

Afspraken en acties uit het Startoverleg HLA werkplan contractering dd. 23 sept '19

Aanwezigen: (NVVP), (GGZ NL), (P3NL),
(NIP), (LVVP), (ZN), (ZN), (ZN),
(VWS), (VWS), (NZa)

Onderdeel	Afspraak	Eerstvolgende actie
1. Instellen werkgroep	- Partijen stellen aan het DO HLA GGZ voor om een aparte werkgroep in te stellen ter concretisering van de afspraken uit het HLA werkplan contractering. - Partijen hanteren daartoe onderstaande werkagenda - De werkgroep rapporteert aan het DO en het BO HLA GGZ - Samenstelling: ZN, NVVP, P3NL, NIP, LVVP, GGZ NL met VWS en NZa als toehoorders. ZN zit voor en GGZ NL vervult de secretarisrol. - De werkgroep komt tweemaandelijks bij elkaar (dec '19, feb '20, apr '20, na die tijd bezien of en hoe verder)	1. ZN stemt de uitwerking van het overleg dd. 23 sept 2019 af met de partijen en levert aan VWS uiterlijk 30 september een voorstel aan t.b.v. het DO HLA van 7 okt as. 2. ZN overlegt met MeerGGZ of zij willen aansluiten bij de werkgroep
2. Vektis monitor over 2016-2018 naar aandeel (on)gecontracteerde zorg	- VWS is opdrachtgever maar wij zijn gezamenlijk belanghebbenden. - Afspraak is daarom dat deze werkgroep de opzet, uitwerking en resultaat vaststelt van de Vektis-monitor over 2019 naar het aandeel (on)gecontracteerde zorg. - T.b.v. betere duiding van ongecontracteerde zorg is de contracteergraad / aandeel niet gecontracteerde zorgaanbieders v.w.b. de verschillende KS segmenten onderdeel van de Vektis monitor	3. VWS agendeert in de werkgroep begin 2020 het concept-projectplan
3. NZa monitor 2020, incl. verdiepend onderzoek naar bijcontractering.	- Medio oktober organiseert de NZa een startbijeenkomst over opzet en timing van de NZa monitor 2020. - Onderzoek naar bijcontractering loopt. NZa organiseert hiervoor aparte bijeenkomsten t.b.v. proces. - De bestuurlijke duiding tussen partijen vindt <u>niet</u> plaats tijdens de bijeenkomsten van de NZa; deze werkgroep treft de voorbereidingen voor de duiding in het bestuurlijk overleg HLA GGZ of een separaat BO contractering (indien daar aanleiding toe is)	4. NZa voert nevenstaande uit en betreft de partijen op proces-niveau.
4. Concretisering aanbieders die wel/niet gecontracteerd zijn en waarom	- In aanvulling op de Arteria rapportage concretiseert de werkgroep tegen welke problemen zorgaanbieders en zorgverzekeraars aanlopen in hun streven naar contractering. en maakt een gezamenlijke inventarisatie van (huidige en toekomstige) maatregelen om aantoonbaar ondoelmatige niet-gecontracteerde zorg terug te dringen (en contractering te bevorderen). - Aandachtspunt daarbij zijn aanbieders die bij geen enkele branchevereniging zijn aangesloten. - Informatie wordt in vertrouwelijkheid en beslotenheid van deze werkgroep gedeeld	5. NIP, LVVP, NVVP en GGZ NL concretiseren waarom (sommigen van) hun leden geen contract aan (willen) gaan, en onder welke omstandigheden ze dat wel willen. Ter bespreking tijdens de eerstvolgende volgende werkgroep (voorzien voor begin december). 6. ZN adviseert aan de verzekeraars te concretiseren in welke gevallen wel/niet gekozen wordt voor contractering, incl. de rol die doelmatigheid daarin speelt en om voorbeelden aan te dragen ter illustratie. Specifiek zijn daarbij casussen interessant van aanbieders waarmee geen contract is afgesloten, er twijfels zijn over de

		doelmatigheid en die al dan niet zijn aangesloten bij branchepartijen.
5. Inventarisatie van concrete knelpunten en suggesties voor verbetering.	Uit het Werkplan HLA: <i>Partijen dragen voorafgaand aan het overleg concrete onderwerpen ter bespreking aan, bij voorkeur op basis van een uitvraag bij de leden, voorzien van een knelpunt en een suggestie voor verbetering. De resultaten hiervan worden besproken door partijen en de conclusies worden voorgelegd aan de leden van de verschillende branchepartijen, zover mogelijk voorzien van adviezen voor de volgende contracteringsronde</i>	7. NIP, LVVP, NVVP, GGZ NL voeren nevenstaande inventarisatie uit. Ter bespreking tijdens de eerstvolgende volgende werkgroep (voorzien voor begin december).
6. Privacy-verklaringen	In een apart overleg met ook AP en MIND wordt deze HLA afspraak uitgevoerd.	8. ZN heeft 3 oktober een vervolgoverleg gepland



Notitie

Bestuurlijk Overleg HLA

Datum

24 september 2019

Van

GGZ Nederland

Onderwerp

Voortgang VIPP GGZ-regeling voor instellingen

Bijlage(n)

Geen

Doorkiesnummer

[Redacted]

Ons kenmerk

Onder het Hoofdpijnenakkoord is voor de jaren 2018 tot en met 2021 €45 miljoen beschikbaar gesteld voor een VIPP-regeling voor ggz-instellingen. Het overleg wordt geïnformeerd over de stand van zaken rond de regeling en de uitnutting van het budget.

In 2017 stelde VWS onder het hoofdpijnenakkoord €45 miljoen beschikbaar voor het stimuleren van gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het bevorderen van medicatieveiligheid en het vergroten van inzet van eHealth door ggz-instellingen. In 2018 publiceerde VWS de VIPP GGZ regeling. Na sluiting van de inschrijving in juni 2019 concluderen we dat we minimaal 86% van de ZVW-patiënten in de ggz bereiken en dat €35,7 euro een bestemming gevonden heeft bij minimaal¹ 76 ggz-instellingen, tien gebruikersverenigingen en andere bestemmingen uit de regeling. Daarbij kan men denken aan de appwegwijzer van MIND en het ontwikkelen van nieuwe zorginformatiebouwstenen ten behoeve van het gestandaardiseerd uitwisselen van gegevens. VWS en GGZ Nederland zijn blij met deze succesvolle start van de VIPP GGz regeling.

Het blijkt dat een aantal instellingen geen of geen geldige subsidieaanvraag hebben ingediend. Hierdoor wordt van het gereserveerde bedrag €9,2 miljoen niet uitgenut. GGZ NL heeft een aantal voorstellen bij VWS neergelegd om deze middelen alsnog te besteden aan maatregelen die bijdragen aan de doelstellingen van de regeling. VWS is hier in principe toe bereid, maar vindt het van belang dat de HLA partijen hierover geïnformeerd worden. VWS en GGZ NL zijn nog in overleg over de noodzakelijke financiële onderbouwing en ook zal een staatssteuntoets uitgevoerd worden. In totaal komen de voorgestelde activiteiten neer op een bedrag van €4,3 miljoen.

Aanvullende activiteiten

1. Na vaststelling van de regeling zijn door NICTIZ nog 42 zorginformatiebouwstenen vastgesteld voor gebruik in ggz. Deze additionele zorginformatiebouwstenen faciliteren bijvoorbeeld de digitale overdracht van verpleegkundigen over de grenzen van de sectoren heen. Daarnaast hebben enkele ook betrekking op de registratie van verplichte zorg. Gebruikersverenigingen kunnen subsidie aanvragen voor het inbouwen van deze aanvullende zorginformatiebouwstenen. Deze gebruikersverenigingen behartigen de

¹ Op het moment van schrijven heeft VWS nog 18 subsidieaanvragen in behandeling.



belangen van ggz-instellingen richting ict-leveranciers. Hun leden zijn ggz-instellingen.

2. Het laten uitvoeren van 2 onderzoeken naar de rol van technologie voor het terugdringen van administratieve lasten voor zorgprofessionals en voor de mate waarin de visie @patient connect gerealiseerd wordt in de sector.

3. Het programmabureau ondersteund ggz-instellingen, gebruikersverenigingen en ict-leveranciers bij het realiseren van de doelstellingen van de VIPP Ggz regeling. Ze stemt daarvoor ook af met belangrijke partners zoals de MedMij-organisatie, VZVZ en NICTIZ. In de voorbereidingsfase is op enig moment het budget voor het programmabureau vastgesteld. Nadien is voorafgaand aan publicatie van de regeling de looptijd van de regeling een half jaar verlengt. Het budget voor de ondersteuning van ggz-instellingen vanuit het VIPP GGZ Programmabureau wordt naar evenredigheid aangepast. Daarmee wordt de financiering van het programmabureau voor dat additionele half jaar geborgd.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Senior Beleidsmedewerker

T [redacted]
M [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
13 oktober 2019

Aantal pagina's
2

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

verslag

Betreft	Bestuurlijk Overleg Administratieve lasten en correct declareren
Vergaderdatum en -tijd	24 september 2019 09:30-10:00 uur
Vergaderplaats	Den Haag, Ministerie van VWS, zaal 5-41
Aanwezig	[redacted] (NIP), [redacted] (ZN), [redacted] (GGZ NL), H (LVVP), [redacted] (P3NL), [redacted] (NVvP), [redacted] (V&VN), [redacted] (NZa), [redacted]
Afwezig	NFU, MIND
Kopie aan	

1. Opening en mededelingen

Geen wijzigingen met betrekking tot de agenda.

2. Verslag d.d. 20 juni 2019

De LVVP geeft aan dat men geen actiehouders wil zijn ten aanzien van het actiepunt (nummer 7) 'stapeling keurmerken', maar het punt niet als afgerond beschouwt. VWS vraagt aan de leden van het BO hoe dit punt op de agenda blijft staan. Voor GGZ NL is het punt afgerond. De leden van het BO delen dat het een belangrijke afspraak is. Daarom wordt afgesproken dat VWS en de LVVP op korte termijn samen bekijken wat nodig is om dit punt uit te voeren. Vervolgens wordt bezien wie actiehouders van dit punt wordt. Het verslag wordt ongewijzigd vastgesteld.

3. Administratieve lasten vrijgevestigden

De LVVP geeft een toelichting op de meegestuurde notitie. Er wordt een aantal zaken met ZN opgepakt. Het probleem van de administratieve lasten in verband met de verschillende systemen van budgettering is echter nog niet opgelost en erg prangend voor de vrijgevestigden. Daarnaast is ten aanzien van de uniformering van de contracten nog een slag te maken. ZN geeft aan dat het ook een beheersingsvraagstuk is versus de kwaliteit van de verzekerde zorg.

De randvoorwaarden om het budgetteringsvraagstuk op te lossen zijn enerzijds administratieve lastenverlichting bij de leden van de LVVP anderzijds de beheersbaarheid voor de leden van ZN. ZN neemt het initiatief om een afspraak met de LVVP in te plannen, met een of twee verzekeraars samen. Tijdens het volgende BO zal een terugkoppeling worden gegeven van de afspraak.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
13 oktober 2019

4. Presentatie uitkomsten Merkbaarheidsscan t.a.v. de ggz

VWS geeft een toelichting op de uitkomsten van de merkbaarheidsscan via een rondgedeelde presentatie. De top 3 van actiepunten met de meest ervaren lastendruk is:

1. Uniformeren van non-concurrentiële elementen van de inkoopcontracten.
2. Minimaliseren onnodige administratieve lasten bij doorontwikkeling indicatoren Benchmark-ROM
3. Schrappen van verplichting om bij urenregistratie het type behandelcontact te specificeren.

Voor het vervolg wordt de volgende inzet gevraagd:

- Met volle energie doorgaan met de uitvoering van het actieplan, waarbij we bijzondere aandacht besteden aan de top 3 van actiepunten meest ervaren lastendruk uit de merkbaarheidsscan;
- Meer communicatie richting achterban om de kenbaarheid te vergroten;
- Bijdragen aan lokale aanpak (delen goede voorbeelden, aanmelden instellingen voor Ontregelbus etc.).

Van belang is dat de leden van het BO hier zelf actief aan bijdragen en dat professionals in staat worden gesteld om zelf iets aan de ervaren administratieve last te kunnen doen.

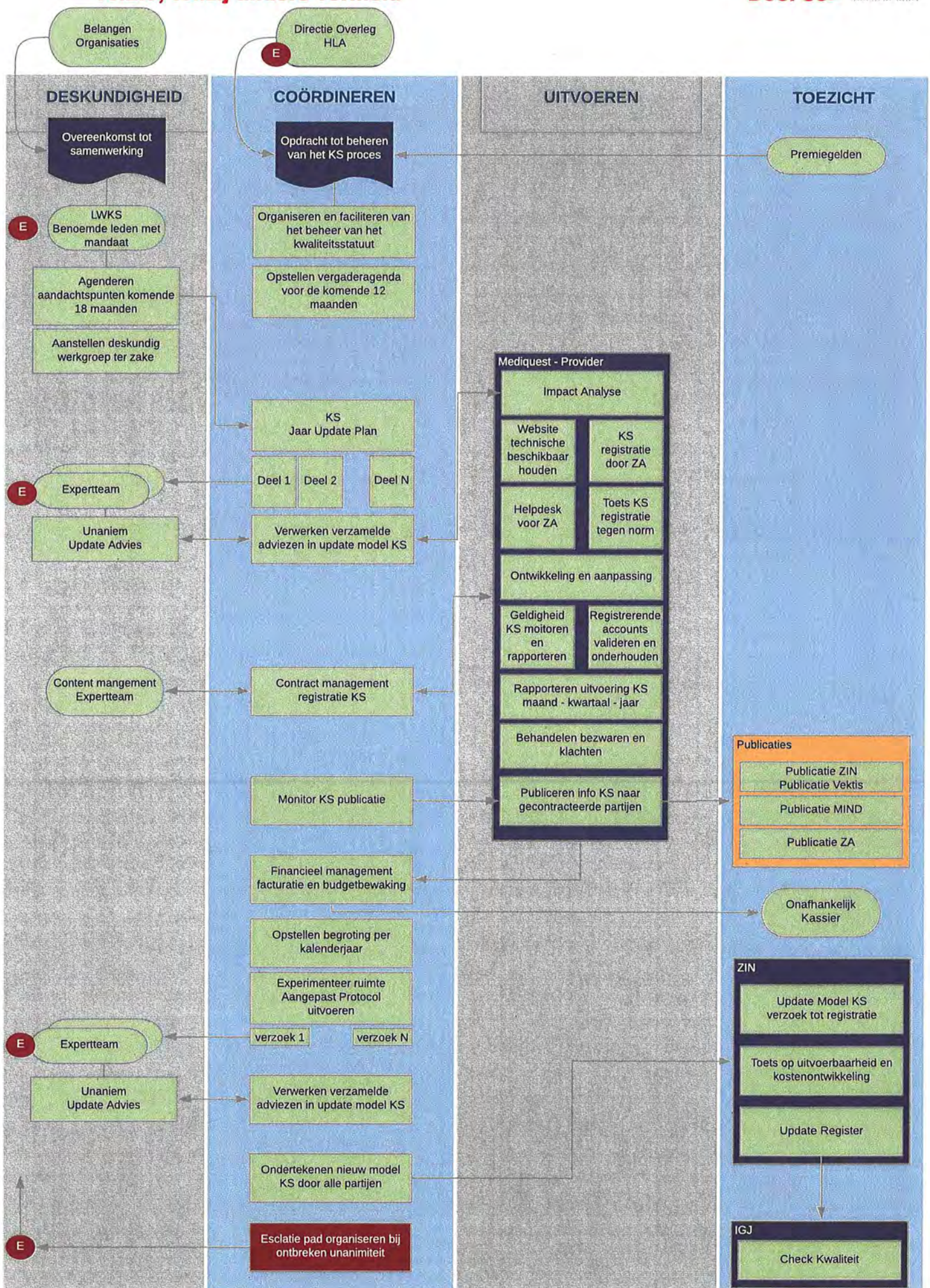
5. Verminderen AL bij (formele) rechtmatigheidscontroles

Dit agendapunt wordt besproken aan de hand van de notitie. Besloten wordt dat dat de in de notitie benoemde onderwerpen de inhoud vormen van de afspraak in het Bestuurlijk Akkoord. De afspraak wordt gemaakt dat er voorlopig niet meer punten worden toegevoegd aan het rijtje van zeven onderwerpen.

De te nemen acties om de vermindering van administratieve lasten ten aanzien van rechtmatigheidscontroles te realiseren wordt voor volgende BO inhoudelijk geagendeerd. De leden van het BO zijn het er unaniem over eens dat van alle partijen een inspanningsverplichting wordt gevraagd.

6. W.v.t.t.k.

7. Sluiting

10.2. **of, tenzij anders vermeld**

Bijlagen

Governance
Kwaliteitsstatuut

DO HLA

27 oktober 2019

Versie 1

Toelichting

Dit is de verdiepende bijlage bij het Adviesrapport GGZ LWKS Governance versie 1.

Alvorens tot een advies te komen, is ervoor gekozen om het vraagstuk vanuit 3 perspectieven te onderzoeken:

1. Bedrijfskundig

Het bedrijfskundig onderzoek is uitgevoerd door Jack van Gils, directeur bij tBureau. Analyse en risico's zijn weergegeven in bijlage II. Een schematische weergave van de procesanalyse vindt u in bijlage III.

2. Vanuit het oogpunt van Governance

Het Governance onderzoek is gedaan door [REDACTED], specialist governance bij Zorg Adviseurs.

Bijlage IV bevat zijn aanpak, observaties en oplossingsrichtingen. Bijlage V geeft een overzicht van governance in andere sectoren van de gezondheidszorg.

3. Juridisch

De juridische analyse is gedaan door [REDACTED], advocaat van [REDACTED] in Rotterdam. Het resultaat hiervan staat in bijlage VI.

De keuze voor de 3 invalshoeken maakt verschillende inzichten en risico's duidelijk. Om die reden zijn dan ook de integrale analyses vanuit die disciplines opgenomen in dit rapport als achtergrond informatie en bijlagen bij het advies.

De oplossingsrichtingen en de inzichten uit deze analyses zijn uiteindelijk verwerkt tot één advies. In het advies stellen we een governance en werkwijze voor die concreet en uitvoerbaar is. Het advies is als een afzonderlijk rapport beschikbaar gesteld: 20191027 Adviesrapport tBureau GGZ LWKS Governance V1.



Bijlagen

2

	Bronnen
Bijlage I	Begrippen
Bijlage II	Onderzoek vanuit bedrijfskundig perspectief
Bijlage III	LWKS Procesanalyse huidige situatie
Bijlage IV	Onderzoek vanuit governance perspectief
Bijlage V	Governance andere kwaliteitskaders
Bijlage VI	Onderzoek vanuit juridisch perspectief
Bijlage VII	Governance Kwaliteitsstatuut Advies



Bronnen

3

1. Model KS GGZ
2. <https://www.GGZkwaliteitsstatuut.nl/>
3. <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/GGZ-model-kwaliteitsstatuut-kwaliteitsstandaard>
4. Dr. Marie-Jeanne Schiffelers, prof. dr. Cordula Wagner, Anders Verantwoorden, Utrecht 6 mei 2019
5. Rapport Meurs "Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep" (P.I. Meurs e.a., mei 2016)
6. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Blijk van vertrouwen; Anders verantwoord voor goede zorg, Den Haag, mei 2019.
7. Brancheorganisaties Zorg (BOZ), Governancecode Zorg, Utrecht 2017.
8. Namens: het Landelijk Platform GGZ, Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013 – 2014, Den Haag, 18 juni 2012.
9. Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017, 16 juli 2013.
10. Kamervragen II 2013/14, 2014Z02838, vragen van het lid Van Gerven (SP) aan de Minister van VWS.
11. Brief van Minister van VWS van 11 maart 2014, antwoord op Kamervragen 2014Z02838.
12. Agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie, november 2015.
13. Brief van Minister van VWS en Staatssecretaris van VWS, antwoorden eerste termijn behandeling Begroting VWS 2014, datum: 30 oktober 2013.
14. Brief van Minister van VWS, voortgang agenda gepast gebruik en transparantie, 28 oktober 2016.
15. Alliantie Kwaliteit Geestelijke Gezondheidszorg (AKWA GGZ), Toetsingscommissie Experimenteerruimte, 1 mei 2019.
16. Mediquest, overeenkomst doorontwikkeling GGZ Kwaliteitsstatuut, Utrecht, 21 februari 2019.
17. Mediquest, OFFERTE TTP voor het registreren en toetsen van de kwaliteitsstatuten van aanbieders GGZ periode januari – december 2019, Utrecht, 22 maart 2019.
18. Kamerstuk 31765, nr. 201.
19. Advies- en expertgroep kwaliteitsstandaarden (AQUA), leidraad voor kwaliteitsstandaarden, 8 december 2014.
20. AdviesTaskforce Gepast Gebruik GGZ, *Een procesgerichte verantwoording op gepast gebruik in de curatieve GGZ*, 28 maart 2019.
21. Brief verstrijken datum Meerjarenagenda model-kwaliteitsstatuut GGZ, 25 juli 2019.
22. Toetsingscommissie Experimenteerruimte, Akwa GGZ, 18 april 2019.
23. Richtlijn voor Richtlijnen, 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn.
24. Concept Regeling verplichte GGZ – CONSULTATIE.
25. Concept RvGGZ, augustus 2019.
26. Stavaza ministeriële regeling 26-07-2019.
27. Governance rondom Kwaliteitskader Verpleeghuizen, 'Implementatie op hoofdlijnen'.
28. Dialoogbijeenkomst kwaliteitsraad, 'Goede of beschikbare zorg?'.
29. J. Bossert, Good governance: leidraad voor goed bestuur en management, 2002
30. Hoofdlijnen Akkoord GGZ 2014-2017
31. www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/bevorderen-kwaliteit-en-inzichtelijkheid-van-de-zorg/doorzettingsmacht-proces-van-doorzettingsmacht-bij-overschrijding-termijnen-meerjarenagenda.



32. www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/34491_wet_bestuur_en_toezicht
33. Actieplan Landelijke Stuurgroep Wachttijden, juli 2018
34. Brief minister VWS, Voorhangbrief kwaliteitsstatuut GGZ, 26 april 2016.
35. Toelichting bij model-Kwaliteitsstatuut GGZ versie 1.0 – 31 maart 2016.
36. www.nvgzp.nl/nieuws/nieuwsbericht-doorontwikkeling-kwaliteitsstatuut/
37. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)
38. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)
39. Zorgverzekeringswet (Zvw)
40. Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg)
41. Kwaliteitsstatuut GGZ, brief van directie Regulering Zin, NZa; 15 november 2016



Bijlage I Begrippen

Kwaliteitsstatuut	Het model-Kwaliteitsstatuut beschrijft wat zorgaanbieders moeten regelen op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve GGZ te mogen verlenen. Vanaf 1 januari 2017 zijn alle GGZ-aanbieders verplicht om een individueel kwaliteitsstatuut te hebben.
DO HLA	Directie Overleg Hoofdpijnen Akkoord
BO HLA	Bestuurlijk Overleg Hoofdpijnen Akkoord
AKWA GGZ	Alliantie van patiënten, hun naasten, professionals en aanbieders om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) verder te verbeteren door de (door)ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden, kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten.
Fonds Psychische Gezondheid	Fonds Psychische Gezondheid zet zich in om meer kennis en inzicht te krijgen in het ontstaan, voorkomen en behandelen van psychische problemen. Fonds Psychische Gezondheid investeert in een gezonde(re) samenleving door: financiering van wetenschappelijk onderzoek en zorgprojecten; voorlichting over psychische gezondheid en psychische problemen; telefonische hulpverlening (via Stichting Korrelatie) en beïnvloeding van de beeldvorming over het leven met psychische problemen.
Geestelijke GezondheidsZorg Nederland	GGZ Nederland streeft er naar om landelijk goede afspraken te maken met overheid, politici, verzekeraars, patiëntenorganisaties en andere partners zodat de ruim 100 lid-instellingen de ruimte krijgen doelmatige en innovatieve GGZ te leveren en de kwaliteit op hoog niveau te houden
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd IGJ	bewaakt en bevordert de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de veiligheid en kwaliteit van de zorg
MIND	een initiatief van Fonds Psychische Gezondheid, MIND Korrelatie en MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid. De vereniging vertegenwoordigt 16 landelijke verenigingen, 45 regionale organisaties, 25 cliëntenraden en 25 familieraden in de geestelijke gezondheidszorg en wil samen psychische gezondheid in Nederland verbeteren.
MIND Korrelatie	MIND Korrelatie is een landelijke organisatie. MIND Korrelatie biedt anonieme, professionele, psychische en psychosociale hulp. MIND Korrelatie geeft individueel advies en hulp aan iedereen die hierom vraagt. Dit kan telefonisch en online.
MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid	dé koepel van cliënten- en familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De landelijke lid organisaties, regionale organisaties, cliëntenraden en familieraden spelen een belangrijke rol. Gezamenlijk vertegenwoordigen we meer dan een miljoen Nederlanders die jaarlijks een beroep doen op de GGZ. Namens hen fungeren we als gesprekspartner van - en aanspreekpunt voor politici, beleidsmakers, beleidsuitvoerders, zorgverzekeraars en brancheorganisaties.
Zorg Instituut Nederland ZiN	Nederlands zelfstandig bestuursorgaan dat erop toeziet dat Nederlandse burgers verzekerd zijn en blijven volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarmee wordt gewaarborgd dat iedereen die recht heeft op zorg het ook krijgt. Haar taken zijn: Adviseren over en verduidelijken van het basispakket aan zorg Bevorderen kwaliteit en inzichtelijkheid van de zorg Zinnige Zorg - Systematisch doorlichten van het basispakket Uitvoeren van de financiering van Zvw en Wlz



Bijlage II Onderzoek vanuit bedrijfskundig perspectief

6

Analyse vanuit bedrijfskundig perspectief (procesanalyse)

Op hoofdlijnen worden de processen gecoördineerd door de LWKS. Zij hebben Mediquest als Trusted Third Party gecontracteerd.

1. Het contract met Mediquest is concreet en uitvoerig met betrekking tot de operationele processen. De LWKS neemt haar verantwoording door het contract te managen (1).
2. Daarnaast richt de LWKS zich op de ontwikkeling van het Model KS (2).
3. Een derde element is het door AKWA GGZ in opdracht ontwikkelde protocol voor de experimenteer ruimte (3).

Voor deze analyse vanuit bedrijfskundig perspectief is gebruik gemaakt van: het contract Mediquest, de agenda van de LWKS en het protocol experimenteer ruimte.

Met betrekking tot taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de uitvoering kunnen we stellen, dat deze uitsluitend zijn benoemd in het contract. Dit betreft de rolverdeling tussen LWKS en Mediquest. Natuurlijk is ook in het protocol voor de experimenteer ruimte voor een rolverdeling gekozen met een te benoemen toetsingscommissie, die toeziet op de afhandeling van aanvragen en experimenten. Onderling afgestemd en volledig overzicht van de taken- verantwoordelijkheden en bevoegdheden is niet aangetroffen tijdens het onderzoek. Dat wil niet zeggen, dat partijen geen verantwoordelijkheid nemen of taken niet uitvoeren. Er is een informele rolverdeling tussen partijen: bijvoorbeeld in het testen en goedkeuren van nieuwe ontwikkelingen op de website nemen vanuit de LWKS de partijen GGZ NL en de LVVP het voortouw en informeren de rest over goedkeuring. De uitvoering hiervan is transparant en goed gedocumenteerd.

Voor het onderzoek volgen we voor de activiteiten door het LWKS dezelfde indeling als weergegeven in schema 1 (zie Context van het onderzoek in het adviesrapport). De gekozen indeling is als volgt:

1. Onderhouden en vernieuwen van het model KS.
2. Vaststellen van de lijst regiebehandelaar.
3. Registratie van het KS.
4. Publicatie van gegevens uit het KS.
5. Experimenteer ruimte protocol.

In **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** is een processchema gemaakt, waarbij dezelfde indeling is gebruikt voor de kolommen.

Vervolgens is één laag dieper gekeken naar deze processen en de partijen die deze uitvoeren. Daarbij maken we een onderscheid in de volgende aandachtsgebieden:

1. Onderhoud.
2. Ontwikkeling en vernieuwing.
3. Monitoren en controleren.
4. Formele kaders en contracten.
5. Budgetteren en financieel management.

Deze aandachtsgebieden vormen de rijen in het processchema in bijlage III.

De activiteiten zijn geïnventariseerd en verdeeld over de matrix, die op die manier is ontstaan. en gecodeerd met kleuren voor de mate van uitvoering.



Observatie: Er zijn geen formeel beschreven processen aangetroffen

Een eerste belangrijke observatie is dat er geen formeel beschreven processen zijn. Er zijn afspraken (uit het HLA), gedeelde doelen en werkafspraken binnen de LWKS, maar niets is formeel vastgesteld. In de uitvoering ontbreekt dus een spelregelboek. Elke stap moet democratisch en unaniem worden besloten om tot uitvoering te komen. Het contract met Mediquest biedt de meeste houvast.

Observatie: Registreren en publiceren kwaliteitsstatuut is de hoofdtaak in de uitvoering.

De meeste processen worden praktisch uitgevoerd bij Mediquest met aanvulling en onder aansturing van de LWKS. Dit betreft met name alle registratie van accounts, kwaliteitsstatuten en toetsing aan de hand van de opgestelde criteria. Ook de publicatie van gegevens wordt aangestuurd vanuit Mediquest middels de aanlevering aan ZIN en MIND.

Observatie: Het protocol experimenteerruimte kent geen eigenaar, noch uitvoerder

Het beschikbare protocol is een uitvoerbaar proces dat echter geen eigenaar kent op dit moment en dat daarom niet wordt uitgevoerd. Er is geen toetsingscommissie benoemd en er lopen geen experimenten. De experiment aanvragen worden wel verzameld. Deze zijn er nauwelijks. Er is formeel 1 geregistreerde aanvraag. Deze kan niet in behandeling worden genomen, omdat er geen toetsingscommissie is aangesteld. Alle processen gerelateerd aan het protocol experimenteerruimte worden niet uitgevoerd, met uitzondering van het opstellen ervan. Dit is eenmalig door AKWA GGZ uitgevoerd en aangeboden aan DO HLA. Het wordt niet onderhouden.

Observatie: Model KS is éénmalig vastgesteld

Er is een model beschikbaar en dat is gebruikt om de praktische omgeving en registratie van het kwaliteitsstatuut inclusief de website in te richten. De update van de inhoudelijke verbetering is deels geslaagd, de update van de lijst regiebehandelaren (indien nodig) is niet mogelijk als dit uitsluitend afhankelijk is van de route via de experimenteerruimte.

Observatie: Ontwikkelen richt zich op vereenvoudiging van registratie binnen de website

De ontwikkeling is vooral gericht op optimalisatie van het bestaande proces van registratie van een kwaliteitsstatuut via de website www.GGZkwaliteitsstatuut.nl. Voorstellen, realisatie en testen daarin zijn in de handen van enkelen. Er wordt wel helder over gecommuniceerd en er vindt unanieme goedkeuring plaats.

Observatie: Ontwikkeling van het model KS levert geen nieuw format op

De ontwikkeling van een nieuw Model KS is niet gekomen tot een nieuw voorstel. Er ontbreekt een formeel proces om tot besluitvorming te komen. Er is ook geen formele afspraak of plicht om tot een verbeterde versie te komen. Inventariseren van benodigde wijzigingen en doen van een impact analyse voor implementatie van een gewijzigd model KS zijn in theorie mogelijk.

Observatie: Ontwikkeling van het protocol experimenteer ruimte is niet aangetroffen

Voor aanpassing van het protocol experimenteerruimte is geen formeel proces beschikbaar. Dit wordt mede veroorzaakt door het ontbreken van beleefd eigenaarschap van het protocol.

Observatie: Monitoren is bovenal gericht op de praktijk van het registreren door zorgaanbieders

Het monitoren is gericht op aanwezigheid van de informatie en niet op de inhoudelijke kwaliteit noch op de correcte publicatie daarvan. Is er een account? Klopt de AGB-code? Is het document gevuld volgens de regels? Dit zijn voorbeelden van de strikte controles, die planmatig worden uitgevoerd door Mediquest. Of en hoe een ZA met de publicatie van het



kwaliteitsstatuut omgaat, of de inhoud zinnig is, of de inhoud relevant is, wordt in mindere mate getoetst. Het is daarom moeilijk vast te stellen of de kwaliteit van de geregistreerde kwaliteitsstatuten daadwerkelijk toevoegt aan de kwaliteit van de zorg.



Observatie: Controle op de uitvoering conform kwaliteitsstatuut is niet meetbaar

In de beleving wordt het kwaliteitsstatuut vaak gezien als een administratieve last, een verplichting waaraan wordt voldaan om te kunnen declareren. De wijze van publicatie en de wijze waarop daadwerkelijk kwaliteit wordt nagestreefd en verbeterd laat zich in de uitvoering niet meten.

Observatie: Er is geen zekerheid over volledigheid en correctheid van publicatie ingebouwd

De publicatie naar ZIN wordt conform afspraak uitgevoerd en daarmee is een publiek bestand beschikbaar van alle geregistreerde kwaliteitsstatuten. Dit proces verloopt maandelijks en er wordt op gerapporteerd. De aanlevering kan worden gegarandeerd. Publicatie bij ZIN leidt per definitie tot publicatie bij Vektis. Er is geen controle mogelijk of dit proces goed verloopt. LWKS kan geen garantie geven op correcte registratie bij Vektis. Publicatie bij MIND is nog niet voltooid, er is geen controle op de volledige publicatie mogelijk. Onderzoek daarna loopt. Mediquest kan slechts de aanlevering garanderen.

Observatie: Kaders ontbreken grotendeels

De kaders voor de processen en doelen van uitvoering en ontwikkeling rond het kwaliteitsstatuut zijn contractueel niet vastgelegd. Er is alleen voor experimenteer ruimte een protocol beschikbaar. In het hoofdstuk over governance is dit onderwerp verder uitgediept. Bedrijfsmatig staat de uitvoering en ontwikkeling vooral op de goodwill van betrokken partijen om dit conform afspraak in het HLA uit te voeren. Die afspraak is vooral informeel overgedragen.

Observatie: Contractmanagement vooral gericht op Mediquest

Het contract met Mediquest wordt zorgvuldig gemanaged sinds aanvang. Daarop wordt ook budget bewaking toegepast. De overige inspanningen wordt grotendeels door betrokken partijen om niet ingebracht. De tijd, noch kosten van de integrale inspanning worden gemonitord binnen de context van de LWKS. De benodigde tijd en inspanning van alle partijen is met perioden aanzienlijk.

Observatie: Er is geen zekerheid over de financiering op langere termijn

De kosten zijn relatief laag en vooral de contractuele verplichtingen aan Mediquest voor ontwikkeling en beheer zijn beschikbaar gesteld op basis van afspraken met het DO HLA en worden gefinancierd vanuit de kwaliteitsgelden en betaalbaar gesteld via GGZ NL als mede budgetbewaker. De budgetten worden per voorgesteld contract of afspraak toegekend en GGZ NL ondertekend de verplichting namens alle betrokken partijen. Er zijn geen buffers en elke toezegging of contract op langere termijn worden verworpen. Er is dus geen zekerheid over het voortbestaan van de voorziening voor het kwaliteitsstatuut GGZ.

Risico's vanuit bedrijfskundig perspectief

Risico: Continuïteit van kennis en van coördinatie en ontwikkeling model KS is in gevaar.

In de uitvoering zijn geen harde afspraken of contracten gemaakt met alle betrokken partijen. Dit resulteert in onduidelijke of niet aanspreekbaar eigenaarschap. De partijen die op basis van goodwill hun inspanning leveren beleven deze verschillend in betrokkenheid en inspanning. De daadwerkelijke deelnemers (personen) in de LWKS wisselen met regelmaat en dat is een risico onder andere ten aanzien van dossierkennis.



Risico: Geen zekerheid op kwaliteitsverbetering omdat processen onvolledig zijn en onvoldoende gemonitord.

De focus ligt vooral op pragmatische registratie van het beschikbare kwaliteitsstatuut. Dit is geregeld. Overige processen worden beperkt of niet uitgevoerd omdat er geen contractuele of dwingende afspraak is. Uitvoering van het protocol experimenteeruimte en beperkte monitoring op behalen van het doel zijn hiervan cruciale voorbeelden.

Risico: Geen vernieuwing van het Model KS waardoor het geen levend document is.

Vernieuwing van het Model KS vraagt om unanieme besluitvorming en als deze er niet is, dan is er geen proces van stemming of escalatie binnen de werkgroep om dit op te lossen. Heldere governance en formele processen zouden dit kunnen oplossen (zie de betreffende analyse).

Risico: Geen aanspreekbare verantwoordelijkheid en daardoor geen doelrealisatie: kwaliteitsverbetering blijft achter bij de wens.

Het gekozen model van uitvoering maakt het mogelijk dat partijen uit het proces stappen en stoppen met de uitvoering. Dit maakt het werk kwetsbaar en afhankelijk van onderling vertrouwen dat partijen niet opgeven. Uitvoering van afspraken en streven naar doelen zijn niet af te dwingen in het huidige model.

