

Evaluatieonderzoek Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs en Standpunt Minnesota Model

Enschede, 18 januari 2016
PB/16/0112/evzmm

drs. Peter Bakker
drs. Katleen Brummelhuis
drs. Sophie ten Hove

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| Samenvatting..... | 3 |
| 1. Inleiding | 7 |
| 1.1 Verslavingszorg..... | 7 |
| 1.2 Aanleiding..... | 8 |
| 1.3 Onderzoeksvragen | 9 |
| 2. Aanpak..... | 10 |
| 3. Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs..... | 14 |
| 3.1 Algemeen inkoopbeleid verslavingszorg alcohol en drugs..... | 14 |
| 3.2 Gebruik lijst Trimbos-instituut | 19 |
| 3.3 Nazorg als onderdeel van behandelprogramma..... | 22 |
| 3.4 Bepaling van diagnostiek en behandelintensiteit door triage met screeningsinstrumenten | 24 |
| 3.5 Gebruik richtlijn conform (klinische) opname eisen | 25 |
| 3.6 Dagbehandeling in buitenlandse klinieken..... | 27 |
| 3.7 Toestemmingsbepalingen voor niet-gecontracteerde zorg in natura- polissen..... | 29 |
| 3.8 Reacties aanbieders op aanbevelingen 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs'..... | 30 |
| 3.9 Signalen vanuit zorgverzekeraars en zorgaanbieders | 32 |
| 3.10 Toekomstig inkoopbeleid | 34 |
| 4. Standpunt Minnesota Model..... | 36 |
| 4.1 Bekendheid met Standpunt Minnesota Model | 37 |
| 4.2 Inkoop van behandelingen volgens het Minnesota Model..... | 37 |
| 4.3 Gehanteerde eisen bij de inkoop van het Minnesota Model | 39 |
| 4.4 Inzicht in relevante kenmerken van het Minnesota Model | 39 |
| 4.5 Maatregelen bij toepassen niet bewezen effectieve behandelingen | 40 |
| 4.6 Standpunt Minnesota Model verder integreren in inkoopbeleid | 41 |
| 4.7 Reacties aanbieders | 41 |
| 5. Conclusie | 43 |
| 5.1 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' | 43 |
| 5.2 Standpunt Minnesota Model | 46 |
| 5.3 Constatering | 47 |
| 5.4 Reflectie | 47 |
| Bijlage 1. Onderzoeksvragen | 48 |
| Bijlage 2. Gespreksleidraad zorgverzekeraars..... | 50 |
| Bijlage 3. Overzicht zorgverzekeraars met bijbehorende concerns..... | 53 |

Samenvatting

In deze evaluatie beschrijven we of en hoe de voorgeschreven aanbevelingen met betrekking tot de te verzekeren prestatie en de uitvoeringspraktijk van het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' (oktober 2014) door zorgverzekeraars zijn opgevolgd. Daarnaast beschrijven we of en hoe het standpunt Minnesota Model (juni 2013) uitwerkt in de praktijk. Deze rapportage komt voort uit het evaluatieprogramma waarmee het Zorginstituut in 2014 is gestart om - onder andere - inzicht te krijgen in de effecten van de uitgebrachte producten. Ook heeft de minister van VWS het Zorginstituut gevraagd haar begin 2016 te informeren over de stand van zaken met betrekking tot de integratie van de aanbevelingen uit het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' in de praktijk.

Het Zorginstituut heeft twee hoofdvragen gespecificeerd:

1. Hoe zijn de aanbevelingen met betrekking tot de te verzekeren prestatie en de uitvoeringspraktijk vanuit het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' overgenomen door zorgverzekeraars?
2. In hoeverre contracteren zorgverzekeraars zorgaanbieders die behandelingen aanbieden volgens het Minnesota Model? En indien deze zorgaanbieders worden gecontracteerd, in hoeverre vindt er controle plaats of de aangeboden behandelingen voldoen aan het klassieke Minnesota Model?

Een belangrijke gegevensbron voor dit onderzoek zijn de documenten waarin de zorgverzekeraars hun inkoopbeleid hebben uitgewerkt (polisvoorwaarden, zorginkoopbeleid en controleplannen). Deze documenten hebben we geanalyseerd. Daarnaast namen we interviews af met medewerkers (zorginkopers, medisch adviseurs) van alle zorgverzekeraars en interviewden we enkele zorgaanbieders.

Verslavingszorg in beeld

Inkoopbeleid zorgverzekeraars

Alle zorgverzekeraars verwijzen in de inkoopdocumenten (contractvoorwaarden) en polisvoorwaarden naar zorg conform de 'stand van de wetenschap en praktijk'. In deze documenten wordt ook verwezen naar rapporten van het Zorginstituut. Zorgverzekeraars geven aan dat ze, via de verwijzing naar de 'stand van de wetenschap en praktijk', impliciet verwijzen naar de rapportage 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs'. Immers daarin heeft het Zorginstituut geïdende welke zorg tot het verzekerde pakket behoort (uitgaande van het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'). Zorgverzekeraars geven aan dat voor enkele aanbevelingen geldt dat het in feite al ging om de reguliere uitvoeringspraktijk op dat moment (bijvoorbeeld bij klinische opname). Het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' is daarmee op onderdelen een bevestiging van hoe in het veld van de verslavingszorg wordt gehandeld. Op onderdelen, waar de uitvoeringspraktijk (nog) niet aansluit op de strekking van de aanbevelingen in het rapport, hebben de zorgverzekeraars met het rapport een document in handen om het beleid verder vorm te geven, controles uit te voeren en daarover met aanbieders in gesprek te gaan.

Via de inkoop- en polisvoorwaarden wordt aan zorgaanbieders en verzekerden duidelijk gemaakt welke zorg tot het verzekerde pakket behoort. Zorgverzekeraars geven aan dat de rapportage heeft geleid tot meer bewustwording over de

verslavingszorg en focuspunten biedt voor de inkoopgesprekken met de gecontracteerde zorgaanbieders. Deze focuspunten worden daarnaast gebruikt om nieuwe aanbieders te beoordelen. Tot slot worden de aanbevelingen gebruikt bij het beoordelen van aanvragen voor niet gecontracteerde zorg en zorg in het buitenland.

“Het inkoopbeleid binnen de verslavingszorg is de afgelopen jaren concreter geworden, mede dankzij de uitgebrachte rapporten waardoor zorgverzekeraars meer handvatten krijgen voor hun beleid.”

