

# AdviesTaskforce Gepast Gebruik ggz

**Een procesgerichte verantwoording  
op gepast gebruik in de curatieve ggz**



## Colofon

Datum	28 maart 2019
Versie	Definitief
Opdrachtgever	Ondertekenaars van het Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022
Auteur	Taskforce Gepast Gebruik ggz De heer Drs. D.W. Voetelink Mevrouw Dr. J. van Eerd MBA Mevrouw Drs. M. Trompetter
	Secondanten: De heer S. Valk RA De heer A. van Son
	Secretariaat: De heer W.M. van de Sande MSC (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport) Mevrouw I.S. Jansen (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport)

# Inhoudsopgave

<b>1. Management samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>2. Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>3. Opdracht Taskforce</b>	<b>9</b>
3.1 Afspraken Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022	9
3.2 Opdracht Taskforce Gepast Gebruik ggz	10
<b>4. Probleemanalyse</b>	<b>11</b>
<b>5. Context</b>	<b>12</b>
5.1 Definitie Gepast Gebruik	12
5.2 Kwaliteitsstatuut	12
5.3 Verantwoording over Gepast Gebruik	13
1. Gegevensgerichte controles	13
2. Procesgerichte controles	17
5.4 Zorgstandaarden	17
5.5 Bevindingen werkbezoeken	18
<b>6. Het Advies</b>	<b>20</b>
6.1 Op korte termijn	20
6.1.1 Hoofdpijnen van de onderdelen van het verantwoordingsproces	20
6.1.2 Basisregistratieset gepast gebruik	20
6.1.3 Procesgerichte verantwoording Gepast Gebruik: organisatorische voorwaarden (opzet)	22
6.1.4 Procesgerichte verantwoording Gepast Gebruik: bestaan en werking	23
6.1.5 Procesgerichte verantwoording Gepast Gebruik: communicatie met zorgverzekeraars	24
6.1.6 Procesgerichte verantwoording Gepast Gebruik: elementen voor het bespreken van de procesgerichte verantwoording met zorgverzekeraars voorafgaand en na afloop van een verantwoordingsjaar	25
6.1.7 Groeimodel voor implementatie	29
6.2 Samenhang gepast gebruik en correct registreren en declareren	32
6.3 Toekomstperspectief	32
6.4 Vermindering van administratieve lasten	33
<b>7. Aan de slag</b>	<b>34</b>
7.1 Afstemming	34
7.2 Toelichtende bijeenkomsten en evaluatie	34
<b>8. Bijlagen:</b>	<b>35</b>
Bijlage 1: Onderdelen van de vier registratiemomenten	35
Bijlage 2: Samenstelling en werkwijze Taskforce Gepast Gebruik ggz	36
Bijlage 3: Begrippen	37
Bijlage 4: Geraadpleegde bronnen	38
Bijlage 5: Geraadpleegde experts en organisaties	38

# 1. Management samenvatting

Zorgaanbieders in de ggz ervaren op dit moment veel regeldruk rond de verantwoording op rechtmatigheid, waaronder gepast gebruik. Een substantiële vermindering van de regeldruk in de curatieve ggz draagt mede bij aan het oplossen van de arbeidsmarkt-problematiek, het terugdringen van wachtlijsten en het vergroten van het werkplezier van zorgverleners in de ggz.

Gepast gebruik betekent dat wanneer zorg wordt geleverd deze zorg voldoende bewezen effectief is en alleen wordt geleverd aan patiënten die deze zorg ook echt nodig hebben.

Twee basiscriteria uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn daarbij leidend:

- de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk (effectieve zorg);
- de verzekerde moet redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak).

Gepast gebruik staat beschreven in de Zorgverzekeringswet (Zvw), is onderdeel van het Model Kwaliteitsstatuut en vindt haar uitwerking in de zorgstandaarden. Onduidelijkheid over de registratievereisten ten aanzien van gepast gebruik en de vrees om niet de juiste elementen te registreren, of zaken niet te hebben geregistreerd, waarvan door een zorgverzekeraar wel verwacht wordt dat ze zijn geregistreerd, mondt in de huidige praktijk uit in een hoge administratieve last voor professionals.

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. Hierbij worden de drie vragen beantwoord, die in de opdrachtformulering van de Taskforce zijn verwoord op basis van de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 tot en met 2022.

## 1. Welke basisregistratieset ten aanzien van gepast gebruik moet minimaal geregistreerd worden door de aanbieders om op procesniveau over gepast gebruik te kunnen verantwoorden?

Gepast gebruik gaat over de inhoud en doelmatigheid van geleverde zorg: het leveren van zinnige en zuinige zorg aan de patiënt. Registreren over gepast gebruik zou dus zoveel mogelijk moeten aansluiten bij en plaatsvinden tijdens het primaire zorgproces. In het leveren van gepaste zorg zijn tijdens de behandeling vier momenten van cruciaal belang.

Het gaat om:

1. Aanmelding/intake: voortkomend uit een geldige verwijzing.
2. Diagnostiek en beschreven aanpak: vast te leggen in een behandelplan.
3. Evaluatiemomenten: vast te leggen in een registratiesysteem, met waar nodig een aanpassing van het behandelplan tot gevolg.
4. Afsluiting en overdracht: vast te leggen in een afsluitbrief (aan de huisarts).

De Taskforce adviseert een basisregistratieset (per patiënt), inclusief vereiste te registreren elementen, voor de registratie van gepast gebruik te hanteren (zie paragraaf 6.1.2). Deze basisregistratieset is concreet uitgewerkt in dit advies. Daarnaast adviseert de Taskforce de ggz-sector om te onderzoeken en daarmee te waarborgen of de bovengenoemde 'basisregistratieset gepast gebruik' geïntegreerd kan worden in de Zorginformatiebouwen (ZIB's).

## 2. Hoe ziet een procesgerichte verantwoording op gepast gebruik eruit en hoe kunnen opzet, bestaan en werking van zo'n proces aangetoond worden?

De door de Taskforce voorgestelde verantwoording over gepast gebruik betreft een verantwoordingsperiode (schadelastjaar) en bevat de volgende onderdelen:

- Een **basisregistratieset** gepast gebruik waaraan de zorgverlener zich dient te houden (zie paragraaf 6.1.2);
- Een set van **organisatorische voorwaarden (opzet)** waar de zorgaanbieder moet voldoen, waarbij het voornamelijk gaat om het inrichten van een adequate administratieve organisatie (zie paragraaf 6.1.3);
- Werkzaamheden uitgevoerd door de zorgaanbieder aan de hand waarvan de organisatie het **bestaan en de werking** van de geschetste administratieve organisatie aantoot (zie paragraaf 6.1.4);
- 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 en over de consequenties van de wijze van verantwoorden over gepast gebruik en de opvolging van de verbeterplannen (zie paragraaf 6.1.5).

Met deze procesgerichte verantwoording worden de gepast gebruik risico's uit de zelfonderzoeken in voldoende mate beheerst en kan worden aangetoond dat de beheersing effectief is. De Taskforce adviseert de risico's zoals benoemd voor 2019 zoals opgenomen in tabel 2 van toepassing te laten zijn voor de periode t/m 2022. Aanvulling of aanpassing van de risico's zal toekomstgericht zijn en alleen aan de orde zijn, indien er sprake is van wijzigingen in wet- en regelgeving, dan wel dat er sprake is van nieuwe inzichten die het risicobeeld substantieel veranderen.

## 3. Is er een groeimodel te ontwikkelen voor de implementatie van de gegeven uitwerking?

Om een maximale stimulans te realiseren voor de overgang naar een procesgerichte verantwoording over gepast gebruik, stelt de Taskforce een specifieke (tijdelijke) overgangsregeling voor. Zo wordt ruimte gecreëerd om de procesgerichte verantwoording vorm te geven (blik op de toekomst).

Voor verantwoording over de jaren 2017 en 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 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 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.

## Toekomstperspectief

Het antwoord op de in de opdracht gestelde vragen ten aanzien van de minimale basisregistratieset, de invulling van een procesgerichte verantwoording en het te hanteren ingroeimodel ligt wat de Taskforce betreft uiteindelijk in de methodiek Horizontaal Toezicht (HT). Dit is het toekomstperspectief; van gegevensgerichte controle achteraf naar procesgerichte beheersing. Het doel is niet sanctioneren van het verleden, maar verbeterafspraken maken voor de toekomst. De Taskforce adviseert instellingen prioriteit te geven aan HT boven de bestaande verantwoordingsvormen, zoals het zelfonderzoek.

De door de Taskforce voorgestelde opzet van de procesgerichte verantwoording over en controle op gepast gebruik is een tijdelijke regeling. Het streven van de sector is een volledige overgang naar Horizontaal Toezicht, zowel voor correct registreren en declareren als voor gepast gebruik. Geconstateerd kan worden dat de door de Taskforce voorgestelde regeling voor gepast gebruik op elementen een lichter regime impliceert dan het gehele proces van HT. De door de Taskforce voorgestelde regeling ligt wel in lijn met HT en helpt de zorgaanbieders om van gegevensgericht naar procesgericht verantwoord te gaan. Naar de mening van de Taskforce past dit in de gewenste overgangssituatie, rekening houdende met een verlichting van de administratieve lasten. Hierbij gaat de Taskforce ervan uit dat zorgaanbieders die over zijn naar HT of over gaan naar HT, verantwoord worden volgens de uitgangspunten van HT.

## Vermindering administratieve lasten

De Taskforce verwacht dat er zonder in te boeten op het voldoen aan de wettelijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid, merkbaar vermindering van de administratieve lasten ten aanzien van gepast gebruik wordt gerealiseerd doordat:

- er vooraf helderheid is over wat er dient te worden geregistreerd; dit voorkomt onnodig extra registraties;
- er voor de jaren 2017 tot en met 2022 eenduidigheid is over de gepast gebruik risico's die beheerst moeten worden en waarover verantwoording moet worden afgelegd ten aanzien van gepast gebruik;
- de registraties voortkomen uit het primaire proces, gericht op het leveren van goede zorg aan de patiënt; nut en noodzaak van deze registraties staat niet ter discussie;
- er voor de jaren 2017 en 2018 ruimte is om te komen tot de inrichting conform het advies van de Taskforce, op het moment dat een instelling zich op procesgerichte wijze kan verantwoorden. Er zijn dan geen andere methodieken voor controles op gepast gebruik meer nodig. Een en ander zonder financiële impact, tenzij er sprake is van significante verbeterpunten, evidente fouten of misbruik of afspraken zijn gemaakt in verband met het niet realiseren van verbeterafspraken met de zorgverzekeraars.

Zie paragraaf 6.1.7 voor de nadere duiding.

- een zorgaanbieder over de jaren 2017 en 2018 procesgericht mag verantwoorden over gepast gebruik, indien uit de materiële controles of uit het vrijwillig zelfonderzoek in voorgaande jaren minder dan 2% aan fouten is geconstateerd.

- Bij de start van de uitvoering van de opdracht heeft de Taskforce getracht de relevante risico's en de controlepunten expliciet toe te wijzen ofwel aan gepast gebruik, ofwel aan correct registreren en declareren. Een aantal overkoepelende risico's heeft zowel betrekking op gepast gebruik, als op correct registreren en declareren. Voor wat betreft de risico's "correct registreren en declareren" blijven de controlepunten uit het zelfonderzoek, dan wel de materiele controles actueel.

Inmiddels is gebleken dat ingaande het verantwoordingsjaar 2017 er nog wel samenhang is in de overkoepelende risico's, maar dat er geen "overlap" meer is in de controlepunten gericht op gepast gebruik en de controlepunten gericht op correct registreren en declareren. Hier is derhalve al een stap gezet in een verlaging van de administratieve lasten.

Hoewel correct registreren en declareren niet onder de opdracht van de Taskforce valt, adviseert de Taskforce partijen zich permanent te blijven inzetten op het zo efficiënt mogelijk vormgeven van de controles ten aanzien van beide risico's.

Een inspanning gericht op het voorkomen van dubbel werk in het geheel van de procesgerichte verantwoording (gepast gebruik) en de zelfonderzoeken en materiele controles (correct registreren en declareren).

De Taskforce is van mening dat zij haar opdracht succesvol heeft afgerond, indien zorgaanbieders die hun administratie op orde hebben, minder regeldruk ervaren. Voorts wil de Taskforce bereiken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk in vertrouwen werken aan het verbeteren van registraties en processen in plaats van het focussen op het oplossen van 'fouten' uit het verleden.

### **Afstemming met VWS en NZa**

De uitgangspunten in dit rapport zijn afgestemd met VWS en de NZa.