Risico: Door het ontbreken van een verwerkersovereenkomst kan de rechtmatigheid van de gegevensverwerking in twijfel worden getrokken.

Een formele verwerkersovereenkomst ontbreekt omdat er geen verwerkersverantwoordelijk is. Tenzij we het uitgangspunt nemen dat Mediquest verantwoordelijke is. De LWKS heeft in het verleden deze verantwoordelijkheid expliciet verworpen met als argument dat zij geen rechtspersoon is. Als tussenvariant is nu expliciet in de voorwaarden opgenomen dat Mediquest mag doorleveren namens de zorgaanbieders en is beschreven in het contract (tussen Mediquest en de LWKS) dat de aanbieders toestemming geven voor het opslaan en verwerken van gegevens (zie de ook de juridische analyse met betrekking tot dit onderwerp).

Risico: Controle op het uiteindelijke doel ontbreekt

In de uitvoering is nergens vastgelegd dat LWKS of Mediquest het eindresultaat van publicatie bij ZIN, Vektis of MIND kan controleren of afdwingen. Er worden gegevens geregistreerd en door geleverd. Er is geen controle op correcte of volledige publicatie. Bij problemen komen vragen wel terug bij Mediquest en de LWKS. Ook ten aanzien van publicatie door de zorgaanbieder vindt geen controle plaats op correcte en duidelijke presentatie van het kwaliteitsstatuut aan de cliënt.

Risico: Geldigheid van een kwaliteitsstatuut is onduidelijk.

Er is geen harde uitspraak of regel over de geldigheidsduur van een kwaliteitsstatuut die wordt gehandhaafd. Er is onzekerheid over de geldigheid in de markt en niemand kan een uitspraak doen. De huidige geldigheid is verlengd tot eind 2019.

Risico: Geen financiële zekerheid kan leiden tot discontinuïteit van de registratie.

Er zijn geen garanties op de langere termijn met betrekking tot uitvoering van de huidige processen. Dat maakt partijen terughoudend in het maken van afspraken. De organisatie rondom ontwikkeling en registratie van het kwaliteitsstatuut kan op termijn van een budgetjaar wegvallen.



Bijlage III LWKS procesanalyse huidige situatie

Als afzonderlijk bestand aangeleverde proces analyse overzicht zoals hieronder afgebeeld.

LWKS IJ/TVDERING 17 september 2024 versie 1.0	Model	Regiebehandelaren	Registratie	Publicatie	Experimenteerprotocol
FOCUS	onderhoud	Update inhoud Model KS	Website Beschikbaar Houden Website Klein Onderhoud Kwaliteitsstatuut Maken Kwaliteitsstatuut Onderhouden Constru. keuzen van KS tegen norm van 2019 Helpdesk voor ZA	Bevorderen van actieve participatie en hoge response Communicatie met zorgaanbieders Adequaat en tijdig informeren van ZA en beantwoorden vragen over model KS en regelgeving	Uitwerking protocol governance experimenteer ruimte Bereiden leden commissie Inzetten organisatie bij uitwerking commissie experimenteer ruimte Bereiden verslagen experimenteer Afspreken over de definitieve tekst van een beleidsplan als regiebehandelaar als gevolg van de uitwerking van het experimenteer
		Inventariseren wijzigingen model KS Inventariseren wijzigingen beheerprocessen Indienen van wijzigingsvoorstellen criteria en inhoud KS	Impact analyse en aanpassen registratie nieuw model KS	Testen van processen en website Meedelen en meeformulieren van reacties op valide regels	
			Registrerende accounts valideren Formule geldigheidstijd KS monitoren Borgen kwaliteit van geregistreerde KS data Maandelijkse rapportage en operationeel overleg	IN-Jactieve accounts sluiten E-normen KS, feedback en welke afwijkingen Behandelen van bezwaren en FAQ opstellen Kwartaal Technisch Overleg	Kwaliteitsstatuut Publiceren MIND Kwaliteitsstatuut Publiceren ZIN Verwerking in AGB Register Vekes
		Beide over behoudens van de commissie Bevinden en bezwaren met advies van de commissie Bevinden en bezwaren over besluiten van de commissie			Minimale kwaliteit experimenten
		Kluis en regelgeving voor de uitvoering van de opdracht	Branchet beheer op de uitvoering Contract management Budget bevoegd		Opstellen Protocol Experimenteer Ruimte
buggetten	Jaar begroting opstellen op basis van inventarisaties en doelen Optimalisatie van de kosten van de realisatie van de uitvoering				Legenda Uitgevoerd Uitgevoerd met tekortkomingen Niet uitgevoerd of onbrekend

Bijlage IV Onderzoek vanuit governance perspectief

11

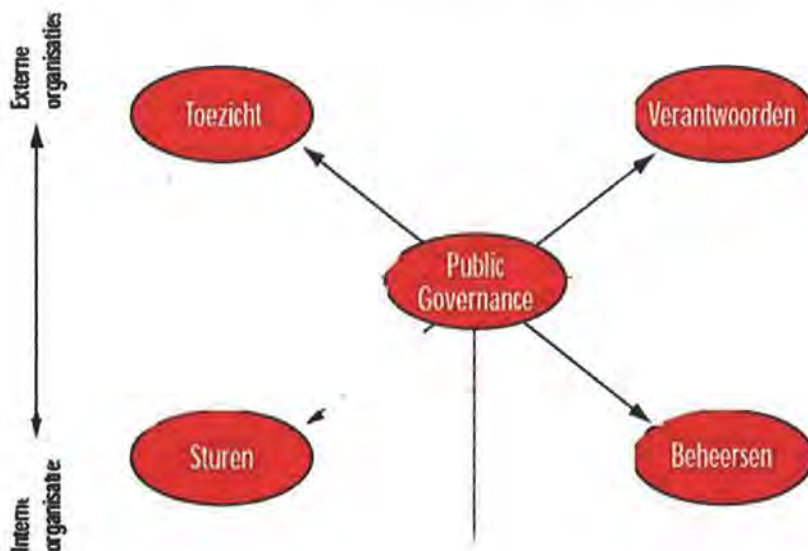
Wat is onderzocht?

1. Governance principes zijn vertaald naar de Landelijke Werkgroep Kwaliteitsstatuut
 - a. Algemene governance principes
 - b. Aansluiting bij Leidraad voor ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden, 2019
2. Toetsing oorspronkelijke doelstelling en opdracht tot ontwikkeling van het Model KS tegen huidige situatie en relevante contextuele ontwikkelingen. Welke observaties zijn dan te maken.

Gehanteerde uitgangspunten en context voor analyse

Uitgangspunten

- Een governance structuur dient bij te dragen aan en toe te zien op de doelrealisatie van een instelling/organisatie (actor) en draagt bij aan de externe verantwoording daarvoor aan de relevante stakeholders (verantwoordingsfora). Zie onderstaand schema. In dit geval is de actor de Landelijke Werkgroep Kwaliteitsstatuut (LWKS)
- Ga weer terug naar de kern en oorspronkelijke doelstelling en check deze tegen huidige situatie.
Ervaring leert dat in de loop van een ontwikkeltraject extra ballast ontstaat doordat extra onderwerpen worden toegevoegd of werkwijzen dan wel compromissen zijn ontstaan die afleiden van de oorspronkelijke kern. Óf dat de actualiteit dusdanig gewijzigd is dat de oorspronkelijke doelstelling bijstelling behoeft.
- Maak zoveel mogelijk gebruik van bestaande en door partijen vastgestelde principes, structuren en werkwijzen => houdt het simpel, herkenbaar en toepasbaar.



Schema: 4

Basisoriëntaties Public Governance

(J. Bossert, Good governance: leidraad voor goed bestuur en management, 2002)



Governance gaat dus over:

- De (aan)sturing om tot doelrealisatie (van een actor) te komen, de wijze waarop het doel bereikt wordt (effectiviteit, efficiency en rechtmatigheid)
- De beheersing van potentiële risico's omtrent doelrealisatie en integriteit

Hieronder vallen met name:

- de doelbeschrijving dan wel de opdracht, interne reglementen inzake verantwoordelijkheidsverdeling, mandaat en besluitvorming.
- Tevens gaat het daarbij over het voorkomen van belangenverstrengeling.
- Verantwoording over de doelrealisatie (in brede zin). Verantwoording aan externe fora
- Toezicht op het geheel (onder te verdelen in intern en extern toezicht)

De Leidraad, 2019, van ZiN/AQUA inzake het opstellen van kwaliteitsstandaarden beschrijft een aantal "governance"-principes inzake het opstellen van kwaliteitsstandaarden waaronder het belang van een onafhankelijk voorzitter en het bewaken van (commerciële) belangenverstrengeling, mandatering leden werkgroepen etc., als ook de fasering in de aanpak om te komen tot een Kwaliteitsstandaard met verschillende fasen voor inhoud/kwaliteit, haalbaarheid en financiering.

Context voor analyse

Ontstaan Model Kwaliteitsstatuut

Het model KS vloeit voort uit de Stuurgroep Agenda GGZ Gepast Gebruik en Transparantie (AGGT, 2015). Veldpartijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenvertegenwoordiging) hebben, voortbouwend op het Hoofdpijnen Akkoord GGZ 2014-2017, initiatief genomen tot de ontwikkeling van het Model KS mede op geleide van het adviesrapport Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep, 2015. Deze agenda richt zich nadrukkelijk op de acties die toen nog in gang gezet moesten worden (of een extra impuls konden gebruiken) om **gepast gebruik en transparantie** te realiseren. Dit om **duurzame bekostiging** binnen de Zorgverzekeringswet te realiseren. Belangrijke hoofdpunten uit deze Agenda zijn:

1. Versteving positie cliënt: eigen regie; samen beslissen, persoonsgerichte zorg
2. Ontwikkeling Model KS en opnemen ervan in Register Zorginstituut Nederland (ZiN)
3. Doorontwikkeling uitkomstmeting en ontwikkeling beperkte basisset van wettelijke uitkomstindicatoren; o.a. voor ondersteuning gepast gebruik
4. Ontwikkeling Zorgstandaarden

Dit zou moeten leiden tot sturingsinformatie voor cliënten, familie, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars op basis van een beperkte set uitkomstindicatoren in relatie tot ROM-proces en Zorgstandaarden, op te leveren in de vorm van een keuze-ondersteunende website voor cliënten.

Tevens bevat de Agenda een voorstel voor de governance om tot realisatie van de genoemde acties te komen.

- Partijen overleggen twee keer per jaar op bestuursniveau over de voortgang van de acties in het kader van transparantie en gepast gebruik.



- Hiertoe wordt een voortgangsrapportage gemaakt op de hoofdpunten van de agenda, die ook extern gedeeld kan worden.
- Partijen wijzen voor dat overleg een onafhankelijk voorzitter en secretaris aan.
- Een kleine stuurgroep bewaakt de voortgang van de nieuwe punten, bewaakt de samenhang en signaleert, belegt knelpunten indien nodig en zorgt voor de voortgangsrapportage

Model Kwaliteitsstatuut (KS)

Het Model KS is in 2016 aangeboden aan ZiN en van kracht per 1-1-2017. Aanpassing heeft plaatsgevonden in maart 2018.

Door de registratie in het ZiN Register heeft het model KS een publieke en wettelijke status voor de zorgaanbieders; patiënten; zorgverzekeraars en (eventueel gemeenten)¹. Opname in het Register betekent dat de standaard vanaf dat moment de norm is voor desbetreffende zorg in Nederland en dat de NZa en de IGJ toezien op de naleving (zie kamerstuk 21765, nr. 201, april 2016 inzake opname Model KS in Register Kwaliteitsinstituut). Hoewel het model KS meer beleidsmatig en organisatorisch van aard is (=Kwaliteitskader volgens definitie in de Leidraad Kwaliteitsstandaarden ZiN/AQUA, 2019), is het een door het ZiN geregistreerde Kwaliteitsstandaard waarop de Leidraad in beginsel van toepassing kan zijn (zie definities laatste addendum Leidraad).

In het model KS is opgenomen, dat het document periodiek wordt geëvalueerd aan de daartoe geformuleerde uitgangspunten en mede op basis van de uitkomsten van evaluaties kan worden bijgesteld. Naast een toets op doelmatigheid (zoals benoemd in het modelstatuut) zullen bij de evaluatie in ieder geval de volgende elementen worden betrokken (uit toelichting op KS, 2016):

- Uitkomsten van de ervaringen die opgedaan zijn binnen de gecontroleerde experimenteerruimte;
- Arbeidsmarkteffecten en effecten voor de (instroom van) opleidingsplaatsen in de GGZ voor verschillende beroepen
- De wijze waarop de samenhang en mogelijk overlap ontstaat tussen het kwaliteitsstatuut en de nu nog in ontwikkeling zijnde zorgstandaarden.

In juli 2018 hebben de partijen van AGGT het ZiN verzocht de doorontwikkeling van het model KS op de Meerjarenagenda van het ZiN te plaatsen. Deze is vervolgens op de Meerjarenagenda geplaatst met als uiterlijke opleveringsdatum 1 juli 2019.

Landelijke Werkgroep Kwaliteitsstatuut

Inmiddels zijn de activiteiten van de Stuurgroep AGGT overgenomen door de Landelijke Werkgroep Kwaliteitsstatuut (LWKS). In de stuurgroepvergadering van de AGGT is afgesproken de Stuurgroep AGGT per 1 januari 2019 op te heffen en de uitvoering van de diverse activiteiten weer te laten instromen in het overleg over de uitvoering van het Hoofdlijnenakkoord GGZ (HLA). Er wordt besloten de werkgroep 'Kwaliteitsstatuut' de opdracht te geven om de doorontwikkeling van het model KS op te pakken en dit aan alle partijen voor te leggen. De werkgroep zal in de governance van het Hoofdlijnenakkoord moeten worden meegenomen (verkregen informatie van Opdrachtgever). De LWKS heeft op aanwijzing van de voormalige Stuurgroep haar werkzaamheden opgepakt. Op grond van verkregen informatie is niet vast te stellen dat er formele afspraken zijn in

¹ Wkkgz artikel 11a en ZvW artikel 66



de vorm van een opdracht c.q. een onderliggende samenwerkingsovereenkomst tussen partijen, zoals deze bijvoorbeeld wel aanwezig is bij het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (zie bijlage V)

De doorontwikkeling van het model KS is niet gereed gekomen voor de gestelde datum van 1 juli 2019, waarop de deelnemende partijen van de zorgaanbieders het ZiN verzocht hebben haar "doorzettingsmacht" te gebruiken. Het ZiN heeft dit sinds de zomer 2019 in beraad en zal in het najaar met een reactie komen.

Punten die door partijen genoemd worden rondom het model KS en het stagneren van de doorontwikkeling zijn:

1. Het huidige model KS werkt belemmerend voor instellingen en professionals in het doelmatig realiseren van gepaste zorg:
 - a. De beoogde flexibele inzet van professionals in de gespecialiseerde GGZ heeft geen plaats gekregen in de tekst.
 - b. De experimenteerruimte voor regiebehandelaarschap komt niet van de grond.
2. Het model KS wordt door partijen gezien als een technocratisch bekostigingsmodel waarin de cliënt niet centraal staat.
3. Er zijn aanzienlijke governance vragen gerezen rondom de bestuurlijke inbedding van het model en met de positie van de LWKS en de toetsingscommissie inzake het experimenteer artikel
4. Een "one size fits all" model KS past moeilijk bij de oorspronkelijke doelstelling van het model KS (de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats volgens professionele normen die cliënten en professionals samen hebben ontwikkeld als de maat voor kwalitatief goede en zinnige zorg met een goede samenwerking over de domeinen en waarbij de cliënt centraal staat)
5. Partijen zitten aan tafel en vertegenwoordigen verschillende en mogelijk conflicterende belangen. Dat maakt het moeilijk compromissen te sluiten en tot unanimiteit te komen.
6. Herbezinning ten aanzien van rol en inhoud van het model KS is op zijn plaats omdat het goed afgestemd moet blijven op de inmiddels door AKWA GGZ ontwikkelde en geregistreerde zorgstandaarden.

Zorgstandaarden

De ontwikkeling van Zorgstandaarden is thans ter hand genomen door AKWA GGZ. Inmiddels zijn een 30-tal Zorgstandaarden geregistreerd bij ZiN.

Een zorgstandaard beschrijft in algemene termen vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg is voor mensen met een bepaalde psychische aandoening gedurende het complete zorgcontinuüm, de 'patient journey'. Een zorgstandaard geeft de (landelijke) norm waaraan multidisciplinaire, integrale zorg bij psychische aandoeningen moet voldoen. Daarbij staat in de zorgstandaard wat de patiënt kan verwachten, niet alleen op het gebied van medicatie en behandeling, maar ook met aandacht voor participatie, de omgeving en de organisatie van zorg. Dit maakt het ook voor alle andere partijen in de brede GGZ inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het zorgtraject van de zorgaanbieder.

Gepast gebruik



Het Directeuren Overleg HLA (DO) heeft een Taskforce Gepast Gebruik ingesteld. Gepast gebruik staat beschreven in de Zorgverzekeringswet (Zvw), is onderdeel van het Model KS en vindt haar uitwerking in de zorgstandaarden. Maart 2019 heeft de taskforce haar advies uitgebracht. In dit rapport adviseert de Taskforce Gepast Gebruik GGZ over een uitwerking van een procesgerichte verantwoording op gepast gebruik op zodanige wijze dat de regeldruk voor zorgprofessionals substantieel wordt verminderd en risico's optimaal worden beheerst. Hiertoe wordt een concrete basisregistratie set voorgesteld die minimaal geregistreerd moet worden door zorgaanbieders om op proces niveau gepast gebruik te verantwoorden. Tevens wordt aangegeven hoe vanuit een zorgaanbieder procesgerichte verantwoording op gepast gebruik eruit kan zien. Hierbij wordt aangesloten bij het idee van horizontaal toezicht.

De zorgaanbieder zorgt op grond van het Model KS dat de volgende zaken in zijn organisatie/praktijk geregeld zijn ten aanzien van gepast gebruik:

- zorgverleners dienen bevoegd en bekwaam te zijn, handelend volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en dienen hun deskundigheden op peil te houden;
- er wordt gewerkt op basis van principes van matched care (i.p.v. stepped care);
- de effectiviteit van de behandeling wordt regelmatig gemeten. De frequentie hiervan is stoornis- en patiëntafhankelijk en wordt beschreven in de zorgstandaarden;
- behandelingen worden afgesloten wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald.

Dat kan worden geconstateerd door:

- Het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling, indien deze zijn opgenomen in zorgstandaarden;
- Intervisie en peer reviews;
- Interne controle op tijdige beëindiging.

Een zorgaanbieder dient te beschikken over een Kwaliteitsstatuut, inclusief de hierboven benoemde elementen, waarin mede op basis van de kwaliteitsstandaarden vormgegeven processen en de vier benoemde registratie-momenten (inclusief de juiste registratievorm en de daaraan verbonden vereisten) ten aanzien van gepast gebruik zijn vastgelegd.

Een belangrijk deel van de documentatie van het voorgaande, ligt voor instellingen vast en is aantoonbaar door middel van het Kwaliteitssysteem van een instelling (bijvoorbeeld HKZ, INK).

De Taskforce adviseert de volgende elementen voor het verantwoorden over de opzet van de organisatie in het kader van de verantwoording over gepast gebruik:

- Het hebben en hanteren van een Kwaliteitsstatuut en kwaliteitssysteem;
- Het borgen van de elementen uit het Kwaliteitsstatuut en kwaliteitssysteem in de processen van de zorgaanbieder (gestandaardiseerd, gedocumenteerd en gecommuniceerd);
- Het inrichten/hebben van interne controle en een vorm van verbijzonderde interne controle, die risicogericht controleert of auditeert.

Landelijke aanpak wachtlijsten GGZ in relatie tot het model KS

Uit: Actieplan Landelijke Stuurgroep Wachtlijsten, juli 2018

Actiepunt 10. **(tijdelijke) verruiming van capaciteit regiebehandelaren:** De onlangs vastgestelde experimenteerregeling regiebehandelaarschap van het Kwaliteitsstatuut wordt op zo kort mogelijke termijn gebruikt om aanvragen in te dienen en goed te keuren. Formele belemmeringen worden daarbij op verantwoorde wijze weggenomen.



Actie: Het onderwerp 'verruiming capaciteit regiebehandelaren' komt op andere landelijke tafels aan de orde en wordt in dit actieplan wachttijden niet verder uitgewerkt.

Relevante partijen/structuren rondom KS

1. Directie-overleg (DO) Hoofdpijnen Akkoord GGZ (VWS + 10 indienende partijen van het model KS)
Het DO ziet toe op uitvoering en voortgang afspraken HLA; waaronder dus het model KS
2. LWKS: GGZNL, MIND, PsyNIP, LVVP, NVVP, P3NL, ZN en V&VN. 8 van de 10 partijen die indertijd het model KS hebben ingediend bij ZiN. Ineen en Platform MeerGGZ niet, worden wel betrokken.
De LWKS heeft taak van AGGT stuurgroep overgenomen met als opdracht het model KS verder door te ontwikkelen en beheert in operationele zin het contract met Mediquest.
3. AKWA GGZ: ontwikkelt de Zorgstandaarden en beheert het Dataportaal ten behoeve van landelijke registratie ROM.
4. ZiN: beheert register voor kwaliteitsstandaarden (o.a. de Zorgstandaarden en het model KS.) Toetst de standaarden op de gestelde vereisten (Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten)
5. Mediquest: uitvoerder registratie aanvragen en publicatie van KS voor zorgaanbieders.
6. Vektis: checkt rechtmatigheid declaraties met als voorwaarde een geregistreerd en goedgekeurd KS voor zorgverzekeraars
7. NZA – Nederlandse Zorg Autoriteit: houdt toezicht op de betaalbaarheid van de zorg in relatie tot kwaliteit. Toetst of kwaliteitsnormen als voorwaarde tot declaratie kunnen worden opgenomen. Houdt toezicht op aanwezigheid KS bij zorgaanbieders en op naleving aanbieden kwaliteitsinformatie.
8. ZN – Zorgverzekeraars Nederland zorgt voor uitvoering van zorgdeclaraties en ziet toe op het voorkomen van een gevreesde kostenexplosie in de GGZ.
9. IGJ: toezicht en handhaving op kwaliteit

De belangrijkste partijen bij de (inhoudelijke) ontwikkeling en het beheer van het model KS zijn het DO en de LWKS. Operationeel zijn daarvan afgeleid Mediquest en Vektis. Volgend en beleidsmatig zijn NZA en ZN (ZN ook vertegenwoordigd in DO en LWKS). Toetsend op inhoudelijke criteria en vereisten is ZiN en toetsend op handhaving is IGJ.

Observaties vanuit governance perspectief

Governance Landelijke Werkgroep KS

Observatie: Er is al veel tot stand gekomen vanuit oorspronkelijke Stuurgroep AGGT

Er is een model KS ontwikkeld door de gezamenlijke partijen en geregistreerd bij ZiN. Op geleide van de Stuurgroep zijn er verder nog verschillende ontwikkelingen tot stand gekomen zoals een 30-tal bij het ZiN geregistreerde Zorgstandaarden en een Basisregistratie set voor verantwoording over Gepast Gebruik. Deze geven in operationele zin uitwerking aan elementen van het model KS. Daarmee ligt er een fundament voor transparantie in kwaliteit en voor gepast gebruik, zoals oorspronkelijk bedoeld.

Observatie: Er is stagnatie opgetreden in de doorontwikkeling van het model KS: men zit niet op 1 lijn

Het is niet gelukt om per 1 juli een hernieuwde versie van het model KS op te stellen. Het uitblijven van wijzigingen heeft geleid tot een 2-tal afzonderlijke verzoeken aan ZiN om haar "doorzettingsmacht" in te zetten om tot een nieuw model KS te komen. Dit betreft:



- 1 verzoek namens 12 partijen, waarin aandacht gevraagd wordt voor de regeling van het regie behandelaarschap, en
- 1 verzoek vanuit 1 partij, waarin geconstateerd wordt, dat partijen met verschillende belangen om tafel zitten en waarbij gesteld wordt, dat een fundamentele herbezinning op de rol en positie van het model KS op zijn plaats is.

Er is dus geen gemeenschappelijk verzoek vanuit de LWKS en ook niet (na terugkoppeling) vanuit het DO-HLA aan het ZiN.

Observatie: *De LWKS functioneert als een zelfsturend team zonder spelregels: de governance structuur rondom LWKS en het model KS heeft geen vorm gekregen*

- **Er is geen sturing**
 - Geen formele opdracht voor de LWKS anders dan hetgeen in notulen van de inmiddels opgeheven Stuurgroep AGGT is vastgelegd (naar informatie opdrachtgever). De opdracht is hiermee moeilijk traceerbaar en afhankelijk vanuit geheugen van personen. Daarmee ook niet transparant.
 - Geen samenwerkingsovereenkomst waarin doelstelling, opdracht, samenstelling, mandaat leden en verantwoordingswijze is vastgelegd.
- **Er is geen risicobeheersing**
 - Geen risicobeheersing ten aanzien van het hanteren van belangenverstrengeling en/of belangentegenstelling: geen "tegenwicht" vanuit toezichthoudend orgaan en geen escalatieprocedure.
 - Er is geen onafhankelijkheid ingebouwd bij de verdeling van de taken
De LWKS heeft ter ondersteuning een secretaris, geen onafhankelijk voorzitter. Er is sprake van roulerend voorzitterschap vanuit de partijen.
- **Er is geen verantwoording/transparantie**
Er is geen formele afspraak, althans niet gevonden of vernomen, waarin de LWKS verantwoording aflegt aan een opdrachtgever of toezichthoudend orgaan. Informeel wordt de voortgang teruggekoppeld aan het DO (wat voor een belangrijk deel uit dezelfde personen bestaat als de LWKS).
- **Er is geen toezicht**
 - Onduidelijkheid over de relatie DO-HLA en LWKS. De relatie ligt niet formeel vast, daar waar de werkgroep in de governance van het Hoofdlijnen Akkoord ingevlochten zou worden. Er is grote overlap in personen in het DO en in de LWKS. Dit betekent dat grotendeels dezelfde personen toezichthouden op voortgang, externe verantwoording, belangenverstrengeling et cetera als de personen die de (inhoudelijke) ontwikkeling van het model KS als opdracht hebben.
 - Inhoudelijke belangen en beleidsmatige/'politieke' belangen zijn niet gescheiden en er is geen toezichthoudend orgaan die deze verstrengeling bewaakt en daarop acteert. Als voorbeeld kan hierbij verwezen worden naar de governance inzake het kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.



Model KS

In het Model KS GGZ staat aangegeven wat zorgaanbieders in de GGZ geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Het door de zorgaanbieder ingevulde kwaliteitsstatuut borgt dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk, wordt geleverd. De zorgaanbieder bevordert daarmee gepaste zorg (uit: Model KS, Sectie 1, 2016)

Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder heeft tot doel:

- het inzichtelijk maken voor de patiënt/cliënt en diens familie/naastbetrokkenen hoe de zorgverlener aan 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 (**gidsfunctie**);
- het bieden van een **kader voor werkafspraken** binnen de instelling en/of het professioneel netwerk (o.a. regiebehandelaarschap);
- om financiers, toetsende en toezichthoudende instanties in de gelegenheid te stellen zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door een individuele zorgaanbieder wordt geboden (**Gepast gebruik en transparantie**).

Essentie KS

1. Gids voor de patiënt om weloverwogen keuzen te maken (patient journey en eigen regie)²
2. Regelt regiebehandelaarschap vrijgevestigden en vanuit instellingen³
3. Gepast gebruik zorg⁴:
 - a. zorgverleners zijn bevoegd en bekwaam, richtlijnen en zorgstandaarden, bij- en nascholing
 - b. matched care
 - c. meting effectiviteit behandeling
 - d. behandeling afsluiten bij onvoldoende gezondheidswinst (criteria Zorgstandaarden en peer review; intervisie)
4. verantwoording, toetsing en controle van KS: door middel van ondertekening van zijn kwaliteitsstatuut verklaart de zorgaanbieder de in dit model opgenomen normen in acht te nemen. De zorgaanbieder evalueert en actualiseert jaarlijks zijn kwaliteitsstatuut. In essentie fungeert het kwaliteitsstatuut als schakel tussen kwaliteit van zorg en kwaliteit van zorginkoop. De zorgaanbieders moeten het KS implementeren en zich er aan houden, zodat de zorgverzekeraars of gemeenten verantwoorde zorg kunnen inkopen en de cliënten weten waar ze aan toe zijn en keuzen kunnen maken.

Observatie: Ondanks stagnatie in doorontwikkeling model KS is er veel gebeurd

- Gidsfunctie voor patiënten: alle GGZ-instellingen met WTZi erkenning hebben een kwaliteitsstatuut opgesteld en ter informatie op hun website geplaatst. De LWKS geeft vorm aan een operationele uitvoering van het beheer van het KS voor 6000 accounts en 4000 actief geregistreerde en onderhouden Kwaliteitsstatuten.

² Zie KS: 4.1, blz. 6

³ KS: Sectie 2 + 3

⁴ KS 4.3



- Gidsfunctie en kader voor transparante werkafspraken: komen ook tot uiting in de verschillende Zorgstandaarden
- Gepast gebruik: in advies Taskforce Gepast Gebruik, Maart 2019, is hiertoe een minimale basis registratieset beschreven om op procesniveau gepast gebruik te verantwoorden. Tevens dekken de Zorgstandaarden ook de genoemde punten
- Het regie behandelarschap is omschreven in het model KS, maar levert voor partijen een frictiepunt. Men wil meer flexibiliteit en gemakkelijkere/snellere procedures rondom het experimenteer artikel.

Observatie: Het model KS heeft geen ademruimte om een levend document zijn

- Het model KS is diep verankerd in verscheidene "controlerende" systemen en verliest daardoor haar ademruimte c.q. flexibiliteit om een levend document te zijn. Zie kamerstuk 31765, nr. 201; 2016. In betreffende brief van de toenmalige Minister van VWS wordt het model KS publiekrechtelijk geborgd in diverse wetten en daaruit voortvloeiende regelingen. Het betreft:
 - De wettelijke borging van de verplichting tot het hebben en registreren van een KS (op basis van art. 2 Wkkgz)
 - Toezicht door IGJ op het hebben van een KS (Wkkgz)
 - Relatie tussen prestatiebekostiging/declaratierecht en KS (regiebehandelaren op de lijst KS; aanwijzing aan NZA op grond van art. 7 Wmg)
 - verplichting mbt aanleveren ROM data (aanwijzing aan NZA op grond van art. 7 Wmg), transparantie verplichting

In haar toelichting schrijft de Minister: "naarmate het KS verder doorontwikkeld wordt en meer onderdelen SMART worden geformuleerd, zullen meer elementen aan de declaratie kunnen worden gekoppeld. Zo wordt de kern van het kwaliteitsstatuut verbonden aan declaratie..."

- Het model KS verenigt meerdere doelstellingen en daaraan gekoppeld verschillende belangen in zich die ieder een regulering met zich meebrengen die de inhoudelijke ontwikkeling van het model KS wellicht belemmeren. Dit betreft de thema's Regiebehandelaar/Gepast Gebruik en de koppeling ervan aan de bekostiging van de geleverde zorg.

Observatie: Overlap tussen het model KS en andere uitwerkingstrajecten

Er lijkt sprake te zijn van overlap tussen het model KS, Zorgstandaarden en het advies Gepast Gebruik. Met de ontwikkeling van Zorgstandaarden en de basisregistratie set voor gepast gebruik wordt invulling gegeven aan onderdelen van het model KS. Deze onderdelen zijn/worden in andere gremia besproken en ontwikkeld dan de LWKS; ze vallen buiten de scope van de LWKS. De doelstelling LWKS en wellicht ook het model KS zelf dient op deze ontwikkelingen herijkt te worden.



Experimenteer artikel Regiebehandelaar

Een van de belangrijkste onderdelen van het model KS betreft de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar. Deze rol is voorbehouden aan een aantal gespecificeerde beroepen (opgenomen in sectie 2 en 3 van het KS). De experimenteerruimte biedt de mogelijkheid op dit onderdeel af te wijken van het Kwaliteitsstatuut en te experimenteren met de inzet van professionals als regiebehandelaar ondanks dat dit beroep binnen het huidige model KS de rol van regiebehandelaar niet mag vervullen. Het doel van de experimenteerruimte is de mogelijkheid te bieden ervaring op te doen waarna mogelijk het model KS aangepast wordt: met andere woorden het betreffende beroep opgenomen wordt in de lijst met beroepen die de rol van regiebehandelaar mogen vervullen.

In het model KS is een protocol opgenomen met de processtappen en inhoudelijke toetsingscriteria voor de beoordeling van een experimenteer aanvraag. Voor de beoordeling wordt voor gesteld een onafhankelijke en deskundige Toetsingscommissie in te stellen.

Later is door AKWA GGZ een aangepast protocol uitgewerkt en als voorstel neergelegd bij het DO HLA. In dit aangepaste protocol is de aparte beoordeling van de aanvraag voor een experiment door ZN (nadat de Toetsingscommissie positief advies heeft uitgebracht) vervallen. Behalve de beoordeling van de aanvraag en advisering op basis van evaluatie van het experiment, heeft de Toetsingscommissie in het voorstel van AKWA GGZ nog een additionele taak: het monitoren en zo nodig tussentijds bijsturen van het lopende experiment.

In het oorspronkelijke protocol vindt de aanmelding voor een experiment en de uiteindelijke besluitvorming plaats bij de Landelijke Werkgroep (toen nog de AGGT) óf door het nog op te richten bestuur van Kwaliteitsinstituut GGZ; thans AKWA GGZ. Dit laatste is niet geformaliseerd in de governance en oprichting van AKWA GGZ.

In het adviesrapport Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep (P.I. Meurs e.a., mei 2016) wordt het volgende gezegd over de uitbreiding van het regiebehandelaarschap: "Uit ons advies volgt niet een limitatieve lijst van mogelijke regiebehandelaren. Er is een keur aan beroepsbeoefenaren werkzaam in de GGZ die regiebehandelaar kan zijn. De vraag is nu hoe door zorgverzekeraars zekerheid kan worden verkregen dat zorg van goede kwaliteit geleverd is en terecht ten laste van de Zvw is gebracht? Het rapport geeft hiertoe 3 oplossingsrichtingen aan, die elkaar niet uitsluiten:

- Zorgstandaarden ontwikkelen
- Aanleveren en ontsluiten van relevante kwaliteitsregistraties
- Toezicht en naleving op het KS door IGJ

Het betreffende rapport rept niet over een aparte Toetsingscommissie.

Observatie: *Onafhankelijke en deskundige toetsing is belangrijk*

Zowel het protocol in het model KS als het voorstel van AKWA GGZ gaan uit van een onafhankelijke en deskundige toetsingscommissie ter beoordeling van verzoeken tot uitbreiding van de lijst met regiebehandelaren.

Observatie: *Onafhankelijkheid in besluitvorming op basis van kwaliteit en gepast gebruik.*

Het voorstel van AKWA wordt de besluitvorming over uitbreiding, nadat evaluatie van het experiment heeft plaatsgevonden en er positief over geadviseerd is door de Toetsingscommissie, belegd bij de LWKS. De LWKS houdt tevens toezicht op de Toetsingscommissie. Gegeven de huidige gesignaleerde lacunes in de governance en belangenverstrengeling binnen de LWKS is het de vraag of dit verstandig is. Het oorspronkelijke protocol KS belegt dit uiteindelijk bij het



bestuur van het op te richten Kwaliteitsinstituut; thans AKWA GGZ. Ten opzichte van de LWKS is dit een meer neutrale/onafhankelijke optie

Observatie: Kwaliteitsborg en gepast gebruik zou mogen leiden tot Gepast Vertrouwen

Het adviesrapport Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep stelt dat indien de kwaliteit geborgd is (o.b.v. Zorgstandaarden en kwaliteitsregistraties) en indien gepaste gebruik geborgd is (bijvoorbeeld conform het advies van de taskforce Gepast Gebruik) er in beginsel geen belemmeringen behoeven te zijn tot aanwijzing van betreffende beroepsbeoefenaar als regiebehandelaar.

Een aparte Toetsingscommissie met bijbehorende procedure is dan wellicht niet nodig. Wellicht is Gepast Vertrouwen tussen partijen voldoende om een experiment met een nieuwe regiebehandelaar te starten indien voldaan wordt aan:

1. Het hebben van een KS en functionerend kwaliteitssysteem
2. Voldaan wordt aan de basisregistratie indicatoren Gepast Gebruik
3. Gewerkt wordt conform vastgestelde Zorgstandaard
4. De betrokken beroepsgroep bevoegd en aantoonbaar bekwaam is om de betreffende handeling te verrichten

Observatie: Snelle aanpak experimenteerruimte is noodzakelijk

De aanpak wachtlijst problematiek is op onderdelen afhankelijk van een adequate regeling rondom de experimenteerruimte Regiebehandelaar. Er is lijkt dus maatschappelijke noodzaak dit snel te regelen.

