn - realisatie/gebruik EPZ - contractering POH GGZ

Realisatiecijfers van 2008 worden opgesteld op basis van de reguliere informatiestroom en zijn in het voorjaar 2009 bekend.

Bijlage 4 - Contractering product dienstverlening GGZ Nederland

Het betreft hier een voorlopige uitwerking van de contractering en invulling van het product dienstverlening samengesteld op basis van de eerst reacties van een enquête onder de GGZ instellingen.

Beoordeling van de contractering van het product Dienstverlening door GGZ instellingen

Aantal respondenten	Beoordeling
2	Goed (groei vergeleken met 2007)
9	Voldoende (vergelijkbaar met 2007)
6	Matig (minder dan 2007)
14	Slecht (veel minder dan 2007)

Oorzaak voor matig en slechts is tweërlei:

Eenzijds is er in veel gevallen volgens de aanbieder sprake van een te grote korting op dienstverlening in verband met de overheveling Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH ggz). Anderzijds is in veel gevallen geen overeenstemming met de zorgverzekeraar bereikt over het contracteren van dienstverlening en is zeker niet in alle gevallen het extra resterende dienstverleningsbudget omgezet in reguliere productie.

De contracteringsafspraken over dienstverlening zijn als volgt ingevuld:

primair:

Consultatie en advies van derdelijnsinstelling aan tweedelijnsinstellingen (b.v. autisme)

Consultatie en advies aan zorgteams van scholen, leger des heils, verplegings- en verzorgingshuizen, AMW, Eerstelijnspsychologen, Jeugdzorg, thuiszorg, CIZ, asielzoekerscentra, gemeente/GGD, algemene ziekenhuizen,

Trainingen PsychoSociale Nazorg bij Ongevallen en Rampen (PSHOR)

Telefonisch spreekuur voor huisartsen

Daarnaast ook:

participatie in overlegorganen

stagebegeleiding

Bijlage 5 - Analyse VeCoZo declaratiegegevens

Projectorganisatie DBC GGZ – 10 juni 2008

Door de projectorganisatie DBC GGZ is voor de tweede keer (eerste keer was half april 2008) aan Vecozo gevraagd een overzicht te geven van de aantallen declaraties. De verstrekte gegevens zijn door de landelijke projectorganisatie omgezet in een tweetal overzichten te weten:

1. Het overzicht van het aantal ingediende declaraties per 10 juni 2008;
2. Het statusoverzicht van de ingediende declaraties.

1. Aantal declaratieberichten per maand

Maand	Totaal
januari	21
februari	506
maart	2238
april	5650
mei	7472
juni	2531
Totaal	18418

Bovenstaand overzicht dateert van 10 juni 2008: de maand juni in het overzicht betreft dus slechts het eerste deel van de maand). Voor het goed lezen van het overzicht is van belang te beseffen dat 1 declaratiebericht meerdere DBC's kan bevatten. In die zin wordt in dit overzicht een declaratiebericht van een zelfstandig gevestigde praktijk even zwaar geteld als die van een instelling.

Conclusie op basis van overzicht 1:

Met in acht name van het feit dat dit de getallen zijn t/m 10 juni 2008, kunnen we concluderen dat het aantal elektronisch ingediende declaraties maand over maand snel toeneemt.

2. Aantal declaratieberichten per maand per status

Status per medio april

	Status					
Maand	Afgehandeld	Afgekeurd	Ontvangen	Verwerkt	Verwijderd	Totaal
1	5	15	1			21
2	145	262	51		48	506
3	993	434	741		70	2238
4	570	259	1317	1	111	2258
Totaal	1713	970	2110	1	229	5023

Situatie per 10 juni

	Status					
Maand	Afgehandeld	Afgekeurd	Ontvangen	Verwerkt	Verwijderd	Totaal
1	5	15	1			21
2	154	262	42		48	506
3	1305	466	397		70	2238
4	3443	728	1216		263	5650
5	3776	815	2642		239	7472
6	607	255	1565	22	82	2531
Totaal	9290	2541	5863	22	702	18418

De status van Vecozo is als volgt te omschrijven:

Ontvangen: het declaratiebericht is door Vecozo ontvangen en technisch goedgekeurd en wordt doorgestuurd naar de zorgverzekeraar.

Afgekeurd: Het bericht is door Vecozo of de zorgverzekeraar afgekeurd (kan door één van beide niet worden verwerkt)

Afgehandeld: Het bericht is afgehandeld door de zorgverzekeraar (dit kan betekenen dat een declaratie wordt uitbetaald of afgewezen).