Het Ministerie van VWS stemt in met deze rapportage en bevestigt hiermee dat er voor alle partijen een gelijklopend, meerjarig standpunt is over de wijze waarop de verantwoording op gepast gebruik moet zijn ingericht.

De NZa kan zich eveneens vinden in de uitgangspunten van de rapportage en is derhalve akkoord met de opzet van de controle op gepast gebruik.

**Het jaar 2019 is reeds begonnen, dus er is alle reden snel aan de slag te gaan!**

## 2. Inleiding

Registratie is naast het leveren van goede zorg een belangrijk onderdeel van het werk van de zorgprofessional. Het registreren moet echter wel proportioneel zijn en het moet duidelijk zijn welk doel ermee gediend is. Die balans is in de loop der tijd zoekgeraakt. Zorgverleners in de ggz zijn veel tijd kwijt aan administratieve handelingen, tijd die ze niet kunnen besteden aan zorg voor de patiënt. Meer tijd voor patiëntenzorg en een lagere registratielast zijn van essentieel belang om in de komende jaren de personeelstekorten en de verwachte aantallen patiënten, die een beroep doen op ggz-zorg, te kunnen opvangen. Tegelijkertijd hebben aanbieders en zorgverzekeraars een wettelijke verplichting en maatschappelijke verantwoordelijkheid om zich te verantwoorden over de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg en zich te verantwoorden over het al dan niet gepast zijn van de geleverde zorg.

Een substantiële vermindering van de regeldruk in de curatieve ggz kan mede bijdragen aan het oplossen van de arbeidsmarktproblematiek, het terugdringen van wachtlijsten en het vergroten van het werkplezier van zorgverleners in de ggz. In het Bestuurlijk Akkoord geestelijke gezondheidszorg (ggz) 2019 t/m 2022 hebben partijen<sup>1</sup> onder andere afspraken gemaakt over het merkbaar verminderen van de regeldruk (in lijn met het Actieplan (Ont)Regel de zorg (mei 2018), waar het sectorplan ggz onderdeel van is).

Met voorliggend rapport van de Taskforce Gepast Gebruik ggz wordt geadviseerd de registratielast en regeldruk voor zorgprofessionals in instellingen merkbaar te verminderen door een minimale basisregistratieset ten aanzien van gepast gebruik en een procesgerichte wijze van verantwoorden voor te stellen. Een procesgerichte verantwoording op gepast gebruik zal ook gericht zijn op het optimaal kunnen beheersen van risico's en geeft tevens de mogelijkheid om verbeteringen voor de toekomst af te spreken.

De opdracht van de Taskforce Gepast Gebruik ggz is uitsluitend gericht op gepast gebruik, zoals beschreven in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en niet op de rechtmatigheidsaspecten, zoals neergelegd in de Wet Marktwerking Gezondheidszorg (WMG) en de regelgeving die de NZa op basis van de Wmg heeft vastgesteld. De Taskforce realiseert zich dat administratieve lasten ook worden veroorzaakt door de registratielast die de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Jeugdwet, de Wet Langdurige Zorg (WLZ) en Forensische Zorg (FZ) met zich mee brengen. Het advies van de Taskforce gaat op deze registratielast niet nader in, maar de Taskforce verzoekt het Ministerie van VWS zich in te spannen om ook voor deze domeinen sluitende afspraken te maken.

---

<sup>1</sup> GGZ Nederland (GGZ NL), MIND Landelijk Platform (MIND), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Federatie van Psychologen, Psychotherapeuten en Pedagogen (P3NL), Platform MEERGGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), InEen, vereniging voor eerstelijnsorganisaties, Federatie Opvang (FO), RIBW Alliantie, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)



## 3. Opdracht Taskforce

### 3.1 Afspraken Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022

Partijen zijn het erover eens dat een procesgerichte verantwoording op gepast gebruik mogelijk en nodig is om de registratielast merkbaar te verminderen. Daarom is in het Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022, specifiek voor (gecontracteerde<sup>2</sup>) instellingen, het volgende afgesproken:

Gepast gebruik: Onder leiding van een onafhankelijke voorzitter/ Taskforce, waarbij VWS het secretariaat voert, wordt voor 1 oktober 2018 uitwerking gegeven aan een meer procesgerichte verantwoording op gepast gebruik.

Deze uitwerking kent twee elementen:

- Er wordt bepaald welke basisregistratieset ten aanzien van gepast gebruik minimaal geregistreerd moet worden door de aanbieders om op procesniveau over gepast gebruik te kunnen verantwoorden. Uitgangspunt is beheersing van risico's en kunnen vaststellen dat sprake is van gepast gebruik. Daarnaast is de ambitie dat de registratielast voor zorgaanbieders hiermee substantieel daalt. Registratie bij de aanvang van zorg en bij gehouden evaluatiemomenten zijn in ieder geval vereist. Alle andere geldende registratie-eisen t.a.v. gepast gebruik worden waar mogelijk geschrapt, tenzij hier een goed onderbouwde reden voor is.
- Daarnaast wordt uitgewerkt hoe een procesgerichte verantwoording op gepast gebruik eruitziet en hoe opzet, bestaan en werking van zo'n proces aangetoond kunnen worden. Het uitgangspunt is dat gepast gebruik controles anders worden ingericht dan rechtmatigheidscontroles. De onafhankelijk voorzitter/ Taskforce gaat hierover adviseren. In dit advies komen de volgende ingrediënten aan de orde. Indien blijkt dat een instelling zijn proces onvoldoende op orde heeft, kunnen de volgende zaken alleen of tezamen aan de orde zijn: er wordt herstel gepleegd, er worden verbeterafspraken gemaakt, er vindt beoordeling op dossierniveau plaats door een medisch adviseur van de verzekeraar in samenwerking met de inhoudelijk verantwoordelijke bij de aanbieder gericht op gepast gebruik en mogelijk moet teruggevallen op een ander (gegevensgerichte) controlemethodiek en kan het zijn dat er geen of minder vermindering van de administratieve last aan de orde is. Dit alles met inachtneming dat partijen hier nog nadere afspraken over maken onder leiding van een onafhankelijk voorzitter/Taskforce.

**N.B:** Het advies van de Taskforce zal door de leden van ZN en de leden van GGZ NL worden meegewogen in de vormgeving van de controles (zelfonderzoeken) over 2017 en 2018.

---

<sup>2</sup> In het Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2021 staat niet specifiek benoemd dat de afspraken gelden voor gecontracteerde instellingen. De Taskforce Gepast Gebruik ggz heeft gecontracteerde instellingen als uitgangspunt genomen.

## 3.2 Opdracht Taskforce Gepast Gebruik ggz

De afspraken in het Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022 leiden tot de volgende opdracht voor de Taskforce:

1. Geef uitwerking aan een meer procesgerichte verantwoording op gepast gebruik op zodanige wijze dat de regeldruk voor zorgprofessionals substantieel wordt verminderd. De uitwerking moet voldoende waarborgen bevatten waardoor de kwaliteit van zorg geborgd blijft en dient te voldoen aan het beschreven toekomstbeeld voor de ggz, zoals beschreven in het Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022.

De volgende vragen dienen beantwoord te worden:

- Welke basisregistratieset (met name bij belangrijke momenten in het zorgproces, zoals bij de indicatiestelling en evaluatiemomenten tijdens de behandeling) ten aanzien van gepast gebruik moet minimaal geregistreerd worden door de aanbieders om op procesniveau over gepast gebruik te kunnen verantwoorden?
  - Hoe ziet een procesgerichte verantwoording op gepast gebruik eruit en hoe kunnen opzet, bestaan en werking van zo'n proces aangetoond worden? *N.B. Voor zover van toepassing wordt aangesloten bij de uitgangspunten van het Programma Horizontaal Toezicht Medisch Specialistische Zorg ten aanzien van Gepast Gebruik.*
  - Is er een groeimodel te ontwikkelen voor de implementatie van de gegeven uitwerking (mogelijk afhankelijk van de omvang van de aanbieder van GGZ-zorg)?
2. Betrek in de uitwerking van de opdracht alle binnen het kader van de opdracht relevante partijen, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), accountants etc.;
  3. Rapporteer (vormvrij) in beginsel voor 1 november 2018 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de andere ondertekenaars van het Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022.

## 4. Probleemanalyse

De wettelijke verplichting en maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars is om vast te stellen of de gedeclareerde zorg rechtmatig is geleverd en, als onderdeel daarvan, of de geleverde zorg gepast was. Hierbij wordt naar zowel het element “was de patiënt gezien zijn gezondheidssituatie op dat moment redelijkerwijs aangewezen op de geleverde zorg (artikel 2.1 lid 3 Besluit Zorgverzekeringen)” als naar het element “voldoet de geleverde zorg aan de laatste stand van de wetenschap en praktijk (artikel 2.1 lid 2 Besluit Zorgverzekeringen)” gekeken. Aan voornoemde twee elementen van gepast gebruik is ten aanzien van minimale registratievereisten nog onvoldoende invulling gegeven, behalve dan in de controlepunten van het zelfonderzoek. De overgang van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2008 heeft daarnaast andere spelregels en een andere manier van verantwoorden met zich meegebracht. Ook de overgang naar gemeentelijke financiering (Wet Maatschappelijke Ondersteuning), de Forensische Zorg (FZ), de Wet Langdurige Zorg en de komst van de Jeugdwet maakt dat de diversiteit aan regelgeving substantieel is toegenomen voor instellingen in de ggz-sector.

Onduidelijkheid over de registratievereisten ten aanzien van gepast gebruik en de vrees om niet de juiste elementen te registreren, of zaken niet te hebben geregistreerd, waarvan door een zorgverzekeraar wel verwacht wordt dat ze zijn geregistreerd, mondt in de huidige praktijk uit in een administratieve last voor professionals. Zorgverzekeraars maken achteraf spiegelrapportages, op basis waarvan de vraag kan opkomen of er gepaste zorg is geleverd. Indien deze vraag zich voordoet, zal een zorgverzekeraar in eerste instantie navraag doen bij de desbetreffende instelling. Indien het antwoord niet afdoende is, kan een medisch adviseur van een zorgverzekeraar op patiëntniveau bij desbetreffende instelling een controle uitvoeren. Deze extra vragen en onderzoeken vergen veel tijd van de zorgverzekeraar, de instelling en de zorgverlener.

---

*Een aandachtspunt is bijvoorbeeld de diversiteit aan doelgroepen en patiënten, zoals kortdurend, hoog-intensief c.q. ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), en chronische zorg. Het is voor zorgprofessionals lastiger om in een crisissituatie tijdig te registreren en een behandelplan op te stellen. In een dergelijke situatie is het verlenen van acute zorg de prioriteit; de registratie zal veelal naderhand plaatsvinden, terwijl de registratie in alle andere situaties bij voorkeur gedurende het behandelproces plaatsvindt.*

---

## 5. Context

In dit hoofdstuk is uiteengezet met welke regelgeving, richtlijnen en afspraken gepast gebruik in de ggz wordt gedefinieerd en vormgegeven. Er zijn verschillende bronnen en initiatieven waar gepast gebruik (veelal in gedeeltes) zijn benoemd. Dit hoofdstuk geeft een overzicht hiervan en geeft de verbanden aan.

De leden van de Taskforce hebben een aantal werkbezoeken gebracht aan instellingen die vooroplopen met de verantwoording ten aanzien van correct registreren en declareren via Horizontaal Toezicht. Deze instellingen zijn daarnaast bezig met ideevorming over de verantwoording op gepast gebruik. De bevindingen hieruit ten aanzien van gepast gebruik en de verantwoording daarover worden in dit hoofdstuk beschreven. Verder is er een bezoek gebracht aan Zorgverzekeraar CZ om de visie van een zorgverzekeraar te vernemen over afspraken, registratie en benchmarking met betrekking tot gepast gebruik.

### 5.1 Definitie Gepast Gebruik

Gepast gebruik betekent dat wanneer zorg wordt geleverd deze zorg voldoende bewezen effectief is en alleen wordt geleverd aan patiënten die deze zorg ook echt nodig hebben. Twee basiscriteria uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn daarbij leidend:

- de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk (effectieve zorg);
- de verzekerde moet redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak).