Aanbeveling Trimbos lijst

Zorgverzekeraars wordt in de rapportage aangeraden de *Trimbos-lijst* te hanteren en bij nieuwe ontwikkelingen de dynamische lijst aan te passen. Alle zorgverzekeraars geven aan bekend te zijn met de lijst van het Trimbos-instituut. In het inkoopbeleid en/of polisvoorwaarden wordt er door één zorgverzekeraar expliciet verwezen naar de Trimbos-lijst. Een (algemene) verwijzing naar de stand van de wetenschap en praktijk en naar de dynamische lijst is meer gangbaar in het inkoopbeleid. Over de dynamische lijst melden zorgverzekeraars dat zij zichzelf niet als de aangewezen partij zien om het overzicht met verzekerde interventies actueel te houden. Volgens zorgverzekeraars is dit een taak van het Zorginstituut. Van het Zorginstituut verwachten zij uitspraken op het niveau van interventies over wat tot de verzekerde GGZ zorg behoort.

Aanbeveling nazorg

De aanbeveling over *nazorg* uit het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ hebben zorgverzekeraars in beperkte mate opgenomen in het inkoopbeleid en controles van zorgverzekeraars. Alle zes zorgverzekeraars erkennen dat nazorg een essentieel onderdeel is van het behandelprogramma, maar het ontbreekt zorgverzekeraars aan een eenduidige definiëring/operationalisering van ‘nazorg’. Door het ontbreken van aard, omvang en duur van de nazorg, hebben zorgverzekeraars niet voldoende handvatten om de inkoop en controle rondom dit thema vorm te geven.

Aanbeveling triage

Het merendeel van de zorgverzekeraars stelt bij de zorginkoop eisen met betrekking tot voorafgaande *triage* met screeningsinstrumenten. Daarbij maken ze gebruik van het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’. Bij de controle van de gecontracteerde zorg is er minder aandacht voor. Bij de beoordeling van machtigingen is de aanbeveling een item.

Aanbeveling richtlijn conform (klinische) opname eisen

Voor wat betreft de richtlijn conform *klinische opname eisen* geldt dat de meeste zorgverzekeraars deze eisen in het inkoopbeleid hebben opgenomen. Toch vinden zorgverzekeraars de criteria in de richtlijn onvoldoende ‘hard’. De criteria laten enerzijds veel ruimte om een klinische opname te indiceren en anderzijds kunnen er voor zorgverzekeraars ook andere factoren - anders dan de drie genoemde criteria - een rol spelen bij het akkoord gaan met een klinische behandeling. Enkele zorgverzekeraars verwijzen ter nadere operationalisering naar de richtlijnen van de APA zoals omschreven in het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’.

Aanbeveling dagbehandeling in het buitenland

De aanbeveling dat *dagbehandeling in het buitenland* geen verzekerde zorg is, leent zich volgens de zorgverzekeraars maar beperkt voor integratie in het inkoopbeleid. Zorgverzekeraars geven aan zeer terughoudend te zijn met vergoeding van behandelingen in het buitenland, of het nu gaat om dagbehandeling of klinische opnames. Verslavingszorgbehandelingen in het buitenland worden in omvang steeds kleiner en er wordt met aanbieders over afbouw gesproken. Er kunnen volgens zorgverzekeraars redenen zijn om een behandeling in het buitenland te vergoeden. Volledige uitsluiting van behandeling in het buitenland, is daarom niet in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars opgenomen.

Aanbeveling voorafgaande toestemming voor niet gecontracteerde zorg in naturapolissen

De aanbeveling om voor niet-gecontracteerde zorg in naturapolissen een *voorafgaande toestemming* te eisen, is door zorgverzekeraars niet volledig opgenomen in het inkoopbeleid. De meeste zorgverzekeraars hanteren uitsluitend een toestemmingsbepaling/machtiging voor klinische opnames en zorg in het buitenland. Geen van de zorgverzekeraars met naturapolissen heeft expliciet een toestemmingsbepaling voor dagbehandeling bij een niet gecontracteerde aanbieder opgenomen. De dagbehandeling was juist de zorgvorm waar de aanbeveling in de kern betrekking op had.

Op basis van het onderzoek concluderen wij dat alle zorgverzekeraars de meeste aanbevelingen op impliciete wijze hebben overgenomen; in de inkoopdocumenten en polisvoorwaarden verwijzen ze immers naar zorg conform de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De mate waarin de verschillende aanbevelingen expliciet verwerkt zijn in de zorginkoop verschilt per aanbeveling en per zorgverzekeraar.

Standpunt Minnesota Model

Vier van de zes zorgverzekeraars geven aan dat de klinische variant van het Minnesota Model niet meer tot de verzekerde zorg behoort. Twee zorgverzekeraars hanteren geen expliciet beleid op het Minnesota Model. Beide zorgverzekeraars hanteren de criteria voor klinische opname. Als de patiënten die volgens het Minnesota Model klinisch worden behandeld voldoen aan de criteria voor een klinische opname, is dit toegestaan.

Over de vraag of het Minnesota Model tot de verzekerde zorg behoort, is spraakverwarring ontstaan. Zorgverzekeraars zien zich niet als aangewezen partij om hierin helderheid te verschaffen. Ze laten de keuze van een behandelmethodiek graag over aan de behandelaar en de uitspraak of die methodiek effectieve zorg is laten ze graag over aan het Zorginstituut.

Controle is in de regel niet aan de orde op het niveau van het Minnesota Model. Daarvoor zouden de zorgverzekeraars de dossiers van patiënten moeten inzien en inhoudelijk moeten doornemen. Inhoudelijke controle van dossiers is echter pas aan de orde als er ofwel doelmatigheidssignalen zijn of in het kader van de materiële controle.

Op basis van het onderzoek concluderen wij dat het klassieke Minnesota Model nog door een enkele zorgverzekeraar wordt ingekocht. Klinische opname is dan alleen toegestaan indien voldaan wordt aan de criteria voor een klinische opname. Controle op het onterecht leveren van het klassieke Minnesota Model vergt detailcontrole in dossiers; deze vorm van controle wordt slechts sporadisch ingezet.

Reflectie

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders geven aan dat de aanbevelingen uit de rapportages deels de reguliere uitvoeringspraktijk beschrijven en dat sommige aanbevelingen al langer deel uitmaken van de stand van de wetenschap en praktijk. Doordat de in de rapporten opgenomen aanbevelingen op het moment van publicatie niet allemaal nieuw waren, is het lastig om vast te stellen welk deel van de aanpassingen in de inkoop van verslavingszorg rechtstreeks toe te schrijven zijn aan de publicatie van de rapporten. Daarnaast geven zorgaanbieders aan dat de inkoop van verslavingszorg momenteel plaatsvindt in een context waarin majeure transities en transformaties aan de orde zijn, zoals de ambulantisering in de GGZ en de decentralisatie van begeleiding en beschermd wonen van de AWBZ naar de Wmo. Deze context heeft volgens een deel van de aanbieders mogelijk een grotere invloed op het inkoopproces dan de aanbevelingen uit het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs'.

