

MENZIS INKOOPBELEID CURATIEVE GGZ 2009

ten behoeve van instellingen binnen het representatiemodel

INLEIDING

CONTRACTEERVOORWAARDEN

AMBULANTE ZORG

1. Garantiebudget
 - Basis garantievolume**
 - Extra garantievolume**
 - Prijs bij garantievolume**
2. Vrije Marge
 - Segment ‘Marktwerking’**
 - Segment ‘Knelpunten, Kwaliteit, Innovatie’**
3. Totaal ambulante budget
4. Bovenregionaal aanbod

KLINISCHE ZORG

PLANNING EN INDIENING

Bijlagen

INLEIDING

Dit inkoopplan is van toepassing in die GHOR-regio's waar Menzis penvoerder is namens de vertegenwoordigende verzekeraars bij de inkoop van curatieve GGZ-zorg geleverd door instellingen vallend binnen het representatiemodel.

Het inkoopplan is een doorontwikkeling van het plan 2008. Hoewel ook 2009 een overgangsjaar wordt waarbij het representatiemodel en de nodige garanties van toepassing zijn, worden er in het plan, op verzoek van VWS en afgestemd binnen ZN, meer elementen van marktwerking opgenomen. Dit mede met het oog op het moment dat zowel de zorgaanbieders als de verzekeraars volledig risico gaan lopen met betrekking tot de curatieve GGZ. Concreet houdt het in dat het percentage garantiebudget naar 70% is gegaan en dat een deel van het extra budget te verkrijgen is door middel van prijsconcurrentie.

Een andere karakteristiek van dit inkoopplan is de aandacht voor elementen die bijdragen aan verbetering van de kwaliteit, effectiviteit en transparantie van het zorgaanbod: zorgprogrammering en effectmeting (routine outcome measurement). Daarnaast is er extra aandacht voor de waardering van cliënten voor de genoten zorg, de toegankelijkheid ervan en de bejegening.

Tenslotte beogen we met dit plan, net als vorig jaar, notoire knelpunten aan te pakken door instellingen uit te nodigen daarvoor een productievoorstel in te dienen. In de beoordeling van het productievoorstel speelt prijsconcurrentie (nagenoeg) geen rol maar wordt er beoordeeld op kwaliteit en effectiviteit van de geoffreerde oplossingsrichting.

De instellingen worden verzocht op uiterlijk 1 december 2008 een productievoorstel in te dienen. Voor indiening van het productievoorstel moet gebruik worden gemaakt van het excel-format dat als bijlage is bijgevoegd en dat van de website van Menzis kan worden gedownload. Dit excel-format wordt verder aangeduid als "format productievoorstel". Dit format, ondertekend en voorzien van relevante bijlagen, dient aan Menzis als penvoerder te worden opgestuurd, zowel per post als per e-mail. Menzis draagt er zorg voor dat de stukken bij de andere representerende verzekeraars terecht komen.

CONTRACTEERVOORWAARDEN

Om als instelling in aanmerking te komen voor een overeenkomst moet de instelling voldoen aan een aantal minimale voorwaarden. Deze contracteervoorwaarden zijn opgenomen in het “format productievoorstel” onder het tweede tabblad “contracteervoorwaarden”. Dit blad zal als addendum bij de overeenkomst worden gevoegd.

Anders dan in voorgaande jaren, toen door het overleggen van alle bewijsstukken instellingen moesten aantonen te voldoen aan de voorwaarden, volstaat dit jaar het naar waarheid invullen en ondertekenen van het blad “contracteervoorwaarden” van de bijlage. De instelling verplicht zich veranderingen die zich gedurende het jaar voordoen, te melden aan de representerende verzekeraars.

AMBULANTE ZORG

1 Garantiebudget

In 2009 wordt het budget wederom vastgesteld op basis van de “oude” NZa prestaties. De afspraak in DBC's is zeer van belang voor het hele declaratie- en vergoedingstraject maar is nog niet relevant bij het vaststellen van het budget. Het garantiebudget kent een volume en een prijs component. Het garantiebudget wordt gevormd door het garantievolume te vermenigvuldigen met de bijbehorende prijs.