**Tabel 1: Definitie onderdelen Rechtmatigheid**

	Onderdeel	Toepassing
Rechtmatigheid	Correct registreren en declareren	Juiste registratie en declaratie (normen Wmg, prestatie- en tariefbeschikking en nadere regels Nza) Voldoen om (indicatie-) voorwaarden Zvw (regelng zorgverzekering)
	Gepast gebruikt	De zorg zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk (effectieve zorg) De verzekerde moet redelijkerwijs zijn aangewezen op zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak)

### 5.2 Kwaliteitsstatuut

In het Model Kwaliteitsstatuut ggz (versie 1.1, 26 maart 2018) staat onder andere aangegeven dat de zorgaanbieder in haar kwaliteitsstatuut aangeeft hoe zij gepast gebruik bevordert. Gepast gebruik impliceert de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (matched care) maar ook het op het juiste moment op- en afschalen van behandeling tijdens een reeds lopend traject. Zo kan over- en onderbehandeling worden tegengegaan. Kwaliteitsstandaarden vormen hiervoor het door de gehele sector erkende uitgangspunt. Om over- en onderbehandeling te voorkomen moet goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. Daarnaast zijn gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt/cliënt, matched care en gepersonaliseerde behandeling nodig.

De zorgaanbieder zorgt op grond van het Model Kwaliteitsstatuut<sup>3</sup> 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.

---

*In het Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 tot en met 2022 is afgesproken dat partijen onder begeleiding van het Zorginstituut Nederland komen met een voorstel om de administratieve lasten voortvloeiend uit het Model Kwaliteitsstatuut ggz terug te dringen en flexibiliteit / taakherschikking van beroepen te bevorderen in verband met de wachttijdproblematiek. Afspraken voortkomend uit dit voorstel zullen in lijn gebracht moeten worden met dit advies.*

---

## 5.3 Verantwoording over Gepast Gebruik

Zorgverzekeraars controleren of zorguitgaven voldoen aan wet- en regelgeving en of de geleverde zorg gepast was voor de patiënt. Dit doen zij door declaraties te controleren. Zorgverzekeraars kennen twee soorten controles, gegevensgerichte- en procesgerichte controles.

### 1. Gegevensgerichte controles

De gegevensgerichte controles vinden op hoofdlijnen op twee verschillende momenten in het declaratieproces plaats:

#### A. Vooraf

Onder vooraf controles worden alle controles verstaan die plaatsvinden vóór uitbetaling van de declaratie. Deze vorm kan vervolgens weer worden uitgesplitst in:

---

<sup>3</sup> Bron: Model Kwaliteitsstatuut ggz, 26 maart 2018 versie 1.1

Het Model Kwaliteitsstatuut onderscheidt de volgende elementen ten aanzien van gepast gebruik:

Behandelaren zijn bevoegd en deskundig;

- A. Behandelaren handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en houden hun deskundigheden op peil;
- B. Behandelaren werken volgens het principe van Matched Care;
- C. De effectiviteit van de behandeling wordt regelmatig gemeten;
- D. Behandelingen worden afgesloten of aangepast bij onvoldoende gezondheidswinst (op basis van peerreviews, intervisie, een vorm van Multidisciplinair Overleg (MDO), criteria voor beëindiging behandeling).

- *Technische controles*

De eerste vorm van controle die zorgverzekeraars uitvoeren is de zogenaamde technische controle. Hierbij wordt gecontroleerd of een elektronische declaratie voldoet aan alle technische voorwaarden, of de elektronische declaratie is ingediend in de vorm zoals met zorgaanbieders is afgesproken en of alle (verplichte) velden zijn ingevuld.

Voor alle zorgsectoren worden deze technische controles uniform uitgevoerd door VECOZO.

- *Rechtmatigheidscontrole - formeel*

Dit zijn controles die zijn gericht op de naleving van de beleidsregels en nadere regels van de NZa, te weten voldoet een declaratie aan de geldende voorwaarden/regelgeving (bijvoorbeeld: is het juiste bedrag gedeclareerd, is de verzekerde voor deze zorg verzekerd, etc.). Deze vorm van controle vindt veelal vooraf (voor betaling van de declaratie) geautomatiseerd plaats, maar kan ook achteraf (na betaling van de declaratie) plaatsvinden. In de praktijk worden dit ook wel formele controles genoemd.

## **B. Achteraf**

De controles achteraf betreffen alle controles die na betaling van de declaratie plaatsvinden en kunnen uitgesplitst worden in:

- *Rechtmatigheidscontrole – formeel (zie hierboven)*
- *Rechtmatigheidscontrole – materieel*

Controles gericht op de feitelijke levering van de gedeclareerde zorg. Dit betekent dat een declaratie die formeel juist is (opgesteld conform de declaratiebepalingen van de NZa), maar waarvan de gedeclareerde zorg feitelijk niet geleverd is, toch onrechtmatig is. Controles naar feitelijke levering worden in de praktijk ook wel materiële controles genoemd.

- *Rechtmatigheidscontrole – evidence based zorg en redelijkerwijs aangewezen*

Controles gericht op evidence based zorg (“stand van wetenschap en praktijk”) en redelijkerwijs aangewezen zijn op de gedeclareerde en feitelijk geleverde zorg. Dit betekent dat een declaratie die formeel juist is (opgesteld conform de declaratiebepalingen van de NZa) en waarvan de zorg feitelijk is geleverd, maar de geleverde zorg niet evidence based is en/of de patiënt niet redelijkerwijs op de geleverde zorg was aangewezen, toch onrechtmatig is. Controles naar evidence based zorg en redelijkerwijs aangewezen worden in de praktijk gepast gebruik controles genoemd. Onderhavig rapport richt zich op deze vorm van controle.

### *Vrijwillig Zelfonderzoek*

Zorgverzekeraars en aanbieders hebben in afstemming het vrijwillig zelfonderzoek curatieve GGZ (cGGZ) ontwikkeld. Binnen dit zelfonderzoek worden de “achteraf”-controles uitgevoerd (formeel, materieel, evidence based en redelijkerwijs aangewezen). Voor deelnemers aan het zelfonderzoek vervallen hiermee de reguliere bovenstaande achteraf controles.

Ten behoeve van de zelfonderzoeken wordt door de zorgverzekeraars jaarlijks een risicolijst opgesteld. Het is voor instellingen van belang deze risico's te beheersen en de wijze waarop de beheersing is vormgegeven zichtbaar te maken; dit doen de zorgaanbieders door gegevensgerichte controles.

In onderstaande tabel 2 zijn de overkoepelende risico's 2019, waar sprake is van risico's met betrekking tot gepast gebruik weergegeven. Na overleg met partijen heeft de Taskforce de risico's 8 (VZO) en 9 (dagbesteding) toegevoegd, daar deze risico's naar de mening van de Taskforce ook aspecten van gepast gebruik omvatten.

**Tabel 2: Risicotabel Gepast Gebruik 2019**

	Overkoepelende risico's	Gepast gebruik risico	Correct Registreren en Declareren risico
1	Het risico dat de (regie) behandelaar zijn rol zoals beschreven in het model Kwaliteitsstatuut niet heeft vervuld.	Het risico dat een (regie) behandelaar zijn taken en verantwoordelijkheden zoals beschreven in het model Kwaliteitsstatuut niet heeft vervuld.	Het risico dat een (regie) behandelaar niet bevoegd is en het risico dat de (regie) behandelaar geen directe tijd heeft geschreven binnen de DBC.
2	Het risico dat een crisis DBC is gedeclareerd zonder dat er daadwerkelijk sprake was van een crisissituatie.	Het risico dat er niet daadwerkelijk sprake was van een crisissituatie bij de inzet van de crisisdienst en het risico dat een crisis DBC wordt geopend en geïndiceerd, terwijl geen crisiszorg is geleverd. <sup>4</sup>	Het risico dat een crisis DBC wordt gedeclareerd door een instelling die hiervoor geen afspraken heeft en het risico dat een crisis DBC wordt gedeclareerd terwijl geen crisiszorg is geleverd.
3	Het risico dat een gedeclareerde deelprestatie verblijf (A t/m H) niet overeenkomt met de zorgvraag en de medische noodzaak.	Het risico dat een deelprestatie verblijf A t/m H wordt gedeclareerd waar bij de zorgvraag niet overeenkomt met de gedeclareerde verblijfszwaarte.	Het risico dat onterecht een verblijfsdag is geregistreerd. (feitelijke levering)
4	Het risico dat binnen een ZZP GGZ zorg wordt gedeclareerd, terwijl niet aan de voorwaarden in de vastgestelde zorgzwaartepakketten wordt voldaan.	Het risico dat een ZZP GGZ gedeclareerd wordt waarbij de zorgvraag niet overeenkomt met de gedeclareerde zwaarte.	Het risico dat onterecht een verblijf binnen de ZZP GGZ gedeclareerd wordt. (feitelijke levering)
5	Het risico dat bij levering van Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR) niet wordt voldaan aan de voorwaarden.	Het risico dat niet op tijd gestart wordt met een VMR in plaats van een reguliere klinische opname.	Het risico dat bij levering van Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR) niet wordt voldaan aan de voorwaarden.
6	Het risico dat er een prestatie wordt gedeclareerd waarvan het patiëntprofiel niet aansluit bij de zorgvraagzwaarte van de patiënt.	Het risico dat er een prestatie wordt gedeclareerd waarvan het patiëntprofiel niet aansluit bij de zorgvraagzwaarte van de patiënt.	
7	Het risico dat er binnen een DBC tijd wordt geregistreerd die geen gepaste zorg betreft.	Het risico dat voor de aard van de problematiek van de patiënt onnodig minuten worden geschreven (hieronder valt o.a. reguliere behandeling, verblijf, VZO, dagbesteding en meerjarige zorg).	Het risico dat er minuten op de DBC geregistreerd zijn die niet daadwerkelijk geleverd zijn of binnen de ZVW GGZ mogen worden gedeclareerd.
8	Het risico dat de deelprestatie VZO (verblijf zonder overnachting) geregistreerd wordt waarbij niet aan de voorwaarden is voldaan.	Het risico dat de deelprestatie VZO (verblijf zonder overnachting) onterecht geïndiceerd is.	
9	Het risico dat dagbesteding onterecht wordt geregistreerd.	Het risico dat dagbesteding onterecht wordt geïndiceerd in relatie tot de psychiatrische behandeling en de noodzaak.	Het risico dat dagbesteding onterecht wordt geregistreerd.

<sup>4</sup> Voor alle teams geldt dat daadwerkelijk sprake moet zijn van een crisissituatie. Voorkomen moet worden dat er te zware (crisis)zorg wordt geleverd terwijl er geen sprake is van een crisis.

De Taskforce definieert dat de risico's, zoals in tabel 2, kolom 2, benoemd, dé specifieke gepast gebruik-risico's zijn die een instelling in haar registraties en processen moet beheersen. Deze gepast gebruik risico's gelden voor de diverse ggz-domeinen: bGGZ, sGGZ, acute ggz en Langdurende Geestelijke Gezondheidszorg (LGGZ). Genoemde risico's zijn volledig toegespitst op gepast gebruik.

De in de tabel 2 opgenomen risico's zijn de overkoepelende risico's 2019. De Taskforce adviseert de in de tweede kolom nader gespecificeerde gepast gebruik risico's van toepassing te laten zijn voor de periode 2019 tot en met 2022. Aanvulling of aanpassing van de risico's zal toekomstgericht zijn en alleen aan de orde zijn, indien er sprake is van wijzigingen in wet- en regelgeving, dan wel dat er sprake is van nieuwe inzichten die het risicobeeld substantieel veranderen.

De Taskforce heeft geconstateerd dat de genoemde risico's toegespitst op gepast gebruik in meerdere gevallen ook risicogebieden van correct registreren omvatten. In bovenstaande tabel zijn daarom de betreffende overkoepelende risico's uitgewerkt naar gepast gebruik (2<sup>e</sup> kolom) en correct registreren en declareren (3<sup>e</sup> kolom). Indien een zorgaanbieder, conform dit advies, opzet, bestaan en werking kan aantonen van organisatie en proces met betrekking tot het beheersen van de risico's gepast gebruik zoals beschreven in de 2e kolom, dan zijn de risico's met betrekking gepast gebruik afgedekt, dit daarmee onder voorwaarden voor 2017 en 2018 (zie paragraaf 6.1.7) en de standaard werkwijze conform dit advies vanaf 2019. In de tabel zijn de risico's voor correct declareren en registreren die behoren bij de overkoepelende risico's expliciet in kolom 3 gedefinieerd.