Ontwikkelingen zoals hierboven beschreven interfereren met de invloed van de rapportages op de inkoop van verslavingszorg. Hierdoor is het moeilijk om vast te stellen wat het effect is van enkel de rapportages van het Zorginstituut op de praktijk van de zorg.

1. Inleiding

In dit hoofdstuk geven we eerst een korte beschrijving van de verslavingszorg. Daarna schetsen we de aanleiding voor het onderzoek en gaan we in op de onderzoeksvragen.

1.1 Verslavingszorg

Op basis van bevolkingsonderzoek kan een indicatie worden gegeven van het aantal Nederlanders met een alcohol- of drugsverslaving. Uit de NEMISIS-2 studie naar de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking (Trimbos, 2010) blijkt dat in 2007, gerekend over een periode van 12 maanden (12 maandsprevalentie), bij 0,7% van de volwassenen sprake was van alcoholafhankelijkheid¹. Voor drugsafhankelijkheid geldt hetzelfde percentage. Samen gaat het om circa 160.000 volwassenen.

Het grootste deel van deze alcohol- en drugsverslaafden maakt gebruik van algemene gezondheidszorg (zoals huisarts, bedrijfsarts, maatschappelijk werk of een andere hulpverlener in de algemene gezondheidszorg). Het betreft 45,5% van de mensen met een alcoholafhankelijkheid en 66,9% van de mensen met een drugsafhankelijkheid. Het aandeel dat (daarnaast) gebruik maakt van de GGZ is kleiner, respectievelijk 22,3% en 36,3%.

De gespecialiseerde verslavingszorg is onderdeel van de GGZ en deze zorg wordt aangeboden door gespecialiseerde verslavingszorginstellingen en door GGZ-brede instellingen (een aantal van deze GGZ-brede instellingen heeft een circuit verslavingszorg). De verslavingszorg kent een divers aanbod aan behandelingsmogelijkheden voor verslaafden, zowel ambulante als klinische en zowel individueel als in groepsverband.

Het aantal gespecialiseerde verslavingszorginstellingen is in ontwikkeling. In 2013 waren er 12 gespecialiseerde verslavingszorginstellingen aangesloten bij GGZ Nederland. Daarnaast is er sinds 2008 een aantal 'nieuwe' aanbieders van verslavingszorg toegetreden tot de markt. In het kader van dit onderzoek hebben wij 13 'nieuwe' aanbieders geïdentificeerd.

In 2014 zijn 67.000 unieke personen in behandeling geweest in de verslavingszorg, in 92% van de gevallen is alcohol of drugs de primaire problematiek.² Ruim 80% van de hulpvragers wordt alleen ambulante behandeld, de overige hulpvragers krijgen een combinatie van klinische en ambulante behandeling (circa 1% krijgt alleen klinische behandeling). In totaal gaat het om ruim twee miljoen contacten in 2014.

De uitgaven voor verslavingszorg die vallen onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn voor 2013 geraamd op € 472 miljoen (€ 202 miljoen voor de klinische zorg en € 270

¹ Alcohol-of drugsafhankelijkheid: iemand gebruikt alcohol of drugs veelvuldig en er is sprake van verslaving die zich uit in symptomen zoals meer en langer gebruiken dan men van plan was, weinig succesvolle pogingen om te minderen en onthoudingsverschijnselen.

² Kerncijfers verslavingszorg 2014, Stichting IVZ.

miljoen voor de ambulante zorg). Het betreft voorlopig geëxtrapoleerde cijfers van Vektis (gebaseerd op circa 70% declaratie cijfers)³.

1.2 Aanleiding

Omdat de verslavingszorg sinds 2008 een forse kostengroei kent en het aantal nieuwe aanbieders en soorten therapie toeneemt, heeft de minister van VWS Zorginstituut Nederland gevraagd om een advies over de verslavingszorg. Het Zorginstituut heeft dat advies verwoord in het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ (oktober 2014). In dit rapport wordt onder andere een aantal aanbevelingen gegeven aan zorgverzekeraars betreffende de verslavingszorg.

Daarnaast heeft het Zorginstituut een standpunt⁴ uitgebracht over het klassieke Minnesota Model zoals omschreven in de richtlijn alcoholverslaving. Het standpunt wijst zorgverzekeraars erop dat de behandeling volgens het klassieke Minnesota Model even effectief is als ambulante reguliere behandelingen maar veel duurder is, omdat bij behandelingen volgens het klassieke Minnesota Model altijd sprake is van dagbehandeling of klinische opname. Gezien de hogere kosten heeft het Zorginstituut zorgverzekeraars geadviseerd om met dit gegeven rekening te houden bij hun inkoop- en vergoedingenbeleid.

Het Zorginstituut heeft bureau HHM gevraagd om na te gaan of en hoe de voorgeschreven aanbevelingen met betrekking tot de te verzekeren prestatie en de uitvoeringspraktijk van het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ door zorgverzekeraars worden opgevolgd én of en hoe het standpunt Minnesota Model uitwerkt in de praktijk.

Deze vraag komt voort uit het evaluatieprogramma⁵ waarmee het Zorginstituut in 2014 is gestart. Dit evaluatieprogramma heeft als doel om:

- inzicht te verkrijgen in de effecten van de uitgebrachte producten van het Zorginstituut op de praktijk van de zorg;
- het versterken van de doorwerking van de uitgebrachte producten van het Zorginstituut op de praktijk van de zorg;
- het intensiveren van een intern leerproces.

Daarnaast heeft de minister van VWS het Zorginstituut gevraagd om haar begin 2016 te informeren over de stand van zaken met betrekking tot de integratie van de aanbevelingen uit het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ in de praktijk.

³ Beantwoording Kamervragen over begroting VWS 2015.

⁴ Het Zorginstituut publiceert standpunten waarin het aangeeft of de zorg voldoet aan de criteria die de Zvw stelt. Het gaat hierbij om zorg zoals medische beroepsgroepen die ‘plegen te bieden’ en het voldoen van de behandeling aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De standpunten ondersteunen de zorgverzekeraars bij de keuze voor behandelingen, maar zijn geen beleidswijziging.