Risico's vanuit governance perspectief

Het grootste risico is gelegen in het niet realiseren van de doelstelling van de LWKS ten gevolge van:

1. het ontbreken van een formele eenduidige opdracht (ook ten aanzien van het doorontwikkelen van het model KS;
2. Het ontbreken van een formele relatie tussen opdrachtgever en opdrachtnemer (LWKS). Het opdrachtgeverschap is onduidelijk: DO-HLA (gemandateerd door partijen) of deelnemende partijen rechtstreeks
3. Het ontbreken van afspraken over werkwijze en procedures voor het opstellen c.q. het evalueren en door ontwikkelen van het model KS. (zie bijv. Leidraad voor Kwaliteitsstandaarden van ZiN/AQUA)
4. Belangenverstrengeling en het ontbreken van een mechanisme om dit tegen te gaan:
 - a. verstrengeling tussen inhoudelijke belangen aangaande kwaliteit van zorg en bestuurlijke/politieke en financiële belangen van de diverse deelnemende partijenbelangen
 - b. doordat er qua personele invulling grote overlap bestaat tussen DO-HLA en LWKS is er geen gremium dat "tegengas" en sturing kan geven ingeval belangenverstrengeling optreed
 - c. het ontbreken van een onafhankelijke inbedding van de Toetsingscommissie experimenteerruimte Regiebehandelaar.

Voortvloeiend uit bovenstaande punten ontstaat het risico dat:

5. De verdere ontwikkeling van het model KS stagneert en daarmee de ervaren knelpunten voor instellingen en beroepsgroepen blijven bestaan
6. De wachtlijstproblematiek binnen de GGZ blijft doordat beschikbare kennis niet op een flexibele wijze ingezet kan worden daar waar het benodigd is.



Oplossingsrichtingen vanuit governance perspectief

22

Governance LWKS

De werkgroep is qua "governance" te formaliseren middels een formele samenwerkingsovereenkomst (zie oa. Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg) waarin (hernieuwde) opdracht; mandaat; wijze van besluitvorming zijn vastgelegd. Vanuit de samenwerkingsovereenkomst is ook een partij aan te wijzen die de Werkgroep faciliteert (secretariaat; voorbereidingen; archief etc.) De LWKS krijgt formeel opdracht van het DO en het DO houdt "toezicht" op doelrealisatie en de risico's inzake voortgang en belangenverstrengeling. De samenstelling DO en LWKS dient uit andere personen te bestaan.

In de werkwijze van de LWKS is te overwegen een scheiding te maken tussen "inhoud/kwaliteit" en bekostiging/Gepast Gebruik en bestuurlijke belangen. Inhoudelijke voorbereiding door inhouds- en ervaringsdeskundigen en later de dialoog met partijen mbt bekostiging en bestuurlijke belangen.

Ook kan vanuit de Samenwerkingsovereenkomst 1 van de partijen gemandateerd worden namens de Werkgroep contracten te sluiten met TTP

Doorontwikkeling model KS

Herijk de doelstelling van het model KS op basis van recente ontwikkelingen inzake de Zorgstandaarden en het advies Taskgroep Gepast Gebruik. Vertaal dit in een ontwikkelagenda voor het model KS. Daarvoor is het voorwerk reeds verricht door de LWKS.

Toetsingscommissie experimenteerruimte

Kijkend naar de oorspronkelijke doelstellingen van het model KS (inzicht in kwaliteit voor cliënt en zorgverzekeraar, kwaliteitsborging/toetsing en het waarborgen van Gepast Gebruik); de thans ontwikkelde Zorgstandaarden en het advies van de Taskforce Gepast Gebruik zou opnieuw gekeken kunnen worden naar de benadering zoals verwoord in het rapport Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep. De besluitvorming omtrent uitbreiding van het regiebehandelaarschap is te dan te baseren op de verkregen waarborgen omtrent kwaliteit en Gepast Gebruik, zoals deze thans beschikbaar zijn cq komen. Een aparte Toetsingscommissie is dan wellicht niet benodigd. Er wordt dan uitgegaan van Gepast Vertrouwen.

Mocht dit niet realiseerbaar zijn dan is inbedding van de Toetsingscommissie bij een onafhankelijke instelling een belangrijke vereiste. Ontkoppel in dat geval de Toetsingscommissie van de potentiële belangenverstrengeling in de LWKS.



Bijlage V Governance andere kwaliteitskaders

23

Governance in andere branches		
Verpleeghuiszorg	Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: samen leren en verbeteren	ZiN obv doorzettingsmacht; Landelijke stuurgroep met formele opdracht onder regie vanuit ZiN; Instellingen verantwoordelijk voor implementatie. Toezicht: IGJ
Gehandicaptenzorg	Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022	Landelijke Stuurgroep Kwaliteit Gehandicaptenzorg (LSKG); secretariaat VGN; onafhankelijk voorzitter. VWS en IGJ zijn waarnemer. Opdracht vervat in samenwerkingsovereenkomst. Leden hebben mandaat tot besluitvorming. VGN verantwoordelijk voor ontwikkeling en implementatie. Stuurgroep stelt kaders vast en adviseert VGN.
Wijkverpleging	Kwaliteitskader Wijkverpleging, 2018	Opgesteld door landelijke stuurgroep met onafhankelijk voorzitter. Structuur: Bestuur Stuurgroep en een Stuurgroep. Geen dubbeling in personen.

Ieder kwaliteitskader dat in Register ZiN is opgenomen moet voldoen aan een aantal Toelatingscriteria, waaronder: het kader dient gezamenlijk door veldpartijen opgesteld te zijn minimaal zijnde Zorgaanbieders; Zorgverzekeraars en Cliënten.

1. Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

- Opgesteld door Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskader met onafhankelijk voorzitter
- Deelnemers: Cliënten; Zorgaanbieders, ZN en IGJ
- Waarnemers: VWS en ZiN
- Na oplevering Kwaliteitskader heeft de Stuurgroep een samenwerkingsovereenkomst opgesteld daarin is de doelstelling en de gemaakte afspraken zijn vastgelegd.
- Ter realisering van deze afspraken is in de Samenwerkingsovereenkomst opnieuw de Stuurgroep gedefinieerd maar dan ook met volmacht tot besluitvorming namens de deelnemende instellingen.
- Tevens is in de overeenkomst VGN aangewezen als organisatie om alles te faciliteren en het beheer van het kader op zich te nemen. Gegevens verzameling en beheer wordt onder regie van VGN uitbesteed aan derden. VGN levert verder ambtelijk secretaris en bereidt vergaderingen voor.



- Na vaststelling van het Projectplan ter ontwikkeling van het Kwaliteitskader door de Stuurgroep is VGN gemandateerd voor de verdere ontwikkeling en implementatie van het Kwaliteitskader.

2. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

- Opgesteld door ZiN (doorzettingsmacht) met betrokkenheid van de betrokken tripartite veldpartijen.
- Afspraken inzake implementatie en vervolg
 - Afspraken uit Kwaliteitskader mbt zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten zij oppakken en uitwerken, dit onder regie van ZiN (in de 1^e fase); uitvoeringsverantwoordelijkheid bij betrokken sector partijen.
 - ZiN heeft hiertoe een Stuurgroep ingesteld (IGJ en NZA zijn geen lid van de Stuurgroep). Opdracht van de Stuurgroep is vastgelegd in het Kwaliteitskader.
 - IGJ houdt Toezicht en NZA moet beleidsregels maken ter bekostiging van de overeengekomen punten en haar Toezichtskader hierop aanpassen

3. Kwaliteitskader Wijkverpleging

- Opgesteld door veldpartijen verenigd in Landelijke Stuurgroep met onafhankelijk voorzitter
- Structuur: Bestuur Stuurgroep; Stuurgroep; werkgroepen
- Samenstelling Bestuur en ook Stuurgroep: V&VN; Actiz; ZN; BTN (Branchevereniging Thuiszorg Nederland) en PFN (patiënten federatie Nederland)
- Ondersteuning door onafhankelijke derde (Bureau Obelon)
- Implementatie Kwaliteitskader verantwoordelijkheid Zorgaanbieders
- Toezicht: IGJ
- Uitwerking; implementatie van gezamenlijke opdrachten; onderhoud: Stuurgroep

Verwerking kwaliteitsindicatoren/-informatie via TTP (Actiz heeft hiertoe een model AVG overeenkomst opgesteld)



Bijlage VI Onderzoek vanuit juridisch perspectief

Inleiding

1. Op basis van ons telefonisch overleg op 19 juli jl. en de daaropvolgend van u ontvangen documentatie ('Scenario onderzoek – het doel in de context', d.d. 19 juli 2019 en 'Governance rondom het kwaliteitsstatuut DO HLA? GGZ Nederland' d.d. 16 juli 2019) hebben wij opgemaakt dat tBureau is benaderd om een onderzoek uit te voeren met betrekking tot de 'governance' van het 'Model-Kwaliteitsstatuut GGZ'. Voornoemde governance is op dit moment in principe niet geregeld:esignaleerde knelpunten zijn o.a. dat het initiëren en onderhouden van het kwaliteitsstatuut tot op heden ad-hoc heeft plaatsgevonden en er geen eenduidige actor in het geheel is. Het doel is om een structurele plek te creëren om het model-Kwaliteitsstatuut GGZ in onder te brengen, te onderhouden en te beheren.
2. Er zijn op dit moment diverse partijen die (actief) betrokken zijn bij het model-kwaliteitsstatuut, dan wel bij andere standaarden in de GGZ, waaronder:
 - De Landelijke Werkgroep Kwaliteitsstatuut. Deze werkgroep probeert de ontwikkeling van het kwaliteitsstatuut format te beheersen en 'beheert' een contract met Mediquest;
 - Mediquest: dit is de uitvoerder van de registratie en publicatie van kwaliteitsstatuut-GGZ;
 - AKWA GGZ (alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg). AKWA heeft het beheer, onderhoud en ontwikkeling van andere zorgstandaarden in de GGZ reeds onder zich.

Recente ontwikkelingen m.b.t. actualisatie model-Kwaliteitsstatuut

3. Uit een Voorhangbrief van de Minister blijkt dat het model-Kwaliteitsstatuut een levend document is dat verder doorontwikkeld moet worden.⁵ In het model-Kwaliteitsstatuut is in dat kader opgenomen dat het document periodiek wordt geëvalueerd en mede op basis van de uitkomsten van evaluaties kan worden bijgesteld.⁶ Het blijkt dat het model-Kwaliteitsstatuut op dit moment geactualiseerd wordt, maar dat dat proces niet vlekkeloos verloopt: zo heeft de organisatie P3NL een 'brandbrief' aan het Zorginstituut Nederland toegezonden. Aanleiding was het (ter goedkeuring) voorliggende kwaliteitsstatuut, waarin onvoldoende verbeteringen zijn doorgevoerd. In de brief stelt P3NL voor dat het Zorginstituut Nederland 'haar doorzettingsmacht daadwerkelijk gaat gebruiken om noodzakelijke aanpassingen in het kwaliteitsstatuut te realiseren'.⁷
4. In het navolgende zullen wij, aan de hand van het toepasselijk juridisch kader, beoordelen hoe de governance voor het model-Kwaliteitsstatuut GGZ vormgegeven kan worden.

⁵ Brief minister VWS, Voorhangbrief kwaliteitsstatuut GGZ, 26 april 2016.

⁶ Toelichting bij model-Kwaliteitsstatuut GGZ versie 1.0 – 31 maart 2016.

⁷ www.nvgzp.nl/nieuws/nieuwsbericht-doorontwikkeling-kwaliteitsstatuut/.



Juridisch kader Kwaliteitsstatuut

5. In artikel 66b, lid 1 van de Zorgverzekeringswet is het volgende opgenomen:
"Het Zorginstituut houdt een openbaar register bij waarin op voordracht van organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk dan wel van de Adviescommissie Kwaliteit een kwaliteitsstandaard of een meetinstrument wordt opgenomen." Onderstreping, advocaat
6. In artikel 1, sub z van de Zorgverzekeringswet wordt 'kwaliteitsstandaard' (zoals opgenomen in artikel 66b lid 1) als volgt gedefinieerd: *"richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die:*
1. betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces,
2. vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen, en
3. overeenkomstig artikel 66b in een openbaar register is opgenomen."
En 'meetinstrument' als volgt (sub aa): *"een middel waarmee een indicatie kan worden verkregen van de kwaliteit van de geleverde zorg."*
7. In het commentaar op artikel 66b van de Zorgverzekeringswet wordt voorts toegelicht dat het Zorginstituut een openbaar register beheert, waarin 'professionele standaarden' worden opgenomen.⁸
8. Een kwaliteitsstatuut of kwaliteitsstandaard is dus (o.a.) een richtlijn of zorgstandaard die betrekking heeft op (een deel van) een zorgproces, die vastlegt wat noodzakelijk is om goede zorg te verlenen vanuit het perspectief van de cliënt en die is opgenomen in het register van het Zorginstituut. Met andere woorden: het is een richtlijn voor de betrokken beroepsgroep.
9. Volgens een van de kernbepalingen van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), artikel 7:453 BW, moet een hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg voor een goed hulpverlener in acht nemen en daarbij handelen 'in overeenstemming met de om het rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de 'professionele standaard'. In artikel 2 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is een vergelijkbare formulering opgenomen:⁹
"De zorgaanbieder biedt goede zorg aan. (...) Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau:
a. die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt,
b. waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard, bedoeld in artikel 1, onderdeel z, van de Zorgverzekeringswet, en

⁸ T&C Gezondheidsrecht, Van der Mersch, Zorgverzekeringswet, artikel 66b.⁹ Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridisch 2017, p. 63.

c. waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld. "Onderstreping, advocaat

10. De 'professionele standaard' wordt als een overkoepelende term gehanteerd en omvat meerdere instrumenten die een zorgproces kunnen beschrijven, zoals een richtlijn of zorgstandaard.¹⁰ Het is een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht. Het houdt niet alleen in dat de hulpverlener zelf volgens die standaard moet handelen, maar ook dat de samenleving hem daartoe – in het belang van goede zorg – in staat moet stellen.¹¹ De professionele standaard bevat twee categorieën van normen: de medisch-professionele standaard (bepaald door de beroepsgroep) en de rechten van de patiënt en andere maatschappelijke normen die in andere kaders worden vastgelegd.¹²
11. In toenemende mate wordt bij het bepalen van de medisch-professionele standaard gebruik gemaakt van richtlijnen. Richtlijnen zijn voor de beroepsbeoefening van groot belang. Het is een enigerlei handelingsinstructie voor zorgvuldig professioneel handelen in de zorg. Ze worden ook als zodanig door de rechter gehanteerd.¹³ Bij richtlijnen is sprake van binding: een richtlijn bindt de beroepsbeoefenaar in beginsel. Hoe bindend een bepaalde richtlijn precies is, zal mede afhangen van de vraag in welke mate de betreffende richtlijn toepasselijk was in de gegeven situatie, hoe dwingend de richtlijn ter zake was, enzovoort. Zo nodig wordt van de richtlijn afgeweken. De gedachte hierbij is dat de arts op grond van de medisch-professionele standaard in elk concreet geval dient te handelen als redelijk bekwaam arts. Het criterium dat gehanteerd wordt, is wat een redelijk bekwaame en redelijk handelende andere arts gedaan zou hebben. De omstandigheden van het geval bepalen dus of en hoe de richtlijn wordt toegepast. Daarin kunnen ook redenen liggen om van de betreffende richtlijn af te wijken, juist omdat daardoor betere zorg wordt verleend. Van een richtlijn mag en moet worden afgeweken als dit in het belang van een goede patiëntenzorg wenselijk is, zo heeft de Hoge Raad uitgemaakt.¹⁴ Afwijking moet kunnen worden beargumenteerd en die onderbouwing moet in de sleutel van de kwaliteit van de patiëntenzorg staan.¹⁵
12. Ten aanzien van de invoering van artikel 66b van de Zorgverzekeringswet (invoering register Zorginstituut) zijn er wel kanttekeningen geplaatst in de literatuur bij het professioneel karakter van de desbetreffende standaarden, mede in verband met het zeer brede begrip 'professionele standaard'. Ook is de vraag gesteld of het bij de ontwikkeling van standaarden betrekken van het perspectief van cliënten, zorgaanbieders en verzekeraars niet het risico inhoudt dat standaarden het object van onderhandeling tussen partijen worden, in plaats van op wetenschappelijke kennis en professionele ervaring gestoelde normen die aangeven wat goede zorg in een specifieke situatie inhoudt. Hierbij speelt ook dat de nieuwe aanpak moet bijdragen aan doelmatigheid en gepast gebruik, terwijl kostenoverwegingen niet wezenlijk

¹⁰ T&C Gezondheidsrecht, Sijmons, Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, artikel 2, aant. 3.

¹¹ Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridisch 2017, p. 63.

¹² Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridisch 2017, p. 65.

¹³ Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridisch 2017, p. 71.

¹⁴ HR 2 maart 2001, TvGR 2001/16; HR 1 april 2005, TvGR 2005/19.

¹⁵ Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridisch 2017, p. 72.



af horen te doen aan wat uit professioneel oogpunt geboden is, wil nog van professionele richtlijnen sprake zijn.¹⁶

13. Een richtlijn of kwaliteitsstandaard (kwaliteitsstatuut), biedt dus handvatten voor het verlenen van zorg voor iedere beroepsgroep. Het heeft twee functies:
- Enerzijds is het een algemeen handvat om te kunnen monitoren of artsen zich houden aan de normen.
 - Anderzijds biedt het handvatten voor de individuele patiënt om te toetsen of hij wel behandeld is volgens de professionele standaard.

Het is dus van groot belang dat de betrokken beroepsgroep(en) achter de richtlijn staan op wetenschappelijke overwegingen, omdat als dat niet zo is zij afgerekend kunnen worden op iets dat zij feitelijk niet eens tot hun professionele standaard rekenen.

Totstandkoming van richtlijnen

14. De totstandkoming van richtlijnen geeft richting aan de inrichting van de onderhavige governance. De Regieraad Kwaliteit van Zorg heeft de 'Richtlijn voor Richtlijnen' opgesteld.¹⁷ Die bevat 20 criteria voor het ontwikkelen en het implementeren van een klinische richtlijn. Daarin wordt in de Inleiding toegelicht dat om te weten of richtlijnen in de praktijk toegepast worden, het meten van indicatoren kan helpen om te kijken of zorgprofessionals zich eraan houden en zo niet, te onderzoeken hoe dat komt. Ook wordt toegelicht dat de investering in richtlijnen niet stopt na afronding en publicatie van de richtlijn maar voortduurt in de verspreiding en implementatie van de richtlijn. De evaluatie van het gebruik van de richtlijn in de praktijk levert vaak bruikbare gegevens op voor de herziening ervan. Er wordt gepleit voor een continue cyclus van ontwikkeling, implementatie, evaluatie, herziening en onderhoud van richtlijnen.¹⁸
15. In de Voorbereidingsfase van de ontwikkeling van een richtlijn, wordt blijkens de Richtlijn voor Richtlijnen een werkgroep samengesteld die een richtlijn tot stand brengt. Het formeren van een dergelijke werkgroep gebeurt als volgt:
- Het onderwerp, doel en doelgroepen van een richtlijn worden gekozen (met dit laatste worden bedoeld zorgprofessionals en zorggebruikers).
 - De initiatiefnemer identificeert vervolgens de primair betrokken beroepsorganisaties en patiënten/cliëntenorganisaties.
 - Deze primair bij het ontwerp betrokken doelgroepen kiezen gezamenlijk een onafhankelijk en ondeskundig voorzitter.
 - De primair betrokken organisaties worden voorts uitgenodigd leden af te vaardigen aan de werkgroep. De leden bepalen op basis van inhoudelijke overwegingen in samenspraak met de voorzitter welke andere relevante partijen in de werkgroep vertegenwoordigd worden en hoe de balans tussen de betrokken partijen is. Indien het aantal partijen te groot wordt, dan kan er een kerngroep binnen de werkgroep geformeerd worden. Er wordt een aanbeveling gegeven dat alle betrokken beroepsorganisaties de afgevaardigde leden voorzien van een mandateringsbrief waarin

¹⁶ Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridisch 2017, p. 74.

¹⁷ Regieraad Kwaliteit van Zorg, *Richtlijn voor Richtlijnen*, Den Haag, maart 2012.

¹⁸ P. 6.



de bevoegdheden, verantwoordelijkheden en afspraken met betrekking tot terugkoppeling en ruggespraak worden aangegeven.

16. De omschrijving hoe de werkgroep er uit moet zien die een richtlijn tot stand brengt, is cruciaal voor het onderhavige governance vraagstuk, zoals hierna zal blijken.

Actualisering van richtlijnen

17. In "Rapportage fase 1: "Levende richtlijn"/Actueel houden van richtlijnen, in opdracht van de Regieraad Kwaliteit van Zorg" wordt uitgelegd dat een belangrijk knelpunt het gebrek aan regie ten aanzien van richtlijnherziening blijkt te zijn, want: 'is de oorspronkelijke richtlijnwerkgroep verantwoordelijk, de aanvragende vereniging of de ondersteunende organisatie?'.¹⁹ Voor een succesvol beheer en onderhoud (herziening) van een richtlijn is noodzakelijk:
- Heldere verantwoordelijkheden (wie, wat, wanneer) ten aanzien van het actueel houden;
 - Voldoende capaciteit voor ondersteuning van richtlijnontwikkeling en herziening;
 - Voldoende capaciteit voor de inbreng van professionals bij richtlijnherziening.²⁰
18. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg heeft een Handleiding voor werkgroepleden gepubliceerd.²¹ Daarin is opgenomen dat indien uit bepaalde indicatoren (zoals: het commentaar van zorgverleners op de richtlijn, nieuwe wetenschappelijke inzichten, veranderingen in de huidige praktijk) naar voren komt dat actualisatie van de richtlijn belangrijk is, dit wordt voorgelegd aan de verenigingen die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de richtlijn.
19. Het uitgangspunt bij actualisering van richtlijnen is dus dat dezelfde partijen die voor de ontwikkeling/opstelling daarvan hebben zorggedragen, ook zorgdragen voor de actualisering daarvan.
20. Een voorbeeld uit de praktijk kan een en ander verduidelijken. In de oncologie is vaak sprake van multidisciplinaire richtlijnen (waar dus meerdere disciplines bij betrokken zijn). Die worden veelal ontwikkeld door landelijke multidisciplinaire werkgroepen van experts. Deze experts vertegenwoordigen wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en beroepsverenigingen van paramedici, zoals verpleegkundigen en fysiotherapeuten. De expertgroepen monitoren de actualiteit van de richtlijnen. IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) kan de multidisciplinaire werkgroepen ondersteunen bij het opstellen en/of onderhouden van oncologische richtlijnen.²² De verenigingen die door de experts in de werkgroep vertegenwoordigd worden, zullen hun achterban moeten raadplegen en pas wanneer die akkoord zijn, zullen de experts akkoord kunnen gaan met de richtlijn.

Tussenconclusie en randvoorwaarden governance-model

¹⁹ P. 1.

²⁰ P. 16.

²¹ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Handleiding voor werkgroepleden, november 2007.

²² <https://w.iknl.nl/oncologische-zorg/richtlijnen>.



21. In dit geval zal het voor het model-Kwaliteitsstatuut GGZ ook aan de orde zijn dat de partijen die het kwaliteitsstatuut hebben ontwikkeld/opgesteld, ook voor de actualisering (het onderhoud) daarvan zorgdragen. Immers, het zou anders tot debatten kunnen leiden op welke wijze deze partijen, althans hun achterban/leden, gebonden zijn aan het kwaliteitsstatuut waar zij niet mee hebben ingestemd. Deze partijen zullen zichzelf laten vertegenwoordigen door hun afgevaardigden ('experts') te laten deelnemen in de werkgroep. Hoewel deze afgevaardigden door middel van een mandateringsbrief hun bevoegdheden, verantwoordelijken en afspraken met betrekking tot terugkoppeling en ruggespraak zouden kunnen aangeven, is het van groot belang dat de achterban van de betrokken partijen (verenigingen) akkoord is met eventuele aanpassingen van het kwaliteitsstatuut.
22. Er zijn veel verschillende disciplines betrokken bij het model-Kwaliteitsstatuut GGZ en in principe zou zonder nadere regeling elke discipline over elk onderdeel iets kunnen (of moeten) zeggen. Bij actualisaties van het kwaliteitsstatuut zou dat tot impasses kunnen leiden waardoor het lang kan duren tot er overeenstemming komt (waarbij het zelfs de vraag is of die overeenstemming er überhaupt gaat komen). Daarom kan er in dit geval voor gekozen worden om het kwaliteitsstatuut steeds op onderdelen te actualiseren, waarbij slechts een beperkt aantal disciplines wordt geraadpleegd (degenen die betrokken zijn bij het desbetreffende onderdeel dat geactualiseerd wordt). Er hoeft dan geen 'vaste' werkgroep te worden samengesteld. Dit proces zou wel neutraal gerealiseerd moeten worden, op de wijze zoals hierna omschreven. Vanuit juridisch perspectief is dit goed mogelijk.
23. Uit het voorgaande kunnen al de volgende randvoorwaarden voor het governance model gedestilleerd worden:
- Alle bij de ontwikkeling van het kwaliteitsstatuut betrokken organisaties dienen een rol te hebben in het samenwerkingsverband dat voor het onderhoud en de actualisatie van het kwaliteitsstatuut verantwoordelijk gaat worden.
 - Binnen de betrokken organisaties is de facto directe of indirecte²³ unanimiteit in de besluitvorming een voorwaarde, omdat minder dan dergelijke stemverhoudingen feitelijk tot onoplosbare problemen gaan leiden in de wijze waarop partijen worden gebonden aan het kwaliteitsstatuut.
 - Om impasses bij de actualisatie van het kwaliteitsstatuut te voorkomen en consensus daarover te bevorderen dient het kwaliteitsstatuut op onderdelen te worden geactualiseerd, door een vooraf bepaald aantal betrokken disciplines bij dat onderdeel. Er hoeft geen vaste werkgroep te worden samengesteld. Van belang daarbij is wel dat het proces neutraal georganiseerd wordt.

Voorstel voor Organisatie

24. Unanimiteit in de besluitvorming is dus een belangrijke randvoorwaarde. Het maakt niet uit in wat voor samenwerkingsverband dat precies georganiseerd wordt, immers iedere betrokken partij zal ervoor moeten zorgen dat zijn/haar achterban ook instemt met aanpassingen. Een rechtspersoon hiervoor oprichten is niet (per se) nodig. Wat wel noodzakelijk is, is een goede werkgroep-vorm met een protocol waaronder alle betrokken partijen hun handtekening zetten. Dit protocol hoeft niet van toepassing te zijn

²³ Kan rechtstreeks of getraptd zijn.



op een vaste werkgroep, maar kan steeds gebruikt worden voor de werkgroepen die een bepaald onderdeel van het kwaliteitsstatuut voor hun rekening nemen. In dit protocol kan het volgende worden opgenomen:

- Hoe de werkgroep tot aanpassing en actualisatie van het kwaliteitsstatuut gaat komen (routinematig), wie daarvoor het initiatief neemt, op welke manier, hoe daarover wordt besloten, et cetera. Hierbij kan er bijvoorbeeld aan gedacht worden om iedere zes maanden bij de participanten in de werkgroep te toetsen of er aanleiding is tot actualisatie of aanpassing van het Kwaliteitsstatuut.
 - Een onafhankelijke partij kan het secretariaat van deze werkgroep zijn (de penvoerder), die de communicatie verzorgt in opdracht van de opstellers van het kwaliteitsstatuut. Deze partij kan dan bijvoorbeeld twee keer per jaar een meeting organiseren, waarin de participanten in de werkgroep feedback kunnen geven op aanpassingen van het kwaliteitsstatuut.
 - Indien er geen unanieme instemming met aanpassingen van kwaliteitsstatuut tot stand komt, zal voor die situatie een secundair protocol moeten worden opgesteld en alsdan gevolgd moeten worden.
 - De betrokken partijen zullen zelf intern, met hun achterban, goed de participatie in de werkgroep en bijdragen aan aanpassingen van het kwaliteitsstatuut moeten organiseren. Aanpassingen van het kwaliteitsstatuut treden pas in werking nadat de betrokken partij na raadpleging van haar achterban (leden) daarmee in kan stemmen. Het kan zijn dat niet elke betrokken partij haar achterban dient te raadplegen voor dergelijke besluiten, veelal zal dit echter volgen uit de statuten. Het is ook de verantwoordelijkheid van de verenigingen zelf om te organiseren dat indien het gaat om een 'minor detail', de achterban dan niet de besluitvorming kan frustreren maar de vereniging dan alsnog met aanpassing van het kwaliteitsstatuut akkoord kan gaan.
25. Zoals al even kort aangestipt lijkt het oprichten van een nieuwe rechtspersoon voor de governance niet per se noodzakelijk. Voor het beheersen van aansprakelijkheidsrisico's bijvoorbeeld is het niet nodig. Immers, de betrokken professionals hebben reeds de verantwoordelijkheid zich aan de professionele standaard te houden, dus aansprakelijkheid blijft in de basis bij de professionals zelf liggen. Voor het faciliteren (secretariaat) is een rechtspersoon (AKWA) zoals gezegd wel wenselijk. Daarover hierna nog meer (onder 'Bestuur').
26. Het feit dat ondanks diverse overleggen over aanpassingen aan het kwaliteitsstatuut daarover geen consensus bereikt kon worden²⁴ en de noodzakelijke aanpassing van het bij het statuut behorende Protocol Experimenteerruimte die voorligt (waarin nu o.a. nog naar een niet meer bestaande stuurgroep wordt verwezen), is in feite het schoolvoorbeeld dat er een penvoerder/secretariaat mist in de organisatie en een duidelijk protocol waarin is vastgelegd hoe partijen omgaan met verschillen van inzicht. Nu is niet duidelijk hoe partijen de verschillen van inzicht gaan overbruggen. Zou dit plaatsvinden volgens de nieuwe voorgestelde governance, dan zou het Kwaliteitsstatuut niet kunnen worden aangepast zonder de leden die nu aan de noodrem hebben getrokken. Immers, zoals toegelicht is het erg belangrijk dat de

²⁴ www.nvgzp.nl/nieuws/nieuwsbericht-doorontwikkeling-kwaliteitsstatuut/.



betrokken beroepsgroepen achter het kwaliteitsstatuut staan omdat als dat niet zo is, zij in feite afgerekend kunnen worden op iets dat zij feitelijk niet tot hun professionele standaard rekenen. Daarbij geldt dat unanimitieit in de besluitvorming sneller bereikt gaat worden door niet van een vaste werkgroep uit te gaan, maar van selectief samengestelde werkgroepen per onderdeel van het kwaliteitsstatuut.

27. Uit de website van het Zorginstituut Nederland volgt dat indien veldpartijen de opleverdatum van een kwaliteitsproduct, zoals de aanpassing van het onderhavige kwaliteitsstatuut, niet halen, het Zorginstituut dan de zogeheten 'doorzettingsmacht' kan gebruiken. Dit houdt in dat Zorginstituut Nederland deels of geheel de regie overneemt en de Kwaliteitsraad verzoekt om het kwaliteitsproduct op te stellen, in overleg met de relevante organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars;²⁵ *"Raad van Bestuur van het Zorginstituut besluit over doorzettingsmacht; het is geen automatisme (...) Het Zorginstituut is terughoudend met het inzetten van doorzettingsmacht en probeert dit zoveel mogelijk te voorkomen, bijvoorbeeld door de partijen die het kwaliteitsproduct ontwikkelen te begeleiden. Het is belangrijk dat partijen in de zorg samen kwaliteitsproducten ontwikkelen. Doorzettingsmacht wordt meestal ingezet om een impasse te doorbreken. En dan alleen op het onderdeel waar partijen niet uitkomen."*
28. Ten aanzien van het Kwaliteitsstatuut GGZ is het nu al zover gekomen dat het Zorginstituut gevraagd is haar doorzettingsmacht te gebruiken. Zou echter al gewerkt worden volgens het voorgestelde governance model, dan is de kans dat die situatie zich voordoet veel kleiner. Dat is ook zeer wenselijk, omdat het immers van groot belang is dat alle betrokken partijen achter het kwaliteitsstatuut staan.

Bestuur

29. Het lijkt van belang dat het bestuur van de penvoerder (onafhankelijke partij) neutraal is. Dat wil zeggen, het bestuur zou het beste losgekoppeld zijn van welke partij dan ook (GGZ-instellingen, Zorgverzekeraars Nederland) om te kunnen functioneren. Dat heeft te maken met het voorstel voor de Wet bestuur en toezicht rechtspersonen, die op dit moment in behandeling is bij de Tweede Kamer. Dit wetsvoorstel verduidelijkt de regeling voor bestuur en toezicht bij verenigingen, coöperaties, onderlinge waarborgmaatschappijen en stichtingen. Hiermee wordt aangesloten bij de bestaande regels voor de naamloze vennootschap (nv) en de besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid (bv) in het Burgerlijk Wetboek. Dit is een behoefte van de praktijk. De wet voorziet in een tegenstrijdig belang regeling voor bestuurders in alle rechtspersonen, ook voor stichtingen. Het geeft duidelijkheid over de positie van bestuurders met een tegenstrijdig belang.²⁶
30. Dit heeft tot gevolg dat als een bestuurder een tegenstrijdig belang heeft, hij niet bevoegd is om de stichting te vertegenwoordigen (c.q. besluiten te nemen). Indien zich in het bestuur dus bijvoorbeeld personen zou bevinden die afkomstig zijn van een bepaalde GGZ-instelling, dan bestaat er een reëel risico op tegenstrijdige belangen bij de totstandkoming van aanpassingen in GGZ-richtlijnen en dergelijke. Vanwege de faciliterende rol van de onafhankelijke partij lijkt het aan te bevelen dat er neutraal geacteerd kan worden.

²⁵ www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/bevorderen-kwaliteit-en-inzichtelijkheid-van-de-zorg/doorzettingsmacht-proces-van-doorzettingsmacht-bij-overschrijding-termijnen-meerjarenagenda.

²⁶ www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/34491_wet_bestuur_en_toezicht.



31. Een (eenvoudige) oplossing hiervoor zou zijn om een entiteit (rechtspersoon) te hangen onder de onafhankelijke partij. Voor die entiteit kan dan een neutraal bestuur worden ingesteld, die de faciliterende rol in het kader van het kwaliteitsstatuut vervult. De huidige inrichting van AKWA hoeft dan niet gewijzigd te worden.

Privacy

32. Ook gegevens over vennootschappen onder firma, eenmanszaken en vrije beroepsbeoefenaren zijn persoonsgegevens omdat deze gegevens vaak ook informatie geven over de eigenaar of vennoten zelf. Voor zover voor de realisatie van de onderhavige werkzaamheden persoonsgegevens verwerkt moeten worden door Mediquest, dan moet er vanuit een opdrachtgever een verwerkingsovereenkomst met Mediquest gesloten worden. De vrijgevestigde arts of instelling (waarin diverse vrijgevestigden actief zijn) geven op dit moment aan Mediquest opdracht (verlenen toestemming) om hun persoonsgegevens te verwerken voor de in die toestemming geformuleerde doelen. Van belang is te begrijpen dat zo lang de datastromen rechtstreeks tussen de (groep) vrijgevestigden en Mediquest verloopt en Mediquest niets anders doet dan de persoonsgegevens te verwerken volgens de opdracht van de opdrachtgever, is Mediquest verwerker in de zin van de AVG. Als een (digitaal te accorderen) standaard verwerkingsovereenkomst wordt toegevoegd aan het digitale toestemmingsformulier kan dit hiaat worden opgelost. .
33. Iedere gegevensverwerking moet rechtmatig zijn in de zin van artikel 6 AVG (bijvoorbeeld toestemming, zoals nu aan de orde is vanuit de vrijgevestigde(n) aan Mediquest). Het is aan te bevelen de definitief bepaalde datastroom nogmaals te toetsen aan de AVG en de grond voor rechtmatigheid van de gegevensverwerking en de identiteit van de verwerkingsverantwoordelijke nog een keer nader te definiëren op het moment dat de governancestructuur definitief wordt vastgesteld.

Financieringsvorm

34. Aan ons is tevens voorgelegd wat een rechtmatige financieringsvorm kan zijn. Daarbij is toegelicht dat de huidige ondersteunende werkzaamheden zijn gerealiseerd met premiegelden. Mogelijk dat dit ook voor het beheer van het kwaliteitsstatuut gebruikt kan worden. In dat kader zal beoordeeld moeten worden of en welke voorwaarden er gelden voor de besteding van het ontvangen budget.
35. De Zorgverzekeringswet maakt het wel mogelijk dat er uit fondsen (Zorgverzekeringsfonds, artikel 39 Zorgverzekeringswet, beheert door Zorginstituut Nederland) bepaalde lasten worden betaald (lid 3). Dit fonds bevat de geldstromen onder de Zorgverzekeringswet.²⁷ Bij ZonMw loopt daarnaast op dit moment het programma Kwaliteit van Zorg. Dit programma verbindt onderzoek, ontwikkeling en implementatie om blijvende kwaliteitsverbetering te realiseren.²⁸ Een van de sub programma's hierin is de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden (specifiek voor verplegende/verzorgende beroepen). Mogelijk dat voor onderhavige situatie ZonMw benaderd kan worden voor informatie over een mogelijke subsidie (voor de actualisatie van het model-kwaliteitsstatuut).