---

**De Taskforce adviseert:**

- *Te beheersen risico's dienen voorafgaande aan een jaar te worden vastgesteld. Zeker bij een procesgerichte verantwoording is het niet opportuun na afloop van de verantwoordingsperiode risico's toe te voegen.*
  - *Dat de risicotabel Gepast Gebruik 2019 (zoals in tabel 2 weergegeven) geldend is voor de periode 2019 tot en met 2022. Aanvulling of aanpassing van de risico's zal alleen aan de orde zijn, indien er sprake is van wijzigingen in wet- en regelgeving, dan wel dat er sprake is van nieuwe inzichten die het risicobeeld veranderen.*
  - *Dat, indien een zorgaanbieder over gepast gebruik verantwoordt op procesgerichte wijze, over 2017 en 2018 geen risico's meer kunnen worden toegevoegd.*
  - *Met betrekking tot het zelfonderzoek 2017 en 2018, welk onderwerp niet tot de opdracht van de Taskforce behoort, adviseert de Taskforce partijen desalniettemin de eerste bullit hierboven expliciet te overwegen in het kader van de verlaging van de administratieve lasten.*
-



## 2. Procesgerichte controles

Procesgerichte controles vinden tot nu toe, in de formele verantwoording, alleen plaats via de methodiek van Horizontaal Toezicht. Binnen Horizontaal Toezicht worden de achteraf (formeel, materieel en in de toekomst evidence based en redelijkerwijs aangewezen) controles op rechtmatigheid procesgericht gecontroleerd. Voor deelnemers aan Horizontaal Toezicht vervallen hiermee de reguliere bovenstaande achteraf controles.

### *Horizontaal Toezicht*

GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben in juli 2018 een gezamenlijke visie en plan van aanpak voor het landelijke project Horizontaal Toezicht in de geestelijke gezondheidszorg gepresenteerd.

Centraal thema hierbij is ‘bouwen aan vertrouwen’. Horizontaal Toezicht richt zich op de rechtmatigheid van de zorguitgaven door afspraken te maken over het correct registreren en declareren van de zorg en in de nabije toekomst over gepast gebruik. In plaats van gegevensgerichte controles achteraf werken zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen om de rechtmatigheid van declaraties aan de voorkant te borgen. Hiermee is Horizontaal Toezicht toekomstgericht. In de visie beschrijven GGZ Nederland en ZN de gezamenlijke kaders, uitgangspunten en ambities voor Horizontaal Toezicht in de ggz. In het plan van aanpak wordt beschreven hoe de gezamenlijke partijen de ontwikkeling van Horizontaal Toezicht aanpakken en op welke manier een landelijk raamwerk voor de implementatie binnen de ggz zal worden ontwikkeld. Partijen werken samen aan een implementatieplan, een afwegingskader, een instapmodel en een control framework.

In de aanbevelingen houdt de Taskforce rekening met de ontwikkelingen rondom Horizontaal Toezicht, zodat hiermee een voldoende solide borging is voor de toekomstige ontwikkelingen met betrekking tot de verantwoording inzake gepast gebruik.

## 5.4 Zorgstandaarden

**Kwaliteitsstandaarden** zijn openbaar toegankelijke documenten die goede zorg beschrijven voor een bepaald gezondheid gerelateerd thema. Aldus leveren zij een bijdrage aan verbetering en borging van de kwaliteit van zorg. Onder kwaliteitsstandaarden vallen richtlijnen, modules en zorgstandaarden.

**Richtlijnen** zijn aanbevelingen vanuit de beroepsgroep, in het algemeen gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur (ten behoeve van de praktijk naar de ‘state of the art’ volgens de huidige stand van de wetenschap). Vrijwel elke beroepsgroep in de zorg in Nederland ontwikkelt richtlijnen en doet dit samen met patiëntvertegenwoordigers.

**Zorgstandaarden** beschrijven in algemene termen vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg en ondersteuning inhouden voor mensen gedurende het gehele zorgproces: de patient journey. De zorgstandaarden voor de ggz-sector geven de (landelijke) norm weer waar multidisciplinaire, integrale zorg bij psychische aandoeningen aan moet voldoen. Ook geeft de zorgstandaard aan welke multidisciplinaire richtlijnen moeten worden gevolgd. Hiermee geeft de standaard doorgaans de stand van wetenschap en praktijk weer (good practice).

De zorgstandaarden geven **niet** de afbakening van de Zvw aan: de aanwezigheid van een zorgstandaard impliceert uiteraard niet het zijn van verzekerde zorg.

Op de website [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl) heeft het Zorginstituut Nederland (ZINL) het Register gepubliceerd waarin de huidige zorg- en kwaliteitsstandaarden te vinden zijn.

Als een zorgstandaard door de relevante partijen (in ieder geval patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) voor het Register is voorgedragen en de standaard voldoet aan de criteria van het Toetsingskader dan zal het ZINL deze opnemen in het Register. Het Toetsingskader van het ZINL omvat echter niet een inhoudelijke toetsing op de laatste stand van wetenschap en praktijk. Opname in het Register betekent echter wel 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. Daarom is het gebruik van en het werken met zorg- en kwaliteitsstandaarden, naast het hebben ervan, relevant in het kader van de verantwoording over gepast gebruik.

De leden van de Taskforce hebben ter toetsing de zorgstandaarden *Depressieve Stoornissen* en *Psychose* afgepeld en gezien welke generieke elementen uit deze zorgstandaarden raken aan gepast gebruik.

In hun opzet kennen de onderzochte zorgstandaarden namelijk een aantal generieke elementen. Zo maakt de hulpverlener/instelling behandelplanafspraken met de patiënt en worden de afspraken vastgelegd in het patiëntendossier/behandelplan. Dat gebeurt in ieder geval bij de intake, evaluatie en ontslag van de patiënt:

- Door de verwijzing van de bevoegd verwijzer (meestal de huisarts) zijn activiteiten in het kader van de intake en diagnostiek gepast.
- Daarna dient via gedeelde besluitvorming een behandelplan te worden opgesteld met benoemde interventies als ook interventies gericht op herstel en re-integratie van de patiënt.
- In het kader van gepast gebruik wordt de behandeling geëvalueerd door middel van gesprekken en deelname aan multidisciplinaire overleggen tussen regiebehandelaar en mede-behandelaren.
- Ontslag of (door- en terug-verwijzing) van de patiënt, wordt vastgelegd en gecommuniceerd via een brief aan de huisarts.

Instellingen geven eigen invulling aan uitwerking van de zorgstandaarden, bijvoorbeeld door middel van het opstellen van zorgpaden voor de zorgprofessionals werkzaam in de instelling.

## 5.5 Bevindingen werkbezoeken

De leden van de Taskforce hebben een tweetal ten aanzien van Horizontaal toezicht vooroplopende ggz-instellingen (Dimence, GGZ Delfland), het ziekenhuis Rijnstate en de Bestuurlijke Commissie Horizontaal Toezicht bezocht. Tijdens deze bezoeken is gesproken over de invulling van de verantwoording over gepast gebruik. De leden van de Taskforce hebben op basis daarvan de volgende bevindingen met betrekking tot de registratie van en de verantwoording over gepast gebruik gedestilleerd.

- Instellingen werken systematisch aan verbetering met toegewijde medewerkers in combinatie met ‘three lines of defence’ (controles in het proces, kwaliteitscontroles, interne controle).
- Er is een sterke betrokkenheid van professionals, bij voorkeur in een leidende rol (als lid Raad van Bestuur of vanuit professionele staf).
- Instellingen hebben een goede verstandhouding met zorgverzekeraars (representatiemodel, 1 of 2 hoofd zorgverzekeraars). Met de zorgverzekeraars is er een open gesprek over bevindingen en consequenties en zijn vooraf afspraken over toetsing gemaakt.
- Er worden duidelijke verschillen in volwassenheid in de sector ervaren.
- De implementatie van Horizontaal Toezicht en gepast gebruik betreft een langdurig ontwikkeltraject, waarin cultuur en leiderschap van belang zijn.
- Uiteindelijk moet kwaliteitsverbetering leidend zijn (behandeling, organisatie, resultaat, effectiviteit inzet middelen). De instelling moet een zogenoemde lerende organisatie zijn.

- Wensen van de bezochte instellingen ten aanzien van gepast gebruik zijn:
  - Duidelijke afspraken en normen aan de voorkant;
  - Ruimte om zelf te verbeteren (dit vergt een goede verbetercyclus van instellingen).
- Bezochte instellingen gaven het advies dat een vorm van een stimuleringsregeling helpend kan zijn. Dit kan verschillend worden vormgegeven:
  - Vrijheid voor instellingen om binnen kaders te bewegen zonder materiële controle (bij een bepaalde volwassenheidsfase);
  - Ondersteuning om te leren en processen & cultuur op orde te krijgen.

De Taskforce heeft tevens Zorgverzekeraar CZ bezocht om de visie van een zorgverzekeraar te horen met betrekking tot afspraken, registratie, benchmarking en verantwoording over gepast gebruik. Op dit moment gaat CZ bij de controle op gepast gebruik uit van de volgende thema's binnen het zelfonderzoek: Verblijf, Interventies, Patiëntprofiel, Tijdsgrenzen, Dagbesteding en Activiteiten. 'Redelijkerwijs aangewezen' wordt tot op heden op patiëntniveau bekeken, omdat vastlegging van gepast gebruik via beleid volgens CZ tot op heden onvoldoende aanknopingspunten biedt in de verantwoording om te controleren. Het betreft dan ook een zorginhoudelijk oordeel en is daarmee iets wat tussen behandelaren en medisch specialisten moet worden beoordeeld (en bij controles door de zorgverzekeraar mede wordt beoordeeld door de medisch adviseur van een zorgverzekeraar).

CZ geeft aan dat een gesprek tussen zorgverzekeraar en instelling voorafgaand aan het betreffende verantwoordingsjaar over de registratie van en de verantwoording over gepast gebruik is gewenst. Door middel van kwantitatieve analyses c.q. data-analyses door de verzekeraar krijgt men inzicht in de verschillen tussen behandelaren en patiënten binnen instellingen zelf alsmede verschillen in het gepast gebruik tussen instellingen. Uitzonderingen en afwijkingen ten opzichte van de vooraf gemaakte afspraken moet een instelling kunnen toelichten in een evaluatiegesprek met CZ achteraf.

Tot slot heeft de Taskforce ook gesproken met de Commissie Ziekenhuis-voorzieningen (Coziek) van de Koninklijke Nederlandse Beroepsorganisatie van accountants (NBA) ten aanzien van de verantwoording over gepast gebruik in de ggz. De ggz-sector is een aandachtsgebied van de sectorcommissie. De sectorcommissie heeft aangegeven dat de commissie nog geen uitgekristalliseerd beeld heeft van de verantwoording over gepast gebruik.

# 6. Het Advies

## 6.1 Op korte termijn

De Taskforce adviseert om op korte termijn een aantal stappen te zetten in lijn met de gestelde vragen in de opdracht, stappen die uiteraard passend zijn bij het lange termijnperspectief richting Horizontaal Toezicht. Deze stappen leiden ertoe dat de registratie-eisen voor gepast gebruik strak gedefinieerd zijn en helder is wat van de zorgaanbieder wordt verwacht qua procesmatige beheersing van en verantwoording over risico's met betrekking tot gepast gebruik. Voorts is er hierdoor duidelijkheid over de vragen die de zorgverzekeraar(s) kunnen en zullen stellen en over de documentatie die de zorgverzekeraars kunnen verwachten. Bij dit alles is aandacht voor het verminderen van de administratieve lasten.

### 6.1.1 Hoofdpijnen van de onderdelen van het verantwoordingsproces

De door de Taskforce voorgestelde verantwoording over gepast gebruik betreft een verantwoordingsperiode (schadelastjaar) en bevat de volgende onderdelen:

- Een **basisregistratieset** gepast gebruik waaraan de zorgverlener zich dient te houden (zie paragraaf 6.1.2);
- Een set van **organisatorische voorwaarden (opzet)** waaraan de zorgaanbieder moet voldoen, waarbij het voornamelijk gaat om het inrichten van een adequate administratieve organisatie (zie paragraaf 6.1.3);
- Werkzaamheden uitgevoerd door de zorgaanbieder aan de hand waarvan de organisatie het **bestaan en de werking** van de geschetste administratieve organisatie aantoont (zie paragraaf 6.1.4);
- 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 (zie paragraaf 6.1.5). 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.

Paragraaf 6.1.6 sluit af met de conclusie dat, indien de verantwoording van de zorgaanbieder over gepast gebruik de hiervoor genoemde vier onderdelen bevat, de risico's zoals genoemd in paragraaf 5.1 in voldoende mate worden beheerst.

### 6.1.2 Basisregistratieset gepast gebruik

De eerste vraag van de opdracht is welke basisregistratieset per patiënt (met name bij belangrijke momenten in het zorgproces, zoals bij de indicatiestelling en evaluatiemomenten tijdens de behandeling) ten aanzien van gepast gebruik geregistreerd moet worden door de aanbieders om op procesniveau over gepast gebruik te kunnen verantwoorden.