⁵ Het evaluatieprogramma maakt deel uit van de taak ‘pakketbeheer’: het adviseren van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de inhoud en de omvang van het wettelijk verzekerde zorgpakket (waaronder de basisverzekering Zvw).

1.3 Onderzoeksvragen

Het Zorginstituut heeft de vraag aan bureau HHM gespecificeerd in twee hoofdvragen met elk een set deelvragen. Hieronder zijn de vragen weergegeven; in bijlage 1 is een compleet overzicht opgenomen waarin ook alle subvragen bij de deelvragen staan.

Hoofdvraag 1

Hoe zijn de aanbevelingen met betrekking tot de te verzekeren prestatie en de uitvoeringspraktijk vanuit het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ overgenomen door zorgverzekeraars?

- Hoe ziet het (selectieve) inkoopbeleid van zorgverzekeraars voor de verslavingszorg alcohol en drugs er uit?
- In hoeverre hanteren/gebruiken zorgverzekeraars bij het inkopen van de verslavingszorg alcohol en drugs de lijst opgesteld door het Trimbos-instituut, waarin aangegeven wordt welke zorg effectief is en welke niet?
- In hoeverre stellen zorgverzekeraars bij het inkopen van de verslavingszorg alcohol en drugs de voorwaarde dat nazorg onderdeel is van het behandelprogramma?
- In hoeverre stellen zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid de voorwaarde dat de diagnostiek en de behandelintensiteit bepaald moet worden aan de hand van voorafgaande triage met screeningsinstrumenten zoals Mate of EuropAsi?
- Op welke wijze houden zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid rekening met de richtlijn conform (klinische) opname eisen in de verslavingszorg?
- Hoe gaan zorgverzekeraars om met de vergoeding van dagbehandelingen in buitenlandse klinieken vanuit de Zvw?
- In hoeverre hebben zorgverzekeraars toestemmingsbepalingen voor niet gecontracteerde zorg in de naturapolissen opgenomen.

Hoofdvraag 2

In hoeverre contracteren zorgverzekeraars zorgaanbieders die behandelingen aanbieden volgens het Minnesota Model? En indien deze zorgaanbieders worden gecontracteerd, in hoeverre vindt er controle plaats of de aangeboden behandelingen voldoen aan het klassieke Minnesota Model?

- In hoeverre zijn zorgverzekeraars bekend met het standpunt ‘Minnesota Model’?
- Hebben zorgverzekeraars voor de verslavingszorg alcohol en drugs behandelingen volgens het Minnesota Model ingekocht? Waarom wel/niet?
- Welke type eisen hanteren zorgverzekeraars bij de inkoop van de behandelingen volgens het Minnesota Model?
- In welke mate zijn zorgverzekeraars van mening dat zij met hun selectieve inkoopbeleid en de eventuele eisen voldoende inzicht hebben in de relevante kenmerken van de behandelingen volgens het Minnesota Model om te kunnen beoordelen of een behandeling vergoed kan worden vanuit de Zvw. Met andere woorden, kunnen zorgverzekeraars toetsen of een behandeling heeft plaatsgevonden volgens het klassieke Minnesota model?
- Als na toetsing blijkt dat gedeclareerde behandelingen volgens het Minnesota model zijn aangevuld met nieuwe therapievormen die (nog) niet bewezen effectief zijn, nemen zorgverzekeraars dan maatregelen?
- Hoe kunnen zorgverzekeraar het standpunt ‘Minnesota Model’ verder integreren in hun inkoopbeleid?

2. Aanpak

Om de evaluatievragen te beantwoorden hebben we een aanpak gehanteerd bestaande uit een vooronderzoek, kwantitatieve analyse, documentenanalyse en kwalitatieve analyse. De onderzoeksaanpak werken we uit in dit hoofdstuk.

Vooronderzoek

In het vooronderzoek hebben we met een aantal partijen binnen de verslavingszorg telefonisch gesproken. Het doel van deze gesprekken was om een eerste beeld te krijgen van relevante aandachtspunten, welke informatie er beschikbaar is (kwalitatief en kwantitatief) en het verzamelen van contactgegevens van de te interviewen personen bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. We hebben telefonische interviews gehad met:

- de brancheorganisaties GGZ Nederland en Platform MEER GGZ;
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- de patiëntenorganisaties Landelijk platform GGZ (LPGGz) en het Zwarte Gat;
- de beroepsverenigingen Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP);
- de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Kwantitatieve analyse

Met de kwantitatieve analyse wilden we een actueel beeld geven van de context van de verslavingszorg in Nederland. We wilden onder andere in kaart brengen hoeveel cliënten de aanbieders in zorg hebben, wat de capaciteit is in aantallen bedden, plaatsen en dergelijke; en hoeveel er geproduceerd wordt in aantallen contacten, verpleegdagen, enzovoort. Daarbij wilden we specifiek focussen op de cijfers voor verslavingszorg alcohol en drugs aan volwassenen en ouderen (dus uitgezonderd de jeugdigen en uitgezonderd de niet aan een middel gebonden stoornissen zoals gok-, game-, seks- of eetverslaving).

In de kwantitatieve analyse zijn we nagegaan of er actuele cijfers openbaar beschikbaar zijn in landelijke databronnen (zoals Vektis, DBC-informatiesysteem (DIS), Stichting Benchmark GGZ (SGB)). Daarnaast hebben we diverse rapporten doorgenomen, onder andere van het Trimbos-instituut, de NZa en GGZ Nederland. Omdat deze gegevens in de meeste gevallen betrekking hebben op 2012 en de jaren daarvoor - en dus niet actueel zijn - hebben we (voor zover beschikbaar) de meest recente jaarverslagen verzameld van alle verslavingszorgaanbieders in Nederland. Omdat deze jaarverslagen gegevens bevatten over de aantallen cliënten, productie, capaciteit en budgetten, zouden we daarmee een beeld kunnen schetsen van de marktaandeelen van de verschillende aanbieders.

Echter, omdat niet alle aanbieders van verslavingszorg jaarverslagen publiceren en een deel van de aanbieders ook zorg levert aan cliënten met andere GGZ-problematiek, bleek het niet mogelijk om op basis van de jaarverslagen een actueel overzicht te genereren. Mede daarom hebben we een vragenlijst ontwikkeld en verspreid onder alle aanbieders van verslavingszorg met het verzoek deze in te vullen. Via deze vragenlijst wilden we specifiek informatie verkrijgen over het aantal cliënten, de capaciteit en productie voor de deelverzameling alcohol- en

drugsverslaafden. Daarnaast hebben we vragen toegevoegd die specifiek betrekking hadden op de aanbevelingen uit de rapporten van het Zorginstituut, zoals:

- percentage cliënten dat per jaar wordt behandeld volgens het Minnesota Model;
- percentage cliënten waarbij gebruik is gemaakt van een screeningsinstrument (Mate of EuropAsi);
- percentage cliënten waarbij nazorg is geboden en de duur en frequentie van de nazorg;
- aantal dagbehandelingen buiten Nederland.