Tot slot – Nederlandse Zorgautoriteit

²⁷ Zie bijvoorbeeld Financieel Jaarverslag Fondsen 2016, via:

www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/jaarverslag/2019/01/29/financieel-jaarverslag-fondsen-2016

²⁸ www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/programma-detail/kwaliteit-van-zorg-versnellen-verbreden-vernieuwen/



36. Tot slot is ons gevraagd naar de rol van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in het geheel. Wij zien dat als een beperkte. De NZa heeft op aanwijzing van de minister het begrip 'regiebehandelaar' opgenomen in de Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg²⁹ waardoor behandelaars met een beroep dat niet voorkomt in de lijsten van regiebehandelaars in het kwaliteitsstatuut, niet zelfstandig mogen declareren.³⁰ Zou de inhoud van het begrip regiebehandelaar in het statuut in de toekomst wijzigen en daarmee niet meer in lijn zijn met hetgeen de NZa in de regeling heeft opgenomen, dan zal de NZa de regeling naar verwachting (moeten) aanpassen.

²⁹ NR/REG-1927.

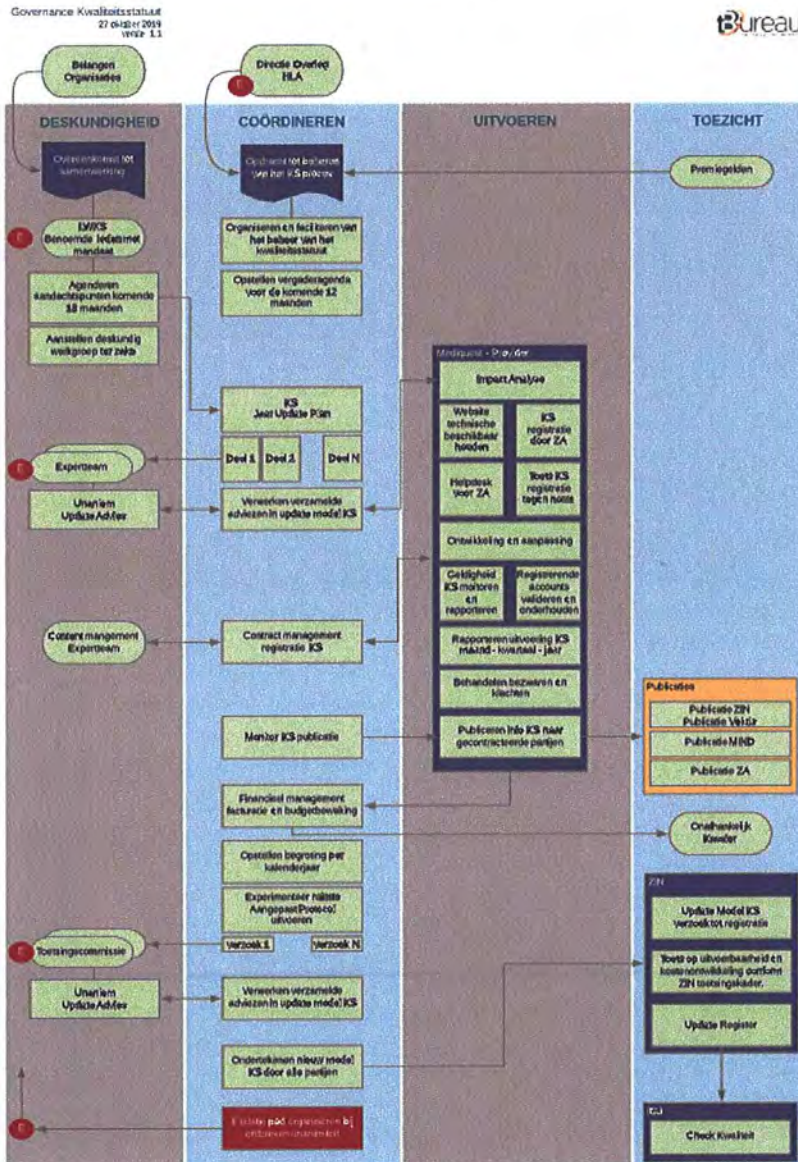
³⁰ Brief minister VWS, Voorhangbrief kwaliteitsstatuut GGZ, 26 april 2016.



Bijlage VII Governance Kwaliteitsstatuut Advies

35

Als afzonderlijk bestand aangeleverde bijlage zoals hieronder afgebeeld.

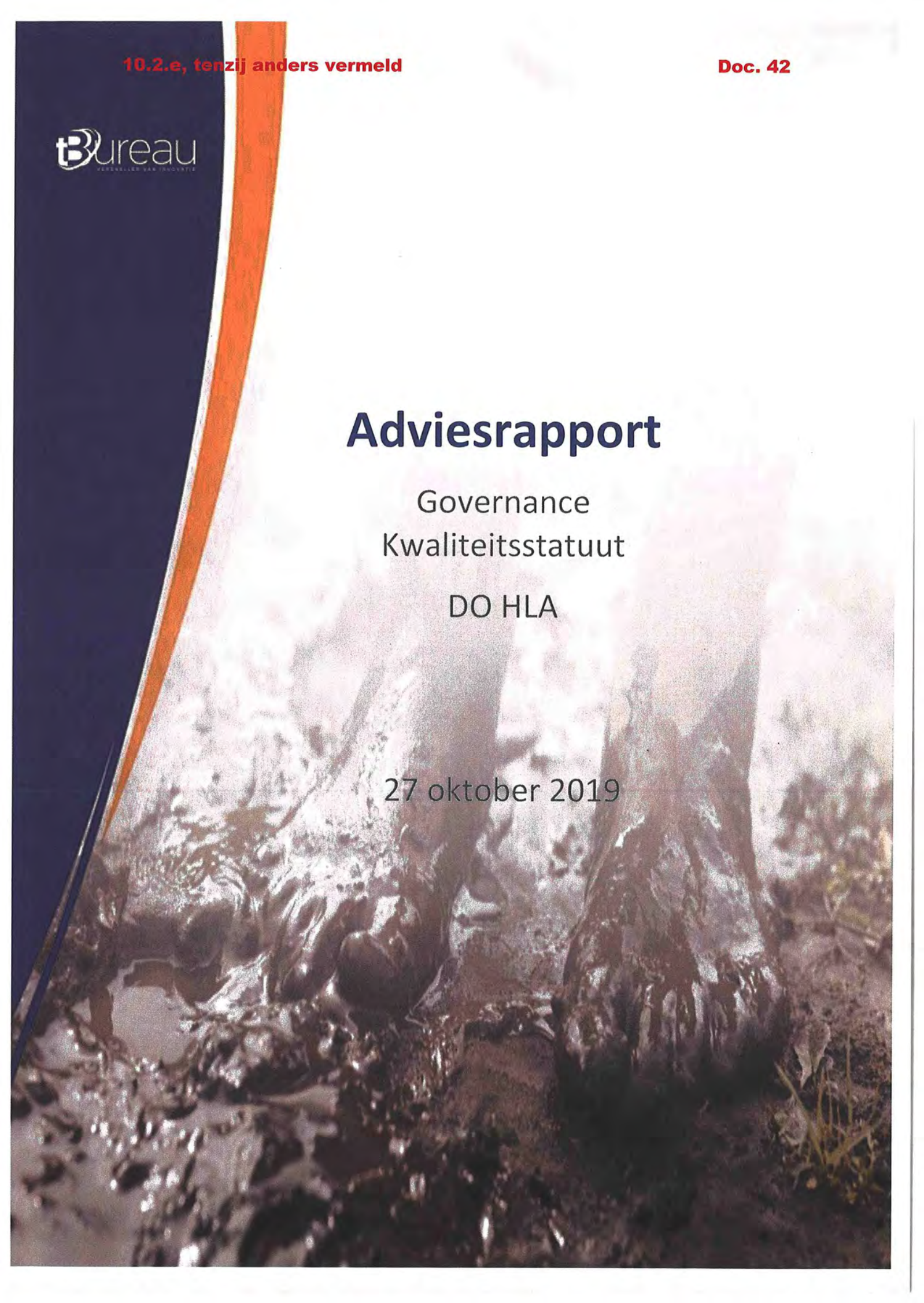


Adviesrapport

Governance
Kwaliteitsstatuut

DO HLA

27 oktober 2019



Vooraf

Dit rapport is het resultaat van een onderzoek naar de governance rond het Kwaliteitsstatuut GGZ. Het onderzoek is uitgevoerd gedurende de zomermaanden van 2019.

tBureau heeft er voor gekozen om minimaal aan raadpleging te doen in het veld en vooral vanuit de uitgebreide beschikbare documentatie, onderzoeken, afspraken, akkoorden en adviezen te werken. Dit om beïnvloeding te minimaliseren en onafhankelijkheid te garanderen. Om de governance en processen van AKWA GGZ te verduidelijken hebben wij [REDACTED] gesproken en is [REDACTED] gevraagd op persoonlijke titel de bestuurlijke verkenning toe te lichten, die hij vanuit ZIN heeft gemaakt in de periode voor 1 juli 2019. Zij waren daarin hulpvaardig en duidelijk.

Op basis van de studie valt op dat de GGZ ten aanzien van dit onderwerp vele standpunten kent. Het rapport dat voor u ligt, is een advies in een lange reeks van rapporten ter zake. tBureau heeft er voor gekozen om in het onderzoek de verschillende invalshoeken te verzamelen en zichtbaar te maken. Daarom hebben we gekeken vanuit bedrijfskundige context, is er een redenering van de governance gevolgd en hebben we puur juridisch naar het vraagstuk gekeken. In het rapport hebben we bewust de verschillende redeneringen in de bijlagen opgenomen. We hebben een uitgebreide lijst van geraadpleegde literatuur opgenomen. Daarmee ontstaat volgens ons een volledig beeld.

Uit dat volledige beeld wordt ook duidelijk, dat vanuit verschillende disciplines, verschillende belangen altijd wel een formeel of informeel document te vinden is als onderbouwing voor een standpunt. In het advies zijn wij de uitdaging aangegaan om keuzes te maken en een impasse te voorkomen. Een werkbare governance die voortbouwt op resultaten uit het verleden is het resultaat.

Bij het maken van de keuzes hebben wij alle analyses, risico's en oplossingsrichtingen vanuit de verschillende disciplines steeds gewogen en onszelf gedwongen met een oplossing te komen, die stoelt op de volgende uitgangspunten:

- Een governance structuur dient bij te dragen aan en toe te zien op de doelrealisatie en interne en externe verantwoording.
- Maak zoveel mogelijk gebruik van bestaande en door partijen vastgestelde principes, structuren en werkwijzen => houdt het simpel, herkenbaar en toepasbaar.
- Wees pragmatisch in de oplossingen. Probeer de zaken die goed lopen waar nodig te formaliseren en te versterken.
- Zorg voor overzicht in het geheel, zodat alle onderdelen een duidelijke rol krijgen en deze ook als uitvoerbaar worden beschouwd.
- Voorkom het maken van nieuwe organisaties / rechtspersonen, als dat mogelijk is. Dat drijft de kosten onnodig op.

Mogelijk ontwikkelt zich de gedachte dat het mis is met de governance van het kwaliteitsstatuut, als er zo'n lijvig rapport over geschreven kan worden. Laten wij vooraf stellen, dat een groot deel geregeld is, dat partijen het kwaliteitsstatuut serieus nemen en dat er veel zaken zorgvuldig worden opgepakt. Niet alles is geformaliseerd en dat kan leiden tot een impasse. Formalisatie van processen en procedures is een volgende stap, die nu gezet kan worden waar nodig.

Het advies is bedoeld als een hanteerbare set van maatregelen die snel te implementeren is. Dit kan ook omdat het advies aansluit op de resultaten bereikt door alle betrokken partijen in de afgelopen jaren. Bij het DO HLA ligt nu de keuze om door te pakken met implementatie van dit advies.



Versiebeheer

2

Datum	Versie	Toelichting
1 oktober 2019	Concept	Integrale concept versie met advies en verdiepende bijlagen aangeboden.
7 oktober 2019	Concept	Toelichting op de concept versie in de vergadering. Verzoek deze versie eerst te bespreken in de LWKS van 17 oktober 2019 en dan versie 1 op te stellen.
17 oktober 2019	Concept	Toelichting doorgenomen in de LWKS vergadering met daarbij toehoorders namens ZIN en het ministerie van VWS.
27 oktober 2019	Versie 1	Versie 1 opgesteld daarbij het rapport gesplitst in een los adviesrapport en een bijlagen rapportage. • Schriftelijk ontvangen opmerkingen van ZIN verwerkt. • Schriftelijk ontvangen opmerkingen van GGZ NL verwerkt. • Verbeteringen en verduidelijkingen aangebracht naar aanleiding van toelichting in de LWKS. Deze versie wordt als onafhankelijk advies ter informatie gestuurd aan de LWKS partijen en als onafhankelijk advies aan de opdrachtgever.



Samenvatting



Het kwaliteitsstatuut is een belangrijke schakel in het streven naar verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dit uitgangspunt is de basis van het advies. Bij het uitvoeren van de opdracht is vanaf aanvang gekozen om vanuit 3 invalshoeken te kijken: bedrijfskunde, governance en recht.

Na uitgebreid literatuuronderzoek, analyse en risico-inventarisatie op ieder van de drie perspectieven wordt per onderzoeksvraag het volgende geconcludeerd en geadviseerd:

- Ten aanzien van de besluit-, beoordelings- en uitvoeringsprocessen stellen we vast dat deze niet voldoende zijn geformaliseerd. Eigenaarschap en opdrachtgeverschap zijn daarmee niet expliciet vastgelegd. Met de betrokken partijen dient een bindende overeenkomst tot samenwerking te worden opgesteld, inclusief een protocol voor escalatie.
- Ten aanzien van de risico's is expliciet gekeken naar de AVG-aspecten. De datastroom is eenvoudig en er is reeds sprake van expliciete toestemming van de zorgaanbieders voor publicatie in het proces. Door aanpassing van het digitaal toestemmingsformulier, gekoppeld aan een standaard verwerkingsovereenkomst waarvoor iedere vrijgevestigde (of instelling) toestemming verleent in het proces van indienen van een kwaliteitsstatuut, is deze omissie snel opgelost. Zonder de verwerkersovereenkomst kan de rechtmatigheid van de verwerking in twijfel worden getrokken.¹
- Ten aanzien van het protocol experimenteerruimte uit het kwaliteitsstatuut stellen we vast, dat deze zorgvuldig is opgesteld en uitgevoerd kan worden. Daarvoor is het nodig om een toetsingscommissie van deskundigen in te stellen. Dit kan met goedkeuring van deze governance in werking worden gesteld. Er is overwogen om toetsing achteraf te doen en zo het proces te versnellen, maar de risico's daarvan worden door alle partijen als hoog ingeschat. Met name bij afwijzing achteraf ontstaat een niet wenselijk probleem om de goedkeuring en betaaltitel terug te draaien.
- Ten aanzien van governance kan worden vastgesteld, dat veel processen goed lopen, maar niet voldoende zijn geformaliseerd, geborgd en gecontroleerd. Zo ontbreekt een heldere en formele opdracht vanuit het DO HLA en aan de LWKS. Veel kan worden verbeterd door een samenwerkingsovereenkomst op te stellen met alle betrokken partijen. Het is noodzakelijk te voorkomen, dat verschillende functies door dezelfde mensen worden bezet. Het toezicht en monitoring moeten verder uitgebreid worden. Hierbij moet gedacht worden aan de juistheid en tijdigheid van publicaties, de uitvoerbaarheid en de kostenconsequenties van het kwaliteitsstatuut en ook het evalueren op de doelrealisatie kwaliteitsverbetering door het kwaliteitsstatuut als veldnorm.
- Het is niet nodig een nieuwe rechtspersoon op te richten, mits aan enkele voorwaarden wordt voldaan: (1) financiering middels subsidie regelen via een derde partij als aanvrager bij ZonMW en (2) de verwerkersverklaring wordt geregeld tussen de uitvoerder en de zorgaanbieder via een aanvullende verklaring op de website. Daarnaast is een scheiding van functies nodig om ontwikkeling en beheer goed te regelen. Met name de coördinerende rol leent zich om bij een

¹ Deze procedure is een ernstige vereenvoudiging ten opzicht van het concept advies, er is nu geen mandaat meer nodig bij de partijen in de bindende samenwerkingsovereenkomst. Dit is mogelijk door nadere analyse van de gegevensstroom met de juristen. Goede implementatie is wel voorwaarde.



onafhankelijke partij te beleggen. Verdere voorwaarden zijn, dat DO HLA² als formeel opdrachtgever kan en wil optreden en dat partijen een formele en bindende samenwerkingsovereenkomst opstellen.

- Ten aanzien van de financiering van de implementatie van dit advies is beperkt onderzoek gedaan. Het advies is om bij de opdracht tot coördinatie als eerste stap het opstellen van een begroting en het regelen van een structurele financiering op te nemen. Uitgangspunt is om AKWA GGZ de bekostiging van de LWKS activiteiten voor € 150.000 mee te laten nemen in de subsidie aanvraag voor 2020 bij ZonMW (zoals in het DO HLA van 7 oktober 2019 besproken). Dit is voldoende voor de huidige operationele kosten, maar naar verwachting niet voldoende voor de verwachte stijging van structurele inspanning en kosten bij implementatie van dit advies.

Het model kwaliteitsstatuut vormt samen met de zorgstandaarden en transparantie op basis van meetbare indicatoren een goede basis voor verbetering. Omdat er inmiddels zorgstandaarden zijn, kan het Model kwaliteitsstatuut verbeterd en mogelijk vereenvoudigd worden. Afschaffen van het kwaliteitsstatuut is volgens de schrijvers van dit rapport niet aan de orde. Dat zou meer chaos veroorzaken dan dat het oplossingen biedt. Verbeteren, vereenvoudigen en de juiste afstemming zoeken met de zorgstandaarden is de weg voorwaarts.

² DO HLA – Directeurenoverleg zal formeel dan wel mandaat moeten hebben van het BO HLA het Bestuurlijk Overleg.



Inhoudsopgave

5

Vooraf	1
Samenvatting	3
De opdracht	6
Het onderzoek.....	8
Advies.....	12
BIJLAGEN	21



De opdracht

6

Het governance vraagstuk

Het initiëren en onderhoud is tot op heden ad-hoc door de landelijke werkgroep kwaliteitsstatuut gedaan. GGZNL fungeerde hierin als penvoerder en contractpartner voor o.a. leveranciers. In het stadium van het Kwaliteitsstatuut op dit moment blijkt deze werkwijze belangrijke governance-vraagstukken op te leveren:

1. de werkgroep heeft geen formele status (zeker niet nu de AGGT is opgeheven). Er zijn partijen die het hoofdlijnenakkoord GGZ - wat het natuurlijke vervolg is van de AGGT - wel hebben ondertekend, maar die niet in de werkgroep zitten. Bovendien is de werkgroep geen rechtspersoon en kan zij daardoor feitelijk geen contractpartner zijn van leveranciers waaronder Mediquest;
2. nieuwe beroepen die als regiebehandelaar in het Kwaliteitsstatuut willen worden toegelaten conform het experimenteerartikel binnen het KS, moeten door een toetsingscommissie worden beoordeeld.
Daarvoor is i.i.g. een postbus nodig. Als eerste stap in het huidige protocol roept de (niet meer bestaande) stuurgroep AGGT de commissie bijeen en heeft daarbij zelfs een eventueel selecterende functie. De laatste stap, nadat de commissie het experiment heeft geëvalueerd, ligt ook weer bij die (niet meer bestaande) stuurgroep en dus de landelijke werkgroep. Die besluit definitief. Los van de vraag of deze stap überhaupt wenselijk is, ontstaat daarmee volstrekte en niet toetsbare willekeur. De aanvrager moet daarnaast de gelegenheid hebben om eventueel bezwaar en beroep aan te tekenen tegen een besluit hieromtrent. Dat is op dit moment niet mogelijk.
3. Het ZiN heeft aangegeven tijdens een van de overleggen dat het hele huidige vastgestelde protocol minimaal een keer moest zijn doorlopen³, terwijl we op voorhand weten dat hier stappen bij zijn die écht niet governance-proof zijn. Dat roept de volgende vraag op: wat is, gezien het doel van het KS, een zodanige beoordelingsperiode, dat enerzijds de kwaliteit van aspirant-regiebehandelaren is geborgd en anderzijds dat experimenten binnen redelijke termijnen een reële kans op toelating hebben. De doorlooptijd die op dit moment voorzien is, is veel te lang.
4. tenslotte moet er een structurele plek zijn om het Model kwaliteitsstatuut onder te brengen, te onderhouden en beheren. Partijen zien AKWA GGZ als een te overwegen partij om deze governance te beleggen.

Onderzoeksvragen

Er is een objectief advies noodzakelijk en het betreft de volgende onderzoeksvragen:

1. Analyseer de huidige besluit-, beoordelings- en uitvoeringsprocessen op de verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de huidige betrokkenen en toets die op risico's, toegankelijkheid en navolgbare besluitvorming (lees: transparantie), gezien het doel en de aard van het KS;
2. Breng hierbij andere risico's in beeld, waaronder AVG-aspecten, lopende contracten met Mediquest e.a;
3. Geef advies over de vraag of het protocol experimenteerruimte uit het Kwaliteitsstatuut en het voorstel inzake de toetsingscommissie zoals dat nu door AKWA GGZ is opgesteld, op grond van het advies dient te worden aangepast. Zo ja, verwerk dat in een nieuwe versie van

³ Bij het lezen van de opdracht laat ZIN aantekenen dat zij dit niet als voorwaarde hebben bedoeld. Het is een suggestie om het protocol eerst een keer volledig te doorlopen. ZIN heeft in de bijlagen van het protocol enkele tekstuele aanpassingen gedaan. ZIN stelt uitdrukkelijk dat het protocol aan de partijen is en dat zij mede daartoe onder andere het governance onderzoek hebben ingesteld.



Governance kwaliteitsstatuut GGZ - versie 1

dit protocol en een voorstel m.b.t. de toetsingscommissie, als onderdeel van het gevraagde advies.

4. Stel een overzicht op van die processen die eventueel niet governance-proof zijn en geef aanbevelingen voor aanpassing;
5. Geef daarbij ook aan of en zo ja voor welke processen en taken een rechtspersoon nodig is;
6. Hoe zou een dergelijke rechtspersoon het best ingericht worden?
7. Kijk naar een eenvoudige bestuursvorm die goed beheersbaar en resultaat gericht kan zijn, klantgericht naar gebruikers, en laag in kosten
8. Bedenk een rechtmatige financieringsvorm hiervoor; kan dit bekostigd worden uit de kwaliteitsgelden GGZ?

Kaders

Voor het onderzoek worden de volgende kaders voor de uitvoering afgesproken:

1. Uitvoering door extern bureau die de expertise organiseert en bundelt voor het onderzoek: bedrijfskundige expertise, juridische expertise en governance expertise.
2. Governance van het onderzoek zelf betreft strikte onafhankelijkheid. tBureau mag DO HLA-deelnemers om input vragen, maar wordt niet gestuurd door een stuurgroep waarin belanghebbenden vertegenwoordigd zijn.
3. tBureau betreft waar nodig, maar niet noodzakelijk deskundigen die eerder zijn ingezet bij het tot stand komen van het Model **kwaliteitsstatuut** en het advies dat daar aan vooraf is gegaan.
4. De formele opdrachtgever is het DO HLA, zodat alle partijen verantwoordelijk zijn. Als handelend opdrachtgever voor afstemming treedt op Marnix de Romph.
5. De gewenste looptijd: juli – augustus-september. De analyse en contouren van de oplossing worden besproken in het DO HLA van 2 september 2019. Het op te leveren advies wordt een maand later in het DO HLA ingebracht.
6. De bekostiging van het onderzoek vindt plaats vanuit de post 'nader in te vullen' op de begroting van de kwaliteitsgelden die voor 2019 beschikbaar zijn.
7. De voortgang wordt bewaakt door de primaire opdrachtgever, voor nu Marnix de Romph, namens het DO HLA. Met de primaire opdrachtgever worden de verschillende go/no go besluiten genomen in de voortgang. Het DO HLA wordt per e-mail geïnformeerd en kan zo meesturen en toelichting vragen.



Het onderzoek



De context

Om de bedrijfskundige analyse uit te voeren is een context nodig. Dezelfde context is overigens ook voor de perspectieven governance en juridisch gebruikt.

In schema 1 wordt een overzicht gegeven van de wijze waarop de kwaliteitsbeheersing en -ontwikkeling binnen de GGZ wordt vormgegeven. Uitgangspunten zijn het bestuurlijk akkoord in de GGZ. Uitvoerend actor voor het kwaliteitsstatuut is de LWKS (Landelijke Werkgroep Kwaliteitsstatuut). Voor de zorgstandaarden en de kwaliteitsindicatoren wordt AKWA GGZ genoemd als uitvoerend actor.



Schema 1: Context van de Landelijke Werkgroep Kwaliteitsstatuut.



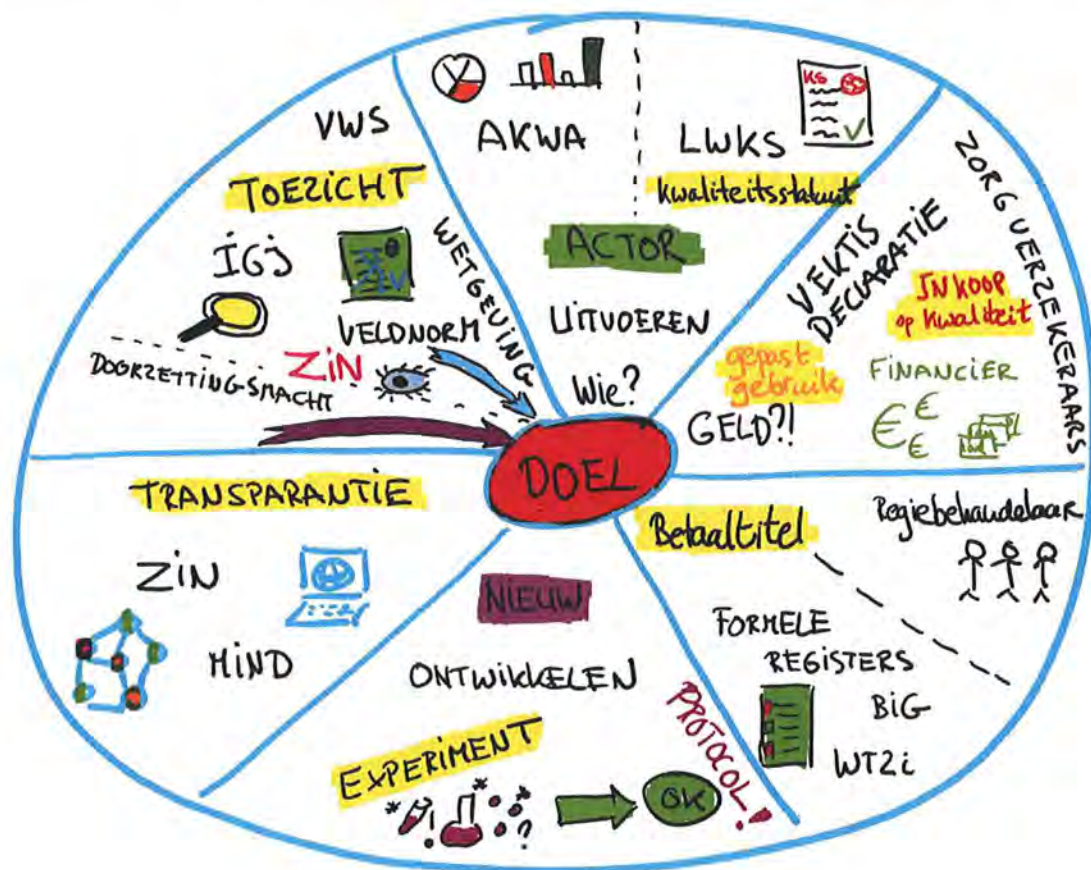
De kern van het vraagstuk: het doel

9

Een basaal uitgangspunt in de analyse en uitwerking van het vraagstuk is het uiteindelijke doel, dat wordt nagestreefd met het Model kwaliteitsstatuut en de registratie per zorgaanbieder daarvan.

Het hogere doel formuleren wij in deze analyse als de meetbare en gerapporteerde kwaliteit, die tot continue verbetering in de GGZ leidt. Het kwaliteitsstatuut is daarin een belangrijk component, maar eerder een middel dan een doel. In de afwegingen over governance is dit in meer detail onderzocht. In de bedrijfskundige analyse richten we ons primair op de LWKS als belangrijke actor bij de realisatie van het doel.

Als we het doel van kwaliteit en het kwaliteitsstatuut centraal stellen, zien we in de context de volgende aandachtsgebieden: actor (uitvoerende partijen), geld (declaratie en kosten van de zorg), betaaltitel (regiebehandelaar en beroepsregisters), experiment (vernieuwing in de regiebehandelaren en het kwaliteitsstatuut zelf), transparantie (publiek informeren), toezicht (wetgeving, veldnorm en inspectie).



In de context zien we dus het streven naar kwaliteitsverbetering als doel in het centrum. Daarbij zijn inmiddels feitelijk 2 relevante actoren ontstaan: LWKS die zich richt op het kwaliteitsstatuut en AKWA GGZ die zich richt op de zorgstandaarden en de indicatoren voor transparantie (zie ook schema 1).

AKWA GGZ is formeel vormgegeven in een stichting. De LWKS is gevormd door bundeling van verschillende belangenpartijen, die de uitvoering en de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsstatuut coördineren. Zij hebben een minder geformaliseerde opdracht.

In de context bevindt zich Vektis; een deel van de registratie van het kwaliteitsstatuut is van belang voor de controle op rechtmatigheid van declaraties. Dat is een afgeleide doelstelling. Het zijn van regiebehandelaar is een verwerving van de betaaltitel voor vrijgevestigden. Die is gerelateerd aan andere afspraken daarover, zoals BIG registratie en WTZi. Voor instellingen is de betaaltitel te verwerven door het hebben van een Kwaliteitsstatuut. Op basis daarvan kunnen zij zorg leveren en declareren van door de regiebehandelaar geschreven directe tijd. De zorgverzekeraars zorgen via het doel van kwaliteit voor goede inkoop van gepaste zorg. Vektis is het middel voor zorgverzekeraars om o.a. de financiële stroom in de markt goed en eenvoudig te laten verlopen en te voorkomen dat een kostenexplosie in de GGZ plaats kan vinden.

De experimenteerruimte, die in een protocol is uitgewerkt, zorgt voor de mogelijkheid om als beroepsbeoefenaar of beroepsgroep in de GGZ te worden getoetst en toegelaten als regiebehandelaar. Met name de betaaltitel voor nieuwe én bestaande disciplines/beroepsgroepen die op grond van het Model Kwaliteitsstatuut nu nog geen regiebehandelaar mogen zijn, wordt daarmee geborgd. Er is een protocol, maar dit wordt nog niet uitgevoerd.

Transparantie in de GGZ wordt via publicaties bij Zorg Instituut Nederland (ZiN) en voor de patiënt op termijn via de website Kiezen in de GGZ gerealiseerd. De gegevens bevinden zich in de kwaliteitsstatuten van zorgaanbieders die zijn gebaseerd op het Model Kwaliteitsstatuut. Bij goedkeuring levert Mediquest namens LWKS deze gegevens aan. Dat gebeurt met expliciete toestemming van de zorgaanbieders (instellingen en vrijgevestigden) en de genoemde personen in het kwaliteitsstatuut, volgens de regels van AVG – privacywetgeving.

Toezicht komt met name van IGJ, de wetgeving en het ministerie. ZiN heeft een rol in de publicatie van het kwaliteitsstatuut als veldnorm in het register⁴. Het Model kwaliteitsstatuut wordt door de LWKS bij doorontwikkeling daar aangeboden na overeenstemming.

Een belangrijk kenmerk van de context is dat er veel verschillende partijen bij betrokken zijn. Zij hebben allen een belang te behartigen en nemen actief deel in de LWKS⁵. Dit is ook expliciet zichtbaar gemaakt op de website van het kwaliteitsstatuut.

⁴ Verdere toelichting en details op de rol van ZIN zijn opgenomen op hun website:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/bevorderen-kwaliteit-en-inzichtelijkheid-van-de-zorg/register-plaatsen-van-kwaliteitsinstrumenten-in-het-register>

⁵ Uitzondering zijn InEen en Platform MeerGGZ die wel het Model Kwaliteitsstatuut mee indienen, maar die niet in de LWKS deelnemen.





Achtergrondinformatie

GGZ organisaties van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben gezamenlijk het model GGZ kwaliteitsstatuut ontwikkeld en aangeboden aan het Zorginstituut Nederland voor opname in het Kwaliteitsregister. Op 29 maart 2016 heeft de raad van bestuur van Zorginstituut Nederland besloten het model kwaliteitsstatuut voor de ggz als een professionele standaard op te nemen in het register op grond van artikel 66b van de Zorgverzekeringswet (Zvw, het Register).

In het model staat aangegeven wat zorgaanbieders in de GGZ geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Het door de zorgaanbieder ingevulde kwaliteitsstatuut garandeert dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwaliteitsverantwoord netwerk, wordt geleverd. De zorgaanbieder bevordert daarmee gepaste zorg.

Het model is van kracht per 1-1-2017 voor alle aanbieders van 'geneeskundige ggz', dat wil zeggen: generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz binnen de Zorgverzekeringswet.

Alle relevante informatie over het model en de toelichting vindt u op de Transparantiekalender.

De betrokken organisaties zijn:

- GGZ Nederland <http://www.ggz-nederland.nl>
- de Nederlandse Vereniging voor psychiatrie <http://www.nvvp.net/home>
- de Landelijke vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten <http://www.lvpv.info>
- het Nederlands Instituut voor Psychologen <http://www.psyip.nl>
- MIND, voorheen het Landelijk Platform GGZ <https://mindplatform.nl>
- Platform MEER GGZ <http://www.platformmeerggz.nl>
- InEen <http://ineen.nl>
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland <http://www.vernvn.nl>
- PZNL, de federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen <http://pzn.nl>
- Zorgverzekeraars Nederland <https://www.zn.nl>

Figuur 1 Weergave van de partijen actief betrokken bij onderhoud van het kwaliteitsstatuut

De aanpak

Alvorens tot een advies te komen, is ervoor gekozen om het vraagstuk vanuit 3 perspectieven te onderzoeken:

1. Bedrijfskundig

Het bedrijfskundig onderzoek is uitgevoerd door Jack van Gils, directeur bij tBureau. Analyse en risico's zijn weergegeven in bijlage II⁶. Een schematische weergave van de procesanalyse vindt u in bijlage III.

2. Vanuit het oogpunt van Governance

Het Governance onderzoek is gedaan door [REDACTED], specialist governance bij Zorg Adviseurs.

Bijlage IV bevat zijn aanpak, observaties en oplossingsrichtingen. Bijlage V geeft een overzicht van governance in andere sectoren van de gezondheidszorg.

3. Juridisch

De juridische analyse is gedaan door [REDACTED], advocaat van [REDACTED] in Rotterdam. Het resultaat hiervan staat in bijlage VI.

De keuze voor de 3 invalshoeken maakt verschillende inzichten en risico's duidelijk. Om die reden zijn dan ook de integrale analyses vanuit die disciplines opgenomen in de bijlagen. Bij de uitvoering van het onderzoek is veel literatuur geraadpleegd: bestaande afspraken, eerdere adviezen, bestaande contracten en formele opdrachten zijn daartoe verzameld (zie ook de literatuurlijst).

De oplossingsrichtingen en de inzichten uit de analyses zijn verwerkt tot één advies. In het advies stellen we een governance en werkwijze voor die concreet en uitvoerbaar is.

⁶ De bijlagen waarnaar wordt verwezen in dit rapport zijn in een afzonderlijk document opgeleverd. De verdiepende analyse kan als achtergrond worden geraadpleegd.



Advies

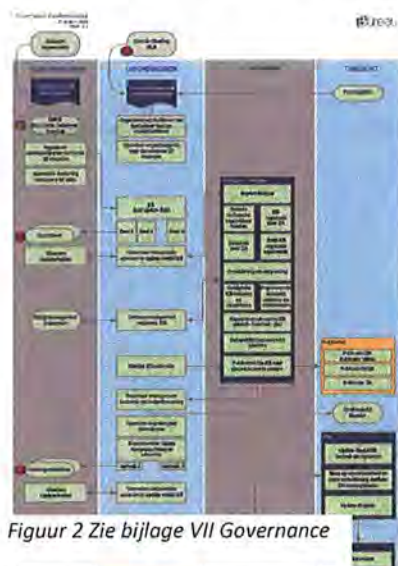
12

Het kwaliteitsstatuut moet doorontwikkeld worden

Het opgestelde advies is gebaseerd op het uitgangspunt, dat het kwaliteitsstatuut een belangrijke schakel is in het streven naar verbetering van de kwaliteit in de zorg. Het kwaliteitsstatuut vormt samen met de zorgstandaarden en transparantie op basis van meetbare indicatoren de basis voor verbetering. Het Model kwaliteitsstatuut kan wel een verbetering en mogelijk vereenvoudiging ondergaan, omdat er inmiddels zorgstandaarden zijn. Dat was bij het eerste model kwaliteitsstatuut nog niet het geval. Het kwaliteitsstatuut wordt ook in veel bestaande regelingen en afspraken benoemd en is expliciet verweven met de zorgstandaarden in de zorgverzekeringswet artikel 66 (zie voor details de juridische analyse). Afschaffen van het kwaliteitsstatuut is volgens de schrijvers van dit rapport niet aan de orde. Dat zou meer chaos veroorzaken dan dat het oplossingen biedt. Verbeteren, vereenvoudigen en de juiste afstemming zoeken met de zorgstandaarden is de weg voorwaarts. Daarop is de governance in te richten.