Op basis van de bevindingen van leden van de Taskforce, zoals beschreven in Hoofdstuk 4, heeft de Taskforce in beeld gebracht dat er vier cruciale momenten in het gehele behandelproces zijn waarop gepast gebruik elementen moeten worden geregistreerd. Gepast gebruik gaat over het geven van de juiste zorg aan een patiënt en het registreren daarvan moet plaatsvinden in het primaire proces.

De vier registratiemomenten in het behandelproces zijn:

**Tabel 3: Basisregistratieset gepast gebruik per patiënt**

Behandelproces; registratiemomenten	Vereiste te registreren inhoudelijke elementen	Registratievorm/ Opname in dossier per patiënt
1. Aanmelding/intake.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanwezigheid verwijzing, daar gepast gebruik is gebaseerd op een verwijzing door een erkend verwijzer.</li> <li>• De verwijzing dient voor start van de zorg aanwezig te zijn (exclusief uitzonderingen zoals benoemd in afspraken verwijzing geestelijke gezondheidszorg maart 2017).</li> <li>• Verwijzing naar bGGZ of sGGZ.</li> </ul>	<p>Verwijzing conform afspraken Verwijzing Geestelijke gezondheidszorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De door de instelling uitgevoerde activiteiten in de intakefase, inclusief de bij de intake behorende diagnostiek, die worden gedaan op basis van de verwijsbrief zijn daarmee gepast.</li> <li>• Rapportages naar huisartsen/ verwijzers zijn altijd i.h.k.v gepast gebruik, op basis van de verkregen verwijsbrief.</li> </ul>
2. Diagnostiek uitmondend in een behandelplan waarin met de patiënt wordt afgesproken het verwachte aantal en soort behandelingen en evaluatiemomenten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanwezigheid behandelplan</li> <li>• Bepaling DSM-classificatie</li> <li>• Behandeldoelen</li> <li>• Ingezette interventies passend in zorgstandaarden</li> <li>• Voorgenomen behandelduur, of afspraken met betrekking tot evaluatiemomenten</li> <li>• Intensiteit van de behandeling: ambulante, dagbehandeling, verblijf (VMO), VZO, VMR</li> <li>• Regiebehandelaar</li> </ul>	<p>Behandelplan (met of zonder ‘informed consent’ van de patiënt), mede opgesteld door betrokken behandelaren en goedgekeurd door een bevoegde behandelaar.</p> <p>Het behandelplan moet in lijn zijn met de Kwaliteitsstandaarden en het Kwaliteitsstatuut van de instelling.</p>
3. Evaluatiemomenten (bijvoorbeeld in een Multidisciplinair Overleg (MDO)) waarin de ingezette behandeling wordt geëvalueerd en eventueel wordt aangepast. Bij structurele wijzigingen worden opnieuw afspraken gemaakt over behandelingen voor het vervolg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluatiefrequentie</li> <li>• Evaluatie van noodzaak afsluiten, dan wel op/ afschalen</li> <li>• Opvolging evaluatie, vervolgtraject</li> </ul>	<p>Document of registratie in het administratiesysteem waaruit blijkt dat evaluatie en eventuele aanpassing van het behandelplan heeft plaatsgevonden en wat de inhoud van die aanpassingen is.</p>
4. Afsluiting en overdracht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanwezigheid afsluitbrief</li> </ul>	<p>Afsluitbrief (aan huisarts); de afsluitbrief bevat de elementen zoals beschreven in de zorgstandaarden.</p>

De registratie in de basisregistratie vindt per patiënt plaats. Een deel wordt voorafgaand aan of gedurende de behandeling vastgelegd in bijvoorbeeld een behandelplan of in het EPD; een ander deel wordt vastgelegd en opgehaald uit andere registratiebronnen (bijvoorbeeld uren- en aanwezigheidsregistraties).

Het in de voorgaande tabel vermelde MDO kan op verschillende manieren plaatsvinden. Het betreft in ieder geval overleg tussen de medebehandelaar en de regiebehandelaar. Het overleg kan plaatsvinden via fysiek of telefonisch overleg of via de beoordeling van een schriftelijk advies van een medebehandelaar door de regiebehandelaar. In alle gevallen dient wel een adequate registratie plaats te vinden van het MDO. Een voorwaarde om gepast gebruik te kunnen beheersen én om hierover op procesgerichte wijze te kunnen verantwoorden, is dat de basisregistratie op orde is. Het patiëntendossier moet samenhangend, navolgbaar en begrijpelijk zijn opgebouwd, én zelfstandig leesbaar voor een bevoegde en bekwame zorgverlener die de patiënt niet kent. Het is hiervoor noodzakelijk dat bovenstaande onderdelen worden bepaald én onderbouwd op basis van de meest passende keuze bij de zorgvraag van de patiënt.

ICT is van groot belang voor de praktische ondersteuning van het registratieproces met zo min mogelijk handmatige handelingen. In lijn met hetgeen afgesproken in het Informatieberaad Zorg is de ggz-sector bezig met het ontwikkelen van Zorginformatiebouwstenen (ZIB's). Een zorginformatiebouwsteen beschrijft wat er over een bepaald item van het zorgproces van de patiënt moet worden vastgelegd.

---

*De Taskforce adviseert:*

- *De in tabel 3 genoemde basisregistratieset, inclusief vereiste te registreren elementen, voor de registratie van gepast gebruik te hanteren.*
  - *De ggz-sector om te onderzoeken en daarmee te waarborgen of de bovengenoemde 'basisregistratieset gepast gebruik' geïntegreerd kan worden in de Zorginformatiebouwstenen (ZIB's).*
- 

### **6.1.3 Procesgerichte verantwoording Gepast Gebruik: organisatorische voorwaarden (opzet)**

De tweede vraag aan de Taskforce is: hoe ziet een procesgerichte verantwoording over gepast gebruik eruit en hoe kunnen opzet, bestaan en werking van gepast gebruik aangetoond worden?

Om als aanbieder op een procesgerichte wijze te kunnen verantwoorden over gepast gebruik is het noodzakelijk dat het onderbouwen van procesbeheersing gebeurt door middel van het aantonen van opzet (deze paragraaf), bestaan en werking van de beheersmaatregelen (paragraaf 6.1.4) en hierover heldere afspraken met zorgverzekeraars worden gemaakt (paragraaf 6.1.5).

Een zorgaanbieder dient te beschikken over een Kwaliteitsstatuut, inclusief de in paragraaf 5.2 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 vast en is aantoonbaar door middel van het Kwaliteitssysteem van een instelling (bijvoorbeeld HKZ, INK).

Naast het hanteren van een Kwaliteitssysteem dient de organisatie interne controle ingericht te hebben om de naleving van de opzet van de administratieve organisatie te toetsen. Deze interne controles kunnen variëren in vorm. Daarnaast vinden er verschillende audits plaats, zoals collegiale beoordeling op de behandelinhoud en procesgericht op de afdeling (algemeen of specifiek op deelgebieden).

Tenslotte dient de organisatie een vorm van verbijzonderde interne controle ingericht te hebben, die risicogericht controleert of audit. Dit kan variëren van onafhankelijke toetsing tot het hebben van een verbijzonderd intern controleorgaan.

Indien voornoemde in de processen van een instelling is geborgd - dat wil zeggen gestandaardiseerd, gedocumenteerd en gecommuniceerd op welke wijze dit plaatsvindt - is er sprake van een voldoende opzet van de processen (administratieve organisatie) ten aanzien van gepast gebruik.

---

*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 audit.*
- 

#### **6.1.4 Procesgerichte verantwoording Gepast Gebruik: bestaan en werking**

Bestaan en werking ten aanzien van de processen en registraties van gepast gebruik dient een zorgaanbieder aan te tonen via rapportages over registraties, zichtbare interne controles en uitgevoerde verbijzonderde controles. Hierbij valt te denken aan controlelijsten, signaallijsten (bijvoorbeeld daily-auditing tools zoals Value Care), gegevensgerichte werkzaamheden, rapportages over registraties en interne controles en uitgevoerde verbijzonderde controles. Veel zorgaanbieders hebben een compliance-functie en/of een interne controle afdeling, die dergelijke aanvullende audits, evenals veiligheidsscans en medicatiescans, uitvoeren.

Door het aantonen van de werking is het bestaan eveneens aangetoond.

In bijlage 1 is aangegeven welke onderdelen van de vier registratiemomenten via datavelden worden vastgelegd en/of juiste registratie en toepassing via andere audits c.q. interne controles moet worden aangetoond. Indien elementen via een dataveld worden vastgelegd kan een (geautomatiseerde) controle op organisatieniveau plaatsvinden.

---

*De Taskforce adviseert te rapporteren over bestaan en werking van de organisatie in het kader van de verantwoording op gepast gebruik door middel van:*

- *Het hanteren van de basisregistratieset uit paragraaf 6.1.2;*
  - *de beschrijving en de uitkomsten van de aanwezige geautomatiseerde controles;*
  - *de wijze waarop de interne controles zijn uitgevoerd en welke resultaten hieruit naar voren komen;*
  - *de verantwoording uit de ICT-systemen op de items zoals opgenomen in de bijlage 1;*
  - *de verbeterafspraken die binnen de organisatie zijn gemaakt naar aanleiding van deze rapportages;*
  - *de resultaten van de verbeterplannen van de voorgaande periodes.*
-

### **6.1.5 Procesgerichte verantwoording Gepast Gebruik: communicatie met zorgverzekeraars**

Naast het hanteren van een basisregistratieset en het aantonen van opzet, bestaan en werking van de (administratieve) organisatie, acht de Taskforce de procesgerichte verantwoording eerst compleet indien sprake is van een gestructureerd overleg met de zorgverzekeraar(s) voorafgaand aan en na afloop van het verantwoordingsjaar van belang.

In dit overleg geeft de zorgaanbieder aan de hand van een uitputtend informatieprotocol (zie paragraaf 6.1.6) informatie aan de zorgverzekeraar(s) 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 over de opvolging van de verbeterplannen.

Doordat de GGZ-sector een grote variatie kent aan patiëntenpopulatie en behandel mogelijkheden, zullen risico's (zie tabel 2) zich niet bij elke zorgaanbieder op dezelfde wijze en in dezelfde omvang manifesteren. Daardoor is het voor elke instelling van belang om een goede inschatting te maken van de betekenis van deze risico's binnen de eigen setting. Deze risicoanalyse resulteert in een instelling specifieke set aan elementen en beheersmaatregelen.

Tijdens het gesprek met de zorgverzekeraar(s) geeft de zorgaanbieder inzicht op welke wijze de risico's, zoals vermeld in tabel 2, verbonden aan gepast gebruik worden beheerst en de processen continu worden verbeterd. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken derhalve voorafgaand aan een verantwoordingsjaar met elkaar afspraken over de opzet van de beheersing op gepast gebruik en de verantwoording daarover.

Van belang is dat zorgverzekeraars, zoveel als mogelijk, voorafgaand aan het gesprek met een instelling benchmark-informatie over patiëntengroepen delen met de desbetreffende instelling, om bij te dragen aan het inzicht over de van toepassing zijnde gepast gebruik risico's voor betreffende instelling.

Naast het verstrekken van periodieke rapportages aan de zorgverzekeraar is het van belang na het verantwoordingsjaar een eindgesprek te hebben over de opgeleverde rapportage van opzet, bestaan en werking van de beheersmaatregelen op gepast gebruik. Zowel de kwantitatieve analyses van de instelling als van de zorgverzekeraar worden ingebracht voor dit eindgesprek. Van belang is dat de focus van deze gesprekken ligt op het leren en verbeteren.

De zorgaanbieder bespreekt voorafgaand en aan het einde van het verantwoordingsjaar met de zorgverzekeraar(s) (zie hiervoor paragraaf 6.1.6):

- A. De beschrijving van het profiel van de patiëntenpopulatie en de consequenties voor de risicobeheersing.
- B. De beschrijving van het kwaliteitssysteem van de zorgaanbieder.
- C. De beschrijving van de wijze van beheersing van de risico's en van de verantwoording over de beheersing van de risico's.
- D. Beschrijving van de opvolging van de verbeterplannen.

Indien uit de cijfers van verzekeraars en/of rapportages van de instellingen bijzonderheden opvallen, dan kan de verzekeraar een nader onderzoek doen bij een (deel van) deze instelling. In dat geval zal de verzekeraar, onder leiding van de medisch adviseur, in gesprek gaan met de instelling. Hierdoor kunnen verbeterstappen voor de toekomst worden gedefinieerd, zoals opgenomen in het Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022. Correcties worden alleen doorgevoerd als sprake is van evidente fouten en misbruik.