De respons op deze vragenlijst was te beperkt om een representatief beeld te kunnen schetsen van de context. Slechts zes van de 27 benaderde aanbieders vulden de vragenlijst in. Op de vraag waarom de aanbieder de vragenlijst niet had ingevuld, gaven enkele non-respondenten aan dat ze (wegens capaciteitsgebrek) niet meewerken aan onderzoeken waartoe ze niet (wettelijk) verplicht zijn. De meeste non-respondenten hebben echter ook niet geantwoord op de vraag *waarom* ze de vragenlijst niet hebben ingevuld.

Resultaten kwantitatieve analyse

Deze resultaten zijn gebaseerd op zes respondenten. Het zijn voornamelijk relatief nieuwe zorgaanbieders en het is geen representatieve steekproef. Onderstaand beeld is dus enkel ter illustratie.

- De respondenten hadden op 1 januari 2014 circa 4.500 cliënten in zorg, leverden in 2014 circa 25.000 verpleegdagen ($\pm 4\%$ van het totaal); boden in 2014 circa 75.000 ambulante contacten ($\pm 4\%$ van het totaal) en hadden een omzet van circa € 25 miljoen ($\pm 5\%$ van het totaal).
- Deze zorgaanbieders maakten bij vrijwel alle in 2014 nieuw ingeschreven cliënten gebruik van een screeningsinstrument (het varieert tussen 75% en 100%); daarbij gebruiken alle zorgaanbieders de Mate.
- De respondenten geven aan dat in 2014 bij 60-100% van de uitgeschreven cliënten nazorg is geboden.
- Er is één respondent die in 2014 alle cliënten heeft behandeld volgens het Minnesota Model. De vijf andere respondenten passen dit model niet toe.
- Drie van de zes respondenten verleenden ook klinische zorg. Bij twee van deze respondenten is bij circa een vijfde van de in 2014 ingeschreven cliënten sprake geweest van een klinische opname. De derde respondent behandelde alle cliënten klinisch.
- Er zijn twee respondenten die enkele van hun cliënten op enig moment in 2014 (deels) in het buitenland hebben behandeld. Bij beide respondenten gaat het om circa vijf cliënten.

Documentenanalyse

Zorgverzekeraars bepalen jaarlijks het beleid voor de zorginkoop voor het komend jaar. Dat beleid komt tot uiting in verschillende documenten. Per verzekeringsconcern verzamelden we de documenten waaruit het beleid en de praktijk van de inkoop van verslavingszorg naar voren komt; we beperkten ons tot de basisverzekering. We onderscheiden de volgende categorieën documenten:

- Polisvoorwaarden (de polisvoorwaarden bevatten een beschrijving van de zorg die onder het verzekerde pakket valt).

- Het zorginkoopbeleid en de contracten van de zorgverzekeraars met de zorgaanbieders. Hiertoe rekenen we ook de informatie die zorgverzekeraars opvragen ten behoeve van de inkoopgesprekken.
- Het controleplan, hierin is beschreven op welke manier de zorgverzekeraars zich ervan verzekeren dat de gedeclareerde zorg rechtmatig en doelmatig is verleend.

Bij niet gecontracteerde aanbieders kunnen zorgverzekeraars niet via de inkoopvoorwaarden en contracten 'sturen' op de zorg die wordt geleverd. 'Sturing' vindt in dat geval met name plaats via de polisvoorwaarden.

Voor de analyse van de documenten zijn we nagegaan in hoeverre de geformuleerde aanbevelingen uit 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' en 'Standpunt Minnesota Model' terug te vinden zijn in de (wijzigingen in de) polisvoorwaarden, inkoopdocumenten en controleplannen. Het inkoopbeleid voor verslavingszorg is doorgaans onderdeel van het inkoopbeleid voor de (specialistische) GGZ. Het 'Standpunt Minnesota Model' is van medio 2013 en heeft mogelijk effect gehad op de inkoop vanaf 2014. Het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' is van eind 2014 en heeft waarschijnlijk pas effect in 2016.

We hebben documenten van de jaren 2013 tot en met 2016 verzameld en geanalyseerd. Bij de analyse hebben we aan de hand van zoektermen de relevante passages uit de documenten verzameld: (verslaving)szorg, gespecialiseerde GGZ, alcohol, drugs, middelen, afhankelijkheid, richtlijnen, doelmatigheid, triage, screeningsinstrument, nazorg, controles, voorwaarden, dynamische lijst, Minnesota Model, 12 stappen behandeling, cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering, zorg in het buitenland, verzekerde zorg, klinische opname en Zorginstituut.

Kwalitatieve analyse: interviews zorgverzekeraars

Na het analyseren van de documenten hebben we alle verzekeringsconcerns bezocht voor een interview. In deze gesprekken zijn we uitgebreid ingegaan op de vraag hoe de aanbevelingen van het Zorginstituut zijn meegenomen bij de inkoop van de verslavingszorg. Voor deze interviews stelden we een leidraad op waarin we de onderzoeksvragen uit paragraaf 1.3 vertaalden naar gespreksitems. De interviewleidraad is voorafgaand aan het interview opgestuurd naar de zorgverzekeraars. De leidraad is opgenomen in bijlage 2.

Per zorgverzekeraar spraken we meerdere medewerkers. In de meeste gevallen waren dat de zorginkoper(s) en de medisch adviseur(s). Bij een aantal zorgverzekeraars was daarbij ook een medewerker van de afdeling controle of een jurist aanwezig. Er zijn negen verzekeringsconcerns (zie bijlage 3); omdat vier concerns het inkoopbeleid voor verslavingszorg gezamenlijk vormgeven, hebben we voor die concerns één interview afgenomen.

| Concern | A | B | C | D | E | F |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Medisch (of zorginhoudelijk) adviseur | | | | | | |
| 2. Zorginkoper/relatiebeheerder GGZ | | | | | | |
| 3. Medewerker controle | | | | | | |
| 4. Beleidsadviseur/beleidsontwikkelaar | | | | | | |
| 5. Jurist | | | | | | |

Van elk interview hebben we, op basis van onze aantekeningen, een verslag gemaakt. Dat verslag hebben we voorgelegd aan de geïnterviewden met de vraag om eventuele onjuistheden te corrigeren. De aangepaste verslagen hebben we gebruikt voor de analyse.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen hebben we per vraag/aanbeveling de informatie uit de documentenanalyse en de verslagen van de interviews naast elkaar gelegd. Door beide bronnen te combineren krijgen we een goed beeld van de manier waarop de zorgverzekeraars zijn omgegaan met de aanbevelingen.