Belangenbehartiging en rollen in de governance

We adviseren om de gehele governance rond het Kwaliteitsstatuut in processen / protocollen vast te leggen. Het door ontwikkelen van het Model Kwaliteitsstatuut en het uitvoeren van de registratie, toetsing, beheer en publicatie van het kwaliteitsstatuut wordt dus primair geregeld vanuit deskundigheid en procesafspraken. Belangenbehartiging speelt een rol bij inrichting van de samenwerkingsovereenkomst en de agendazetting, niet in de uitvoering. Daarvoor is een volledig schema opgenomen in de bijlage VII Governance Kwaliteitsstatuut Advies.



Boven het schema staan de belangenorganisaties en het DO HLA. Er wordt onderscheid gemaakt in de governance in 4 hoofdgroepen:

Deskundigheid (kolom 1) is het startpunt van alles. Het is de bedoeling dat vanuit de betrokken belangenorganisaties een bindende overeenkomst tot samenwerking wordt gesloten. Daarmee ontstaat een geprotocolleerde werkgroep (LWKS) die op basis van deskundigheid en zetelverdeling de agenda opstelt van onderwerpen die ontwikkeling vragen. Zij houden zich ook bezig met het activeren van de juiste deskundigen in de expertteams en de toetsingscommissie. Het doel is om de juiste agenda op te stellen en de juiste deskundigen beschikbaar te krijgen.

Coördinatie (kolom 2) door een onafhankelijke derde partij leidt dan tot uitvoering. De coördinatie wordt opgepakt aan de hand van een opdracht / contract met het DO HLA. Dit is een zuivere proces uitvoering zonder belang. Protocollen zijn er voor het installeren van expertteams, experimenteerruimte, timing en besluitvorming. De coördinator zorgt er voor dat de agenda conform protocol wordt uitgevoerd en rapporteert daarover. Partijen die de opdracht hebben gegeven en de partijen die de overeenkomst

tot samenwerking zijn aangegaan worden neutraal en transparant geïnformeerd over de voortgang en status van de agenda.

Uitvoering (kolom 3) betreft de daadwerkelijke registratie, toetsing, beheer en publicatie van het kwaliteitsstatuut zoals nu uitbesteed bij Mediquest. Aan de uitvoering ligt een contract ten grondslag. Dat is gebaseerd op het Model Kwaliteitsstatuut en de afspraken over het aanbieden van de website voor registratie en beheer van het kwaliteitsstatuut door de zorgaanbieders. De coördinator kan monitoren op uitvoering van het contract en daarover rapporteren. In feite kan een coördinator contracten met meer partijen monitoren. Momenteel is dat er één.

Toezicht (kolom 4) ontstaat vanuit de naleving van de overeenkomst tot samenwerking en de contracten tot coördinatie en uitvoering. Het toezicht richt zich op realisatie van de oorspronkelijke doelstelling van de kwaliteitsverbetering, kortere wachtlijsten en kostenbeheersing. Daarvoor zijn er externe publicaties ten behoeve van patiënt, zorgverzekeraars en een openbaar register via ZIN. Vrijwel alles in de governance en uitvoering is voorwaarde scheppend, de ultieme vaststelling van kwaliteitsverbetering in de praktijk is onderdeel van de inspectie (IGJ) en valt buiten de scope van dit advies.

Door deze governance op deze voorgesteld wijze in te richten ontstaat een duidelijke input vanuit deskundigheid en wordt de uitvoering volledig transparant ingericht en gerapporteerd.

Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden moeten beter benoemd worden

Ten aanzien van de besluit-, beoordelings- en uitvoeringsprocessen stellen we vast, dat deze niet voldoende zijn geformaliseerd. Eigenaarschap en opdrachtgeverschap zijn daarmee niet expliciet vastgelegd. Alleen voor de uitvoering bestaat er een contract met Mediquest.

Er zijn onvoldoende protocollen om besluitvorming af te dwingen. Een impasse bij meningsverschillen is dan al snel het gevolg. De basis onder de verplichting die is aangegaan, is onzeker. GGZ NL ondertekent het contract namens alle partijen, die het Model Kwaliteitsstatuut hebben ingediend. Bij meningsverschillen is er geen entiteit te benoemen, die de verantwoordelijkheid draagt. Dit levert risico's op met betrekking tot continuïteit.

Daarom adviseren wij om heldere afspraken vast te leggen voor de volgende onderwerpen:

- Het DO HLA wordt formeel opdrachtgever. De opdracht heeft als doel het coördineren van alle ondersteunende processen voor het onderhoud (technisch en inhoudelijk) van het Model kwaliteitsstatuut en het voeren van een registratie (inclusief toetsing, beheer en publicatie) van een kwaliteitsstatuut voor alle zorgaanbieders.
- Alle betrokken⁷ belangenorganisaties, zoals beroepsverenigingen en brancheorganisaties, stellen een bindende samenwerkingsovereenkomst op. Zij werken samen om de kwaliteitsdoelstellingen uit het HLA te behalen door actief bij te dragen aan de ontwikkeling van het kwaliteitsstatuut. Zij leggen elkaar op om deskundigheid op verzoek in te brengen en tijdig advies uit te brengen volgens een in de samenwerkingsovereenkomst op te stellen protocol.
- Partijen gaan akkoord uitvoering te geven aan een escalatieprotocol. Dit geldt zowel voor de partijen in de samenwerkingsovereenkomst, als voor het DO HLA.

⁷ Betrokken organisaties zijn die organisaties die een rol spelen of hebben gespeeld bij het indienen van het Model KS en/of actief zijn in de LWKS.



Escalatie protocol

14

Het escalatieprotocol heeft als doel stagnatie te voorkomen, als besluiten niet unaniem te nemen zijn. In de processen is sprake van verschillende expertteams, die geacht worden deskundig te zijn en een unaniem advies te kunnen geven over aanpassingen. Indien de partijen niet unaniem zijn, dan stellen we het volgende escalatieprotocol voor:

- Indien meer dan 2/3 van de stemmen voor een wijziging zijn, dan wordt de stemverdeling expliciet door het expertteam opgenomen in het advies.
- Indien meer dan 2/3 van de stemmen op een wijziging voor de aanpassing zijn, dan wordt het advies voorgelegd aan de Landelijke Werkgroep Kwaliteitsstatuut. Zij kunnen dan unaniem voor of tegen zijn en daarmee is het besluit gevallen.
- Indien de LWKS niet unaniem voor een wijziging is, maar wel 2/3 van de stemmen voor de aanpassing zijn, dan vindt escalatie plaats naar het DO HLA. Als daar 2/3 voor de wijziging is, dan kan deze alsnog worden doorgevoerd.

Het escalatieprotocol is bedoeld om te voorkomen, dat een minderheid voorstellen kan gijzelen. Het protocol voorziet ook in een goede afweging op 3 niveaus (experts, LWKS en DO HLA), voordat een wijziging wordt geaccepteerd, zonder dat er een unaniem besluit is.

Besluiten, waarvoor niet op alle niveaus een 2/3 meerderheid bestaat, kunnen niet tot aanpassing leiden. Dit is om te voorkomen, dat een te kleine minderheid besluiten forceert.

Benoeming van de zetels met verschillende natuurlijke personen

Er zijn verschillende niveaus waarop bezetting vanuit de partijen gevraagd wordt. Expertteams, toetsingscommissie, LWKS en DO HLA. Het is van belang, dat op deze posities niet steeds dezelfde personen zitten. Verschillende natuurlijke personen moeten de zetels bezetten, zodat bij aansturing en escalatie niet dezelfde personen de opdracht geven en ontvangen of personen met controle worden belast op werk, dat zij op een ander niveau zelf hebben uitgevoerd. Indien door omvang in de organisaties dit onvermijdelijk is, dan moeten minimaal afspraken gemaakt worden met betrekking tot stemrecht bij escalaties en is vervanging op één van de zetels een aandachtspunt om zo snel mogelijk op te lossen.

In de zetelbezetting kan een situatie ontstaan dat personen toch in verschillende rollen nodig zijn: agenda zetten in de LWKS, deskundige in een expertteam of bestuurder bij het contracteren en in de escalatie. In die gevallen waar dit niet te beleggen is bij verschillende personen, bijvoorbeeld door omvang van een branche- of beroepsvereniging dient strikte rolzuiverheid betracht te worden. Dit kan gedaan worden door leveren van inhoud maar mogelijk onthouding van stemming op een escalerend niveau. Per situatie zullen in de uitwerking hierover algemene spelregels worden vastgelegd.



Functiescheiding in het hoofdproces

15

Om te evalueren of processen governance-proof zijn, is dit zowel vanuit governance voor het geheel, als op uitvoerbaarheid in de bedrijfskundige analyse bekeken. De conclusies, verwerkt in het procesoverzicht in bijlage VII, zijn :

1. Organiseer de benodigde deskundigheid afzonderlijk. Belangenbehartiging is een belangrijke functie in het model, echter: deze moet zodanig worden ingericht, dat stellingname niet tot blokkade in de besluitvorming leidt. Dit is te regelen door de volgende maatregelen:
 - Stel een bindende samenwerkingsovereenkomst tussen alle betrokken partijen.
 - Vanuit deze overeenkomst wordt een formele Landelijke Werkgroep Kwaliteitsstatuut geformeerd, waarin elke partij in de overeenkomst een zetel benoemt en zich verplicht deze actief in te vullen.
 - De LWKS heeft de plicht om de volgende zaken te regelen:
 - Opstellen inhoudelijke agenda voor 18 maanden vooruit, bij te stellen op elke vergadering van de LWKS. Zij vergaderen bij voorkeur één keer per kwartaal.
 - Installeren van de expertteams met relevante deskundigheid op concreet voorstel van de coördinator om wijzigingen in het kwaliteitsstatuut of specifieke delen daarvan te beoordelen.
 - Installeren van expertteams met relevante deskundigheid om een concreet verzoek tot opname in het Model Kwaliteitsstatuut als regiebehandelaar te beoordelen, conform het protocol experimenteerruimte.
 - Onderhouden van de pool van deskundigen, die beschikbaar zijn om in een expertteam te worden opgenomen.
 - Aanstellen van content management expertteam, dat inhoudelijke berichten en discussies rond de registratie van het kwaliteitsstatuut door zorgaanbieders helpt beantwoorden.
2. Zorg voor een heldere en formele opdracht van het DO HLA, waarin met name het coördineren van de ondersteunende processen wordt geregeld. Bij het geven van deze opdracht aan een derde onafhankelijke partij moeten de volgende zaken geregeld worden:
 - De opdracht is expliciet geformuleerd rond de planmatige realisatie van de doelen:
 - onderhoud en doorontwikkeling van het model kwaliteitsstatuut en
 - praktische invulling van de mogelijkheid het kwaliteitsstatuut te registreren door de zorgaanbieders, momenteel via uitbesteding bij Mediquest.
 - Concreet worden de in te richten processen genoemd, die moeten worden uitgevoerd door de coördinatorrol:
 - Organiseren en faciliteren van alle vergaderingen (LWKS en expertteams, toetsingscommissie zodat coördinatie en continuïteit van onderwerpen geborgd zijn).
 - Opstellen van vergaderagenda's en notuleren van alle vergaderingen.
 - Opdracht aan expertteams uitzetten en adviezen verzamelen, zowel voor inhoudelijk aanpassingen als verzoeken tot uitbreiding of inkrimpen van de regiebehandelaren in het model KS.
 - Contract management, inclusief rapportage en monitoren van de uitvoering.
 - Financieel management, inclusief rapportage, opstellen jaarbegroting.
 - Monitoren van de publicatie van de geregistreerde kwaliteitsstatuten.
 - Signaleren en starten van de escalatie procedure voor besluitvorming.



- Expliciet is de rol van coördinatie gericht op planmatigheid en niet op deskundigheid of belang. Deze rol is dus in te vullen door een onafhankelijke derde.
3. Behoud uitvoering door een derde partij op basis van een helder contract. Op dit moment gebeurt dit al via Mediquest. Door uitvoering en coördinatie helder te splitsen, is ook het monitoren van de uitvoering in goede governance gebracht.
 4. Vul toezicht aan met:
 - Financieringstoezicht door toekennen van premiegelden voor kwaliteitsontwikkeling dan wel subsidie vanuit ZonMw.
 - Monitoren van de kwaliteit en impact van de publicaties bij ZIN, Vektis (direct of indirect), MIND en de zorgaanbieders zelf.
 - Een expliciete toets op uitvoerbaarheid en kostenconsequenties. Er is daartoe een procedure voor opname van een (nieuwe versie van een) kwaliteitsstandaard (en het kwaliteitsstatuut is in de definitie van ZIN een standaard)⁸. Dit is conform het model voor het ontwikkelen van zorgstandaarden door AKWA GGZ. Deze worden ook expliciet aan deze toets ontworpen. Partijen kan bij indiening van een kwaliteitsstandaard worden gevraagd een inschatting te geven van mogelijke substantiële meerkosten naar aanleiding van de invoering van de standaard. Het Zorginstituut toetst dit dan vervolgens ahv de volgende toetscriteria voor het identificeren van mogelijke substantiële meerkosten:
 - een toename van het aantal in te zetten voltijdsequivalenten aan zorgverleners;
 - een verhoging van de kwalificaties van de in te zetten zorgverleners; of
 - een nieuwe wijze van zorgverlening of een andere organisatie van het zorgproces waarbij bouwkundige, ruimtelijke, technische of organisatorische aanpassingen nodig zijn waarvoor een financiële investering nodig is.Indien een van deze drie criteria van toepassing is, kan het Zorginstituut de NZa vragen om een budgetimpactanalyse (BIA) uit te voeren.
 - Toezicht op de gerealiseerde kwaliteit en verbeteringen door de inspectie. Dit is het sluitstuk, dat mede antwoord geeft op het uiteindelijke doel: kwaliteitsverbetering in de GGZ.
 5. Benoem een onafhankelijk kassier⁹ passend bij de te verkrijgen financiering. De kassier wordt geïnformeerd en getriggert tot het doen van betalingen vanuit de coördinatie van de ondersteunende processen.

⁸ Dit bestaat uit vijf criteria (zie ook: <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/bevorderen-kwaliteit-en-inzichtelijkheid-van-de-zorg/toetsingskader-voldoen-aan-voorwaarden-toetsingskader-voor-plaatsing-kwaliteitsinstrumenten-in-register>) en sinds 2018 op het verzoek van het Ministerie van VWS ook een toets op eventuele meerkosten.

⁹ Op basis van informatie in oktober 2019 zal de financiering lopen via een subsidie aanvraag bij ZonMw. Dan is dat de kassier.



Protocol experimenteerruimte met toetsing vooraf

17

Ten aanzien van het opgestelde protocol experimenteerruimte stellen we vast, dat dit zorgvuldig is opgesteld en uitgevoerd kan worden. Er is onderzocht in welke mate de controle vooraf door de toetsingscommissie, als een belemmering op de doorlooptijd wordt ervaren en de mogelijkheid om als regiebehandelaar opgenomen te worden in de praktijk beperkt. Dit risico is beperkt en valt in het niet bij het probleem dat bij toetsing achteraf ontstaat als ten onrechte toestemming is verleend en een betaaltitel is ontstaan die teruggedraaid moet worden. Het protocol daarvoor blijkt onwenselijk en wordt als onwerkbaar gezien¹⁰.

Na goedkeuring van de governance adviseren wij om het protocol zo snel mogelijk in werking te zetten en een toetsingscommissie te benoemen. Na het behandelen van enkele zaken is het goed om het protocol experimenteer ruimte te evalueren op doorlooptijd en eventuele belemmeringen. Overweeg om de toetsingscommissie met vaste bezetting flexibel aan te vullen met relevante deskundigen voor het experiment ter zake. Benoeming in een expertrol in de toetsingscommissie is bij voorkeur tijdelijk en voor het betreffende experiment.

Expertteam en toetsingscommissie

In de nieuwe governance zijn twee soorten expertteams opgenomen. Expertteams over inhoudelijke aanpassingen van het model kwaliteitsstatuut en toetsingscommissie als experts over toelating van nieuwe regiebehandelaren in het model KS. De werking van een expertteam is altijd hetzelfde:

1. Een expertteam heeft een specifieke opdracht.
2. Een expertteam rapporteert terug in de vorm van een advies, bij voorkeur unaniem maar als dat niet kan met vermelding van de stemverhouding.
3. Een expertteam krijgt een bepaalde tijd om de opdracht te vervullen. Bij verlopen van de tijd wordt dit beschouwd als een negatief advies.
4. Na het advies is het expertteam opgeheven, zij voeren geen eigen agenda.

Uitgangspunten bij beoordeling en ontwikkeling van het model kwaliteitsstatuut zijn deskundigheid en goede vertegenwoordiging. Om daaraan te voldoen zal de samenstelling van een expertteam passend moeten zijn bij de opdracht. Om voldoende responsief te kunnen zijn bij het uitvoeren van opdrachten, wordt een pool van experts ontwikkeld. De invulling van een expertteam gaat volgens het volgende proces:

1. Een expertteam wordt samengesteld op basis van de opdracht die is opgesteld door de coördinator.
2. De coördinator beschikt over een pool van experts met bekende deskundigheid en doet een voorstel aan de LWKS voor samenstelling van een team vanuit die pool.
3. Een expertteam bestaat minimaal uit 3 personen.
4. Indien in de pool van experts geen deskundigen beschikbaar zijn voor de opdracht dan wordt de pool aangevuld door de LWKS. De LWKS is verantwoordelijk voor het vullen van de pool. Zij doet dat op voordracht van de partijen die de samenwerkingsovereenkomst zijn

¹⁰ Dit onderwerp is expliciet benoemd in de raadpleging bij de zittende LWKS op 17 oktober 2019.



aangegaan en daarmee de LWKS hebben ingericht. Elke partij mag experts voordragen. De LWKS beslist over toelating op basis van meerderheid van stemmen.

5. Een expertteam wordt formeel geïnstalleerd door de LWKS op basis van een voorstel door de coördinator. Na installatie wordt het expertteam aan het werk gezet met een specifieke opdracht.

Risico's en AVG

Ten aanzien van de risico's is expliciet gekeken naar de AVG-aspecten. Die zijn in de bestaande uitvoering naar vermogen ingevuld door partijen en op de website GGZkwaliteitsstatuut.nl geïmplementeerd. Het risico, dat betrokkenen zullen klagen, is niet groot, omdat keurig toestemming wordt gevraagd met betrekking tot het registreren en doorleveren van persoonsgegevens. Elke partij kan afzien van levering van gegevens.

De datastroom is in dit geval niet complex. Iedere vrijgevestigde (of instelling met beroepsbeoefenaren) geeft de uitvoerder (Mediquest) feitelijk opdracht de persoonsgegevens van de vrijgevestigde(n) te verwerken op de door deze opdrachtgever gewenste wijze. Het is Mediquest niet toegestaan daar zelfstandig wijziging in aan te brengen. Er is evenwel tussen de vrijgevestigden (of instellingen), behalve een toestemming voor een specifieke verwerking geen verwerkersovereenkomst. De verwijtbaarheid van het verwerken van gegevens met toestemming door een partij zonder verwerkingsovereenkomst blijft dus bestaan. Er is een risico. Totdat een verwerkersovereenkomst wordt opgesteld, kunnen er boetes worden opgelegd. Door aanpassing van het digitaal toestemmingsformulier, gekoppeld aan een standaard verwerkingsovereenkomst waarvoor iedere vrijgevestigde (of instelling) toestemming verleent kan Mediquest in de uitvoering deze omissie snel oplossen.

Rechtspersonen

Het is niet nodig een nieuwe rechtspersoon op te richten. Daarbij zijn 2 belangrijke voorwaarden te stellen: (1) financiering middels subsidie is te regelen via een derde als aanvraag bij ZonMW wordt gedaan is namelijk een rechtspersoon een voorwaarde en (2) de verwerkersverklaring in het kader van de AVG wordt direct geregeld tussen de uitvoerder en de zorgaanbieder via een aanvullende verklaring op de website.

De inrichting met processen, protocollen en expliciete contracten is met de scheiding van functies voldoende om de door ontwikkeling en het beheer goed te regelen. Met name de coördinerende rol leent zich om bij een onafhankelijke partij te beleggen. Deze onafhankelijke uitvoering is aan een willekeurige marktpartij uit te besteden, die zich als facilitator opstelt en de ondersteunende processen wil coördineren.

AKWA GGZ heeft in dit kader aangegeven terughoudend te zijn ten aanzien van het op zich nemen van een rol in het beheer van het kwaliteitsstatuut. AKWA GGZ heeft een eigen zorgvuldig vastgelegde governance en daarin is deze rol niet benoemd. AKWA GGZ kan dus niet zonder meer een opdracht hiervoor aanvaarden. Wij adviseren daarom om AKWA GGZ niet zonder overleg aan te wijzen als logische partij in deze rol, maar AKWA GGZ alleen in overweging te nemen, als zijzelf naar voren stapt om de rol van coördinator en facilitator op zich te nemen.



Financiering

19

Ten aanzien van de financiering van de governance, de technische en inhoudelijke doorontwikkeling van de het Model Kwaliteitsstatuut en de volledige registratie, toetsing, beheer en publicatie, is beperkt onderzoek gedaan. Een enkele vraag bij Zorgverzekeraars Nederland heeft geen zekerheid hierover gegeven. We leunen hier daarom op de observatie in de juridische analyse: *"De Zorgverzekeringswet maakt het wel mogelijk dat er uit fondsen (Zorgverzekeringsfonds, artikel 39 Zorgverzekeringswet, beheert door Zorginstituut Nederland) bepaalde lasten worden betaald (lid 3). Dit fonds bevat de geldstromen onder de Zorgverzekeringswet. Bij ZonMw loopt daarnaast op dit moment het programma Kwaliteit van Zorg. Dit programma verbindt onderzoek, ontwikkeling en implementatie om blijvende kwaliteitsverbetering te realiseren."*

Zekerheid over financiering is in het kader van dit rapport (nog) niet vastgesteld. Bij positief besluit over de inrichting kan bij de opdracht tot coördinatie als de eerste stap het regelen van een structurele financiering worden opgenomen. Dit rapport en ervaring uit het verleden zijn dan de basis om dit snel en met vertrouwen te regelen.

In het overleg DO HLA van 7 oktober is het onderwerp besproken en daarin heeft AKWA GGZ aangeboden de aanvraag van de huidige begroting ter waarde van € 150.000 voor 2020 mee te nemen in de aanvraag bij ZonMW. Dit is ingegeven door het feit dat financiering bij ZonMW alleen door een rechtspersoon gedaan kan worden. Blijkbaar kan dit wel bij delegatie gedaan worden. Uitwerking van inhoud en verantwoording van het budget verloopt dan via de stichting AKWA GGZ en is procedureel nog in te vullen¹¹.

Bezwaar- en klachtenprocedure

Vanuit governance perspectief is het raadzaam om ook een bezwaar- en klachtenprocedure op te nemen. Deze ligt feitelijk buiten de partijen. Het voorstel is om dit expliciet te maken in de opdracht aan de coördinator, zodat deze in eerste instantie klachten en beroep in ontvangst gaat nemen en registreren. Indien na het geven van een procestoelichting door de coördinator het bezwaar of de klacht blijft bestaan, dan stellen we voor om een externe partij te betrekken. Uitbesteding aan een geschillencommissie kan vanuit de coördinator worden georganiseerd. Er zijn dan wel kosten aan verbonden die in de begroting opgenomen dienen te worden. Een externe geschillencommissie geniet de voorkeur op basis van de raadpleging in de LWKS van 17 oktober 2019.

¹¹ De consequentie van een subsidie aanvraag door een partij voor werk dat zijn mogelijk niet zelf uitvoeren kunnen we op dit moment niet goed overzien. Afhankelijk van de vervolg stappen de afspraken met AKWA GGZ meenemen in de implementatie.



Implementeren

20

Een advies voor governance met concrete inrichting is gegeven. Implementeren is de volgende stap om de governance rond het kwaliteitsstatuut daadwerkelijk te verbeteren. Om dit advies te implementeren dienen de volgende stappen gezet te worden:

1. DO HLA besluit tot implementatie.
2. DO HLA geeft een derde partij opdracht de eerste stappen uit te werken:
 - Opstellen begroting voor 2020-2025.
 - Opstellen opdracht voor coördinatie, beheren van het kwaliteitsstatuut.
 - Opstellen overeenkomst tot samenwerking met mandaat voor LWKS.
3. DO HLA besluit tot goedkeuring begroting, inclusief financiering 2020-2025.
4. DO HLA geeft opdracht aan onafhankelijke derde voor verdere inrichting en operationalisering door een onafhankelijke coördinator.
5. DO HLA bevestigt overeenkomst tot samenwerking en benoeming van de zetels in de LWKS en verzoekt de LWKS de eerste 18 maanden agenda op te stellen.

Na deze stappen is de governance ingericht. De verwachte doorlooptijd voor de inrichting is circa 3 maanden na akkoord. Een aangepaste governance zou dan vanaf 1 januari 2020 gerealiseerd kunnen zijn. Echter bij het geven van de opdracht tot realisatie op 1 december 2019 is 1 maart 2020 de vroegst haalbare datum.



BIJLAGEN**21**

Alle bijlagen zijn in een afzonderlijk rapport opgeleverd: 20191027 *Bijlage – Adviesrapport tBureau GGZ LWKS Governance V1*.

Bronnen

Bijlage I	Begrippen
Bijlage II	Onderzoek vanuit bedrijfskundig perspectief
Bijlage III	LWKS Procesanalyse huidige situatie
Bijlage IV	Onderzoek vanuit governance perspectief
Bijlage V	Governance andere kwaliteitskaders
Bijlage VI	Onderzoek vanuit juridisch perspectief
Bijlage VII	Governance Kwaliteitsstatuut Advies





Datum: 28 oktober 2019

Betreft: Hoog specialistische GGZ

Ter bespreking

Er is al enige tijd overleg met diverse partijen zoals VWS, NZa, MIND, Zorgverzekeraars Nederland, de beroepsverenigingen en GGZ Nederland over de bekostigingsproblematiek van de hoogspecialistische ggz. Het voorstel is om te zoeken naar een duurzame en structurele oplossing, analoog aan de somatische zorg, om de infrastructuur van hoogspecialistische ggz te financieren met een regeling zodat dit voor alle patiënten die dit nodig hebben beschikbaar is en blijft.

Dit voorstel wordt door een groot aantal branchepartijen ondersteund en door de NVvP ingebracht in het Hoofdlijnenakkoord GGZ (mede namens o.a. GGZ Nederland, NIP, P3NL, MIND).

Vraag aan het DO:

Ondersteunt u het volgende voorstel voor de bekostiging van de infrastructuur van hoogspecialistische ggz:

- Een structurele, duurzame oplossing analoog aan de BBAZ regeling, zodat de hoogspecialistische functies op lange termijn stevig geborgd worden. Implementatie zou per 2022 van kracht moeten zijn en een onderdeel uitmaken van een nieuw HLA.
- Overgangsregeling van 2020-2022:
Ten laste van het makrokader ggz (bijv. het gebruiken van de onder uitputting) een overgangsregeling instellen, waarbij de middelen via een subsidieregeling van VWS door een onafhankelijke partij¹ worden verdeeld over de afdelingen die aantoonbaar voldoen aan de gestelde criteria voor hoogspecialistische ggz.

¹ Dit kan bijvoorbeeld analoog aan de verdeling van opleidingsbudgetten (TOP-opleidingen) via een aparte stichting, of door analoog aan de regeling Top Zorg in de MSZ door ZonMw.



Ter voorbereiding van het Bestuurlijk Overleg HLA, treft u hieronder een probleemdefinitie aan met een uitwerking van een voorstel voor financiering van de infrastructuur van de hoogspecialistische ggz.

1. Probleemdefinitie

Om de kwaliteit en effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg te blijven ontwikkelen is hoogspecialistische ggz van groot belang. Zowel voor de individuele patiënt en diens naasten, de ontwikkeling van het vakgebied, als voor de maatschappij als geheel. Dit vraagt om een structurele bekostiging net zoals dat in de somatiek ook is geregeld. Binnen afdelingen die hoogspecialistische ggz bieden wordt aantoonbaar al jarenlang geïnvesteerd in kennisontwikkeling, experimenteren, innoveren, patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek en kennisoverdracht. De afgelopen 13 jaar is er hard gewerkt aan het ontwikkelen van een keurmerk voor deze hoogspecialistische ggz, om zo objectief mogelijk vast te stellen aan welke onderscheidende criteria zij voldoen en in welke doelgroepen zij gespecialiseerd zijn. Dit heeft op dit moment geleid tot een 46-tal TOPGGz-afdelingen met specialisaties over alle doelgroepen en door het hele land. De toetsing wordt uitgevoerd door een landelijke commissie met een onafhankelijk voorzitter. Alle gecertificeerde afdelingen presenteren hun zorgaanbod en hun resultaten en effecten op transparante wijze op www.topggz.nl zodat dit zowel voor patiënten en naasten, als voor verwijzers en het veld goed te vinden is!

Voor meer informatie over TOPGGz verwijzen we naar bijlage 2.

In de somatische zorg is deze rol – onder voorwaarden- toegekend aan de academische ziekenhuizen, met een bijpassende bekostiging (BBAZ). Ook geldt voor algemene ziekenhuizen de regeling Toegepaste Topklinische Zorg en Onderzoek (TTZO) waar specialistische topklinische zorg gecombineerd met toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek en onderwijs (de topklinische functie) een tijdelijke subsidie –via ZonMw- kan krijgen, als wordt voldaan aan zeer strenge criteria.

De ggz heeft op vergelijkbare wijze ook dergelijke koplopers die ook via structurele kennisontwikkeling, experimenteren en innoveren een belangrijke bijdrage leveren aan duurzame en breed inzetbare verbeteringen in de ggz. Zij hebben zich gespecialiseerd in diagnostiek en behandeling van een specifieke patiëntengroepen die vanwege (zeer) ernstige, complexe, en soms zeldzame aandoeningen onvoldoende baat hebben bij reguliere specialistische ggz. Deze groep is vaak ten einde raad en al jarenlang op zoek naar een perspectief op herstel. Naast zeer gespecialiseerde patiëntenzorg, dragen de afdelingen bij aan de ontwikkeling van het vakgebied van de ggz door innovatie, onderzoek en kennisoverdracht. Hier heeft de maatschappij als geheel profijt van.

Refererend aan het vigerende **Hoofdpijnenakkoord** dat loopt van 2019 t/m 2022 en de **Agenda voor Gepast gebruik en Transparantie** vervult de hoogspecialistische ggz een belangrijke rol in het realiseren van een aantal doelstellingen hieruit:

- *Zorg op de juiste plek en de mens centraal*: hoogspecialistische afdelingen bieden een flexibel pakket en ze hebben allemaal een landelijke functie: ze kunnen een eenmalige second opinion uitvoeren of consultatie en advies geven aan de behandelaar/verwijzer, zodat patiënten toch kunnen profiteren van deze hoogspecialistische kennis zonder er naar verwezen te worden. Dit is een belangrijke functie om wachtlijsten te voorkomen of te beperken. Patiënten kunnen soms tijdelijk naar een dergelijke afdeling om te profiteren van een innovatieve behandeling of hoogspecialistische diagnostiek. De door deze afdelingen ontwikkelde Decision Tools helpen erbij om de meest geschikte behandelsetting in te schatten (matched care), zodat de kans dat de patiënt op de juiste plek terecht komt het grootst is. Daarnaast verspreiden deze afdelingen aantoonbaar hun kennis aan vakgenoten, zodat ook elders men hier gebruik van kan maken. Dat betekent voor het wachtlijstprobleem dat zo steeds meer afdelingen door deze kennisverspreiding ook zelf in staat worden gesteld meer gespecialiseerde zorg te bieden (eventueel met behulp van de consultatiefunctie van TOPGGz-afdelingen). Ten slotte zijn innovaties er altijd op gericht om zo vroeg mogelijk ernstige symptomen of een chronisch beloop te signaleren dan wel te voorkomen of een perspectief te bieden bij situaties waar sprake is van zeer ernstige en complexe problemen en waarbij eerdere specialistische ggz niet geholpen heeft. Afdelingen ontwikkelen intensieve, maar vaak zeer compacte effectieve behandelingen, zoals bijv. bij persoonlijkheidsstoornissen of bij PTSS, om de wachtlijstproblemen te verminderen en doorstroom te bevorderen.
- *De professional en de problematiek van de arbeidsmarkt*: veel ggz-instellingen gebruiken het TOPGGz-keurmerk als een middel voor een goed werkgeverschap. Het motiveert professionals om kwaliteit van zorg te verbeteren, het sluit aan bij ambitie en het blijkt dat bij verschillende instellingen die dit onderzocht hebben dat de arbeidstevredenheid significant hoger is dan op andere afdelingen. Deze afdelingen tonen zich aantrekkelijk in



- het aantrekken en vooral behouden van gemotiveerde en gedreven professionals. Juist door de combinatie van patiëntenzorg en onderzoek, innovatie en kennisverspreiding wordt voor hen een aantrekkelijk werkklimaat gecreëerd, waarvan de uitkomsten direct ten goede komen aan de patiënt die dit zo nodig heeft!
- **Kwaliteit van zorg:** hoogspecialistische ggz draagt actief bij aan het verbeteren van kwaliteit van zorg. Zij participeren in richtlijncommissies, doen onderzoek naar oorzaak en beloop van aandoeningen, ontwikkelen innovaties en verspreiden kennis hierover naar het veld. Hierdoor werken zij mee aan het steeds verder verhogen van de kwaliteit van zorg.
 - **Gepast gebruik en transparantie:** de afdelingen met het TOPGGz-keurmerk maken allemaal conform een uniform sjabloon inzichtelijk wie deze hoogspecialistische zorg in Nederland leveren voor welke doelgroep, hoe zij hun resultaten en effecten meten en vooral wat zij bereiken. Zodat patiënten en verwijzers hier optimaal zicht op krijgen en een beroep op kunnen doen.

In tegenstelling tot de somatische zorg is er voor de koplopers, die de topklinische/ hoogspecialistische taken uitvoeren, geen adequate c.q. duurzame bekostiging geregeld.

De afgelopen jaren hebben instellingen deze afdelingen minimaal financieel kunnen ondersteunen bij deze taken, maar alle bezuinigingsrondes hebben er toe geleid dat hier geen geld meer voor is.

De instellingen trekken nu steeds vaker aan de bel dat zij deze functies financieel niet meer in de lucht kunnen houden.

Om zorg op de juiste plek te kunnen bieden, de ontwikkeling van de ggz-sector, en het belang hiervan voor de maatschappij moeten deze functies rendabel geleverd kunnen worden. Daarom moeten er op korte termijn oplossingen komen voor deze afdelingen, om te voorkomen dat zij hun hoogspecialistische functie moeten ontmantelen.

Dit zou enorme kennis- en kapitaalsvernietiging zijn en niet bijdragen aan het oplossen van de wachttijden en zorg op de juiste plek.

Een deel van de kosten voor hoogspecialistische patiëntenzorg wordt gefinancierd middels de budgetten uit o.a. de ZVW, door goede tariefafspraken te maken voor de DBC's, door de (vernieuwde) bekostiging van medische vervolgopleidingen en door het binnenhalen van onderzoekssubsidies.

Er zijn echter kosten voor de infrastructuur voor de hoogspecialistische GGZ waarvoor geen dekking bestaat.