Doordat instellingen en verzekeraars voorafgaand aan een contractjaar concrete afspraken maken over de verantwoording over gepast gebruik en hier periodiek en aan het einde van het contractjaar op reflecteren ontstaat voor beide partijen helderheid. Op die manier komt de focus van beide partijen te liggen op leren en verbeteren naar de toekomst in plaats van afrekenen over het verleden.

---

**De Taskforce adviseert:**

- *Zorgaanbieders om voorafgaand aan een verantwoordingsjaar aan zorgverzekeraars de wijze waarop de risico's rondom gepast gebruik worden beheerst toe te lichten.*
  - *Dit proces uit te voeren conform de werkwijze in het zelfonderzoek, waarbij de zorgaanbieder met twee verzekeraars tot een invulling komt van deze informatie. Het verantwoordingsproces kan formeel niet in representatie worden uitgevoerd. Daarnaast is het ongewenst dat zorgaanbieders het proces afzonderlijk met elke zorgverzekeraar overeenkomen. Dat zou tot veel administratieve lasten leiden.*
  - *Zorgaanbieders om voorafgaand aan een verantwoordingsjaar aan zorgverzekeraars de opzet van de beheersmaatregelen op gepast gebruik en de verantwoording daarover conform de tabel in paragraaf 6.1.6 toe te lichten.*
  - *Indien mogelijk bij dit overleg benchmark-informatie te betrekken.*
  - *De lastendruk te verminderen door de betreffende items op uniforme wijze te beschrijven en af te stemmen met de verzekeraars (conform het uitputtende informatieprotocol).*
  - *Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich vanaf 2019 t/m 2022 te richten op het maken van verbeterstappen voor de toekomst, mede naar aanleiding van evaluaties over voorgaande jaren en alleen te corrigeren bij evidente fouten of misbruik.*
  - *In paragraaf 6.1.6 worden deze items nader uitgewerkt.*
- Voor de overgangsregeling 2017 en 2018 wordt verwezen naar paragraaf 6.1.7.*
- 

### **6.1.6 Procesgerichte verantwoording Gepast Gebruik: elementen voor het bespreken van de procesgerichte verantwoording met zorgverzekeraars voorafgaand en na afloop van een verantwoordingsjaar**

Het doel van deze gelimiteerde lijst is het aangeven van de concrete onderwerpen - met duiding van de onderliggende documenten – aan de hand waarvan de zorgaanbieder beschrijft welke specifieke gepast gebruik risico's worden onderkend, op welke wijze deze risico's worden beheerst en op welke wijze de procesgerichte verantwoording is vormgegeven.

Doordat de GGZ-sector een grote variatie kent aan patiëntenpopulatie en behandelmogelijkheden, zullen risico's zich niet bij elke zorgaanbieder op dezelfde wijze en in dezelfde omvang manifesteren. Daardoor is het voor elke instelling van belang om een goede inschatting te maken van de betekenis van deze risico's binnen de eigen setting. Deze risicoanalyse resulteert in een instelling specifieke set aan beheersmaatregelen.

De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar(s) zullen aan de hand van de onderstaande lijst voorafgaand en na afloop van het verantwoordingsjaar spreken over de aanwezige risico's en de wijze van beheersing van de gesignaleerde risico's. Het doel van deze gesprekken is dat de zorgaanbieder laat zien dat de beheersing van de risico's behorend bij gepast gebruik "in control" is.

**Tabel 4: Uitputtend informatieprotocol**

Elementen	Documenten waarin opzet kan worden vastgelegd. Voorafgaand aan jaar	Documenten waarin beheersing kan worden vastgelegd. Na afloop jaar
<b>A Beschrijving van het profiel van de patiëntenpopulatie en eventuele consequenties voor de risicobeheersing (opzet en bestaan).</b>		
A1: Wat is het profiel van de patiëntenpopulatie, zorgzwaarte / patiëntenprofiel? (kort- of langdurend, hoog- of laagintensief/ percentage Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA), aandeel klinische of ambulante zorg).	Overzicht van de doelgroep en de bijhorende zorg te leveren door de aanbieder. Kwaliteitsstatuut Kwaliteitssysteem.	Overzicht van de doelgroep en de zorg geleverd door de aanbieder. Data analyses en zo mogelijk spiegelinformatie. Aan het einde van het verantwoordingsjaar vergelijking van voorafgaande input met de werkelijkheid.
A2: Beschrijving van het aantal bedden, categorieën per afdeling/ unit, letterindeling in relatie tot zorgzwaarte patiënten.	Overzicht van de klinische zorg te leveren door de aanbieder. Kwaliteitsstatuut Kwaliteitssysteem Data analyses / spiegelinformatie	Overzicht van de klinische zorg geleverd door de aanbieder. Data analyses en zo mogelijk spiegelinformatie. Aan het einde van het verantwoordingsjaar vergelijking van voorafgaande input met de werkelijkheid.
A3: Beschrijving van de VOV-aanwezigheid (Verzorgend, Opvoedkundig en Verplegend) op (omliggende) afdelingen, noodzakelijk om extra VOV-collega's bij crisis op de klinische afdeling mogelijk te maken.	Overzicht van de zorg te leveren door de aanbieder. Kwaliteitsstatuut Kwaliteitssysteem Data-analyses/spiegelinformatie (voorgaande jaren)	Data-analyses Beschrijving indien VOV afdelingen, klinische en crisisvoorzieningen lopende het jaar anders zijn georganiseerd (vergelijken met voorafgaande beschrijving)
A4: In welke mate komt een type behandeling en/of aandoening voor? Als specificatie van A1	Data analyses en zo mogelijk spiegelinformatie.	Data analyses op basis van werkelijke realisatie en zo mogelijk spiegelinformatie.
A5: Beschrijving van de verwachte zorgzwaarte van de groepen van patiënten Als specificatie van A1	Data analyses en zo mogelijk spiegelinformatie.	Data analyses op basis van werkelijke realisatie en zo mogelijk spiegelinformatie.

Elementen	Documenten waarin opzet kan worden vastgelegd. Voorafgaand aan jaar	Documenten waarin beheersing kan worden vastgelegd. Na afloop jaar
<b>B Beschrijving van het kwaliteitssysteem van de instelling (opzet en bestaan)</b>		
B1: Beschrijving van de hoofdlijnen van het kwaliteitssysteem en aanwezige certificering.	Kwaliteitscertificaat Kwaliteitsstatuut Kwaliteitssysteem Zorgstandaarden en zorgpaden	Verantwoording kwaliteitscertificering Resultaten interne en externe kwaliteitsaudits
B2: Beschrijving van de wijze waarop wordt vastgesteld dat behandelaren bevoegd en deskundig zijn en zij hun deskundigheden op peil houden.	Registratie behandelaren met bevoegdheden/certificaten/diploma's.	Interne audit, Kwaliteitsaudit
B3: Beschrijving van de wijze waarop zorgstandaarden worden geïmplementeerd en wordt geborgd dat de zorg voldoet aan de laatste stand van wetenschap en praktijk	Jaarlijks wordt aan de hand van twee wisselende zorgstandaarden aangetoond dat deze actueel worden gehouden en derhalve voldoen aan de laatste stand van de wetenschap en de praktijk.	Jaarlijks wordt aan de hand van twee wisselende zorgstandaarden aangetoond dat deze actueel worden gehouden en derhalve voldoen aan de laatste stand van de wetenschap en de praktijk.
B4: Beschrijving van de wijze waarop matched care wordt gewaarborgd en van de richtlijnen voor voldoende op- en afschaling	Kwaliteitsstatuut Interne richtlijn / procedure matched care.	Spiegelinformatie Interne audit jaarlijks 24 dossiers mbt evaluatie behandeling / MDO
B5: Beschrijving van de interne richtlijnen bij verblijf medische rechtvaardiging (VMR).	Interne richtlijn / procedure VMR. Interne audit	Spiegelinformatie Interne auditresultaten
B6: Beschrijving van de wijze waarop de effectiviteit van de zorg wordt gemonitord	Kwaliteitsstatuut Data-analyses, ROM-rapportages	Data-analyses, ROM-rapportages

Elementen	Documenten waarin opzet kan worden vastgelegd. Voorafgaand aan jaar	Documenten waarin beheersing kan worden vastgelegd. Na afloop jaar
<b>C Beschrijving van de wijze van verantwoording over de beheersing van de risico's (werking).</b>		
C1: Beschrijving van de wijze waarop de basisregistratieset is geïmplementeerd.	Kwaliteitsstatuut Onderliggende procedures en werkvoorschriften voor behandelaren (inclusief overzicht vorm en inhoud registratieset).	Kwaliteitsstatuut Onderliggende procedures en werkvoorschriften voor behandelaren. Uitkomst/verantwoording registratieset
C2: Beschrijving van de wijze hoe het proces van verwijzing, behandeling, evaluatiemomenten en afsluiten/ overdracht wordt geregistreerd.	Kwaliteitsstatuut Onderliggende procedures en werkvoorschriften voor behandelaren.	Rapportage basisregistratieset Aanvullende spiegelinformatie Interne audit jaarlijks 24 dossiers mbt evaluatie behandeling / MDO
C3: Beschrijving van de aanwezige geautomatiseerde controles (telvelden en geprogrammeerde controles).	Signaal- en tellijsten uit geautomatiseerde systemen met aantallen cliënten, behandelplannen, verwijzingen en afsluitingen (op geconsolideerd niveau).	Uitkomsten signaal- en geprogrammeerde controles uit geautomatiseerde systemen met aantallen cliënten, behandelplannen, verwijzingen en afsluitingen. Agenda's en vastleggingen kunnen hierbij nodig zijn en worden gebruikt.
C4: Beschrijving van aard en omvang van overlegsituaties tussen regiebehandelaren en behandelaren (inclusief MDO).	Kwaliteitsstatuut Onderliggende procedures en werkvoorschriften voor behandelaren. Agenda's en vastleggingen kunnen hierbij nodig zijn en worden gebruikt	Verslagen van aard en omvang overlegsituaties Spiegelinformatie Interne audit jaarlijks 24 dossiers mbt evaluatie behandeling / MDO
C5: Beschrijving werkprogramma's/interne controleplan en rapportages verbijzonderde interne controle.	Werkprogramma en periodieke rapportages verbijzonderde interne controle.	Mate van realisatie Werkprogramma/interne auditplanning en periodieke rapportages verbijzonderde interne controle.
<b>D Beschrijving van de opvolging van de verbeterplannen (werking).</b>		
D1: Opvolging op en maatregelen naar aanleiding van verbeterplannen die zijn afgesproken naar aanleiding van eerdere controles op gepast gebruik.	Overzicht verbeterplannen en genomen maatregelen en resultaten daarvan.	Rapportage uitkomst verbetermaatregelen (tevens input voor vooraf afspraken opvolgend jaar)
D2: Opvolging op en maatregelen naar aanleiding van verbeterplannen die zijn opgesteld naar aanleiding van eerdere zelfonderzoeken.	Overzicht verbeterplannen en genomen maatregelen en resultaten daarvan.	Rapportage uitkomst verbetermaatregelen (tevens input voor vooraf afspraken opvolgend jaar)

### 6.1.7 Groeimodel voor implementatie

De derde vraag aan de Taskforce luidt: Is er een groeimodel te ontwikkelen voor de implementatie van de gegeven uitwerking (mogelijk afhankelijk van de omvang van de aanbieder van GGZ-zorg)? Geconstateerd is dat instellingen in diverse mate verschillen in de volwassenheid ten aanzien van de basisregistratie en procesmatige beheersing van de risico's ten aanzien van gepast gebruik. Dit kan mede een gevolg zijn van de beperkte mogelijkheden tot het doen van aanpassingen in het in gebruik zijnde EPD bij de instellingen. Een groeimodel is daarom op zijn plaats.

De Taskforce hecht aan een groeimodel voor de invoering van de beschreven verantwoording over en controle op gepast gebruik, dat duidelijke stimulansen geeft voor de stap naar Horizontaal Toezicht. Gecombineerd met het aspect van de opdracht aan de Taskforce voor een duidelijke vermindering van administratieve lasten daar waar mogelijk, ligt het voor de hand dat stimulering moet komen vanuit duidelijkheid vooraf over de registratie van gepast gebruik en de procesmatige verantwoording over de beheersing van de risico's.