Kwalitatieve analyse: interviews zorgaanbieders

In aanvulling op de interviews met de zorgverzekeraars interviewden we ook een aantal zorgaanbieders. De zorgaanbieders vroegen we welke veranderingen ze in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars constateerden naar aanleiding van de aanbevelingen van het Zorginstituut.

Voor deze interviews stelden we een gespreksleidraad op vergelijkbaar met die voor de zorgverzekeraars. We hielden een groepsbijeenkomst met zes (relatief nieuwe) aanbieders die niet aangesloten zijn bij GGZ Nederland. Daarnaast hebben we telefonische interviews gehad met twee grote aanbieders die al meerdere jaren bestaan (en lid zijn van GGZ Nederland).

Tot slot hebben we nog enkele specifieke vragen schriftelijk voorgelegd aan het netwerk verslavingszorg. Dit netwerk bestaat uit lid-instellingen van GGZ Nederland die actief zijn in de verslavingszorg. We hebben gevraagd of de zorgverzekeraars, naar aanleiding van de aanbevelingen uit beide rapporten, andere eisen zijn gaan stellen aan de zorgaanbieder (en zo ja, vanaf welk jaar). Daarnaast hebben we gevraagd voor welke aanbevelingen geldt dat er niets is veranderd in de opstelling van de zorgverzekeraars sinds het uitkomen van de rapporten. Tot slot hebben we geïnformeerd of er nog belemmeringen zijn in het praktisch tot uitvoering brengen van de aanbevelingen.

3. Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs

In dit hoofdstuk beschrijven we de manier waarop de aanbevelingen uit het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ zijn overgenomen door zorgverzekeraars. We geven eerst een algemeen beeld van het inkoopbeleid en gaan daarna in op de manier waarop zorgverzekeraars met de aanbevelingen zijn omgegaan. Per aanbeveling presenteren we eerst de tekst uit de rapportage ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’.

3.1 Algemeen inkoopbeleid verslavingszorg alcohol en drugs

Tot 2014 werd de GGZ ingekocht volgens het representatiemodel. In het representatiemodel onderhandelen de zorgverzekeraars met de grootste markt-aandelen in de regio, namens alle zorgverzekeraars met de zorgaanbieders in die regio over de hoeveelheid en de kwaliteit van de te leveren zorg. Vanaf 2014 kopen zorgverzekeraars alleen voor de ‘eigen’ verzekerden in. Door de afschaffing van het representatiemodel zijn er meer verschillen ontstaan tussen zorgverzekeraars voor wat betreft het inkoopbeleid dat ze hanteren. Daardoor kregen de aanbieders te maken met specifiekere eisen per zorgverzekeraar.

Inkoopbeleid/polisvoorwaarden

Vijf van de zes zorgverzekeraars geven aan meer grip te willen op de verslavingszorg. Dit vertaalt zich in verschillende uitwerkingen, variërend van ander inkoopbeleid (prestatie-inkoop; waarbij koploper aanbieders geselecteerd zijn op kwaliteit, gebaseerd op de aangetoonde waarde van geleverde zorg), specifieke contracteisen en inkoopcriteria, het opvragen van zorgpaden/zorgprogramma’s en meer aandacht voor thema’s in gesprekken met aanbieders. Ook verschillen zorgverzekeraars in de mate waarin men grip probeert te krijgen op de gecontracteerde en/of de niet-gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars geven aan dat een beperkt deel (minder dan 5%) van de zorg wordt afgenomen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Het inkoopbeleid binnen de verslavingszorg is in de afgelopen jaren concreter geworden, mede dankzij de uitgebrachte rapporten. Hierdoor krijgen zorgverzekeraars handvatten voor hun beleid. Geen van de zorgverzekeraars maakt op dit moment gebruik van een selectief inkoopbeleid voor verslavingszorg. Met selectieve inkoop wordt bedoeld het selecteren van zorgaanbieders voor de verzekerde. Die selectie kan betekenen dat een zorgaanbieder die niet voldoet aan gekozen criteria niet wordt ingekocht, dat er van een bepaalde behandeling minder wordt ingekocht of dat verzekerden worden geprikkeld om elders de zorg te gebruiken.⁶ Selectieve inkoop heeft tot doel om voorkeursaanbieders te belonen voor het leveren van efficiëntere (inbegrepen kwalitatief betere) zorg. Via selectieve inkoop kunnen zorgverzekeraars nog meer sturen op de zorg die wordt ingekocht.⁷ Twee zorgverzekeraars hebben aangegeven dat ze willen gaan verkennen of selectieve inkoop in de verslavingszorg zinvol is: “Met selectieve inkoop heb je meer grip. De signalen rondom nieuwe aanbieders zijn hierop van invloed geweest.”

⁶ https://www.nza.nl/1048076/1048181/Monitor_Zorginkoop_en_beleidsbrief.pdf

⁷ https://www.nza.nl/1048076/1048181/Research_paper_Voldoen_de_verzekeraars_in_hun_rol_als_motor_van_het_zorgstelsel.pdf

De zorgverzekeraars in dit onderzoek hebben verschillende visies op verzekeren en de inkoop van zorg. Dit varieert van faciliteren van de keuzes van een verzekerde voor een bepaalde aanbieder tot het samen met de aanbieders opstellen van een specifiek verslavingszorgbeleid. De polisvoorwaarden voor verzekerden, inkoopvoorwaarden voor zorgaanbieders en de controleplannen weerspiegelen deze verschillende visies. Deze lopen uiteen van minimale eisen aan de inkoop, die algemeen gelden voor de GGZ, tot aan specifieke kwaliteitseisen voor de verslavingszorg die samen met het veld zijn opgesteld.

Een voorbeeld van het laatste:

Inkoopbeleid

X hanteert vanaf 2016 een specifiek inkoopbeleid voor verslavingszorg. Vorig jaar hebben wij instellingen gevraagd om hun zorgprogramma's op het gebied van alcoholverslaving naar ons toe te sturen. Deze programma's, de gesprekken die wij met instellingen gevoerd hebben en het rapport 'Verslavingszorg in beeld' van het Zorginstituut Nederland zijn basis voor dit beleid. Met een specifiek beleid voor de verslavingszorg beogen wij een doelmatige en rechtmatige inkoop die effectief is voor verzekerden. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om op basis van inkoopspecificaties relaties aan te gaan of te verstevigen met aanbieders van verslavingszorg. Hieruit kan een partnership voortvloeien.