Om de problematiek uiteen te rafelen maken we onderscheid in a. de individuele patiëntenzorg die duurder is in de hoogspecialistische ggz en b. de infrastructuur die nodig is voor de uitvoering van de hoogspecialistische/topklinische functies.

a. Individuele patiëntenzorg in de hoogspecialistische ggz is duurder:

- Hogere loonkosten door de inzet van experts uit het veld die hoger worden ingeschaald dan gemiddeld
- Er wordt permanent geïnvesteerd in het deskundigheidsniveau van medewerkers om hen bekwaam te maken en houden om complexe problematiek te diagnosticeren en behandelen. Dit resulteert in hogere kosten dan gemiddeld voor de scholing van nieuwe medewerkers en bijscholing van medewerkers in onder andere toepassing van nieuwe protocollen, van innovaties en het delen van kennis over nieuwe wetenschappelijke inzichten.
- Inzet van arbeidsintensieve diagnostiek en behandeling van patiënten met ernstige en complexe problemen. Behandeling is vaak een mix van interventies. Naast individuele behandeling en groepsbehandeling is vaak ook intensieve individuele begeleiding nodig. Gericht op de verschillende comorbiditeit, om toch te kunnen profiteren van geprotocolleerde behandeling, het risico op decompensatie te monitoren. Daarmee beïnvloeden deze trajecten de contractafspraken die veelal zijn gemaakt op basis van gemiddelde kosten per cliënt voor de gehele organisatie
- De huidige dbc-systematiek is gebaseerd op een functiemix. Door de inzet van meer psychiaters, klinisch psychologen, psychotherapeuten dan gemiddeld is de functiemix anders en duurder. Bij het zorgtype second opinion is dit bij uitstek een probleem, omdat hier enkel de duurdere beroepen worden ingezet. Dit is een probleem in de dbc-systematiek die uitgaat van een gemiddelde functiemix. Met het zorgprestatie-model wordt dit probleem opgelost.



b. Kosten voor de infrastructuur voor structurele kennisontwikkeling, experimenteren en innoveren van het veld worden niet vergoed vanuit de dbc's

- Structurele kosten die zijn gemoeid met de *infrastructuur* om te innoveren en gedegen wetenschappelijk onderzoek te doen. Het gaat hier om de inzet en bekostiging van hoogleraren, onderzoekers, projectleiders, data-analisten, licenties en fondsenwerving. Het gaat hierbij dus niet om de kosten van het onderzoek zelf. Hiervoor wordt weliswaar een beroep gedaan op fondsen en derde geldstromen, maar met de kanttekening dat dit geen structurele oplossing is en kwetsbaar is. Zo is de kans op subsidies vaak erg klein en wordt er bij de meeste onderzoeken nog een bijdrage van de instelling zelf gevraagd. Bijvoorbeeld de inzet van onderzoeksverpleegkundigen, training van hulpverleners, een eigen financiële bijdrage etc.
- Bij stagnerende behandeling op zoek te gaan naar *alternatieven* door literatuuronderzoek of collega's buiten de eigen organisatie (landelijk en/of internationaal) te raadplegen met als doel te leren van de casuïstiek en hiermee het perspectief op een succesvolle behandeling te vergroten.
- *Kennisverspreiding*: Het is essentieel dat de ontwikkelde kennis ten goede komt aan het hele vakgebied, zodat dit bijdraagt aan de verbetering van de totale ggz-zorg. Het gaat om:
 - Consultatie en advies aan ggz-behandelaren, zowel in de zorgketen, als ook landelijk, soms ook aan specialisten in de somatische zorg of aan huisartsen
 - Bijdragen aan- en organisatie van symposia, congressen en nascholing
 - Publiceren in wetenschappelijke tijdschriften en leerboeken
 - Participeren in opleidingen voor de relevante BIG beroepen
 - Deel te nemen aan de commissies die de Zorgstandaarden ontwikkelen en actualiseren
 - Te participeren in kenniscentra en samenwerkingsverbanden

2. Raming van de benodigde kosten

Omvang van de noodzakelijke kosten ter financiering van een structurele infrastructuur:

De benodigde bijdrage is geschat op ca € 250K per afdeling per jaar, onafhankelijk van de grootte ervan. Op dit moment zijn er 46 afdelingen met een TOPGGz-keurmerk, een aantal aanvragen is in behandeling. De verwachting is dat dit de komende jaren groeit naar 55 à 60 afdelingen. In totaal gaat het dus om € 12 tot € 15 mln op jaarbasis. Ieder jaar wordt er door de Stichting Topklinische GGz een analyse gemaakt van de concentratie en spreiding van de diverse afdelingen over het land. Zo worden lacunes qua doelgroepen in kaart gebracht en gekeken of er sprake is van een overconcentratie. Geschat is dat 5 % van alle patiënten die in zorg zijn in de ggz een hoogspecialistische zorgvraag heeft. Op dit moment (september 2019) is het aantal patiënten dat in zorg is bij TOPGGz-afdelingen nog slechts 2%, er lijkt m.a.w. nog geen overconcentratie te zijn. Deze analyse wordt elk jaar gedaan. Mocht het op enig moment boven de 5% uitkomen in totaal dan kan er altijd voor gekozen worden om de criteria te verzwaken.

Een mogelijkheid zou zijn een regeling analoog aan de BBAZ (beschikbaarheidsbijdrage academische zorg) regeling in de somatische zorg (voor umc's) te ontwikkelen. De criteria hiervan sluiten immers direct aan bij de TOPGGz-criteria (zie bijlage 1), hierbij wordt getoetst of een afdeling die gespecialiseerd is in een specifieke doelgroep deze hoogspecialistische zorg biedt en voldoet aan alle criteria.



3. Regelingen in de medisch somatische zorg (MSZ)

In de MSZ is er sprake van de BBAZ-regeling. Deze is specifiek bestemd voor academische ziekenhuizen en het AvL ziekenhuis.

De BBAZ is bedoeld voor het uitvoeren van de topreferente functie. Met de beschikbaarheidsbijdrage wordt de topreferente patiëntenzorg én de bijbehorende infrastructuur, de kenniscomponent, en de ontwikkeling & innovatie die nodig is voor het behandelen van deze topreferente patiënten bekostigd.

DE BBAZ bestaat uit twee (samenhangende) delen:

- het (variabele) gedeelte voor topreferente patiëntenzorg en
- het (vaste) gedeelte voor ontwikkeling en innovatie (O&I).

Het O&I-deel is bedoeld voor het bekostigen en beschikbaar houden van de infrastructuur voor het uitvoeren van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, het bedenken, uittesten en verspreiden van nieuwe behandelingen en diagnostiek en de ontwikkeling & innovatie die nodig is voor het behandelen van topreferente patiënten.

Om in aanmerking te komen voor de BBAZ moet een zorgaanbieder aan drie toegangscriteria voldoen:

BBAZ toegangscriteria

1. *Van het totaal aantal patiënten van een Nederlandse zorgaanbieder is op jaarbasis minimaal 35% een topreferente patiënt, waarbij een topreferente patiënt voldoet aan de labelsystematiek die is ontwikkeld in het ROB/JN traject én*
2. *Er is sprake van een bestuurlijk formeel samenwerkingsverband met een Nederlands Instituut voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek of een Nederlandse geneeskunde faculteit. Dit samenwerkingsverband wordt ook aanwezig geacht indien beide functies in één organisatie zijn ondergebracht én*
3. *Zorgaanbieders moeten voldoen aan de kenmerken uit de huidige definitie van de topreferente functie waarbij het verrichten van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek een belangrijk element is.*

Binnen de BBAZ worden drie compartimenten onderscheiden.

1. Eén compartiment is bedoeld voor academische ziekenhuizen waarbij de topreferente zorg niet volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven.
2. Eén compartiment is bedoeld voor zorgaanbieders, niet zijnde academische ziekenhuizen, waarbij de topreferente zorg niet volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven.
3. Eén compartiment is bedoeld voor zorgaanbieders waarbij de topreferente zorg volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven. De BBAZ wordt hier gebruikt voor het financieren van de infrastructuur, kennisontwikkeling en innovatie die nodig is voor zorggerelateerde research in het kader van de topreferente functie.

Het betreft een beleidsregel die wordt uitgevoerd door de NZA. Het budget is onderdeel van het financiële macrokader MSZ.

Een andere mogelijkheid is een subsidieregeling analoog aan de regeling Toegepaste Topklinische Zorg en Onderzoek (TTZO) waar specialistische topklinische medisch specialistische zorg gecombineerd wordt met toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek en onderwijs (de topklinische functie) als wordt voldaan aan zeer strenge criteria. Dit loopt via ZonMw. Het budget is onderdeel van het financiële macrokader MSZ.



4. Voorstel bekostiging hoogspecialistische ggz

Anders dan in de MSZ, is het voorstel deze bijdrage te koppelen aan een **afdeling** die aantoonbaar deze hoogspecialistische zorg levert voor een specifieke doelgroep, en niet aan een hele instelling. Daarbij gaat het primair om patiëntgebonden onderzoek, en niet over fundamenteel onderzoek. Ook kan de verantwoording worden gekoppeld aan het TOPGGz-Keurmerk of een variant waarbij eveneens aantoonbaar aan de criteria voor hoogspecialistische ggz wordt voldaan. In bijlage I is een vergelijking gemaakt tussen de certificeringscriteria van TOPGGz en de toelatingscriteria voor de BBAZ, waaruit blijkt dat deze zeer vergelijkbaar zijn.

Samengevat:

- Voorstel is om ook in de ggz een **structurele, duurzame** oplossing te zoeken **analoog aan de BBAZ regeling**, zodat deze hoogspecialistische functies op lange termijn stevig geborgd worden. Implementatie zou per 2022 van kracht moeten zijn en een onderdeel uitmaken van een nieuw HLA.
- **Overgangsregeling van 2020-2022:**
Ten laste van het makrokader ggz (bijv. het gebruiken van de onder uitputting) een overgangsregeling instellen, waarbij de middelen via een subsidieregeling van VWS door een onafhankelijke partij² worden verdeeld over de afdelingen die aantoonbaar voldoen aan de gestelde criteria voor hoogspecialistische ggz.

² Dit kan bijvoorbeeld analoog aan de verdeling van opleidingsbudgetten (TOP-opleidingen) via een aparte stichting, of door analoog aan de regeling Top Zorg in de MSZ door ZonMw.

Bijlage 1: Vergelijking beoordelingscriteria BBAZ en TOPGGz

Beoordelingscriteria	BBAZ	TOPGGz
Toegangscriteria	1 Van het totaal aantal patiënten van een Nederlandse zorgaanbieder is op jaarbasis minimaal 35% een topreferente patiënt, waarbij een topreferente patiënt voldoet aan de labelsystematiek die is ontwikkeld in het ROBIJN traject én	Criterium 2: de afdeling moet aantonen dat tenminste 50% van de patiënten een hsggz zorgvraag heeft (onderbouwd met een wetenschappelijk gevalideerde Decision Tool of overtuigende instroomcriteria).
	2 Er is sprake van een bestuurlijk formeel samenwerkingsverband met een Nederlands Instituut voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek of een Nederlandse geneeskunde faculteit. Dit samenwerkingsverband wordt ook aanwezig geacht indien beide functies in één organisatie zijn ondergebracht én	Criterium 8: de afdeling moet aantonen dat er minimaal 1 hoogleraar verbonden is aan de afdeling en er minimaal 1 formeel samenwerkingsverband met een universiteit of UMC is.
	3 Zorgaanbieders moeten voldoen aan de kenmerken uit de huidige definitie van de topreferente functie - Kennisinfrastructuur: topreferente zorg vraagt om een multidisciplinaire infrastructuur, waarin fundamenteel, translationeel en toegepast medisch wetenschappelijk onderzoek gecombineerd wordt met specialistische patiëntenzorg. - Vernieuwend: de intensieve samenwerking binnen de topreferente functie zorgt voor zinvolle kruisbestuiving tussen patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek. Zo ontstaat een innovatieve aanpak van aandoeningen waarbij men nu nog met lege handen staat. - Multidisciplinair: binnen de topreferente functie werken vaak meerdere disciplines samen, ook bij de aanpak van complicaties. - Continuïteit: de topreferente functie vereist continuïteit van zorg, ook als een medewerker die in deze functie gespecialiseerd is, de organisatie verlaat.	Criterium 1d: de afdeling moet aantonen/beschrijven waaruit hun hoogspecialistische behandelaanbod bestaat (voorbij de richtlijn) Criterium 1g: de afdeling moet aantonen dat het multidisciplinair behandelt (overzicht van zorginhoudelijke medewerkers). Criterium 9: de afdeling moet aantonen dat er structureel patiëntgebonden onderzoek wordt gedaan. Criterium 5: de afdeling moet aantonen tenminste 2 innovaties te bieden, die ook onderzocht worden op effectiviteit Criterium 4: de afdeling moet beschikken over tenminste 1 boegbeeld (landelijk erkend expert) die tenminste 16 uur beschikbaar is voor patiëntenzorg
Topreferente patiënten	De ROBIJN labelsystematiek	
	1 Patiënten met een hoge behandelintensiteit ; het betreft patiënten in een fase in het ziekteproces die vereist dat veel intensiever dan gebruikelijk moet worden behandeld.	Criterium 1d: de afdeling moet aantonen/beschrijven waaruit hun hoogspecialistische behandelaanbod bestaat (voorbij de richtlijn) Criterium 1g: de afdeling moet aantonen dat het multidisciplinair behandelt (overzicht van zorginhoudelijke medewerkers) Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder

Beoordelingscriteria	BBAZ	TOPGGz
		in zorg en multimorbiditeit)
	2 Patiënten voor wie de zorg nauw verweven is met het wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van zorginnovaties bij de betreffende zorgaanbieder.	Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder in zorg en sprake van multimorbiditeit)
	3 Patiënten die een uniek zorgaanbod nodig hebben vanwege de complexiteit van de zorgvraag of de benodigde infrastructuur.	Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder in zorg en sprake van multimorbiditeit of therapieresistentie)
	4 Patiënten die multispecialistische zorg nodig hebben, gedefinieerd als zorg waarvoor tenminste drie poortspecialismen nauw met elkaar moeten samenwerken.	
	5 Patiënten die een complexe ingreep nodig hebben; operaties die gemiddeld op jaarbasis voor minder dan 1 op 100.000 patiënten worden gedaan.	
	6 Patiënten met een zeldzame diagnose die gemiddeld op jaarbasis bij minder dan 1 op de 100.000 mensen wordt gesteld.	
	7 Patiënten die door medisch specialisten worden doorverwezen (tertiaire verwijzing). Patiënten die zorg nodig hebben die in een algemeen ziekenhuis niet wordt aangeboden kunnen altijd worden doorverwezen naar een gespecialiseerde zorgaanbieder.	Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder in zorg en sprake van multimorbiditeit)
	8 Multimorbide patiënten, jonger dan 50 jaar, die meer dan drie aandoeningen tegelijkertijd hebben. Bij de verschillende behandelingen moet steeds rekening worden gehouden met de effecten op de andere aandoeningen. Dat maakt de behandeling soms zeer complex.	Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder in zorg en sprake van multimorbiditeit)
O&I kostencategorieën	1 innovatie, onder andere gekoppeld aan de innovatiekalender van VWS (sustainable health);	Criterium 5: de afdeling moet aantonen tenminste 2 innovaties te bieden, die ook onderzocht worden op effectiviteit
	2 ongedekte investeringen ten bate van innovatieve apparatuur en IT;	
	3 (nog) niet vergoede zorg (nog geen DBC);	
	4 randvoorwaardelijke voorzieningen in verband met klinisch onderzoek (niet elders of anders vergoed);	Criterium 7: de afdeling moet aantonen over tenminste 2 gepromoveerde onderzoekers te beschikken Criterium 8: de afdeling moet aantonen dat er minimaal 1 hoogleraar verbonden is aan de afdeling en er minimaal 1 formeel samenwerkingsverband met een universiteit of UMC is.
	5 beschikbaarheid kennis en voorzieningen bij rampen, infecties en epidemieën;	
	6 kennisdeling en consultatie (regio, 1e en 2e lijn, public health);	Criterium 3: De afdeling moet aantonen en illustreren dat zij hoogspecialistische consultatie & advies en Second opinions



Beoordelingscriteria	BBAZ	TOPGGz
		bieden Criterium II: de afdeling moet aantonen haar kennis over te dragen, waaronder participatie in richtlijncommissies, bijdragen aan vakboeken, congressen etc.
	7 ontwikkeling kwaliteitsbeleid, richtlijnen en normeringen;	Criterium II: de afdeling moet aantonen haar kennis over te dragen, waaronder participatie in richtlijncommissies, bijdragen aan vakboeken, congressen etc.
	8 databankfunctie en big data ontwikkeling.	

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

agenda

Betreft	Directeurenoverleg HLA ggz
Vergaderdatum en -tijd	4 november 2019 14:00
Vergaderplaats	VWS, Muzenzaal 1, B-440

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team D

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

M [@minvws.nl](mailto: @minvws.nl)

Datum
4 november 2019

Aantal pagina's
2

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

1. Opening en mededelingen

- Kwaliteitsregistraties
- Contourennota
- Samenwerking VNG-ZN: aankondiging van FACT-onderzoek door VNG, ZN en VWS – betrokkenheid aanbieders bij totstandkoming rapport
- Suïcide preventie in opleidingen

2. Verslag en actiepunten

Actiepunten:

- GGZ NL benadrukt het belang van een snelle voortgang van het bekostigingsexperiment. VWS bekijkt of er iets versneld kan worden.
- VWS overlegt met de NZa over wat er meegenomen kan worden in de monitor contractering.
- De werkgroep contractering wordt opgestart, er wordt een opdracht gemaakt voor een externe begeleider.

- ZN, VWS en ZonMw hebben nog contact over de overdracht. VWS neemt daartoe het initiatief.

- VWS geeft het volgende DO een stand van zaken wettelijke grondslag kwaliteitsregistraties.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team D

Datum
2 september 2019

3. Procesondersteuner HLA ggz

Toelichting stand van zaken door NVvP en P3NL

4. Voortgang HLA

Het BO heeft verzocht om de voortgang HLA in kaart te brengen. In de bijlage doet VWS een eerste aanzet. Graag aanvulling en bespreking.

5. Financiering/bekostiging van hoogspecialistische zorg

Toelichting NVvP

6. Rondvraag/WVTTK

Addendum Governance LWKS

Datum: 15 november 2019

Door: 

Addendum

Na het bespreken van het advies over de governance in de Landelijke Werkgroep Kwaliteitsstatuut en het uitbrengen van het rapport *20191027 Adviesrapport tBureau GGZ LWKS Governance V1* blijken er enkele punten die belangrijk zijn om het advies gedragen en goed begrepen te krijgen over. Wij hebben daarvoor van meerder kanten reacties gehad en daarom een kort addendum om enkele zaken te begeleiden.

Wordt het niet heel erg complex?

Nee, het kan relatief simpel blijven. Door het uitgebreid op te schrijven lijkt het een complex geheel te worden. Dat is echter niet nodig en ook niet de intentie. Uitgangspunt is met minimale aanpassing de voortgang te borgen. Het is niet de bedoeling een grote hoeveelheid commissie en expertteams in het leven te roepen. Dat is een verkeerd beeld.

- A. De landelijke werkgroep blijft in controle van de agenda voor de komende 18 maanden. Zij bepalen de visie en richting en alle belangenpartijen zitten aan tafel.
- B. Expertteams hebben als doelstelling dat sneller gewerkt kan worden en alleen indien nodig met heldere delegatie en opdracht een taak kunnen verrichten.

Raken we door het escalatie protocol de controle niet kwijt?

Nee, governance is juist bedoeld om controle en transparantie te brengen. Het escalatieprotocol is bedoeld om voortgang te boeken ook in moeilijke kwesties waar we een meerderheid te vinden is maar geen unanimititeit. Dat moet dan wel zorgvuldig worden gedaan.

Een belangrijke toevoeging / aanpassing op het beschreven protocol stellen we voor om met zekerheid de controle te houden op de kwaliteit en realisatie van de visie:

1. Alle voorstellen unaniem of niet unaniem uit een expertteam komen terug bij de LWKS. Dit was overigens altijd al de intentie. Niets raakt na opdracht per ongelijk geïmplementeerd.
2. In de samenwerkingsovereenkomst van de LWKS wordt een stemverhouding bepaald en we zullen waarschijnlijk vaker moeten stemmen om snelheid voorrang te geven boven unanimititeit. Dit staat al beschreven in het advies maar dit verdient meer nadruk omdat daarmee snelheid, kwaliteit en hoederschap van de visie en doelstelling geborgd kunnen worden in het proces.
3. Kortom expliciete besluitvorming in de LWKS over alle voorstellen en uitwerkingen vanuit de expertteams geven het advies meer draagvlak.

Implementatie is cruciaal

Implementatie van het advies bepaalt het succes. Dit dient niet tot overmatige bureaucratie te leiden en dat is mede afhankelijk van de spelers. De wijze waarop met name de rol van coördinator professioneel wordt ingevuld als facilitator die voortgang stuwt maar niet inhoudelijk stuurt, bepalen de mate van verbetering.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

De leden van het Bestuurlijk Overleg Administratieve lasten en correct declareren ggz

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Senior Beleidsmedewerker

T [redacted]
M [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum

18 november 2019

Aantal pagina's

2

memo

Voorstel tot reduceren van activiteitencodes

Dit memo bevat een voorstel om te komen tot de reductie van activiteitencodes en heeft als doelstelling het merkbaar verminderen van regeldruk.

De hoeveelheid activiteitencodes stond in de merkbaarheidsscan in de top 3 van grootste regeldruk veroorzakers voor de ggz-sector. Daarnaast is dit punt benoemd in het Actieplan (Ont)Regel de zorg (actiepunt 11) en het Bestuurlijk Akkoord 2019 t/m 2022 (vermindering administratieve lasten (formele) rechtmatigheidscontroles).

Dit voorstel is op bureau-niveau afgestemd met GGZ NL, LVVP, ZN, de NZa, met individuele aanbieders GGNet en Altrecht en met zorgverzekeraars Zilveren Kruis, VGZ, Menzis en ONVZ. Tevens is dit voorstel afgestemd en akkoord bevonden door het Ministerie van Justitie en DJI. Daarmee is de nieuwe activiteitencode-lijst ook bruikbaar voor het registreren van forensische zorg.

Aanpak

De lijst met activiteitencodes voor 2019 is als basis genomen. Hierbij is beoordeeld of een code binnen het veld herkenbaar en onderscheidend is. In de praktijk blijken aanbieders namelijk verschillende codes te gebruiken voor de zelfde inhoudelijke activiteit. Daardoor neemt de betekenis van een dergelijke code af.

Verder is bezien of het schrappen van codes het uitvoeren van gerichte analyses in het kader van controles op rechtmatigheid (inclusief gepast gebruik) zou bemoeilijken of onmogelijk maken. Ook kan het schrappen van codes tot een verlies aan managementinformatie leiden. Ten slotte zijn er codes die samenhangen met de productgroepafleiding, die invloed hebben op het aantal geschreven minuten op de dbc, of die een samenhang hebben met validatieregels.

Voorstel voor de nieuwe lijst:

In de huidige lijst is er bij een aantal codes een subtypering voor (1) patiënt individueel, (2) patiënt in groep, (4) systeem zonder patiënt individueel, (5) systeem zonder patiënt in groep, (6) systeem met patiënt individueel en (7) systeem met patiënt in groep. Het voorstel is om deze indeling te beperken tot twee:

- 1: Patiënt individueel of samen met diens systeem;
- 2: Systeem zonder patiënt.

Voor beide activiteiten geldt dat deze ook 'in groep' kunnen plaatsvinden.

Dit zorgt voor een juiste afleiding naar de dbc en kan onterechte afwijzing van parallelle activiteiten voorkomen.

Verwerking nieuwe verkorte activiteitenlijst in de NZa regelgeving.

De NZa heeft de huidige activiteitenlijst opgenomen als bijlage in de Nadere regel gespecialiseerde ggz. Op grond van de NZa regels moet een aanbieder ook deze lijst met activiteiten gebruiken door de geleverde tijd te registreren op de best passende activiteit uit deze lijst. Een verkorte activiteitenlijst, zoals nu voorligt, kan de NZa naast de bestaande lijst in de regelgeving opnemen. Een aanbieder heeft dan de keuze om voor de tijdregistratie **of** de korte lijst te gaan hanteren *of* de uitgebreide, bestaande, lijst te blijven gebruiken.

Invoering verkorte activiteitenlijst

Omdat de verkorte activiteitenlijst niet in plaats van de bestaande lijst komt maar als optie daarnaast is het voor de NZa mogelijk de verkorte lijst nog in de nadere regel voor 2020 op te nemen. Als een aanbieder dan in 2020 nog wil overstappen op de verkorte lijst, en daar ICT technisch klaar voor is, is dat daarmee mogelijk.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
18 november 2019

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

de Leden van het Bestuurlijk Overleg AL en correct
declareren ggz

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
[redacted]
Senior Beleidsmedewerker

T [redacted]
M [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
25 november 2019
Aantal pagina's
2

memo

Verantwoording MDO-constructie regiebehandelaar

In het Bestuurlijk akkoord ggz 2019 t/m 2022 is de afspraak gemaakt om te werken aan de vermindering van registratielast bij (formele) rechtmatigheidscontroles. Onderdeel van deze afspraak betreft de registratie van het Multidisciplinair Overleg (MDO). Voorliggende notitie betreft een herhaling van reeds gemaakte afspraken rondom het Adviesrapport van de Taskforce Gepast gebruik ggz met betrekking tot het toezicht op de feitelijke levering van het MDO. Vanuit de aanbiederskant bestond de behoefte aan een toelichting op dit onderwerp.

Toezicht op feitelijke levering Multidisciplinair Overleg

Toezicht op dit onderdeel van het Kwaliteitsstatuut gebeurt veelal via het zelfonderzoek, te weten 'controle A2.2 Regiebehandelaar, inzet en betrokkenheid'. Deze controle is in het Advies van de Taskforce Gepast Gebruik ggz aangemerkt als een 'controle Gepast Gebruik'. Dat betekent dat instellingen ervoor kunnen kiezen de verantwoording niet meer gegevensgericht, maar procesgericht te organiseren. Daarbij kan dan beter worden aangesloten bij de behandelpraktijk en het behandelbeleid van de instelling.

Deze aanpak heeft ook als gevolg dat er voor 2017 en/ of 2018 niet meer achteraf wordt afgerekend bij geconstateerde afwijkingen, maar dat op grond van de bevindingen - flagrante malversaties daargelaten - afspraken worden gemaakt over verbeteringen in de toekomst. Daardoor ontstaat er meer ruimte voor dialoog en een klimaat voor verbetering en ontwikkeling. Indien instellingen procesgericht gaan verantwoorden, is het van belang (conform het Advies van de Taskforce) dat de te beheersen risico's voorafgaande aan een jaar door de instelling in samenspraak met de zorgverzekeraar worden vastgesteld.

Uit het rapport 'Advies Taskforce Gepast Gebruik ggz':

'Voor verantwoording over de jaren 2017 en/of 2018 worden zorgaanbieders vrijgesteld van een gegevensgerichte aanlevering van de zelfonderzoeken ten aanzien van gepast gebruik indien zij: 1. hun basisregistratie en procesgerichte verantwoording daarover op orde hebben, of 2. in 2016 (2017, indien over 2018 procesgericht verantwoord gaat worden) bij de materiële controles of in het vrijwillig zelfonderzoek minder dan 2% fouten (over alle gepast gebruik items gezamenlijk) hebben geconstateerd.

Bij een fout onder de marge mag de zorgaanbieder gepast gebruik over de jaren 2017 en/of 2018 verantwoorden op de voorgestelde procesgerichte wijze. Voor 2019 en de daaropvolgende jaren geldt dat zorgaanbieders die aantonen te voldoen aan de basisregistratie en procesgerichte verantwoording, gepast gebruik kunnen verantwoorden op de beschreven procesgerichte wijze. Zij dienen daarbij toe te lichten aan zorgverzekeraars, voorafgaand aan de verantwoordingsperiode, hoe zij gepast gebruik verantwoorden en hoe de verbetermaatregelen naar aanleiding van evaluatiegesprek(ken) over voorgaande jaren worden

geïmplementeerd. Te beheersen risico's dienen hierbij voorafgaande aan een jaar door de zorgaanbieder in samenspraak met de verzekeraar te worden vastgesteld"

En:

'De door de Taskforce voorgestelde verantwoording over gepast gebruik is van toepassing **voor gecontracteerde aanbieders** en betreft een verantwoordingsperiode (schadelastjaar) en bevat de volgende onderdelen:

- ✓ Een **basisregistratieset** gepast gebruik waaraan de zorgverlener zich dient te houden;
- ✓ Een set van **organisatorische voorwaarden (opzet)** waaraan de zorgaanbieder moet voldoen, waarbij het voornamelijk gaat om het inrichten van een adequate administratieve organisatie;
- ✓ Werkzaamheden uitgevoerd door de zorgaanbieder aan de hand waarvan de organisatie het **bestaan en de werking** van de geschetste administratieve organisatie aantoont;
- ✓ Een **uitputtend informatieprotocol** op basis waarvan informatie aan de zorgverzekeraar(s) wordt verstrekt over de aard van de zorg geleverd door de zorgaanbieder, over de consequenties hiervan voor de organisatie, over de specifieke beheersmaatregelen, over de (consequenties van de) wijze van verantwoorden over gepast gebruik en de opvolging van de verbeterplannen. Dit informatieprotocol is uitputtend, waarbij instellingen die slechts delen van zorg leveren, in overleg met de zorgverzekeraar, alleen die specifieke delen van dit protocol aanleveren.'

De toelichting en alle voorwaarden rondom procesgerichte verantwoording zijn terug te lezen in het Advies van de Taskforce Gepast gebruik ggz (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/04/23/adviestaskforce-gepast-gebruik-ggz>). Voorliggende notitie is hiermee dus geen separaat geldend document.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
25 november 2019

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

M [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
2 december 2019

Aantal pagina's
3

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

agenda

Betreft	Directeurenoverleg HLA ggz
Vergaderdatum en -tijd	2 december 2019 14:00
Vergaderplaats	VWS, Muzenzaal 1, B-440

1. Opening en mededelingen

- Gesprek contourennota
- Brief VWS lerende cultuur
- Positie van ZN bij het ZonMw programma Kwaliteitsgelden
- Bijgestelde begroting programma zorgprestatie model
Voor 2020 zijn de begrote kosten van het programma Zorgprestatie model hoger dan eerder vanuit de kwaliteitsgelden ter beschikking zijn gesteld, i.v.m. enkele aanvullende activiteiten. Vraag vanuit ZN is hoe hier mee om te gaan. De bijgestelde begroting met nadere toelichting wordt nagestuurd.
- Brief van stuurgroep wachttijden over opbrengst contractering
- De stuurgroep o.l.v. [redacted] heeft het plan van aanpak 'Verduidelijken beroepenstructuur psychologische en pedagogische zorg' vastgesteld

2. Verslag en actiepunten

Actiepunten:

- Kwaliteitsregistraties: VWS gaat na hoe ver de reikwijdte van het protocol gaat en wat het tijdspad is.
- Contourennota: VWS gaat na hoe het proces verder gaat en komt hierop terug tijdens het BO van december.

-Voortgang HLA: VWS vult de rapportage aan met een inleiding voor het BO en stuurt deze rond aan de leden van het DO. Iedereen kan via concrete tekstvoorstellen aanvullingen doen. Deze notitie komt dan in BO te liggen. Verder bereidt eenieder zijn bestuurder voor, op de hoofdvraag: "zijn we nu goed bezig?" zodat deze in het BO twee zaken kan aangeven die niet goed gaan en twee zaken die wel goed gaan.

-Top GGZ: GGZ NL agendeert een aangepaste notitie voor het BO, daarbij wordt het BO gevraagd om in te stemmen met een verder verkenning. Er wordt nog geen akkoord gevraagd. VWS en NZa zullen het voorstel nog voor het BO met elkaar bespreken.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

Datum
2 september 2019

3. Advies over de governance LWKS

Toelichting [REDACTED], ter besluitvorming

4. Wetsvoorstel bevorderen contracteren

-Toelichting VWS stand van zaken

-Nieuwsbericht LVVP recht op vrije artskenkeuze

5. Voortgang HLA

-Het overzicht Voortgang HLA is aangepast naar aanleiding van het commentaar van partijen.

-Voorstel werkgroep triage, verwijzing en diagnostiek: VWS roept nog voor het einde van het jaar alle relevante partijen (uit het HLA: NVvP, NIP, V&VN en P3NL NVGZP) en MIND, daaraan toegevoegd LHV, InEen, GGZ Nederland en AKWA) bij elkaar om samen een plan van aanpak te maken op dit onderdeel.

6. Procesbegeleider

Toelichting P3NL en de NVvP

7. ANW-diensten

Terugkoppeling stand van zaken en regiobijeenkomsten door GGZ Nederland en de NVvP.

8. BO agendapunten

- Voortgang HLA
- Contourennota
- Wetsvoorstel contractering
- Financiering hoog-specialistische zorg
- Stand van zaken ANW-diensten

9. EI-standaard

Toelichting LVVP. De LVVP geeft aan dat Vektis zaken in de EI-standaard heeft opgenomen die niet in de beleidsregel van de NZa staan, bijvoorbeeld het noemen van een afsluitregel.

10. Rondvraag/WVTTK

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team D

Datum
2 september 2019

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Leden van het Bestuurlijk Overleg AL en correct
declareren ggz

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Senior Beleidsmedewerker

T
M
@minvws.nl

Datum
4 december 2019

Aantal pagina's
2

memo

Registratie van indirecte tijd

In het Bestuurlijk akkoord ggz 2019 t/m 2022 is de afspraak gemaakt om te werken aan de vermindering van registratielast bij (formele) rechtmatigheidscontroles. Het anders vormgeven van de administratie van indirecte tijd en/ of het drastisch beperken daarvan (in overleg met de NZa en de zorgverzekeraar(s)) om zodoende minder regeldruk te realiseren is tevens een onderdeel van deze afspraak.

Beslispunt:

Kunt u akkoord gaan met onderstaande (procesmatige) aanpak? Zo nee, kunt u een alternatief of aanvullingen aangeven?

Registratie van indirecte tijd

Behandelaren leggen bij het leveren van zorg directe en indirecte tijd vast. De indirecte tijd is de tijd die behandelaren besteden aan zaken rondom een contactmoment, maar waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Het werken met normtijden is al mogelijk conform de regelgeving van de NZa (NR/REG- 1927, artikel 5.1.4 sub 11 'Zorgaanbieders mogen op hun eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd. Het is ook toegestaan om standaardtijden of normtijden per activiteit vast te stellen.'). De NZa-regelgeving biedt dus ruimte voor normtijden of standaard tijden **per activiteit**. Het is binnen de regelgeving dus niet mogelijk de tijd van verschillende activiteiten onder één code samen te voegen of de tijd besteed aan de zelfde activiteit gedurende dag op te sommen en hiervoor een norm- of standaardtijd aan te houden. De activiteit moet hoe dan ook altijd zijn geleverd.

Er zijn al verschillende initiatieven om te stoppen met c.q. anders vormgeven van het schrijven van indirecte tijd. Zo maakt dit ook onderdeel uit van het experiment van Arkin en Zilveren Kruis 'Waardegedreven zorg'. Dit experiment valt onder de beleidsregel 'Innovatie voor kleinschalige experimenten' en is als zodanig ook goedgekeurd door de NZa. De 'experimentstatus' van Arkin zorgt ervoor dat de bijbehorende declaraties rechtmatig zijn.

In opdracht van VWS en in samenwerking met GGZ NL, de NZa en zorgverzekeraars, wordt op dit moment voor ggz-aanbieders een handreiking samengesteld door Eiffel met informatie en praktische tips voor het slimmer registreren en verantwoorden van indirecte tijd, en uitgelegd welke mogelijkheden er buiten de regelgeving zijn voor het nog verder beperken van deze registratie. Daarnaast zal Eiffel voor ggz-aanbieders een aantal workshops organiseren om deze handreiking toe te lichten.

De handreiking bevat onder meer:

- NZa-regelgeving en een duiding hiervan;
- Goede voorbeelden uit de praktijk;
- Indien mogelijk de goede voorbeelden uit de praktijk uitwerken tot één aanpak voor het toepassen van normtijden;
- Handvatten voor inrichting in EPD's en andere systemen;
- Instructie (samengesteld met softwareleveranciers) voor het inrichten van de normtijden in het EPD;
- Voorbeelden van procedures en formulieren, bijvoorbeeld voor het (verplicht) herijken van de normtijden;
- Instructie voor ggz-professionals over het toepassen van de normtijden.

Tot slot wordt door de NZa en VWS bekeken of er een experiment-beleidsregel kan worden opgesteld voor het verder kunnen vereenvoudigen van de registratie van indirecte dbc-tijd, zodat de procedure voor ggz-aanbieders om een experimentstatus te kunnen krijgen eenvoudiger en eenduidiger is. Dit vereist wel een Aanwijzing van de Minister van VWS.

Zowel de handreiking als de NZa-beleidsregel m.b.t tot een experiment zijn een oplossing voor de periode tot de invoering van het Zorgprestatiemodel. Daarnaast is het essentieel dat ggz-aanbieders altijd vooraf met zorgverzekeraars afstemmen als zij gaan afwijken van de huidige wijze van registreren. Voor een experiment is altijd toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Het aanpassen van de wijze van registreren heeft immers vaak effect op de inkoop van zorg en controles door de zorgverzekeraars en accountants.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
25 november 2019

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Leden van het Bestuurlijk Overleg AL en correct
declareren ggz

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg

Directie Patiënt en
Zorgordening

Team C

Bezoekadres:

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

T 070 340 79 11

F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Senior Beleidsmedewerker

T 070 340 79 11

M +31 6 1234 5678

info@minvws.nl

Datum

4 december 2019

Aantal pagina's

2

memo

Registratie van verblijf

In het Bestuurlijk akkoord ggz 2019 t/m 2022 is de afspraak gemaakt om te werken aan de vermindering van registratielast bij (formele) rechtmatigheidscontroles. Voorliggend voorstel om de rechtmatigheidsafspraken op het gebied van correct registreren en declareren ten aanzien van de registratie van verblijf aan te passen is onderdeel van deze afspraak.

Beslispunt:

Kunt u akkoord gaan met de voorgestelde definitie van opname?

Probleemanalyse

In het Arteria rapport (punt 10) staat het probleem als volgt weergegeven: Een verblijfsdag is rechtmatig als een patiënt voor 20:00 uur binnen is en de nacht in de instelling verblijft. Bij verlof leidt dit tot onduidelijke situaties en daardoor incorrecte registratie.