Voor bepaling van de juiste omvang van het garantievolume dient u in het “format productievoorstel” het derde tabblad “garantie” volledig in te vullen.

1.1 Garantievolume

Iedere instelling kan uitgaan van een garantievolume van 70% van de in 2008 afgesproken NZa prestaties (definitieve productieafpraak 2008; niveau 15 september 2008).

1.2 Extra garantie klinische instellingen

Iedere instelling met een klinisch aanbod in haar pakket kan rekenen op een extra basisgarantie, bovenop de 70%, van 10% binnen het ambulante deel.

1.3 Garantievolume op basis van criteria

Iedere instelling kan maximaal 12% extra volume behalen afhankelijk van het presteren op een aantal kwaliteitscriteria. Hiermee wordt vooral beoogd continuïteit in zorg en organisatie te bewerkstelligen.

Extra garantievolume van 12% kan gescoord worden op basis van het gepresenteerde kwaliteitsbeleid van de instelling. Dit wordt getoetst aan de hand van een aantal criteria, waarvan een aantal aansluiting vinden met de Prestatie Indicatoren. De criteria en de te verdienen extra garantievolume per criterium staan hieronder vermeld.

Ter beoordeling van het presteren van instellingen op deze criteria dient het blad “garantievolume op basis van criteria” in de bijlage ingevuld te worden. Als lopende het jaar 2009 uit controle blijkt dat de verkregen bonus geheel of gedeeltelijk onterecht is toegekend zal deze weer in mindering worden gebracht op de productieafpraak.

1.3.1 Zorgprogrammering

Criterium is de mate waarin zorgprogrammering binnen de organisatie is geïmplementeerd.

Onder zorgprogrammering wordt in dit verband verstaan: het werken volgens algemeen aanvaarde (multidisciplinaire) richtlijnen, dan wel evidence based of best practice behandelmethoden, vertaald naar een instellingsbrede protocollaire werkwijze met modulair opgebouwde behandelprogramma's, gericht op de verschillende indicatiegebieden waarbij het modulaire zorgaanbod per indicatiegebied is gedifferentieerd naar de ernst van de aandoening.

Instellingen geven aan welk zorgaanbod ze bieden, welk percentage elk zorgaanbod van de productie beslaat (financiële omvang) en voor welk aanbod zij gestructureerde zorgprogramma's hebben geïmplementeerd. Het percentage van het totale aanbod dat geleverd wordt in zorgprogramma's bepaalt de hoogte van het toegekende extra percentage garantievolume. Het zorgaanbod wordt uitgedrukt in de hoofdgroepen van de productstructuur DBC's. Hiertoe dient in het “format productievoorstel” het vijfde tabblad “bijlage zorgprogrammering” volledig te worden ingevuld.

Score:	
Minimaal 25% zorgprogrammering geïmplementeerd	1,0%
Minimaal 50%	2,0%
Minimaal 75%	3,0%

1.3.2 Effectmeting (PI 1.2 b)

criterium is de mate waarin effectmeting binnen de instelling per 1 januari 2009 structureel is geïmplementeerd en de toezegging dat per kwartaal over de resultaten van de effectmetingen wordt gerapporteerd.

Onder effectmeting wordt verstaan de gemiddelde score m.b.t. effectmeting van voor én na de behandeling per diagnose/doelgroep en de hieraan gekoppelde zorgprogramma('s) met bijbehorende DBC('s). De gebruikte instrumenten moeten zowel gericht zijn op het niveau van functioneren als op het niveau van klachten. Hiertoe dient in het "format productievoorstel" het zesde tabblad "bijlage effectmeting" volledig te worden ingevuld.