Verwerkt: een technische tussenstatus, verder niet van belang.

Verwijderd: Verwijdering door of op verzoek van zorgaanbieder of in onderling overleg.

Conclusies op basis van overzicht 2:

- Er worden nog redelijk veel declaratieberichten (technisch) afgekeurd. Het percentage afkeuringen is wel na twee maanden sterk afgenomen van 19% naar 14%.
- Procentueel is het aantal afgehandelde declaratieberichten fors gestegen van 34% naar 50%.

Bijlage 6 - Contractering en bevoorschotting in de GGZ

Met de overheveling van de GGZ van de AWBZ naar de Zvw zijn de Zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de contractering van de Zorg. Er geldt onder de Zvw geen contracteerplicht.

Divers beeld bij verzekeraars

Contractering

In de eerste, beknopte monitor wordt al genoemd dat verzekeraars verschillend omgaan met deze contractering. Dit wordt bevestigd door het beeld dat ik van de sector heb. Er zijn verzekeraars die alle vrijgevestigden gecontracteerd hebben, die zij voor de overheveling onder de AWBZ kenden.

Er zijn ook verzekeraars die op een andere manier naar de contractering hebben gekeken, en daar actief in sturen. Zij hebben minder vrijgevestigde gecontracteerd als in 2007, mogelijk door dat aanvullende criteria zijn gesteld en de hoogte van de gestelde tarieven.

Bevoorschotting

Ook in de opstelling rondom het wel of niet bevoorschotten van aanbieders zie je deze diversiteit terug. Er zijn verzekeraars die in eerste instantie terughoudend zijn met bevoorschotten, en vertrouwen op de beleidsregel renteheffing, en deze ook zonder rompslomp, direct uitbetalen. Inmiddels kunnen vrijgevestigden ook bij deze verzekeraars een voorschot aanvragen. Ook GGZ-instellingen kunnen een beroep doen op aanvullende bevoorschotting, wel worden dan door de verzekeraar wel aanvullende eisen gesteld.

Andere verzekeraars zijn meteen na de overheveling begonnen met de bevoorschotting van de zorg. De vrijgevestigde praktijk, waarmee een contract is afgesloten, wordt met een standaard bedrag bevoorschot. Ook met de instellingen zijn zij tot een regeling voor de bevoorschotting gekomen. Hier wordt niet een standaardbedrag bevoorschot maar een deel van de jaaromzet van de betreffende ggz instelling.

Bijlage 7 aanvullende noodvoorschotregeling Zorgverzekeraars

De hoofdlijn voor deze regeling is als volgt:

- het gaat alleen om een oplossing voor problemen die voortkomen uit het declaratieverkeer, niet om liquiditeitsproblemen die door de DBC-systematiek worden veroorzaakt. Hiervoor bestaan immers al het bevoorschotten en rentevergoeden;
- De zorgaanbieder treedt in overleg met de marktleider in zijn GHOR-regio. De marktleider beoordeelt waar mogelijk of de gebruikelijke stappen in het declaratieproces (bevoorschotten, rentevergoeden enz) zijn doorlopen en of via deze stappen alsnog een snelle oplossing voor het liquiditeitsprobleem kan worden gerealiseerd. De marktleider verwijst, indien nodig, naar het juiste loket bij de juiste zorgverzekeraar.
- Het noodvoorschot is uitdrukkelijk bedoeld voor liquiditeitsproblemen, voortkomend uit het declaratieverkeer. Hiervan is sprake als een ZGP-er niet kan declareren (softwareprobleem) of wel succesvol heeft gedeclareerd, maar hierop geen uitbetaling volgt. De marktleider en ZGP-er bezien in gezamenlijk overleg of dit het geval is.
- De marktleider keert een noodvoorschot uit dat gebaseerd is op de omzet van de ZGP-er uit 2007, ter grootte van 1/3 van de praktijkomzet uit 2007.
- Alleen zorgverleners die een overeenkomst (administratief of op het gebied van zorginkoop) hebben gesloten met de marktleider komen in aanmerking voor een noodvoorschot.
- De marktleider kan bepalen of dit noodvoorschot verstrekt wordt als:
 - voorschot dat, na afloop van de looptijd, als lumpsum bedrag dient te worden terug betaald;
 - werkvoorschot, dat wordt verrekend met de declaraties die na 1-9-2008 door de zorgaanbieder worden ingediend bij de zorgverzekeraar.