Uit consultatie door zorgverzekeraars en GGZ Nederland bij de NZa blijkt dat het begrip 'opname' te strikt is geïnterpreteerd en is daarmee als een te strenge registratievereiste in controles gehanteerd. Enkel voor de dag van opname geldt de striktste eis van voor 20:00 uur binnen zijn, niet voor de overige verblijfsdagen. Dit riep twee vragen op:

- Wat is de definitie van een opnamedag?
- Hoe dient de voorwaarde: "’s nachts in de instelling verblijft" worden geïnterpreteerd?

Voorstel tot oplossing

In de Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg - NR/REG-1927 staat dat een verblijfsdag met overnachting alleen geregistreerd mag worden als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen en 's nachts in de instelling verblijft. De dag van opname en de daaropvolgende nacht gelden als één verblijfsdag.

Het voorstel is om de volgende definitie van opname aan te houden:

Een opnameperiode is de periode vanaf de eerste dag van opname tot de datum van ontslag. Verlof valt hier dus binnen.
De grens van 20:00 uur geldt voor die eerste opnamedag. Voor de overige dagen geldt deze grens niet, maar de cliënt moet wel 's nachts (doorgaans tussen 02:00 uur en 06:00 uur) binnen de instelling verblijven. Als een cliënt zich tegen de verwachting pas in de (vroeg) morgen meldt, kan geen verblijfsdag worden gedeclareerd.

Een declaratie kan worden afgekeurd als een cliënt niet 's nachts in de instelling verblijft, omdat hij of zij:

- met ontslag/verlof is, kortom geoorloofd afwezig is.;
- ongeoorloofd afwezig is.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**

Directie Patiënt en
Zorgordening

Team C

Datum

25 november 2019

Het voorstel is om in de toelichting van de NZa-regel te verduidelijken dat de grens van 20:00 uur alleen geldt voor de eerste opname dag. Voor het functioneel ontwerp van controles over 2018, waaronder het zelfonderzoek 2018, kan vervolgens gebruik worden gemaakt van deze definitie. Opname van de definitie voor controles 2017, waaronder het zelfonderzoek 2017 is niet meer mogelijk. Zorgverzekeraars zullen voor controles over 2017, waaronder het zelfonderzoek wel rekening houden met deze gewijzigde definitie bij de beoordeling. Doordat zorgverzekeraars hier in het verleden redelijkheid en billijkheid over hebben betracht en de verleden zelfonderzoeken (2016 en eerder) in afstemming met zorginstellingen tot stand zijn gekomen met o.a. consultatie bij de NZa, wordt dit door partijen niet over het verleden opgepakt. M.a.w. de reeds afgeronde controles, waaronder zelfonderzoeken, zullen niet opengebroken worden.

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 11 december 2019 13:24
Aan: _Dienstpostbus CZ
Onderwerp: FW: Agenda en stukken Bestuurlijk Overleg Administratieve lasten en correct declareren ggz 17 december 2019
Bijlagen: 0. Agenda BO administratieve lasten en correct declareren ggz 17 december 2019.docx; 2. Concept verslag BO 24 september 2019 versie 2.docx; 3. Oplegger met besispunten Vermindering AL rechtmatigheidscontroles.docx; Bijlage 3.1 voorstel verminderen AL rondom verwijzing GGZ 3-12-2019.docx; Bijlage 3.2 MDO versie 3.docx; Bijlage 3.3 Registratie van verblijf.docx; Bijlage 3.4 Registratie van indirecte tijd.docx; Bijlage 3.5a Voorstel reductie activiteitencodes.docx; Bijlage 3.5b Activiteiten ggz en fz 2020_versie 1.0.pdf

Willen jullie deze bij de stukken voor [redacted] doen voor dinsdag?

Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 10 december 2019 13:49
Aan: [redacted] @lvvp.info; [redacted] @NFU.nl; [redacted] @zn.nl; [redacted] @zn.nl; [redacted] @psynip.nl; [redacted] @ggznederland.nl; [redacted] @lvvp.info; [redacted] @nvvp.net'; [redacted] @nza.nl'; [redacted] @nza.nl'; [redacted] @nza.nl'; [redacted] @umcg.nl'; [redacted] @venvn.nl'; [redacted] @p3nl.nl'; [redacted] @wijzijnmind.nl'; [redacted] @wijzijnmind.nl'; [redacted] @nvvp.net; [redacted] @ggznederland.nl; [redacted] @ggzbreburg.nl; [redacted] @umcg.nl; [redacted] @nvz-ziekenhuizen.nl; [redacted] @nza.nl'; [redacted]
CC: [redacted]

Onderwerp: Agenda en stukken Bestuurlijk Overleg Administratieve lasten en correct declareren ggz 17 december 2019

Geachte,

Hierbij stuur ik u de agenda en stukken voor het Bestuurlijk Overleg Administratieve lasten en correct declareren ggz van 17 december.

Met vriendelijke groet,

[redacted]



Directie Patiënt en Zorgordening (PZo)
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag
Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag
M 06 [redacted]

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

de leden van het Bestuurlijk Overleg AL en correct
declareren ggz

memo

Bestuurlijk Akkoord afspraak verminderen registratielast
bij (formeel) rechtmatigheidscontroles

Aanleiding

GGZ NL gaf in het Bestuurlijk Overleg d.d. 29 maart 2019 aan de toen voorgelegde uitwerking van het punt 'vermindering registratielast bij (formeel) rechtmatigheidscontroles' uit het Bestuurlijk akkoord ggz 2019 t/m 2022 onvoldoende te vinden. VWS, de NZa en GGZ NL zijn vervolgens om tafel gegaan om te inventariseren hoe we aanvullend uitwerking kunnen geven aan dit punt uit het Bestuurlijk akkoord. In het Bestuurlijk Overleg d.d. 24 september 2019 is de aanpak afgesproken om, in gezamenlijkheid, onderstaande onderwerpen te onderzoeken met als doel om administratieve lasten bij (formeel) rechtmatigheidscontroles te verminderen.

1. Uniformering van de verwijzing;
2. Tijdschrijven m.b.t. MDO door de Regiebehandelaar;
3. Registratie van verblijf;
4. Registreren van indirecte tijd;
5. Administratie van activiteitencodes.

Voorliggend memo bevat, naast de twee al afgesproken punten¹, ten aanzien van de bovengenoemde onderwerpen voorstellen en uitwerkingen, die aanzienlijk kunnen bijdragen aan de vermindering van administratieve lasten bij (formeel) rechtmatigheidscontroles.

Proces en afstemming

Er heeft, conform afspraak in het BO van 24 september, op 28 oktober jongstleden in Utrecht een bijeenkomst met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en een kleine delegatie van de brancheverenigingen plaatsgevonden om verschillende punten nader te onderzoeken. De agenda bestond uit de bespreking van het voorstel tot reductie van de activiteitencodes, de registratie van indirecte tijd en een aantal knelpunten, zoals benoemd in het Arteria-rapport. Over het Arteria-rapport en de opvolging daarvan wordt u op een later moment geïnformeerd.

Alle onderwerpen zijn voorbereid in een kleiner comité (denktank), bestaande uit GGZ NL, zorgverzekeraar Zilveren Kruis, de NZa, VWS en ZN (als toehoorder). Onze speciale dank gaat uit naar Zilveren Kruis. Zonder de inzet van deze zorgverzekeraar waren bijgevoegde voorstellen niet tot stand gekomen.

¹ 1. Uniformeren van N7 controles en 2. Vertaling van het advies door zorgverzekeraars afkomstig van het Kenniscentrum GGZ of in het geval een duiding door het Zorginstituut Nederland wordt afgegeven.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Senior Beleidsmedewerker

T [redacted]
M [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum

10 december 2019

Bijlage(n)

5

Aantal pagina's

4

Voorstellen ter vermindering van AL bij (formele) rechtmatigheidscontroles

U wordt voor een uitgebreide toelichting per voorstel naar de bijlagen verwezen. Een aantal uitwerkingen van de afspraak in het Bestuurlijk akkoord heeft raakvlakken met het experiment van Arkin en Zilveren Kruis en heeft een grote overlap met de aanbevelingen uit het Arteria rapport. Indien dit zo is, dan wordt dit per voorstel aangegeven in de bijlagen.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
4 december 2019

1. Verminderen administratieve lasten rondom de verwijzing (bijlage 3.1)

Ten opzichte van de 'Afspraken verwijzing ggz uit 2017' is in bijgevoegd voorstel het volgende aangepast:

- Regels zijn eenduidig opgeschreven in één document. Hierdoor hoeven aanbieders niet langer door meerdere documenten te zoeken.
- Regels die niet te operationaliseren waren in controles, zijn geschrapt.
- Termijnen voor verschillende situaties zijn waar mogelijk gelijk getrokken. Dit zorgt voor eenduidigheid voor aanbieders.
- Onduidelijk geformuleerde afspraken zijn concreter gemaakt. Bijvoorbeeld: "verwijzing moet binnen maximaal circa 30 dagen binnen zijn" wordt "maximaal 60 dagen".
- De regels sluiten beter aan bij het zorgproces. Hierdoor wordt er minder regeldruk door zorgverleners ervaren.
- Doorverwijzingsafspraken zijn verduidelijkt.

Voorliggend voorstel is tevens afgestemd met de leden van de werkgroep Bureaucratie & Administratieve Lasten huisartsen (B&AL) en met de NHG. Ook hebben de volgende commissies van ZN naar het voorstel gekeken: Commissie Controle, Commissie Operationele zaken, Commissie ggz en het Kenniscentrum.

Beslispunt:

Kunt u akkoord gaan met het voorstel, zoals uitgewerkt in bijlage 3.1? Indien u akkoord gaat, dan zullen de 'Afspraken Verwijzing Geestelijke gezondheidszorg' worden aangepast en worden gepubliceerd op de daartoe aangewezen communicatiekanalen van GGZ Nederland, ZN en VWS. Indien u niet akkoord gaat, kunt u aangeven wat de redenen hiervoor zijn?

2. Verantwoording MDO-constructie Regiebehandelaar (bijlage 3.2)

Voorliggende notitie betreft een herhaling van reeds gemaakte afspraken rondom het Adviesrapport van de Taskforce Gepast gebruik ggz met betrekking tot het toezicht op de feitelijke levering van het MDO. Vanuit de aanbiederskant bestond de behoefte aan een toelichting op dit onderwerp.

Beslispunt:

Er is geen beslispunt opgenomen, omdat dit een toelichting op dit onderwerp betreft.

3. Registratie van verblijf (bijlage 3.3)

In het Arteria rapport (punt 10) staat het probleem als volgt weergegeven: Een verblijfsdag is rechtmatig als een patiënt voor 20:00 uur binnen is en de nacht in de instelling verblijft. Bij verlof leidt dit tot onduidelijke situaties en daardoor incorrecte registratie.

Het voorstel is om de volgende definitie van opname aan te houden:

Een opnameperiode is de periode vanaf de eerste dag van opname tot de datum van ontslag. Verlof valt hier dus binnen.
De grens van 20:00 uur geldt voor die eerste opnamedag. Voor de overige dagen geldt deze grens niet, maar de cliënt moet wel 's nachts (doorgaans tussen 02:00 uur en 06:00 uur) binnen de instelling verblijven. Als een cliënt zich tegen de verwachting pas in de (vroeg) morgen meldt, kan geen verblijfsdag worden gedeclareerd.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
4 december 2019

Het voorstel is om de definitie van de dag van opname te verduidelijken in de toelichting van de NZa-regel. Voor het functioneel ontwerp van controles over 2018, waaronder het zelfonderzoek 2018, kan vervolgens gebruik worden gemaakt van deze definitie.

Beslispunt:

Kunt u akkoord gaan met de voorgestelde definitie van opname?

4. Registratie van indirecte tijd (bijlage 3.4)

Er zijn al verschillende initiatieven om te stoppen met c.q. anders vormgeven van het schrijven van indirecte tijd.

Het werken met normtijden is al mogelijk conform de regelgeving van de NZa (NR/REG- 1927, artikel 5.1.4 sub 11 'Zorgaanbieders mogen op hun eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd. Het is ook toegestaan om standaardtijden of normtijden per activiteit vast te stellen.'). De NZa-regelgeving biedt dus ruimte voor normtijden of standaard tijden **per activiteit**.

Voorstel aanpak

In opdracht van VWS en in samenwerking met GGZ NL, de NZa en zorgverzekeraars, wordt op dit moment voor ggz-aanbieders een handreiking samengesteld door Eiffel met informatie en praktische tips voor het slimmer registreren en verantwoorden van indirecte tijd, en uitgelegd welke mogelijkheden er buiten de regelgeving zijn voor het nog verder beperken van deze registratie.

Tevens wordt door de NZa en VWS bekeken of er een experiment-beleidsregel kan worden opgesteld voor het verder kunnen vereenvoudigen van de registratie van indirecte dbc-tijd, zodat de procedure voor ggz-aanbieders om een experimentstatus te kunnen krijgen eenvoudiger en eenduidiger is. Dit vereist wel een Aanwijzing van de Minister van VWS.

Zowel de handreiking als de NZa-beleidsregel m.b.t tot een experiment zijn een oplossing voor de periode tot de invoering van het Zorgprestatie-model. Daarnaast is het essentieel dat ggz-aanbieders altijd vooraf met zorgverzekeraars afstemmen als zij gaan afwijken van de huidige wijze van registreren. Voor een experiment is altijd toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Het aanpassen van de wijze van registreren heeft immers vaak effect op de inkoop van zorg en controles door de zorgverzekeraars en accountants.

Beslispunt:

Kunt u akkoord gaan met bovenstaande (procesmatige) aanpak? Zo nee, kunt u een alternatief of aanvullingen aangeven?

5. Voorstel tot reduceren van activiteitencodes (bijlage 3.5 a en b)

De hoeveelheid activiteitencodes stond in de merkbaarheidsscan in de top 3 van grootste regeldruk veroorzakers voor de ggz-sector. Daarnaast is dit punt benoemd in het Actieplan (Ont)Regel de zorg (actiepunt 11) en het Bestuurlijk

Akkoord 2019 t/m 2022 (vermindering administratieve lasten (formele) rechtmatigheidscontroles).

Dit voorstel is op bureau-niveau afgestemd met GGZ NL, LVVP, ZN, de NZa, met individuele aanbieders GGNet en Altrecht en met zorgverzekeraars Zilveren Kruis, VGZ, Menzis en ONVZ. Tevens is dit voorstel afgestemd en akkoord bevonden door het Ministerie van Justitie en DJI. Daarmee is de nieuwe activiteitencode-lijst ook bruikbaar voor het registreren van forensische zorg.

In de huidige lijst is er bij een aantal codes een subtypering voor (1) patiënt individueel, (2) patiënt in groep, (4) systeem zonder patiënt individueel, (5) systeem zonder patiënt in groep, (6) systeem met patiënt individueel en (7) systeem met patiënt in groep. Het voorstel is om deze indeling te beperken tot twee:

1: Patiënt individueel of samen met diens systeem;

2: Systeem zonder patiënt.

Voor beide activiteiten geldt dat deze ook 'in groep' kunnen plaatsvinden.

Dit zorgt voor een juiste afleiding naar de dbc en kan onterechte afwijzing van parallelle activiteiten voorkomen.

Het voorliggende voorstel betreft een reductie van 183 codes naar 22 codes (in de telling zijn alleen de selecteerbare codes meegeteld, de verblijfs-, dagbesteding (forensisch) en verrichtingencodes zijn niet meegeteld).

De NZa heeft de huidige activiteitenlijst opgenomen als bijlage in de Nadere regel gespecialiseerde ggz. Op grond van de NZa regels moet een aanbieder ook deze lijst met activiteiten gebruiken door de geleverde tijd te registreren op de best passende activiteit uit deze lijst. Een verkorte activiteitenlijst, zoals nu voorligt, kan de NZa naast de bestaande lijst in de regelgeving opnemen. Een aanbieder heeft dan de keuze om voor de tijdregistratie **of** de korte lijst te gaan hanteren **of** de uitgebreide, bestaande, lijst te blijven gebruiken.

Beslispunt:

Kunt u akkoord gaan met de verkorte activiteitencode-lijst? Zo nee, kunt u uw bezwaren aangeven?

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
4 december 2019

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team E

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

@minvws.nl

Datum

4 december 2019

Aantal pagina's

1

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

agenda

Betreft	BO administratieve lasten en correct declareren curatieve ggz
Vergaderdatum en -tijd	17 december 2019 09:30-10:00 uur
Vergaderplaats	Ministerie van VWS, zaal B-04.33-45.VZ - Apollozaal

1. Opening en mededelingen

2. Verslag d.d. 24 september 2019 (bijlage 2)

3. Verminderen AL bij (formele) rechtmatigheidscontroles (bijlage 3)

- Uniformering van de verwijzing (bijlage 3.1)
- Tijdschrijven m.b.t. MDO door de Regiebehandelaar (bijlage 3.2)
- Registratie van verblijf (bijlage 3.3)
- Registreren van indirecte tijd (bijlage 3.4)
- Administratie van activiteitencodes (bijlage 3.5a en 3.5b)

4. Vermindering administratieve lasten vrijgevestigden

Naar aanleiding van het verslag d.d. 24 september 2019:

- Afspraak LVVP en ZN/ zorgverzekeraars ten aanzien van budgettering
vrijgevestigden
- Keurmerken voor vrijgevestigden

5. W.v.t.t.k.

6. Sluiting

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team D

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

M 
@minvws.nl

Datum
17 december 2019

Aantal pagina's
2

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Agenda

Betreft	Bestuurlijk overleg HLA ggz
Vergaderdatum en -tijd	17 december 2019 10:00-11.30
Vergaderplaats	VWS, B4.33

Voorafgaand aan het overleg zal GGZ NL het boek "Als het misgaat in je hoofd" aan de staatssecretaris overhandigen. De schrijver van het boek, Pieter Webeling, zal daarbij aanwezig zijn.

1. Opening en mededelingen

- Contourennota

Toelichting VWS. Op 29 januari van half 12 tot 13 uur zal een gesprek met de bestuurders plaatsvinden.

-Brief suïcidepreventie in opleidingen

Naar aanleiding van het AO suïcidepreventie en een petitie die aan de staatssecretaris is aangeboden ontvangt u een brief van VWS waarin aandacht wordt gevraagd voor de verankering van dit onderwerp in de opleidingen van zorgprofessionals.

-Brief lerende cultuur ggz

Voor het AO ggz van 30 januari gaat er een brief van VWS over de lerende cultuur in de ggz naar de Tweede Kamer. Naar aanleiding van het debat rondom Thijs H. heeft VWS een brief toegezegd over hoe de sector ermee omgaat als dingen misgaan. VWS krijgt hiervoor graag op korte termijn input van partijen. Verzoek is om het VWS te laten weten als er concrete teksten zijn over hoe dit binnen de eigen organisatie gaat.

-Uitputting financieel kader ggz

2. Verslag BO 24 september

3. Voortgang HLA

-Het HLA ggz loopt nu bijna een jaar, het belangrijk dat HLA partijen met elkaar delen of we op de goede weg zijn. In bijgaande notitie vindt u een eerste voortgangsoverzicht van het HLA ggz, waarmee de nog aan te stellen procesbegeleider verder kan gaan.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team D

Datum
24 september 2019

Vragen aan het BO:

- *Zijn we op de goede weg met het HLA?*
- *Kunt u twee onderdelen benoemen die goed gaan?*
- *Kunt u twee onderdelen benoemen die niet goed gaan?*

-De VNG bespreekt graag de verbinding tussen ggz zorg en sociaal domein in het kader van de voortgang van het HLA.

4. Stand van zaken Wetsvoorstel contractering

Toelichting VWS.

5. Financiering hoog-specialistische zorg

Er is al enige tijd overleg met diverse partijen zoals VWS, NZa, MIND, Zorgverzekeraars Nederland, de beroepsverenigingen en GGZ Nederland over de bekostigingsproblematiek van de hoogspecialistische ggz. Het voorstel is om te zoeken naar een duurzame en structurele oplossing, analoog aan de somatische zorg, om de infrastructuur van hoogspecialistische ggz te financieren met een regeling zodat dit voor alle patiënten die dit nodig hebben beschikbaar is en blijft. Dit voorstel wordt door een groot aantal branchepartijen ondersteund en door hen ingebracht in het Hoofdlijnenakkoord GGZ (namens o.a. NVvP, GGZ Nederland, NIP, P3NL, VN&N en MIND).

Het directeurenoverleg HLA adviseert u om de in deze notitie geschetste route voor de korte en lange termijn in de komende tijd verder uit te werken.

Vraag aan het BO:

Op korte termijn een verkenning te doen naar een regeling voor structurele bekostiging van de infrastructuur van hoogspecialistische ggz:

- Een structurele, duurzame oplossing analoog aan de BBAZ regeling, zodat de hoogspecialistische functies op lange termijn stevig geborgd worden. Implementatie zou per 2022 van kracht moeten zijn en onderdeel uitmaken van een nieuw HLA.
- Overgangsregeling van 2020-2022: Ten laste van het makrokader ggz een overgangsregeling instellen, waarbij de middelen via een subsidieregeling van VWS door een onafhankelijke partij worden verdeeld over de afdelingen die aantoonbaar voldoen aan de gestelde criteria voor hoogspecialistische ggz.

6. Stand van zaken ANW-diensten

Toelichting GGZ Nederland en NVvP

7. Rondvraag/Wyttk

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Commissie ggz, Commissie controle, Bestuurscommissie
ggz, Bestuurlijk Overleg AL ggz (17 december 2019)

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Senior Beleidsmedewerker

T [redacted]
M [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum

6 oktober 2019

Aantal pagina's

5

memo

Verminderen administratieve lasten rondom de
verwijzing (ggz)

De huidige 'Afspraken Verwijzing Geestelijke gezondheidszorg¹ (ggz)' zijn in maart 2017 gemaakt. Deze geven verdere duiding aan de afspraken zoals beschreven in het Plan van aanpak 'verantwoording behandelingen en jaarrekeningen curatieve ggz' naar aanleiding van de NBA audit alert 32. Hoewel die afspraken een vereenvoudiging betekenden en voor meer duidelijkheid zorgden, heeft interpretatieruimte ten aanzien van deze afspraken en angst voor afwijzing van de declaratie gezorgd voor risicomidend gedrag. Dit gedrag zorgt vervolgens voor onnodig hoge administratieve lasten en registratiedruk.

Onder andere met de publicatie van het Advies Taskforce Gepast Gebruik ggz van 28 maart jl. is er in het veld een geaccepteerde opsplitsing gemaakt in het begrip rechtmatigheid. Dit memo richt zich op het onderdeel Correct registreren en declareren en specifiek op het voldoen aan een verwijzing. Daarmee vallen de onderhavige afspraken niet onder de noemer "gepast gebruik".

Onderdeel	Toepassing
Correct registreren en declareren	luisterregistratie en declaratie (normen Wmg, prestatie- en tariefbeschikkingen en nadere regels NZa) Voldoen aan (indicatie-)voorwaarden Zvw (regeling zorgverzekering)
Gepast gebruik	De zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk (effectieve zorg) De verzekerde moet redelijkerwijs zijn aangewezen op zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak)

Tabel 1: Definitie onderdelen Rechtmatigheid

In het Bestuurlijk akkoord ggz 2019 t/m 2022 is de afspraak gemaakt om te werken aan de vermindering van registratielast bij (formeel) rechtmatigheidscontroles. Voorliggend voorstel om de rechtmatigheidsafspraken op het gebied van correct registreren en declareren rondom de verwijzing naar de ggz aan te passen is onderdeel van deze afspraak.

Een petit comité (bestaande uit Zilveren Kruis, ZN (als toehoorder), GGZ Nederland, NZa en VWS) heeft voorliggend voorstel uitgewerkt.

Beslispunt:

Kunt u akkoord gaan met het voorstel, zoals onderstaand uitgewerkt? Indien u akkoord gaat, dan zullen de 'Afspraken Verwijzing Geestelijke gezondheidszorg'

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/besluiten/2017/03/16/besluit-verwijzingen-ggz>

*worden aangepast en worden gepubliceerd op de daartoe aangewezen communicatiekanalen van GGZ Nederland, ZN en VWS.
Indien u niet akkoord gaat, kunt u aangeven wat de redenen hiervoor zijn?*

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Voorstel aanpassing 'Afspraken Verwijzing Geestelijke Gezondheidszorg' (maart 2017)

Datum
6 oktober 2019

Uitgangspunt: Bij de start van diagnostiek en behandeling in de curatieve ggz moet voor iedere patiënt een aantoonbare verwijzing aanwezig zijn (artikel 14, lid 2 Zorgverzekeringswet (Zvw)).
Voor de generalistische basis-ggz geldt dat na het verstrijken van 365 dagen één nieuwe verwijzing verplicht is (m.u.v. de prestatie chronisch). Ook geldt binnen de gb-ggz dat een verwijzing verplicht is wanneer sprake is van een nieuwe zorgvraag.

Een verwijzing in de ggz is een voorwaarde voor bekostiging. Hiermee wordt onafhankelijk van de zorgaanbieder de noodzaak van de te leveren zorg vastgesteld. Daarnaast is het in het kader van goede zorg belangrijk dat de zorgaanbieder (met toestemming van de cliënt) de huisarts informeert over de cliënt als die in zorg is genomen, periodiek informeert over de voortgang van de behandelingen bij bijzonderheden, zoals crisiszorg of klinische opname. Verder stuurt de zorgaanbieder een bericht bij het afsluiten van de behandeling van de cliënt.

De richtlijnen voor deze informatievoorziening zijn vastgelegd in de NHG-richtlijn 'Informatie-uitwisseling Huisarts-tweedelijns ggz' en vertaald voor geautomatiseerd berichtenverkeer.

In de Afspraken Verwijzing ggz zijn twee doeleinden in de informatie-uitwisseling door elkaar heen gelopen, te weten:

1. Onafhankelijke indicatie van de zorgvraag (rechtmatigheid rondom correct registreren en declareren), en
2. Ordentelijke informatievoorziening naar de huisarts (kwaliteitsnorm/gepast gebruik).

Deze vermenging van doelen zorgt voor onduidelijkheid met betrekking tot (financiële) consequenties bij afwijken van deze regels.

In dit voorstel wordt eerst gepresenteerd de 'beslisboom wanneer wel of geen verwijzing of doorverwijzing noodzakelijk is om de rechtmatigheid op het gebied van correct registreren en declareren van de zorg aan de cliënt aan te tonen'. Daarna volgt een toelichting per punt.



Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
6 oktober 2019

Tabel 2: Beslisboom toegang tot de ggz

Toelichting start van de behandeling, maar geen verwijzing

Indien er geen geldige verwijzing is bij de start van de diagnostiek/behandeling in de Zvw-gefinancierde ggz, maar er is sprake van één van onderstaande situaties, is het streven dat binnen 30 dagen (met toestemming van de cliënt) een melding aan de huisarts wordt gedaan. Wanneer deze melding niet binnen maximaal 60 dagen is gedaan, is de geleverde dbc/prestatie onrechtmatig. Een vastlegging van deze melding in het dossier geldt als verwijzing. Er is dan dus geen (nieuwe) verwijzig van de huisarts noodzakelijk.

1. Acute ggz/crisis-dbc (afspraak 3 onder paragraaf 3 Onvolledige of ontbrekende verwijzing in Afspraken Verwijzing ggz).
2. Spoedzorg: zorginhoudelijke reden moet zodanig van aard zijn dat uitstel van zorgverlening, gelet op de specifieke context van het geval en de algemeen geldende kwaliteitsnormen uit de Wet BIG en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, niet mogelijk is. Er moet sprake zijn van een **spoedeisende** noodzaak tot behandelen (afspraak 3 onder paragraaf 3 Onvolledige of ontbrekende verwijzing in Afspraken Verwijzing ggz).
3. Zorg (gedwongen opname/behandeling) geleverd op basis van de Wet Verplichte ggz (waaronder toeleidingstraject via de aanvraag voor voorbereiding Zorgmachtiging door de Officier van Justitie zoals geregeld in de Wet Verplichte ggz).
4. Een terugval bij dezelfde zorgvraag binnen een jaar na afsluiten van de voorgaande dbc (geldt alleen binnen de gespecialiseerde ggz). Na 365 dagen is een nieuwe verwijzing noodzakelijk is.

Als er geen sprake is van één van bovenstaande situaties, en er is geen tijdige/geldige verwijzing, is er geen recht op toegang tot de ggz. De startdatum van een dbc of prestatie in de Generalistische basis ggz aanpassen of de huisarts verzoeken achteraf een verwijzing op te stellen, is niet in lijn met deze afspraak en wordt als onrechtmatigheid beschouwd. De afspraken uit 2017 over een onvolledige verwijzing (onderdeel 3.2) wijzigen niet.

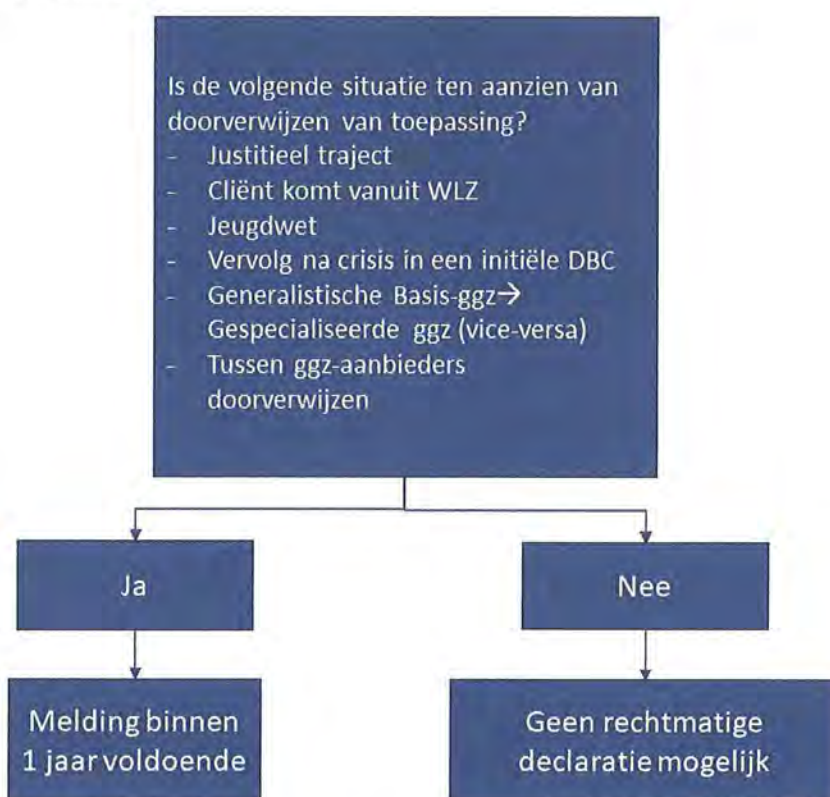
Toelichting Doorverwijzing

Als in de voorgaande beslisboom bij de vraag: "Nee, sprake van doorverwijzing" is aangekomen, is onderstaande beslisboom van toepassing. Een doorverwijzing kan de rechtmatigheid op het gebied van correct registreren en declareren aantonen, wanneer een geldige/tijdige verwijzing ontbreekt of verlopen is. De doorverwijzing mag door de regiebehandelaar worden afgegeven.

T.a.v. controles is de doorverwijzing binnen een jaar (365 dagen) als rechtmatigheidsaspect op het gebied van correct registreren en declareren toegevoegd.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
6 oktober 2019



Tabel 3: Beslisboom doorverwijzing

Een doorverwijzing is een aansluitend vervolg op een eerder gestart ggz-traject. Indien sprake is van een doorverwijzing, dan geldt overeenkomstig de "Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz" dat de huisarts, bij patiënten die langer dan een half jaar in zorg zijn bij de ggz, mits de patiënt hiervoor toestemming geeft, minimaal elk jaar een voortgangsverslag ontvangt met: beloop, (gewijzigde) medicatie, (gewijzigd) controlebeleid door ggz en/of huisartsenpraktijk, een eventueel crisisplan, en een aanspreekpunt bij en contactgegevens van de ggz-aanbieder. In andere woorden voor de onderstaande doorverwijzingen geldt dat een melding aan de huisarts binnen een jaar (365 dagen) moet worden gedaan. Er is hier gekozen voor één jaar omdat er dan voldaan wordt aan de 'correct registreren en declareren' risico's rondom verwijzing. Een doorverwijzing met een melding aan de huisarts binnen het jaar wordt dan in controles als rechtmatig (correct registreren en declareren) gezien. Er is dan dus geen nieuwe verwijzig van de huisarts noodzakelijk. Uitsluitend de volgende routes worden erkend als "doorverwijzing":

1. Cliënt komt uit justitieel traject (DBBC).

2. Cliënt is in behandeling bij de aanbieder en zet behandeling direct voort na het beëindigen van de Wlz-indicatie. De Wlz-indicatie wordt gezien als verwijzing (besluitvorming Bestuurlijk Overleg 16-06-2016).
 3. Client komt uit de Jeugdwet.
 4. Vervolg in een initiële dbc na start behandeling binnen crisis-dbc
 5. Generalistische Basis-ggz naar Gespecialiseerde ggz (of vice-versa). (Let op: de prestatie basis chronisch werd in afspraken verwijzing, apart genoemd. In dit voorstel zal de prestatie basis chronisch onder het regime van 'doorverwijzing' vallen.)
 6. Tussen ggz-aanbieders doorverwijzen (onafhankelijk of dit gespecialiseerde ggz of generalistische basis ggz betreft).
- De van toepassing zijnde situatie moet blijken uit het dossier.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
6 oktober 2019

Geldigheidsduur van een verwijzing

Bij lange wachttijd kan het voorkomen dat de 9-maandentermijn (275 dagen) verstrijkt voordat de behandeling aanvangt. Er is daarom besloten voor de 9-maandentermijn het verschil tussen de datum van verwijzen en de aanmelding bij een ggz-aanbieder aan te houden. Bij het uiteindelijk openen van de dbc of een prestatie in de Generalistische basis ggz kan de aanmelddatum (het moment dat iemand op de wachtlijst is geplaatst) in het dossier worden genoteerd onder het mom van de wachtlijst. Deze datum is dan de datum waarmee wordt vergeleken bij controles. De huisarts wordt na intake en diagnostiek, zoals gebruikelijk geïnformeerd zodat deze weet dat zijn cliënt in zorg is.

Bevoegde verwijzers

In het Plan van aanpak n.a.v. audit alert 32 staat: "De volgende beroepen/ instanties worden tenminste erkend als beroepen/ instanties die een geldige verwijzing kunnen geven:

- Huisarts
- Medisch specialist (inbegrepen zijn: de psychiater, specialist ziekenhuis, specialist ouderengeneeskunde)
- Straatdokter

De bedrijfsarts wordt door de meeste verzekeraars in hun polisvoorwaarden als een verwijzer beschouwd.

De regiebehandelaar van een patiënt in de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz kan, als deze van oordeel is dat behandeling in de gespecialiseerde ggz respectievelijk de generalistische basis ggz plaats moet vinden, rechtstreeks doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz respectievelijk de generalistische basis ggz. Dit is bepaald in de "Afspraken verwijzing ggz".

Programmamanagement en de programma-ondersteuning (Zorgmarkten)

In de 'Financiële paragraaf programma zorgprestatie-model' zijn de kosten opgenomen voor het programmamanagement en de programma-ondersteuning in 2020. Daarin gingen wij uit van een inzet van het team van 46 weken (1 januari - 31 december 2020, minus 6 vakantieweken) en een inzet van 3 dagen per week voor [REDACTED], 1,5 dag per week voor [REDACTED] en 3 dagen per week voor [REDACTED]. Inzet van [REDACTED] is 8 dagen voor heel 2020.

Wij stellen voor de inzet van de [REDACTED] en [REDACTED] te verhogen met respectievelijk 0,5 dag en 1,5 dag om de volgende redenen:

- Voor een aantal werkgroepen is er nog geen voorzitter uit het veld. Het programmamanagement voorziet zelf dan in het voorzitterschap.
- Op een aantal inhoudelijk dossiers moet het programma-management, in samenwerking met mensen uit het programma, het voortouw nemen om een volgende stap te zetten en om op tijd klaar te zijn voor 2022. Bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van de lijst met 'niet-regiebehandelaars' en bij het verder brengen van de zorgvraagtypering.
- Ook het opstellen van veldafspraken en het voorbereiden van de implementatie vragen naar verwachting meer regie vanuit het programmamanagement.
- Het juist verwoorden van besluiten en afspraken vraagt om zorgvuldige formuleringen en heldere teksten.
- Er is een onderbezetting op het terrein van de communicatie. Er zal daarom extra worden ingezet vanuit het programmamanagement en de programma-ondersteuning op communicatie.

Programmamanagement en programma-ondersteuning - extra aanneemsom				
	Dagen/week	Prijs/dag	Aantal weken	Prijs
Extra inzet programmamanager - [REDACTED]		0,5	10,1 d	46
Extra inzet reguleringsexpert/jurist - [REDACTED]		1,5		46
Extra aanneemsom (excl. btw)				€ [REDACTED]

Externe toets ontwerpcriteria (niet via Zorgmarkten)

In het advies van de NZa en in het Plan van aanpak is het volgende opgenomen over een nog uit te voeren externe toets:

Een derde partij zal worden gevraagd het zorgprestatie-model te toetsen aan de opgestelde ontwerpcriteria. Mochten hier bevindingen uit voort komen die aanpassing van regelgeving nodig maakt, kan dit verwerkt worden in de uitlevering van 1 oktober 2020. De timing van deze toets zal nog worden besproken met VWS.