Score:	
Minimaal 25 % effectmeting structureel geïmplementeerd	0,5%
Minimaal 50%	1,0%
Minimaal 75%	2,0%

1.3.3 Wachttijden

criterium is de toezegging dat de verzekeraars "realtime" door de instelling worden geïnformeerd over een overschrijding van de treeknorm bij een specifiek behandelaanbod, inclusief het weer intrekken van deze melding. Dit geldt voor het totaal van de instelling en, indien van toepassing, per GHOR regio. De informatie dient per e-mail verstuurd te worden naar GGZCure.inkoop@menzis.nl onder vermelding van "melding overschrijding treeknorm".

Score:	
Realtime informeren verzekeraars	1,0%

1.3.4 DIS gegevensaanlevering

criterium is de toezegging dat DIS-gegevens volgens het landelijke format, zoals door Zorgverzekeraars Nederland is ontwikkeld in samenspraak met GGZ Nederland, aangevuld met de GAF-score, bij de zorgverzekeraars worden aangeleverd. Het te gebruiken format, inclusief GAF-score, wordt door Menzis aangeleverd.

Score:	
DIS gegevensaanlevering	1,0%

1.3.5 Prestatie-indicatoren

criterium is de aanlevering van de rapportage van de PI's over de eerste drie kwartalen van 2008 vóór 1 december 2008, aanlevering van de rapportage over de PI's over heel 2008 vóór 1 maart 2009 en aanlevering van de PI's over het eerste half jaar van 2009 vóór 1 september 2009. (Uitleg: zie 1.3.6)

Score:	
Aanlevering PI's 2008/2009	1,0%

1.3.6 Score op PI's

Met behulp van dit criterium willen we een verbetering op de score van een aantal PI's ten opzichte van de score van 2008 stimuleren. Het gaat vooral om PI's gericht op cliënttevredenheid. Uitgangspunt is de score over 2008. Aanbieders kunnen voorstellen indienen voor af te spreken verbeteringen op de scores van deze PI's in 2009 ten opzichte van de score 2008. In overleg wordt de af te spreken verbetering vastgesteld en gewaardeerd. Per PI is maximaal 1% extra volume te verdienen.

Procesmatig gaat het als volgt: de verbeteringsvoorstellen gaan uit van de dan bekende score over 2008 (= eerste drie kwartalen van 2008). Op basis van deze score en de verbeteringsvoorstellen worden afspraken gemaakt over de te bereiken verbetering in 2009 en de waardering daarvoor. Alvorens deze afspraken per 1 maart in het budgetformulier op te nemen, wordt de uitgangsscore definitief vastgesteld op basis van de definitieve score op de PI's over 2008 (zie ook 1.3.5). Daarmee wordt ook de af te spreken verbetering en de daarmee samengaande waardering definitief in de productieafpraak van 1 maart 2009. Vervolgens wordt in de zomer van 2009 de gerealiseerde verbetering en de verwachte trend voor de rest van het jaar vastgesteld op basis van de scores van de PI's over het eerste half jaar 2009. Op basis van deze werkelijke realisatie en de trend voor de rest van het jaar wordt de definitieve waardering in procenten volume vastgesteld en in de budgetafpraak opgenomen. Als de werkelijke verbetering overeenkomt met de in het voorjaar afgesproken verbetering, dan leidt dat niet tot een aanpassing van de productieafpraak. Is de verbetering lager dan de afgesproken verbetering, dan wordt dat in de definitieve productieafpraak van 15 september 2009 naar beneden bijgesteld. Hieronder staan de PI's waarvoor verbetervoorstellen ingediend kunnen worden.

Gemiddelde wachttijd (PI 3.1 a)

Gemiddelde wachttijd van aanmelding tot start behandeling voor zowel ambulante als klinische te berekenen door de totale wachttijd op te tellen van alle cliënten tussen aanmelding en behandeling en deze te delen door het aantal cliënten dat in behandeling is gekomen, onderverdeeld naar ambulante en klinische. Criterium is de af te spreken verbetering van de score 2009 ten opzichte van 2008.