De focuspunten uit dit rapport en daarmee onze inkoopspecificaties behelzen:

- Diagnostiek en behandelintensiteit
 - Ambulante versus klinische detoxificatie
 - Ambulante versus klinische behandelingen
 - Dagbehandeling
 - Verblijf Zonder Overnachting (VZO)
 - Nazorg
-

Verslavingszorg wordt niet bij de vrijgevestigde praktijken ingekocht. Verslavingszorg vraagt om multidisciplinaire zorg die door vrijgevestigden niet geleverd kan worden.

Twee zorgverzekeraars geven aan dat zij nieuwe zorgaanbieders die een contract willen extra controleren. Daarbij maken deze zorgverzekeraars gebruik van de aanbevelingen uit de rapportage 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' van het Zorginstituut:

“De nieuwe aanbieders worden getoetst aan de nieuwe voorwaarden, zo kun je veel meer de diepte in. Voordat er een contract is heb je meer kans om een kijkje in de keuken te nemen.”

Controleproces zorgverzekeraars

Alle zorgverzekeraars voeren formele en materiële controles uit in het kader van de wettelijke verplichting om de schadelast te beperken. Deze controles dienen structureel te worden uitgevoerd en zijn daarom ingebed in de bedrijfsvoering.

Formele controle

Bij de formele controle gaat de zorgverzekeraar na of het tarief dat door de zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:

- een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij de zorgverzekeraar verzekerde persoon;
- een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon;
- een prestatie betreft tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, en
- een tarief betreft dat voor die prestatie is goedgekeurd, vastgesteld of overeengekomen.

De formele controle is vaak opgenomen in de declaratie- en betaalsystemen.

Materiële controle

Bij de materiële controle gaat de zorgverzekeraar na:

- of de door de zorgverlener in rekening gebrachte prestatie daadwerkelijk is geleverd (rechtmatigheid);
- de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie was, gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (doelmatigheid);
- in hoeverre de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten in overeenstemming zijn met de stand van de wetenschap en praktijk (gepast gebruik).

De zorgverzekeraar heeft voor de materiële controle diverse instrumenten ter beschikking. Het gaat hierbij in de kern om de volgende controlemiddelen:

- Statistische analyse: vergelijking met historische gegevens en/of gegevens van andere zorgaanbieders. Statistische analyses (benchmarks) worden gebruikt om signalen te vinden of bepaalde zorgaanbieders 'eruit springen', bijvoorbeeld 'extreme' declaranten.
- Beoordeling Administratieve Organisatie en Interne Controle verklaring (AO/IC), accountantsverklaring en bestuursverklaring. De zorgverzekeraar kan de aanbieders vragen inzage te verschaffen in AO/IC en/of accountantsverklaringen of bestuursverklaringen te overleggen. Doel van de AO/IC-regeling is dat zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg op een juiste wijze verantwoording kunnen afleggen over de opbrengsten van DBC's aan zorgverzekeraars. Hiertoe wordt door de AO/IC-regeling een normenkader gesteld voor de administratieve organisatie en de interne controle. De zorgaanbieder kan een externe accountant de opdracht geven een accountantsverklaring af te geven bij het verantwoordingsdocument voor de gefactureerde DBC's. De accountantscontrole is gericht op de juistheid van het in de verantwoording opgenomen bedrag voor gefactureerde DBC's. Daarnaast kan de zorgaanbieder een bestuursverklaring afgeven. Daarmee verklaart de instelling dat de interne organisatie op orde is.
- Logica-/verbandscontrole: hierbij legt de zorgverzekeraar relaties tussen verschillende zorgvormen zoals medicijngebruik en verrichtingen. Ook kunnen verbanden tussen DBC's van verzekerden onderzocht worden op verschillende risico's waaronder dubbel gedeclareerde, parallelle, onterecht seriële en klinische eendags-DBC's.
- Detailcontrole: bij detailcontrole wordt gebruikgemaakt van tot de persoon herleidbare gegevens, bijvoorbeeld via een dossieronderzoek. De noodzaak tot en omvang van deze detailcontrole zal afhangen van de zekerheid die uit de statistische analyse en de verbandscontrole verkregen kan worden.

Bij de instrumenten uit materiële controle geldt zoals gezegd het uitgangspunt dat geen zwaardere of ingrijpende instrumenten worden ingezet dan gezien de concrete omstandigheden noodzakelijk is. Dit betekent dat pas als uit analyse van gegevens aanwijzingen naar voren komen die een redelijk vermoeden voor ondoelmatig handelen dan wel onrechtmatig handelen oproepen, de zorgverzekeraar over kan gaan tot het verkrijgen van aanvullende informatie via detailcontrole.

Uitvoering van de materiële controle

In de GGZ gaat de materiële controle die uitgevoerd wordt in jaar t over de schadelast in jaar t-2. De reden hiervoor is dat de zorg uit jaar t-2 vaak pas volledig uitgedeclareerd is in jaar t. Zorgverzekeraars controleren op dit moment dus de schadelast over 2013 aan de hand van het controleplan voor 2013. De aanbieders leveren hiervoor grotendeels informatie aan vanuit het zelfonderzoek.

De uitvoering van de materiële controle vindt plaats via de volgende stappen:

- In de risicoanalyse worden de - theoretische - risico's onderscheiden. Een risicoanalyse gaat vooraf aan een controleplan. Bronnen die gebruikt worden voor de risicoanalyse: wet- en regelgeving, spiegelinformatie (benchmark), controles voorgaande jaren, resultaten formele controle, contracten met zorgverleners, klantervaringen waaronder klachten van verzekerden, signalen van andere zorgverzekeraars en externe rapportages. Op basis van de risicoanalyse moet de zorgverzekeraar een controleplan materiële controle opstellen. In dit controleplan beschrijft de zorgverzekeraar op welke onderwerpen gecontroleerd wordt en welke instrumenten toegepast worden.
- Uitvoeren van de controle volgens het plan. Hierbij geldt de stelregel dat controlemiddelen proportioneel worden ingezet, waarbij wordt getracht zo min mogelijk in te grijpen in de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde.
- Bepalen en uitvoeren van de gevolgen naar aanleiding van uitkomsten (wat zijn de consequenties voor de geconstateerde gebreken).