De kern van voorgaande paragrafen en adviezen is dat verantwoording over de beheersmaatregelen 'van de risico's ten aanzien van gepast gebruik' zoveel mogelijk uit zorginhoudelijke registraties en interne controles wordt gehaald. Idealiter beperken instellingen en zorgverzekeraars zich hiertoe, maar gezien de verschillen in volwassenheid ten aanzien van de basisregistratie en processtappen zullen er in meer of mindere mate aanvullende zaken aandacht behoeven. Het gaat om:

1. Verbetermaatregelen uit voorgaande jaren;
2. Uitbijters die volgen uit de declaratiesystemen;
3. Specifieke afspraken die voorafgaand aan het verantwoordingsjaar tussen instelling en verzekeraar zijn gemaakt.

Hierin zit het groeimodel. Op het moment dat een instelling zich op procesgerichte wijze kan verantwoorden zijn er geen andere methodieken voor controles op gepast gebruik meer nodig.

De Taskforce komt redenerend vanuit deze opvatting tot de volgende aanbevelingen:

- *Groeimodel 2017-2018*  
Zorgaanbieders kunnen voor 2017 én 2018 kiezen om gepast gebruik te verantwoorden conform de Taskforce voorstellen voor 2019, een en ander indien de zorgaanbieder voldoet aan de gestelde voorwaarden (zie hierna).  
Dit betekent dan concreet dat zij in die situatie niet hoeven te verantwoorden over de gepast gebruik controlepunten in het zelfonderzoek van 2017 respectievelijk 2018.

Wanneer zorgaanbieders *niet* opteren voor de werkwijze 2019, dan voeren zij het zelfonderzoek uit, *inclusief* de gepast gebruik controlepunten.

1. Zorgaanbieders die kunnen aantonen te voldoen aan voorgaande basisregistratie (zie 6.1.1) en procesgerichte verantwoording (zie 6.1.2 tot en met 6.1.6), kunnen gepast gebruik controles door middel van materiele controles of zelfonderzoek vanaf het betreffende jaar waarin wordt voldaan laten vervallen.  
In deze gevallen dienen eventueel overeengekomen verbeterafspraken over 2016 (of 2017) gerealiseerd te zijn. Er zijn geen financiële consequenties aan de controle over gepast gebruik verbonden, behoudens het niet realiseren van overeengekomen verbeterafspraken, evidente fouten en misbruik.

2. Nu valt te verwachten dat slechts een beperkt aantal zorgaanbieders in staat zal zijn gepast gebruik volledig conform voorgaande basisregistratie (zie 6.1.1) en procesgerichte verantwoording (zie 6.1.2 tot en met 6.1.6) te verantwoorden.
- Om een maximale stimulans te realiseren voor de overgang naar een procesgerichte verantwoording over gepast gebruik, stelt de Taskforce een specifieke overgangsregeling voor. Indien een zorgaanbieder in 2016 bij de materiële controles ten aanzien van gepast gebruik of in het vrijwillig zelfonderzoek minder dan 2% fouten (over alle gepast gebruik items gezamenlijk) heeft geconstateerd, mag de zorgaanbieder over 2017 **en** 2018 procesgericht verantwoorden over gepast gebruik. De zorgaanbieder heeft afstemming met de zorgverzekeraar over de eventuele verbeterpunten voor 2019 en latere jaren.
- In deze situatie dienen uiteraard eveneens de overeengekomen verbeterafspraken over 2016 gerealiseerd te zijn en dienen de verbeteringen naar aanleiding van gecorrigeerde systeemfouten aantoonbaar, procesmatig geborgd te zijn. Alleen dan zijn er geen financiële consequenties verbonden aan de controle over gepast gebruik, behoudens het niet realiseren van overeengekomen verbeterafspraken, evidente fouten en misbruik.
- Bij meer dan 2% fouten in 2016 dient het vrijwillig zelfonderzoek (inclusief gepast gebruik) over 2017 te worden uitgevoerd, dan wel worden de reguliere materiële controles over 2017 (inclusief gepast gebruik) door de zorgverzekeraars uitgevoerd. Financiële consequenties kunnen dan van toepassing zijn.
3. Het is ook voorstelbaar dat een zorgaanbieder ervoor kiest (of door het foutenpercentage over 2016 wordt gedwongen) om over 2017 het vrijwillig zelfonderzoek **inclusief gepast gebruik** uit te voeren, dan wel de reguliere materiële controles **inclusief gepast gebruik** door de zorgverzekeraars uit te laten voeren.
- In deze situatie geldt dat deze zorgaanbieder over 2018 procesgericht mag verantwoorden over gepast gebruik, mits in 2017 bij de materiële controles ten aanzien van gepast gebruik of in het vrijwillig zelfonderzoek ten aanzien van gepast gebruik minder dan 2% fouten heeft geconstateerd (over alle gepast gebruik items gezamenlijk). De zorgaanbieder heeft afstemming met de zorgverzekeraar over de eventuele verbeterpunten voor 2019 en latere jaren.
- Ook in deze gevallen dienen uiteraard de overeengekomen verbeterafspraken over 2016 gerealiseerd te zijn en dienen de verbeteringen naar aanleiding van gecorrigeerde systeemfouten aantoonbaar, procesmatig geborgd te zijn. Alleen dan zijn er geen financiële consequenties verbonden aan de controle over gepast gebruik, behoudens het niet realiseren van overeengekomen verbeterafspraken, evidente fouten en misbruik.
- Bij meer dan 2% fouten in 2017 dient het vrijwillig zelfonderzoek over 2018 uitgevoerd te worden, dan wel worden de reguliere materiële controles over 2018 door de zorgverzekeraars uitgevoerd. Financiële consequenties kunnen dan van toepassing zijn.
4. Indien een zorgaanbieder kiest voor een procesgerichte verantwoording over gepast gebruik voor het jaar 2017, zal dit in vele gevallen leiden tot een voor de zorgverzekeraar bevredigende verantwoording over de toepassing van gepast gebruik.
- Het is echter voorstelbaar dat blijkt dat de zorgaanbieder voor 2017 toch niet voldoet aan de vier elementen van procesgericht verantwoorden (basisregistratieset, organisatorische voorwaarden voor opzet, bestaan en werking van de administratieve organisatie en het aanleveren van de informatie conform het informatieprotocol). In die situatie zal de betreffende zorgaanbieder over 2018 wederom het vrijwillig zelfonderzoek (inclusief gepast gebruik) uit dienen te voeren, dan wel de reguliere materiële controles (inclusief gepast gebruik) door de zorgverzekeraars uit te laten voeren.

5. Reeds eerder adviseerde de Taskforce in dit rapport dat aanvulling of aanpassing van de risico's toekomstgericht moet zijn en alleen aan de orde kan zijn, indien er sprake is van wijzigingen in wet- en regelgeving, dan wel dat er sprake is van nieuwe inzichten die het risicobeeld substantieel veranderen.

Om de hiervoor beschreven overgang mogelijk te maken, adviseert de Taskforce dat voor het zelfonderzoek 2017 en 2018 geen nieuwe controlepunten voor gepast gebruik worden toegevoegd, tenzij er expliciet sprake is van wijzigingen in wet- en regelgeving, dan wel van nieuwe inzichten die het risicobeeld substantieel veranderen.

6. In het voorgaande is als criterium voor overgang naar procesgericht verantwoord genoemd: "mits in 2016 (of 2017) bij de materiële controles ten aanzien van gepast gebruik of in het vrijwillig zelfonderzoek ten aanzien van gepast gebruik minder dan 2% fouten heeft geconstateerd over alle gepast gebruik items gezamenlijk van de instelling (ZVW schademassa conform definitie onderzoeksmassa zelfonderzoek 2016 of 2017 conform het controleplan 2016/2017 ZO).

Dit criterium moet als volgt worden gelezen: een maximale financiële foutfractie van 2% in waarde van het zelfonderzoek of de materiële controles, voor wat betreft de controlepunten gepast gebruik, zijnde A-2.2, A-2.3, A-2.4, A-7, B-1, B-3 en D-2.

Indien zorgaanbieders voldoen aan dit criterium mag worden overgegaan naar de procesgerichte verantwoording. Indien en voor zover er gepast gebruik controlepunten uit het zelfonderzoek of de materiële controles 2016 of 2017 blijken waarbij op aantal fouten een uitval van meer dan 2% blijkt op de controlemassa (fouten met geen financiële impact), dienen de zorgaanbieders in de verantwoording aan te geven op welke wijze deze leemten in het proces van de organisatie zijn/ worden verholpen (dit conform de gemaakte verbeterafspraken met zorgverzekeraars).

- *Groeimodel 2019-2022*

Voor 2019 en de daaropvolgende jaren geldt dat zorgaanbieders die kunnen aantonen te voldoen aan voorgaande basisregistratie (zie 6.1.1) en procesgerichte verantwoording (zie 6.1.2 tot en met 6.1.6), gepast gebruik kunnen verantwoorden op de beschreven procesgerichte wijze.

Zij dienen dus ook voorafgaand aan de verantwoordingsperiode aan zorgverzekeraars toe te lichten, hoe zij gepast gebruik verantwoorden en hoe de verbetermaatregelen naar aanleiding van evaluatiegesprek(ken) over voorgaande jaren worden geïmplementeerd en na afloop van de verantwoordingsperiode de daadwerkelijke mate van beheersing aan te tonen.

---

**De Taskforce adviseert:**

- *Zorgverzekeraars en zorgaanbieders van ggz-zorg bovengenoemde groeimodel in te zetten.*
  - *Voor kleinere aanbieders de optie open te houden zich te verantwoorden door middel van zelfonderzoek en/of materiële controles.*
-

## 6.2 Samenhang gepast gebruik en correct registreren en declareren

Bij de start van de uitvoering van de opdracht heeft de Taskforce getracht de relevante risico's en de controlepunten expliciet toe te wijzen ofwel aan gepast gebruik, ofwel aan correct registreren en declareren. Een aantal overkoepelende risico's heeft zowel betrekking op gepast gebruik, als op correct registreren en declareren. Voor wat betreft de risico's "correct registreren en declareren" blijven de controlepunten uit het zelfonderzoek, dan wel de materiële controles actueel.

Inmiddels is gebleken dat ingaande het verantwoordingsjaar 2017 er nog wel samenhang is in de overkoepelende risico's, maar dat er geen "overlap" meer is in de controlepunten gericht op gepast gebruik en de controlepunten gericht op correct registreren en declareren. Hier is derhalve al een stap gezet in een verlaging van de administratieve lasten.

Hoewel correct registreren en declareren niet onder de opdracht van de Taskforce valt, adviseert de Taskforce partijen zich permanent te blijven in te zetten op het zo efficiënt mogelijk vormgeven van de controles ten aanzien van beide risico's.

Een inspanning gericht op het voorkomen van dubbel werk in het geheel van de procesgerichte verantwoording (gepast gebruik) en de zelfonderzoeken en materiele controles (correct registreren en declareren).

## 6.3 Toekomstperspectief

Het antwoord op de in de opdracht gestelde vragen ten aanzien van de minimale basisregistratieset, de invulling van een procesgerichte verantwoording en het te hanteren ingroeimodel ligt wat de Taskforce betreft uiteindelijk in de methodiek Horizontaal Toezicht (HT). Zorgaanbieders die hiermee vergevorderd zijn hebben immers hun registratie op orde en hebben een proces ingericht waarmee zij in control zijn ten aanzien van rechtmatigheid van zorg (waaronder gepast gebruik). Dit is het toekomstperspectief; van gegevensgerichte controle achteraf naar procesgerichte beheersing. Het doel is niet sanctioneren van het verleden, maar verbeterafspraken maken voor de toekomst. De leden van de Taskforce adviseren instellingen prioriteit te geven aan HT boven de bestaande verantwoordingsvormen, zoals het zelfonderzoek. Daar waar HT aantoonbaar werkzaam en effectief is ingevoerd, vervangt dit de achteraf controles ten aanzien van de rechtmatigheid (inclusief gepast gebruik), zoals gedefinieerd in de Zvw, die voorheen na betaling werden uitgevoerd.

De sector werkt momenteel gestructureerd aan het invoeren van Horizontaal Toezicht. De Taskforce wil deze beweging verder stimuleren en ondersteunen. De Taskforce is zich ervan bewust dat de overgang naar HT een flinke investering in capaciteit en tijd van de instellingen vraagt. HT is niet van de ene op de andere dag gerealiseerd. Het is wel een investering die past bij "good governance" en die leidt tot een op orde zijnde organisatie met zinnige en zuinige dossiervoering.