Maximale score 1,0%

Oordeel van de cliënt over de verandering van de ernst van de problematiek (PI 1.2 a)

Het percentage cliënten waarbij de behandeling naar het oordeel van de cliënt heeft geleid tot verbetering en/of stabilisatie van de klachten. Het gaat hierbij om het aantal cliënten dat vraag 13 en 14 van de GGZ thermometer (of vraag 49 van de CQ-index) positief heeft beantwoord, gedeeld door het totale aantal cliënten dat betreffende vragen heeft beantwoord. Response rate is minimaal 30%. Criterium is de af te spreken verbetering van de score 2009 ten opzichte van 2008.

Maximale score 1,0%

Keuzevrijheid (PI 3.4)

Het percentage cliënten dat keuzevrijheid ervaart ten aanzien van het kiezen van de eigen behandelaar en het kiezen uit het geboden zorgaanbod. Het gaat hierbij om het aantal cliënten dat vraag 4 van de GGZ thermometer (of vraag 27-30 van de CQ-index) positief heeft beantwoord, gedeeld door het totale aantal cliënten dat betreffende vragen heeft beantwoord. Response rate is minimaal 30%. Criterium is de af te spreken verbetering van de score 2009 ten opzichte van 2008.

Maximale score 1,0%

Vervulling zorgwensen (PI 3.5)

Het percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen. Het gaat hierbij om het aantal cliënten dat vraag 11 en 12 van de GGZ thermometer (of vraag 65 van de CQ-index) positief heeft beantwoord, gedeeld door het totale aantal cliënten dat betreffende vragen heeft beantwoord. Response rate is minimaal 30%. Criterium is de af te spreken verbetering van de score 2009 ten opzichte van 2008.

Maximale score 1,0%

1.4 Prijs bij garantievolume

Bij het garantievolume wordt een vaste prijs gehanteerd. Niet iedere instelling krijgt dezelfde prijs.

De prijs per soort instelling is gebaseerd op onderscheidende criteria.

De informatie over de prijs bij het garantievolume en de omvang van het garantievolume is te vinden in het “format productievoorstel” in het vierde tabblad “prijs en budget indicatie”. U hoeft alleen een aantal gegevens met betrekking tot de productieafspraken 2008 in te vullen.

De onderscheidende criteria en bijbehorende tarieven zijn:

Instellingen met 7 x 24 uur outreachende regionale crisisdienstfunctie	96,5%	(van het NZa
Instellingen met klinisch en ambulante aanbod	95,5%	maximum
Instellingen met alleen ambulante aanbod	94,5%	tarief)

1.5 Benchmark kwaliteit

Menzis en andere verzekeraars voeren vanaf 2009 een actief beleid om te komen tot benchmarking tussen instellingen op basis van kwalitatieve uitkomsten van zorg. Daartoe heeft Menzis in een samenwerkingsverband met andere zorgverzekeraars de organisatie KZN gecontracteerd om deze benchmark tot stand te brengen. Menzis gaat ervan uit dat instellingen bereid zijn om informatie ten behoeve van deze benchmark aan te leveren. Over de extra te maken kosten ten behoeve van de verwerking van de gegevens door en voor KZN kunnen afspraken worden gemaakt die in de tarieven verdisconteerd kunnen worden.

2 Vrije marge

De indicatieve regio-ruimte 2009 wordt gevormd door het totaal aan budgetafspraken 15 sept. 2008 + groei-ruimte + indexering. De vrije marge wordt gevormd door de indicatieve regio-ruimte te verminderen met de som van de afgegeven garantiebudgetten van de instellingen in de regio (§ 1.1 en 1.2) en de verkregen extra garantiebudgetten op basis van de scores op de kwaliteitscriteria (§ 1.3).

De vrije marge wordt verdeeld in twee segmenten. Het segment “marktwerking” en het segment “knelpunten, kwaliteit en innovatie”. Zorgaanbieders kunnen een beroep doen op budget uit beide segmenten door het uitbrengen van productievoorstellen. De spelregels per segment zijn wel verschillend.