De Bestuurlijke commissie heeft in haar vergadering van 6 november de opdracht voor deze toets vastgesteld:

Toets het Zorgprestatie-model (kwalitatief) aan de hand van de opgestelde ontwerpcriteria en geef een oordeel over de mate waarin het zorgprestatie-model aan deze criteria zal kunnen voldoen. Beoordeel of de door VWS en partijen beoogde doelen kunnen worden gerealiseerd en doe aanbevelingen waar we bij de ontwikkeling van het zorgprestatie-model rekening mee moeten houden. De kwantitatieve analyses van de NZa dienen mede als input voor de onderzoeker.

Om tijdige besluitvorming door VWS mede mogelijk te maken, is besloten de uitvoering van de externe toets te vervroegen en te versnellen. De opdrachtformulering was voorzien in de maanden januari en februari 2020. De uitvoering was voorzien in de maanden maart – juni 2020. De aangepaste planning is als volgt:

- Opdrachtformulering externe toets en uitzetten opdracht: november – december 2019
- Uitvoering externe toets (inclusief bespreking en rapportage): januari – maart 2020
- Reactie NZa / bestuurlijke commissie Zorgprestatie model aan staatssecretaris: april 2020

Het heeft de voorkeur de opdracht bij een niet-commerciële partij te beleggen, zodat een zo objectief en onafhankelijk mogelijk oordeel ontstaat en er geen andere belangen meespelen. Het programma-management zal een verkennend gesprek voeren met het Talma Instituut en met de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM).

De Bestuurlijke commissie ziet de uitkomsten van de toets als een van de elementen waarop het al dan niet instemmen met invoering van het zorgprestatie model wordt gebaseerd. De toets is een assessment op de mate waarin ontwerpcriteria zijn geborgd en ondersteunt zo de besluitvorming.

Naar verwachting ligt er vlak voor de kerst een voorstel vanuit één of meerdere partijen. Voorgesteld wordt om in de begroting een bedrag van € 75.000 (excl. btw.) te reserveren voor dit onderzoek.

Capaciteits
orgaan

NIP
t.a.v. Monique Rook, directeur
Postbus 2085,
3500 GB Utrecht

Utrecht, 20 december 2019
Kenmerk: **VS/MB/19-83**

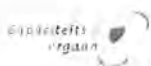
Geachte mevrouw Rook,

Op 4 november 2019 hebben GGZ Nederland en het NIP (namens de partijen van het bestuurlijk akkoord ggz) en het Capaciteitsorgaan overlegd over de mogelijkheden om tot een tussentijdse raming voor de beroepen geestelijke gezondheid te komen. Aanleiding hiervoor zijn de in 2019 in het kwaliteitsregister opgenomen kwaliteitsstandaarden en de module acute psychiatrie. In de meest recente raming van het Capaciteitsorgaan (eind 2018) kon geen rekening gehouden met deze standaarden en module, aangezien er toen nog geen zicht was op implementatie ervan.

Het Capaciteitsorgaan is bereid hiervoor een tussentijdse raming uit te brengen. Deze tussentijdse raming ziet enkel op de parameter 'sociaal-culturele ontwikkelingen', aangezien alleen deze kan wijzigen door de kwaliteitsstandaarden en de module acute psychiatrie. Alle andere parameterwaarden blijven onveranderd en worden dus niet geactualiseerd, en er worden verder geen andere ontwikkelingen meegenomen. Uiteraard zullen deze in de volgende reguliere raming wel worden opgenomen.

Omdat er nog geen ervaringscijfers zijn over hoe de standaarden en de module wordt toegepast, zijn inschattingen van deskundigen onze voornaamste bron. Wij zullen één of meerdere Delphi-sessies organiseren waarbij wij deskundigen uitnodigen. Deze sessies zullen in januari en/of februari plaatsvinden. Actieve deelname van deskundigen is een noodzakelijke randvoorwaarde voor het kunnen afgeven van een tussentijdse raming.

De inschattingen van de deskundigen zullen wij vertalen in concept parameterwaarden, die we met onze Kamer Beroepen Geestelijke Gezondheid bespreken. Vervolgens maken wij een berekening van de benodigde instroom, beschrijven deze in een tussentijdse raming en stemmen deze af met de Kamer Beroepen Geestelijke Gezondheid en met ons Algemeen Bestuur. Wij streven ernaar de tussentijdse raming in het tweede kwartaal van 2020 op te leveren en naar het ministerie van VWS toe te zenden ten behoeve van de formele besluitvorming aldaar.



Berekent zorgverleners voor de toekomst



Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

GGZ Nederland
t.a.v. Veronique Esman-Peeters, directeur
Piet Mondriaanplein 25
3812 GZ Amersfoort GGZ

Utrecht, 20 december 2019
Kenmerk: **VS/MB/19-84**

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

telefoon
+31 (0)30 282 38 40

e-mail
info@capaciteitsorgaan.nl

website
www.capaciteitsorgaan.nl

Geachte mevrouw Esman-Peeters,

Op 4 november 2019 hebben GGZ Nederland en het NIP (namens de partijen van het bestuurlijk akkoord ggz) en het Capaciteitsorgaan overlegd over de mogelijkheden om tot een tussentijdse raming voor de beroepen geestelijke gezondheid te komen. Aanleiding hiervoor zijn de in 2019 in het kwaliteitsregister opgenomen kwaliteitsstandaarden en de module acute psychiatrie. In de meest recente raming van het Capaciteitsorgaan (eind 2018) kon geen rekening gehouden met deze standaarden en module, aangezien er toen nog geen zicht was op implementatie ervan.

Het Capaciteitsorgaan is bereid hiervoor een tussentijdse raming uit te brengen. Deze tussentijdse raming ziet enkel op de parameter 'sociaal-culturele ontwikkelingen', aangezien alleen deze kan wijzigen door de kwaliteitsstandaarden en de module acute psychiatrie. Alle andere parameterwaarden blijven onveranderd en worden dus niet geactualiseerd, en er worden verder geen andere ontwikkelingen meegenomen. Uiteraard zullen deze in de volgende reguliere raming wel worden opgenomen.

Omdat er nog geen ervaringscijfers zijn over hoe de standaarden en de module wordt toegepast, zijn inschattingen van deskundigen onze voornaamste bron. Wij zullen één of meerdere Delphi-sessies organiseren waarbij wij deskundigen uitnodigen. Deze sessies zullen in januari en/of februari plaatsvinden. Actieve deelname van deskundigen is een noodzakelijke randvoorwaarde voor het kunnen afgeven van een tussentijdse raming.

De inschattingen van de deskundigen zullen wij vertalen in concept parameterwaarden, die we met onze Kamer Beroepen Geestelijke Gezondheid bespreken. Vervolgens maken wij een berekening van de benodigde instroom, beschrijven deze in een tussentijdse raming en stemmen deze af met de Kamer Beroepen Geestelijke Gezondheid en met ons Algemeen Bestuur. Wij streven ernaar de tussentijdse raming in het tweede kwartaal van 2020 op te leveren en naar het ministerie van VWS toe te zenden ten behoeve van de formele besluitvorming aldaar.



Berekent zorgverleners voor de toekomst

bezoekadres
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

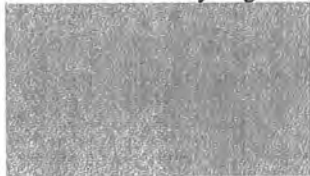
KvK Utrecht 30156360



Zoals gezegd zijn er, voor zover ons bekend, nog geen (cijfermatige) ervaringen met de standaarden en de module. De onderbouwing van de tussentijdse raming zal daardoor minder stevig zijn dan bij een reguliere raming door het Capaciteitsorgaan. Wij zullen dit benadrukken in de tussentijdse raming. In de reguliere raming die eind 2021 wordt opgeleverd, kunnen wij met betere data werken. Mocht u overigens wel weet hebben van (aankomend) relevant cijfermateriaal dan horen wij dat natuurlijk graag zo snel mogelijk.

Wij hopen u hiermee voor nu voldoende te hebben geïnformeerd. Als u vragen over het traject hebt, kunt u altijd contact opnemen met [REDACTED] [REDACTED] ([REDACTED]@capaciteitsorgaan.nl) [REDACTED] [REDACTED] ([REDACTED]@capaciteitsorgaan.nl). Uiteraard zijn we ook bereid tot nadere toelichting in een bijeenkomst van de partijen van het bestuurlijk akkoord ggz.

Met vriendelijke groet, mede namens [REDACTED] [REDACTED] en [REDACTED] [REDACTED]



V.A.J. Slenter, arts M&G
directeur

cc: NIP; mw. Rook

Kaderafspraken ZonMw

Kwaliteitsgelden Partijen in het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022



ZonMw

1-3-2020

Programma Manager namens DO HLA

Toelichting: Dit document is besproken met ZonMw en zal als kader dienen voor alle subsidie aanvragen voor de projecten en werkgroepen vanuit en DO HLA GGZ. De huidige status is dat dit voor 95% akkoord is. Het document heeft al 2 revisie rondes met ZonMw gehad. Formeel akkoord vanuit ZonMw hoop ik voor de vergadering van maandag 9 maart te ontvangen.

Gevraagd:

1. Akkoord van het DO HLA op deze (concept) kaderafspraken.
2. Akkoord om met de hoofdaanemers het vervolg traject op te starten en afroep van de subsidies voor te bereiden.

Deelnemende partijen

GGZ Nederland

Mind Landelijk Platform

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Landelijke Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten

Nederlands Instituut van Psychologen

Federatie van Psychologen, Psychotherapeuten en Pedagogen

Platform MeerGGZ

Verpleegkundigen & Verzorgende Nederland

InEen, vereniging voor eerstelijnsorganisaties

Federatie Opvang en RIBW Alliantie (sinds 1-1-2020 samen de Vereniging Valente)

Zorgverzekeraars Nederland

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Kaderafspraken kwaliteitsgelden Partijen BA GGZ

Inhoud

Kaderafspraken kwaliteitsgelden Partijen BA GGZ.....	1
Inleiding	2
1. Doel en subsidiabele activiteiten kwaliteitsgelden Partijen BA GGZ	3
1.1 Doel programma Kwaliteitsgelden.....	3
1.2 Subsidiabele activiteiten kwaliteitsgelden Partijen BA GGZ	3
2. Randvoorwaarden	5
2.1 Aanvrager	5
2.2 Aanvraag	5
2.3 Beschikbaar budget.....	5
3. Voorbereiding aanvraag	6
3.1 Agendering, prioritering, selectie door DO HLA	6
3.2 Beoordelingscriteria thema's en deelprojecten	7
3.2.1 Relevantiecriteria	7
3.2.2 Kwaliteitscriteria	7
4. Aanvraagprocedure.....	7
4.1 Formats en bijlagen	7
4.2 Subsidierondes: planning en handelingen	8
5. Beoordeling en besluitvorming door ZonMw	8
6. Monitoring en verantwoording	8

Inleiding

Deze kaderafspraken hebben tot doel om binnen het programma Kwaliteitsgelden ruimte te geven aan de indienende partijen om hun professionele verantwoordelijkheid te nemen en tegelijkertijd recht te doen aan de formele bevoegdheden of verplichtingen van ZonMw als subsidiegever op grond van de Awb en de algemene subsidiebepalingen. De kaderafspraken geven invulling aan de opdracht van VWS om aan te sluiten bij bestaande werkwijzen rondom de inzet van kwaliteitsgelden.

Het definiëren van 'goede zorg' in 'professionele standaarden' behoort tot de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals als collectief. Bij die verantwoordelijkheid hoort ook het richting geven aan kwaliteitsontwikkeling door het signaleren en analyseren van knelpunten, het stellen van prioriteiten en het maken van keuzes voor oplossingen en oplossingsrichtingen.

ZonMw heeft als zelfstandig bestuursorgaan en opdrachtnemer voor het programma Kwaliteitsgelden een taak in het bewaken van de verantwoording van deze publieke middelen vanuit de positie van zelfstandig bestuursorgaan in het algemeen en de positie als opdrachtnemer voor het programma in het bijzonder.

Om recht te doen aan de wederzijdse verantwoordelijkheden leggen ZonMw en DO HLA in deze kaderafspraken vast welke activiteiten in aanmerking komen voor subsidiëring met Kwaliteitsgelden en op welke wijze een aanvraag wordt voorbereid en vormgegeven. Door deze afspraken vooraf vast te leggen kan de toetsing van ZonMw op de aanvragen lichter worden ingericht. ZonMw toetst de aanvragen op nakoming van deze kaderafspraken.

Bij het opstellen van de kaderafspraken voor de subsidie aanvraag is sprake van een veldpartij en een doelgroep. In deze kader afspraken verstaan we onder de veldpartij het Directeurenoverleg Hoofdlijnenakkoord GGZ (afgekort als DO HLA).

De doelgroep (genoemd Partijen BA GGZ) bestaat uit de partijen die het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022 hebben ondertekend, zijnde:

- GGZ Nederland,
- Mind Landelijk Platform,
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,
- Landelijke Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten,
- Nederlands Instituut van Psychologen,
- Federatie van Psychologen, Psychotherapeuten en Pedagogen,
- Platform MeerGGZ,
- Verpleegkundigen & Verzorgende Nederland,
- InEen, vereniging voor eerstelijnsorganisaties,
- Federatie Opvang en RIBW Alliantie (sinds 1-1-2020 samen de Vereniging Valente),
- Zorgverzekeraars Nederland

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is mede ondertekenaar van het HLA echter zal zij nooit optreden als hoofdaannemer met betrekking tot het verkrijgen van een subsidie. Zij komt om die reden niet voor als partij in de doelgroep voor de subsidie.

1. Doel en subsidiabele activiteiten kwaliteitsgelden Partijen BA GGZ

1.1 Doel programma Kwaliteitsgelden

Met de inzet van Kwaliteitsgelden werken (samenwerkende) beroepsgroepen en patiëntenorganisaties aan kwaliteit van zorg in Nederland. Zij doen dit door het (door)ontwikkelen en actueel houden van kwaliteitsbeleid en een breed en samenhangend scala aan methodieken en instrumenten voor zorgprofessionals. Verenigingen van professionals en van patiënten werken samen aan vindbaarheid, toegankelijkheid en toepasbaarheid van deze producten en aan de bevordering van het gebruik van de ontwikkelde instrumenten in de spreekkamer, zodat professional en patiënt steeds beter in staat zijn om op een goede manier samen te beslissen welke zorg in de individuele situatie van de patiënt het meest passend is.

1.2 Subsidiabele activiteiten kwaliteitsgelden Partijen BA GGZ

De activiteiten die met de kwaliteitsgelden Partijen BA GGZ bekostigd worden zijn gericht op de uitvoering van diverse projecten in het kader van het hoofdlijnenakkoord GGZ. Aansturing van deze projecten vindt plaats door het Directeuren Overleg HLA GGZ. De activiteiten die in dit kader worden ontwikkeld stonden in het verleden bekend als de Agenda voor Gepast Gebruik en Transparantie. Tot 1 januari 2020 werden de activiteiten gefinancierd vanuit de zorgpremiegelden en beheerd in de stichting kwaliteitsgelden GGZ vanuit Zorgverzekeraars Nederland. Met ingang van 1 januari 2020 heeft het ministerie van VWS het beheer van de kwaliteitsgelden belegd bij ZonMw. Dat betekent dat voor de financiering van deze activiteiten een subsidie aanvraag bij ZonMw nodig is.

In het hoofdlijnenakkoord GGZ zijn diverse doelstellingen opgenomen ter verbetering van de GGZ in de periode 2019-2022. Om deze doelen te bereiken worden door het DO HLA GGZ projecten opgestart. Deze projecten hebben een hoofdaannemer en een begroting. Het DO HLA heeft programmamanager aangesteld om voortgang op het programma als geheel en resultaten op de diverse initiatieven en projecten in het bijzonder te monitoren.

Met het oog op mogelijke staatsteun zal de volgende zin opgenomen worden in de subsidieoproep: In het geval dat de te subsidiëren activiteiten kwalificeren als economische activiteiten en er sprake is van ongeoorloofde staatsteun in de zin van artikel 107, lid 1 VWEU/DAEB vrijstellingsbesluit 2012 2, zal ZonMw de SKMS 2 op grond van lid 3 middels een DAEB aanwijzingsbesluit belasten met de uitvoering van een dienst van algemeen economisch belang (hierna: 'DAEB') bestaande uit die specifieke economische activiteiten.

Ter voorbereiding van het ZonMw programma Kwaliteitsgelden heeft Pels Rijcken een uitgebreid advies opgesteld ten aanzien van mogelijke economische activiteiten. De activiteiten die onder de 1,4mln vallen zijn hier niet in meegenomen. ZonMw bespreekt nog met de jurist welke consequenties dit heeft.

Bij het opstellen van deze kaderafspraken zijn de volgende projecten reeds expliciet benoemd voor het budgetjaar 2020:

- De Landelijke Werkgroep Kwaliteitsstatuut zal in 2020 de ontwikkeling van het geregistreerde kwaliteitsstatuut en de formats ter hand nemen. Daarbij zal zij met Mediquest als uitvoerder afspraken maken over beheer en de ontwikkeling in de website voor het kwaliteitsstatuut, zodat alle aanbieders een kwaliteitsstatuut kunnen registreren. GGZ Nederland is de hoofdaannemer voor dit project.
- Terugdringen van de wachttijden is een lopende werkgroep met deskundigheid vanuit de verschillende partijen in het veld onder aanvoering van Zorgverzekeraars Nederland als hoofdaannemer.
- MIND onderneemt activiteiten voor de ondersteuning van de patiënt in de GGZ. Daarvoor wordt onder andere kosten gemaakt voor de website Kiezen in de GGZ. Deze kosten vallen binnen het project dat is begroot ter ondersteuning van de patiëntenorganisatie MIND. Zij zijn hoofdaannemer voor dit traject.

10.2.e, tenzij anders vermeld

Doc. 58

Kaderafspraken 20200101 ten behoeve van programma DO Hoofdlijnenakkoord GGZ (CONCEPT)

- Implementatie Zorgprestatie model is een groot project onder de hoofdaannemer Zorgverzekeraars Nederland.
- Tevens is een project over de veldnorm beroepenstructuur in het programma opgenomen onder de hoofdaannemer P3NL met SIRM als uitvoerend projectleider.

Bovengenoemde lijst is niet uitputtend. In de loop van het kalenderjaar kunnen door het DO HLA besluiten worden genomen voor aanvullende projecten.

2. Randvoorwaarden

2.1 Aanvrager

Een aanvraag voor kwaliteitsgelden Partijen BA GGZ kan ingediend worden door elk van de partijen afzonderlijk in de rol van hoofdaannemer. Een opdracht en uiteindelijk een goedgekeurd besluit door het DO HLA moet daar aan ten grondslag liggen.

2.2 Aanvraag

Elke aanvrager dient afzonderlijk een subsidieaanvraag in. De aanvraag biedt inzicht in de activiteiten en kosten waarvoor het DO HLA akkoord heeft gegeven en vloeit voort uit de doelen in het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022. Indien van toepassing kunnen aanvragen gebundeld worden ingediend, vergezeld van een overkoepelend projectplan.

Voor de afroep van subsidies wordt een deelproject gestart met een expliciete opdracht van het DO HLA. Daarbij is in het vervolg van deze afspraken expliciet benoemd hoe de opdrachten tot stand komen, dat er een hoofdaannemer wordt benoemd en dat het DO HLA toeziet op uitvoering, tussentijdse rapportages en voortgang van de deelprojecten. Daarvoor heeft het DO HLA een programma manager benoemd die deze taken op zich neemt.

Projectaanvragen zijn per budgetjaar in te dienen en kunnen worden verlengd voor volgende budgetjaren. Voor meerjarige projecten wordt per jaar subsidie aangevraagd. De kaderafspraken daarvoor worden ook per kalenderjaar geëvalueerd en vastgesteld voor het volgende jaar. Voor 2021 worden de kader afspraken en de te verwachten deelprojecten vastgesteld in december 2020. De kaderafspraken worden alleen bijgesteld als dat op basis van de evaluatie nodig is. ZonMw wordt geïnformeerd over de te verwachten projectaanvragen voor het volgende budgetjaar.

Deelprojecten en uitgewerkte subsidieaanvragen dienen te voldoen aan de algemene subsidie bepalingen https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Corporate/Algemene-subsidiebepalingen-ZonMw_per_1_juli_2013.pdf van ZonMw, met enkele uitzonderingen die in deze kaderafspraken worden benoemd (implementatie, kosten accountant, monitoring en verantwoording)

Voor het programma Kwaliteitsgelden worden geen aparte indienmogelijkheden voor verspreidings- en implementatie impulsen georganiseerd. Implementatieactiviteiten maken integraal onderdeel uit van de projecten die met kwaliteitsgelden worden gefinancierd¹

2.3 Beschikbaar budget

Het jaarbudget dat voor Partijen BA GGZ beschikbaar is, is vastgesteld in de opdracht van VWS en bedraagt totaal 1,4 mln. Dit bedrag is jaarlijks gereserveerd tot en met 2022. Dit deelbudget voor Partijen BA GGZ blijft beschikbaar gedurende de looptijd van het programma Kwaliteitsgelden, ook wanneer een jaarbudget niet volledig wordt uitgeput. Resterende bedragen door vrijval of onderuitputting worden overgeboekt naar het deelbudget voor Partijen BA GGZ volgende kalenderjaar.

¹ Dit is een afwijking van de algemene subsidievoorwaarden binnen het programma Kwaliteitsgelden.

3. Voorbereiding aanvraag

3.1 Agendering, prioritering, selectie door DO HLA

Het DO HLA geeft maakt gebruik van verschillende werkgroepen, DO HLA stelt voor iedere werkgroep vast welke doelen behaald moeten worden. Daarbij past het DO HLA de volgende uitgangspunten toe voor besluitvorming.

Beleid over subsidiebudget en besluitvorming over aanvraag subsidies.

- Het monitoren voor het jaarlijkse totale budget van € 1.400.000,- is belegd bij het DO HLA. Binnen het DO HLA wordt besloten voor welke projecten een subsidieaanvraag bij ZonMw ingediend wordt.
- Deze besluiten worden door de programmamanager opgenomen en gerapporteerd in de begroting. Zonder expliciete goedkeuring van het DO HLA kan geen subsidieaanvraag worden ingediend.
- Randvoorwaarden subsidie aanvraag uit het controle protocol van ZonMw (2014) worden toegepast:
 - Er is per project binnen het programma een projectverantwoordelijke hoofdaanvrager nodig, een instelling/ rechtspersoon die het project leidt.
 - De hoofdaanvrager dient twee verantwoordingen op te leveren over het project waar subsidie aan toegekend wordt:
 - Model A – Verantwoording van bestedingen
Dit wordt ingericht met ondersteuning van het algemeen dashboard bestedingen van de programmamanager. Verplichtingen en bestedingen worden ook aan de programmanager gerapporteerd zodat deze in staat is de begroting, lopende contracteringen en besteding te rapporteren en te archiveren.
 - Model B – Controle verklaring door de accountant.
De accountant mag zelf de controle opzetten en uitvoeren en dient te rapporteren binnen de spelregels die in het protocol zijn opgesteld.
 - Een subsidieaanvraag dient te voldoen aan de algemene subsidiebepalingen van ZonMw (1 juli 2013). Dit dwingt onder andere af:
 - Gebruik ZonMw formulier bij de aanvraag;
 - Rapportage en verantwoording tussentijds.
 - Rapportage en verantwoording bij oplevering van het resultaat.
 - Gebruik van ProjectNet.
 - De aanvraag voor een subsidie kan alleen gedaan worden door in Nederland gevestigde rechtspersonen.
- Uitsluitend Partijen BA GGZ kunnen als aanvrager(hoofdaannemer) optreden.

Administratief proces van aanvraag subsidies.

- De aanvrager dient als projectverantwoordelijke aanvrager de subsidieaanvraag in bij ZonMw. De programmamanager faciliteert daarbij.
- De bestuurder van de rechtspersoon die de hoofdaannemer is en de projectleider van deze organisatie ondertekenende subsidie aanvraag
- Deze aanvraag wordt ingediend volgens de procedures en formulieren van ZonMw en omvat:
 - een projectbeschrijving;
 - de doelen voor het project of de werkgroep
 - een begroting conform het door ZonMw voorgeschreven format waarbij een uitsplitsing plaatsvindt per subsidiabele activiteit in personele en materiele kosten. Indien van andere financiering sprake is wordt deze van de kosten van het project afgetrokken;
 - een tijdslijn voor realisatie;
 - duidelijkheid over wie de projectverantwoordelijke is en als hoofdaanvrager zal optreden bij de aanvraag van de subsidie.
- De projectaanvraag wordt opgestart na goedkeuring door DO HLA van het project.

Transparantie

Bij het vaststellen van projecten en bij het aangaan van verplichtingen zullen partijen objectief en integer te werk gaan. Daarbij wordt de ZonMw **Code omgang met persoonlijke belangen**

toegepast. Verder wordt voor transparant gerapporteerd over de toekenning van projecten, de uitvoering ervan en de resultaten (inhoudelijk en financieel).

3.2 Beoordelingscriteria thema's en deelprojecten

3.2.1 Relevantiecriteria

De relevantie van de projecten en resultaten binnen dit programma zijn evident.

- **Toepassing**

Er is vaak sprake van een directe verbetering bij implementatie conform de doelen van het hoofdlijnenakkoord. Registratie van standaarden en publicatie van informatie zijn bij veel projecten onderdeel van de resultaten.

- **Toepassing van ICT**

In de oplossingen wordt ICT als uitgangspunt genomen waar nodig. Bijvoorbeeld het kwaliteitsstatuut is volledig geautomatiseerd in de website <https://ggzkwaliteitsstatuut.nl/> en de inspanning van MIND is voor een belangrijk deel gericht op transparantie door publicatie op de website <https://kiezenindeggz.nl/>.

- **Participatie**

Het Hoofdlijnenakkoord wordt gedragen door professionals, beroepsorganisaties, zorgverzekeraars, het ministerie van VWS en patiënten vertegenwoordigers. Bij de samenstelling van werkgroepen en projecten wordt de juiste mix van belangen gekozen om tot een gedragen en implementeerbare oplossing te komen.

- **Toegang tot data**

Gegevens over de projecten zijn transparant voor alle partijen en er is een project archief beschikbaar. Belangrijk is dat specifiek aandacht wordt besteed aan communicatie en publicatie van behaalde resultaten.

3.2.2 Kwaliteitscriteria

Het DO HLA zet de opdrachten uit in (deel)projecten met specifieke doelen en kwaliteitscriteria. De resultaten worden teruggekoppeld in het DO HLA. Bij het formuleren van de elke opdracht wordt aandacht besteed aan de specifieke criteria voor het eindresultaat. Deze vallen altijd binnen landelijke kaders zoals bijvoorbeeld de "Leidraad kwaliteitsstandaarden".

Bij de beoordeling van de kwaliteit van uitvoering en van het resultaat van een project neemt het DO HLA de volgende factoren in ogenschouw: projectmanagement, projectstart, projectfasering, projectplan, projectleider, projectteam, projectplan, tijd, geld, informatie, organisatie, risicomanagement, verantwoordelijkheden, implementatie, communicatie, nazorg.

Omdat de afspraken verwoordt in het HLA het uitgangspunt zijn, worden de doelstellingen daarin het kader voor te subsidiëren opdrachten. Het DO HLA beoordeelt elke opdracht aan een werkgroep op de concrete te verwachten bijdrage aan gestelde doelen uit het HLA, realisme in de aanpak en haalbaarheid.

4. Aanvraagprocedure

4.1 Formats en bijlagen

Voor de aanvraag van en rapportage over projecten worden de formats aangehouden zoals in paragraaf 3.1 benoemd. Er wordt daarmee gerapporteerd over besteding van middelen, voortgang (status) en eindresultaat.

Er is van elk project een kwartaalrapportage beschikbaar (verplichting op te nemen in de opdracht per project) over de voortgang en er wordt een centraal overzicht bijgehouden van bestedingen per project. Dit zal dienen als basis voor de rapportage in het gewenste format. Het programma heeft een

eigen format voor het sturen van de projecten. ZonMw kan transparant toegang krijgen tot deze informatie via de programmamanager. Deze rapportage formats worden opgezet bij aanvang van elk project. Deze inrichting wordt ook als bijlage opgeleverd bij de projectaanvraag.

Bij de aanvraag die door DO HLA bij ZonMw worden een projectbegroting volgens format ZonMw als bijlagen toegevoegd. Accountantskosten die direct betrekking hebben op de verantwoording van de besteding van de kwaliteitsgelden mogen in de begroting worden opgenomen².

Aan de aanvraag per project wordt tevens een bijlage Project Brief toegevoegd waarin vastgelegd is dat processen zoals beschreven in 3.1 zijn gevolgd en de criteria zoals beschreven in 3.2 en 3.3 zijn gehanteerd.

4.2 Subsidierondes: planning en handelingen

Aanvragen kunnen uitsluitend worden ingediend via het online indiensysteem Mijn ZonMw. Zie voor meer informatie de toelichtingen in Mijn ZonMw en de Handleiding Mijn ZonMw.

ZonMw maakt ten behoeve van het indienen een subsidieronde aan per veldpartij. DO HLA krijgt van ZonMw de toegangsgegevens voor deze subsidieronde.

De data waarop ingediend wordt, worden in onderling overleg tussen ZonMw en DO HLA bepaald. Dit gebeurt zo mogelijk voorafgaand aan een kalenderjaar, maar minimaal 4 weken voor indiening, zodat beide partijen kunnen hun interne planning hierop kunnen afstemmen.

Na het indienen van de uitgewerkte subsidieaanvraag stuurt DO HLA de 'Verklaring akkoord indienen subsidieaanvraag' naar ZonMw. De verklaring wordt ondertekend door de 'bestuurlijk verantwoordelijke' van de rechtspersoon, die aanvraagt, en per e-mail ingestuurd via kwakeitsgelden@zonmw.nl. De verklaring dient uiterlijk één week na indiening binnen te zijn.

5. Beoordeling en besluitvorming door ZonMw

Na ontvangst van de subsidieaanvraag wordt door het ZonMw-bureau beoordeeld of de activiteiten die onderdeel uitmaken van de aanvraag subsidiabele activiteiten zijn. Tevens beoordeelt het ZonMw-bureau of de processtappen die in deze kaderafspraken zijn overeengekomen zijn gevolgd en of daarbij de **Code omgang met persoonlijke belangen** op de juiste wijze is toegepast. Dit betekent dat de volgende zaken kunnen worden overlegd:

- Notulen van besluitvorming binnen DO HLA over project met bijbehorende aanvrager waaruit tevens blijkt dat de Code omgang met persoonlijke belangen is gevolgd
- Geaccordeerd projectplan
- Begroting volgens format

Het ZonMw-bureau schrijft op basis van deze beoordeling een honoreringsadvies aan het ZonMw-bestuur. Het ZonMw-bestuur besluit vervolgens over de subsidietoekenning.

6. Monitoring en verantwoording

Geldstroom en beheer van financiële middelen (€ 1.400.000,- per jaar) bevat de volgende taken:

- Ontvangen van subsidie van ZonMw door aanvrager.
- Beheer van ontvangen gelden en betaling van binnengekomen facturen door aanvrager.
- Creëren van financiële overzichten over uitnutting van middelen door aanvrager en met monitoring door de programma manager.
- Bewaking van de geldstroom:
 - ZonMw betaalt de subsidie uit aan de aanvrager.
 - De aanvrager beheert het geld, sluit contracten en betaalt facturen.
 - De aanvrager is verplicht om contracteren en besteding af te stemmen met de Programmamanager zodat deze te allen tijde volledig inzicht heeft en rapportages over verplichtingen en bestedingen kan faciliteren.

² Dit is een afwijking van de algemene subsidievoorwaarden binnen het programma Kwaliteitsgelden.

- De programmamanager rapporteert het budget en de bestedingen aan het DO HLA en aan ZonMw.

Tussentijdse voortgangsrapportages aan ZonMw en DO HLA

- Inhoudelijke en financiële update aan DO HLA elk kwartaal.
- ZonMw verzoekt om een periodieke beschrijving van de voortgang (beschrijvend en budgettair) en tussentijds bij afwijkingen van het plan.
- Op te stellen in samenwerking van projectverantwoordelijken en programmamanager HLA.

Accountantscontrole op besteding van toegekende subsidies per project

- ZonMw stelt eisen aan verantwoording van verkregen subsidies. Dit dient door Projectverantwoordelijke aanvrager meegenomen te worden in hun eigen accountantscontrole.
- Aan het einde van een project vraagt ZonMw om een beschrijvende en financiële verantwoording inclusief accountantsverklaring.

Jaarlijkse (eind)rapportage aan DO HLA (en ZonMw)

- Eindrapportage gesubsidieerde projecten.
- Eindrapportage over resterende financiële middelen (resterende middelen blijven beschikbaar voor benutting in volgend jaar).
- Op te stellen in samenwerking van projectverantwoordelijken en programmamanager HLA.

ZonMw,

<

<handtekening>

Den Haag, <datum>

<veldpartij>

<handtekening>

<plaats, datum>

<naam>

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

M + [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
13 februari 2020

Aantal pagina's
2

Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.

agenda

Betreft	Directeurenoverleg HLA ggz
Vergaderdatum en -tijd	9 maart 2020 14:00
Vergaderplaats	VWS Muzenzaal 1

1. **Opening en mededelingen** (10 min.)
 - Toetsingscommissie experiment bekostiging beroepen

2. **Verslag 13 februari** (10 min.)

Bijlagen: verslag en actiepuntenlijst

3. **Suïcidepreventie** (20 min.)
([redacted] 113)

Korte presentatie + ruimte voor vragen

4. **Voorstel verkenning scenario's voor transparantie** (20 min.)

AKWA bespreekt graag met het DO hoe we verder kunnen met ROM gekoppeld aan de doelen 3 en 4, zie de bijlagen.

Bijlagen: voorlegger en voorstel

5. **Startnotitie projectmatige aanpak HLA** (30 min. incl. punt 6)
(toelichting [redacted])

Bijlagen: startnotitie, doelen, dashboard

6. Kaderafspraken financiering via ZonMw
(toelichting [REDACTED])

Bijlage kaderafspraken DO HLA en ZonMW

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

7. Raming capaciteitsorgaan
(toelichting NIP en GGZNL)

Bijlagen: Brief capaciteitsorgaan en e-mail

Datum
2 september 2019

8. Voorbereiding komend BO (25 min.)

- Stimuleren contracteren en wetsvoorstel (aangedragen door LVVP)
- Visie en contourennota en contractering (aangedragen door NvVP)
- Voorstel Akwa rom 3 en 4 (aangedragen door ZN)
- Plan hoogcomplexiteit zorg (aangedragen door ZN)
- Startnotitie over hoe we het HLA projectmatig aanpakken en wat prioriteit is (aangedragen door VWS en [REDACTED]).
- Beeldvorming ggz in relatie tot de visie en WVGZ (aangedragen door V&VN).
- Bekostiging consultatie en coördinatie (aangedragen door VNG en ZN).

9. Rondvraag (5 min.)

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

M [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
13 februari 2020

Aantal pagina's
2

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

agenda

Betreft	Directeurenoverleg HLA ggz
Vergaderdatum en -tijd	9 maart 2020 14:00
Vergaderplaats	VWS Muzenzaal 1

1. Opening en mededelingen

2. Verslag

3. Suïcidepreventie ([redacted] 113)

Korte presentatie + ruimte voor vragen

4. Voorstel verkenning scenario's voor transparantie

*AKWA bespreekt graag met het DO hoe we verder kunnen met ROM
gekoppeld aan de doelen 3 en 4, zie de bijlagen.*

5. Voorbereiding BO 19 maart:

- Stimuleren contracteren en wetsvoorstel (aangedragen door LVVP)
- Visie en contourennota en contractering (aangedragen door NvVP)
- Voorstel Akwa rom 3 en 4 (aangedragen door ZN)
- Plan hoogcomplexiteit zorg (aangedragen door ZN)
- Startnotitie over hoe we het HLA projectmatig aanpakken en wat prioriteit is (aangedragen door VWS en [redacted]).
- Beeldvorming ggz in relatie tot de visie en WVGGZ (aangedragen door V&VN).

6. Toetsingscommissie experiment bekostiging beroepen
(terugkoppeling [REDACTED] nav inventarisatie)

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

7. Startnotitie projectmatige aanpak HLA
(toelichting [REDACTED])

Datum
2 september 2019

8. Kaderafspraken financiering via ZonMw
(toelichting [REDACTED])

9. Rondvraag/WVTTK

Bijlage

De BO data zijn:

- 19 maart
- 18 juni
- 10 september
- 19 november

De DO data zijn:

- 9 maart
- 6 april
- 11 mei
- 8 juni
- 6 juli
- 3 aug
- 31 aug
- 28 sep
- 26 okt
- 23 nov