Het streven van de sector is een volledige overgang naar Horizontaal Toezicht, zowel voor correct registreren en declareren als voor gepast gebruik. Geconstateerd kan worden dat de door de Taskforce voorgestelde regeling voor gepast gebruik op elementen een lichter regime impliceert dan het gehele proces van HT. De door de Taskforce voorgestelde regeling ligt wel in lijn met HT en helpt de zorgaanbieders om van gegevens gericht naar procesgericht verantwoordend over te gaan. Naar de mening van de Taskforce past dit in de gewenste overgangssituatie. Hierbij gaat de Taskforce ervan uit dat zorgaanbieders die over zijn naar HT of over gaan naar HT, verantwoordend volgens de uitgangspunten van HT.



---

**De Taskforce adviseert:**

- *de Bestuurlijke Commissie Horizontaal Toezicht om in het huidige tempo de afgesproken producten op te leveren, zodat deze in het eerste halfjaar van 2019 gereed zijn.*
  - *de Bestuurlijke Commissie Horizontaal Toezicht om gepast gebruik zo snel mogelijk onderdeel te laten zijn van (de implementatie van) Horizontaal Toezicht.*
  - *ggz-instellingen en zorgverzekeraars om zo snel mogelijk met horizontaal toezicht aan de slag te gaan, door te starten met het instapmodel HT.*
- 

## 6.4 Vermindering van administratieve lasten

De vermindering van administratieve lasten ten aanzien van de registratie en verantwoording over gepast gebruik is onderdeel van de opdracht aan de Taskforce. De Taskforce verwacht dat er zonder in te boeten op het voldoen aan de wettelijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid, merkbaar vermindering van de administratieve lasten ten aanzien van gepast gebruik wordt gerealiseerd doordat:

- Er vooraf helderheid is over wat er dient te worden geregistreerd; dit voorkomt onnodig extra registraties.
- Er voor de jaren 2017 tot en met 2022 eenduidigheid is over de gepast gebruik risico's die beheerst moeten worden en waarover verantwoording moet worden afgelegd.
- De registraties voortkomen uit het primaire proces, gericht op het leveren van goede zorg van de patiënt. Nut en noodzaak van deze registraties staat niet ter discussie.
- Een zorgaanbieder procesgericht mag verantwoorden over gepast gebruik, indien uit de materiële controles of uit het vrijwillig zelfonderzoek in voorgaande jaren minder dan 2% aan fouten is geconstateerd. Zorgaanbieders die hun administratie op orde hebben ervaren minder regeldruk.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk in vertrouwen werken aan het verbeteren van registraties en processen in plaats van het focussen op het oplossen van 'fouten' uit het verleden.

Een meting van de merkbare vermindering van regeldruk wordt uitgevoerd als onderdeel van de Merkbaarheidsscan ggz. De ondertekenaars van het Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022 worden geïnformeerd over de uitkomsten van de Merkbaarheidsscan. Indien de genomen acties naar aanleiding van dit rapport onvoldoende positief effect ressembleren, besluiten zij of en zo ja welke aanvullende acties nodig zijn.

## 7. Aan de slag

### 7.1 Afstemming

De uitgangspunten in dit rapport zijn afgestemd met VWS en de NZa.

Het Ministerie van VWS stemt in met deze rapportage en bevestigt hiermee dat er voor alle partijen een gelijklopend, meerjarig standpunt is over de wijze waarop de verantwoording over gepast gebruik moet zijn ingericht.

De NZa kan zich eveneens vinden in de uitgangspunten van de rapportage en is derhalve akkoord met de door de Taskforce voorgestelde opzet van de procesgerichte verantwoording over en controle op gepast gebruik.

De door de Taskforce voorgestelde opzet van de procesgerichte verantwoording over en controle op gepast gebruik is een tijdelijke regeling. Het streven van de sector is een volledige overgang naar Horizontaal Toezicht, zowel voor correct registreren en declareren als voor gepast gebruik. Geconstateerd kan worden dat de door de Taskforce voorgestelde regeling voor gepast gebruik op elementen een lichter regime impliceert dan het gehele proces van HT. De door de Taskforce voorgestelde regeling ligt wel in lijn met HT en helpt de zorgaanbieders om van gegevens gericht naar procesgericht verantwoord te gaan. Naar de mening van de Taskforce past dit in de gewenste overgangssituatie, rekening houdende met een verlichting van de administratieve lasten.

Hierbij gaat de Taskforce ervan uit dat zorgaanbieders die over zijn naar HT of over gaan naar HT, verantwoord worden volgens de uitgangspunten van HT.

### 7.2 Toelichtende bijeenkomsten en evaluatie

De Taskforce heeft getracht in deze rapportage haar adviezen zo helder en concreet mogelijk weer te geven. Dat neemt niet weg dat valt te verwachten dat er nog vele vragen opkomen over het hoe en het wat. De Taskforce is gaarne bereid haar adviezen toe te lichten en te illustreren aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de GGZ.

Het ligt in de lijn van de verwachtingen dat de feitelijke toepassing van de door de Taskforce voorgestelde procesgerichte verantwoording over en controle op gepast gebruik, aanleiding zal geven tot verschillen in de interpretatie. De Taskforce is uiteraard bereid op te (blijven) treden als vraagbaak in dergelijke gevallen. Daarnaast adviseert de Taskforce in het najaar 2019 een evaluatie uit te voeren van de resultaten van de invoering in 2019. De resultaten van een dergelijke evaluatie kunnen vervolgens worden meegenomen in de verduidelijking van de werkwijze voor 2020.

**Het jaar 2019 is reeds begonnen, dus er is alle reden snel aan de slag te gaan!**

De heer Drs. David Voetelink

Mevrouw Dr. Juliette van Eerd MBA

Mevrouw Drs. Marjan Trompetter

## 8. Bijlagen:

### Bijlage 1: Onderdelen van de vier registratiemomenten

	Vereiste te registreren elementen	Controle op organisatieniveau mogelijk (dataveld)?
<b>Verwijzing</b>	Aanwezigheid verwijzing	ja
	Dient voor start zorg te zijn (exclusief uitzonderingen zoals beschreven in de brief van de NZa d.d. 11 mei 2017)	nee
	Verwijzing naar BGGZ of sGGZ	ja
	Passende diagnostiek op basis van verwijzing	nee
<b>Behandelplan</b>	Aanwezigheid behandelplan	Ja (met of zonder informed consent). Een crisisplan is ook een behandelplan.
	Bepaling DSM-classificatie	ja
	Behandeldoelen	nee
	Ingezette interventies passend in zorgstandaarden	nee
	Voorgenomen behandelduur, of afspraken met betrekking tot evaluatiemomenten	nee
	Intensiteit van de behandeling: ambulante, dagbehandeling, verblijf (VMO), VZO, VMR	ja, achteraf op de factuur
	Regiebehandelaar	Ja
	Betrokkenheid behandelaren: Regiebehandelaar en medebehandelaren	ja, achteraf op de factuur
<b>Evaluatiemomenten</b>	Evaluatiefrequentie	nee
	Evaluatie van noodzaak afsluiten, dan wel op/ afschalen	nee (wellicht in de toekomst wel)
	Opvolging evaluatie, vervolgtraject	nee
<b>Afsluitbrief</b>	Aanwezigheid afsluitbrief	ja
	Afsluitbrief conform voorschriften	nee

## Bijlage 2: Samenstelling en werkwijze Taskforce Gepast Gebruik ggz

### Samenstelling Taskforce

De Taskforce bestaat, op voordracht van de ondertekenaars van het Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022, uit de volgende leden:

1. Onafhankelijke voorzitter: David Voetelink (vicevoorzitter Raad van Bestuur en CFO van het Erasmus MC)
2. Julliette van Eerd (voorgedragen door GGZ NL, Voorzitter Raad van Bestuur Breburg)
3. Marjan Trompetter (voorgedragen door Zorgverzekeraars Nederland, Toezichthouder zorginstellingen, Commissaris Rabobank Groep, Directeur Corona Consultancy)

De Taskforce-leden zijn gesecondeerd door Stephan Valk (voorgedragen door GGZ NL, Bestuursvoorzitter Parnassia Groep) en Arno van Son (voorgedragen door Zorgverzekeraars Nederland, lid Raad van Bestuur Zorgverzekeraar CZ).

De Taskforce-leden zijn bij hun werkzaamheden bijgestaan door een secretariaat. Het secretariaat is door het Ministerie van VWS verzorgd (Wouter van de Sande (MT-lid Directie Patiënt en Zorgordening) en Ilse Jansen (Senior Beleidsmedewerker Directie Patiënt en Zorgordening)).

### Werkwijze Taskforce

De Taskforce heeft naast een literatuurstudie (zie bijlage 6 voor de geraadpleegde bronnen) en de werkbezoeken, zoals beschreven in paragraaf 5.6 diverse conceptversies van het advies voorgelegd aan de zogenoemde achterban (leden) van GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Voor GGZ Nederland waren dit, naast medewerkers van GGZ Nederland: Kenter Jeugdhulp, Breburg, GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Delfland, GGzE, Curium-LUMC en GGZ Friesland. Zorgverzekeraars Zilveren Kruis, VGZ, CZ, Menzis, ASR en Zorg & Zekerheid hebben, naast medewerkers van ZN, dit namens de zorgverzekeraars gedaan. Tevens is een conceptversie besproken met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en de landelijke projectleider Horizontaal Toezicht ggz.

De Taskforce is meerdere malen bijeengekomen op diverse locaties.

## Bijlage 3: Begrippen

**Control Framework:** Het Control Framework is een gestructureerd beheersingskader dat in de praktijk de uitvoering van Horizontaal Toezicht faciliteert. Het maakt de dialoog mogelijk tussen een zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar over de vraag of met de interne beheersing de onderkende beheersingsdoelstellingen voor het rechtmatig registreren en declareren van zorg in toereikende mate wordt gehaald. In het Control Framework worden de beheersingsdoelstellingen, de bijbehorende risico's en beheersingsmaatregelen opgenomen. Het doel is om op een uniforme wijze hierover verantwoording af te leggen in de keten. Het Control Framework beschrijft de processtappen die een instelling, verzekeraar en een assurance provider moeten zetten om Horizontaal Toezicht in de praktijk vorm te geven.

**HKZ:** Met het HKZ-keurmerk (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) kunnen organisaties en praktijken laten zien dat zij voldoen aan de eisen die daaraan gesteld worden door klanten, professionals en relevante stakeholders.

**INK:** Het INK-managementmodel is ontwikkeld door het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK), een instituut dat tot doel heeft bedrijven en organisaties te ondersteunen bij het vergroten van hun kwaliteit. Het Nederlandse model is afgeleid van de Europese versie, het EFQM Excellence Model.

**Matched Care:** het afstemmen van de behandeling op kenmerken van de patiënt, zoals de ernst van de problematiek, mentale en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de patiënt. Belangrijk is dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling krijgt, ter voorkoming van onder- of overbehandeling.

**Merkbaarheidsscan:** Evaluatie van de merkbaarheid van de reeds ingevoerde, dan wel nog in te voeren maatregelen om de administratieve lasten te verminderen voor zorgaanbieders (zoals benoemd in de maatwerkaanpak in het Actieplan (Ont)Regel de zorg, Kamerstukken 2017-2018 29515, nr. 424).

**Model Kwaliteitsstatuut:** In het model-Kwaliteitsstatuut ggz staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg. Dit model is van kracht per 1-1-2017 voor alle aanbieders van generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz binnen de Zorgverzekeringswet.

**Patient Journey:** De Patient Journey is de reis die de cliënt of patiënt door de zorgorganisatie maakt, gekoppeld aan de activiteiten van de organisatie om dit te realiseren.

## Bijlage 4: Geraadpleegde bronnen

1	Model Kwaliteitsstatuut 26 maart 2018, versie 1.1
2	Website: <a href="https://www.horizontaaltoezichtzorg.nl/">https://www.horizontaaltoezichtzorg.nl/</a>
3	Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk (Zorginstituut Nederland, januari 2015)
4	Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022
5	Zorgverzekeringswet (Zvw)
6	Zorgstandaarden Depressieve Stoornissen en Psychose
7	<a href="#">Documenten zelfonderzoek cGGZ</a>
8	Artikel 'Horizontaal Toezicht is echt een klus'
9	Door de bezochte instellingen beschikbaar gesteld materiaal

## Bijlage 5: Geraadpleegde experts en organisaties

1	Bestuurlijke Commissie Horizontaal Toezicht ggz
2	Dimence
3	GGZ Delfland
4	Zorgverzekeraar CZ
5	Arkin
6	Ziekenhuis Rijnstate
7	De Nederlandse Zorgautoriteit
8	Koninklijke Nederlandse Beroepsorganisatie van accountants (NBA), Commissie Ziekenhuis-voorzieningen (Coziek)