Om in aanmerking te komen voor extra budget vanuit de segmenten dient te worden voldaan aan minimaal de volgende criteria:

- Zorgprogrammering (1.3.1): voldoen aan criterium ten aanzien van de diagnose/doelgroep waarvoor een voorstel wordt gedaan;
- Effectmeting (1.3.2): voldoen aan criterium ten aanzien van de diagnose/doelgroep waarvoor een voorstel wordt gedaan;
- Wachttijden (1.3.3): realtime informeren over overschrijding van de treetnorm;
- Benchmark kwaliteit (1.5).

2.1 Segment “marktwerking”

Het segment marktwerking omvat die GGZ zorgproducten waarvan de markt minimaal de volgende kenmerken heeft: hoge turn-over, veel aanbod, veel vraag, makkelijke toetreding nieuwe aanbieders, transparante zorgproducten, monodisciplinaire problematiek.

Het betreft hier de DBC's met een inzet aan directe en indirecte tijd tot maximaal 1.800 minuten, exclusief de DBC's crisis en diagnostiek.

De verdeling uit dit segment gebeurt alleen op basis van de prijs. Instellingen kunnen een productievoorstel indienen waarin vermeld de geoffreerde prijs bij het gewenste volume en voor welke zorgproducten het productievoorstel van toepassing is. De instelling met de laagste prijs krijgt het eerst gegund, vervolgens die met de 1 na laagste prijs enz. Bij de verdeling wordt gelet op een goede evenwichtige verdeling van de productmix en met de marktverhoudingen binnen de regio.

Het productievoorstel ten behoeve van dit segment dient u te doen in het “format productievoorstel” in het zevende tabblad “bijlage segment marktwerking” eventueel voorzien van relevante bijlagen.

2.2 Segment “Knelpunten, Kwaliteit, Innovatie”

De besteding van dit segment van de vrije marge is gericht op het oplossen van knelpunten in vraag/aanbod, verhoging van de kwaliteit van zorg, vergroten keuzemogelijkheid cliënten, stimuleren van productinnovaties, et cetera. In de regel zal dit segment betrekking hebben op de meer complexe zorg. Instellingen worden uitgenodigd een productievoorstel in te dienen, uitgedrukt in vanzelfsprekend prijs en volume, maar worden ook gevraagd het productievoorstel inhoudelijk goed te onderbouwen. Bij de verdeling van dit segment zal veel aandacht uitgaan naar de voorgestelde kwaliteit van de zorg.

Onderstaande criteria (in willekeurige volgorde) zijn ondermeer van toepassing bij de keuze uit de ingediende voorstellen:

- De zorg is bewezen effectief (evidence based of best practice) en uitgedrukt in een zorgprogramma;
- Innovatie op het gebied van kwaliteit, efficiëntie en/of logistiek;
- De zorgverlening wordt aantoonbaar doelmatig verleend;
- Het zorgaanbod voorziet in de opheffing van een knelpunt in de regio (bijv. wachtlijst) of in het opheffen van een krapte in het zorgaanbod (wordt onvoldoende aangeboden);
- Het zorgaanbod biedt een keuzealternatief voor de cliënt dat in de regio nog niet voorhanden is;
- Het zorgaanbod versterkt een evenwichtige verdeling van de zorg binnen de regio;
- Het aanvullende zorgaanbod sluit logisch aan op het bestaande zorgaanbod;
- De zorgaanbieder kan op één of meer productgroepen een verkorting van de behandelduur realiseren (bij minimaal behoud van de effectiviteit);
- Er worden bovenregionale functies aangeboden (zoals ECT) waarnaar aantoonbaar vraag is;
- Het zorgaanbod vervangt of voorkomt klinische (crisis)opname (bij minimaal behoud van de effectiviteit);
- Het zorgaanbod betreft een ketenproduct gericht op chronische cliënten en/of cliënten met complexe zorgvraag;
- Het zorgaanbod voorziet in versteviging van de positie van vooral chronische cliënten (client-empowerment).

Het productievoorstel ten behoeve van dit segment dient u te doen in het “format productievoorstel” in het achtste tabblad “bijlage segment KKI” en dient te worden voorzien van relevante bijlagen.

3 Totaal ambulans budget

Het totaal af te spreken budget wordt bepaald door optelling van het garantiebudget met de verdeelde gelden vanuit de vrije marge. Technisch wordt een en ander als volgt verwerkt. De volumina uit het garantiebudget en uit de vrije marge worden bij elkaar gevoegd. De prijs wordt vastgesteld op het gewogen gemiddelde van de prijs uit het garantiebudget en de prijs van de verschillende segmenten van de vrije marge.

Bij de beoordeling van het productievoorstel en de weging van het voorstel ten opzichte van andere instellingen wordt rekening gehouden met de mogelijk specifieke situatie die het zorgaanbod en de marktsituatie met zich meebrengt.

4 Bovenregionaal aanbod

Instellingen die buiten de “eigen” GHOR-regio actief willen worden of zijn en groei willen realiseren in die andere regio ten opzichte van de afgesproken productie in 2008, zullen een bovenregionaal productievoorstel neer moeten leggen bij de penvoerder in die andere GHOR-regio.

Instellingen die statutair gevestigd zijn buiten de GHOR-regio's waar Menzis penvoerder is en die binnen een GHOR-regio waar Menzis penvoerder is, actief willen worden of groei willen realiseren, dienen door middel van de in dit document vastgelegde inkoopprocedure een productievoorstel bij Menzis neer te leggen. Daarbij kunnen buitenregionale aanbieders alleen voorstellen indienen ten behoeve van de vrije marge. Deze voorstellen zullen vergezeld moeten gaan van informatie over de productieafspraken in 2008 en de gerealiseerde productie in 2008 in de betreffende GHOR-regio.

KLINISCHE ZORG

Voor de bepaling van het budget klinische zorg wordt het overlegmodel gehanteerd. De prijs wordt vastgesteld op 100% NZa-tarief, maar wat betreft volume zal er goed gekeken worden naar de productmix (verdeling zorgzwaarte categorieën).

Andere uitgangspunten bij vaststelling van het klinische budget zijn:

- geen uitbreiding bestaande klinische capaciteit; meer cliënten bij dezelfde capaciteit;
- alleen uitbreiding nieuw, niet bestaand, aanbod met bewezen meerwaarde;
- duidelijke link met AWBZ (ketenzorg);
- monitoren om beter zicht te krijgen op de behoefte aan intramurale ZVW-capaciteit ten opzichte van de intramurale AWBZ-capaciteit;
- waar mogelijk (evidence based) kiezen voor ambulante varianten;
- beleid langdurig zorgafhankelijken;
- zorgprogramma's en effectmeting zijn ook hier van toepassing.

Mutaties in het budget t.o.v. 2008 worden in overleg vastgesteld.

PLANNING EN INDIENING

Uitgangspunt in de planning is dat zo vroeg mogelijk, maar niet later dan 1 maart 2009 de totale productieafspraken per instelling voor 2009 rond is.

<i>Wat</i>	<i>Gereed</i>
Beleid + inkoopproces definitief en uitgezet bij aanbieders	17 oktober 2008
Productievoorstellen binnen m.b.t. basis en vrije marge	1 december 2008
Uitsturen beoordeling voorstellen en start gesprekken	15 december 2008
Alle afspraken definitief (dus basis én vrije marge)	15 februari 2009
Budgetformulieren bij NZa	1 maart 2009

Uiterlijk op 1 december 2008 dient het productievoorstel te zijn ingediend bij Menzis (penvoerder). Menzis zal zorgdragen voor doorzending naar de andere representerende zorgverzekeraars.

Postadres: Menzis Zorg en Inkomen
t.a.v. GGZ Cure inkoop
Postbus 75000
7500 KC Enschede

e-mailadres: GGZCure.inkoop@menzis.nl

Tot 1 december 2008 kunnen vragen m.b.t. de inkoop aan de contractmanager van Menzis worden gesteld. Deze is verantwoordelijk voor afhandeling van de vraag.

Menzis zal als penvoerder zorgdragen voor de planning van de gesprekken vanaf 15 december 2008.