Onderstaand kader bevat een passage uit één van de controleplannen van de zorgverzekeraars. Deze geeft inzage in het controle onderwerp 'stand van de wetenschap'.

Gepast gebruik (bron controleplan 2014)

In samenspraak met de afdeling Medisch Advies gaat de afdeling Controles, intensiever controleren op gepast gebruik. Hiervoor wordt onder andere de Stand Wetenschap & Praktijk (SWEP) gebruikt in de uit te voeren controles.

In 2014 maakt het onderwerp “stand van de wetenschap” onderdeel uit van de risicoanalyses. In deze risicoanalyses is tevens rekening gehouden met maatschappelijke signalen en van verzekerden, standpunten van het CVZ, uitkomsten uit (eigen) formele en materiële controles, signalen van andere afdelingen (fraude en klacht en bezwaar), inbreng vanuit zorginkoop (bijvoorbeeld selectieve inkoop, stellen van voorwaarden, en aanvullende afspraken).

In de verslavingszorg wordt door deze zorgverzekeraar onder andere gecontroleerd op het risico dat instellingen niet volgens de richtlijnen werken (bijv. klinisch behandelen terwijl ambulante behandeling ook kan, verschillend per regio).

Zorgverzekeraars zijn verplicht om zich aan de trapsgewijze opbouw te houden bij het uitvoeren van de materiële controle. Uiteindelijk komt het bij een beperkt aantal aanbieders tot een detailcontrole. Detailcontrole is erg arbeidsintensief voor zorgverzekeraars, maar ook de enige mogelijkheid om zicht te krijgen op de inhoud van de geleverde zorg aan de patiënt.

Eén zorgverzekeraar geeft aan dat het over het jaar 2013 moeilijk is de verslavingszorg te controleren. Zowel in beschikbare tijd als in mogelijkheden tot controle worden beperkingen ervaren. Terugkijkend op 2013 zijn er nog niet veel handvatten en duidelijke richtlijnen om de verslavingszorg te controleren, onduidelijk is bijvoorbeeld per wanneer zaken als ‘geldend’ gezien moeten worden (ingangsdatum).

Controlemogelijkheden niet-gecontracteerde zorg

Via machtigingsbeleid vindt bovendien een vorm van controle aan de voorkant plaats, voorafgaand aan de zorgverlening. Voor de niet-gecontracteerde zorg geldt dat vier van de zes zorgverzekeraars vooraf controleren op enkele behandelingen (zoals klinische opname in binnen en buitenland en alle vormen van behandeling in het buitenland) doordat zij daarvoor een machtiging eisen. Er is één zorgverzekeraar die voor alle niet-gecontracteerde zorg machtigingen verlangt. De machtigingen worden door de medisch adviseur beoordeeld op rechtmatigheid en doelmatigheid. Bij de toetsing van een machtiging wordt gekeken naar het zorgprogramma of individueel behandelplan dat is ingediend. In dat opzicht is er sprake van een meer uitvoerige inhoudelijke beoordeling en controle bij de niet-gecontracteerde aanbieders dan bij de gecontracteerde aanbieders. Met de gecontracteerde aanbieders worden bij de zorginkoop afspraken gemaakt over de kwaliteit van de te leveren zorg en is machtigingsbeleid niet van toepassing.

Verder is er één zorgverzekeraar die voor alle niet-gecontracteerde zorg een controle uitvoert voorafgaand aan de betaling. De factuur wordt eerst gecontroleerd op vormvereisten, zoals een toets op de hoofdbehandelaar. Vervolgens wordt op de factuur gekeken naar welke interventies zijn gedaan en door welke professional met welke tijd. Het beoordelen op inhoud is niet eenvoudig, omdat het zorgverzekeraars nu soms aan (landelijke/veld) normen ontbreekt voor controles. Deze zorgverzekeraar

doet dit omdat de kleine aanbieders, waarop dit overwegend van toepassing is, in de statistische risicoanalyse bij de materiële controle minder zouden opvallen.

3.2 Gebruik lijst Trimbos-instituut

Zorgverzekeraars wordt in de rapportage 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' aangeraden de lijst van het Trimbos-instituut bij de zorginkoop te hanteren en bij nieuwe ontwikkelingen de dynamische lijst, die het kenniscentrum GGZ van ZN bijhoudt, aan te passen. In de achtergrondstudie van het Trimbos-instituut zijn diverse interventies benoemd die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze interventies zijn geen te verzekeren zorg en dienen niet ten laste van de basisverzekering te worden vergoed.

De lijst van het Trimbos-instituut is een overzicht van interventies bij alcohol- en (diverse) drugsverslavingen. Per interventie is aangegeven wat er op basis van onderzoeken geconcludeerd kan worden over de mate van effectiviteit van de desbetreffende interventies. In dit overzicht wordt onder andere ook ingegaan op de effectiviteit van de twaalfstappenbenadering (Minnesota Model) en van een klinische behandeling.

Alle zorgverzekeraars zijn bekend met de lijst van het Trimbos-instituut. In het inkoopbeleid en/of polisvoorwaarden verwijst één zorgverzekeraar expliciet naar de samenvatting van de lijst met interventies van Trimbos. Eén zorgverzekeraar verwijst in de inkoopspecificaties naar de stand van de wetenschap en praktijk. Deze zorgverzekeraar wil niet verwijzen naar een lijst omdat daarmee de indruk wordt gewekt dat er een uitputtende lijst bestaat. De overige vier zorgverzekeraars verwijzen naar het 'Dynamisch overzicht (psychologische) interventies binnen de GGZ'. Daarin zijn nog niet alle interventies uit de Trimbos-studie verwerkt. Eén zorgverzekeraar heeft in de polisvoorwaarden onderwerpen uit de dynamische lijst opgenomen, zodat deze ook duidelijk zijn voor verzekerden die zorg willen ontvangen van niet-gecontracteerde aanbieders. Vier zorgverzekeraars hebben in de overeenkomsten met zorgaanbieders opgenomen dat de zorg wordt verleend naar de stand van de wetenschap en de praktijk of voldoet aan de ontwikkelde Multidisciplinaire Richtlijnen GGZ en beroepsgroep richtlijnen. Hiermee wordt impliciet verwezen naar (onderdelen van) de dynamische lijst en de lijst van het Trimbos-instituut. Voor de uitspraken over de effectiviteit van interventies baseert het Trimbos-instituut zich immers ook op de bestaande (multidisciplinaire)richtlijnen, die wetenschappelijk gefundeerd zijn.

Rondom de 'Dynamische lijst GGZ' zijn er de afgelopen periode enkele ontwikkelingen geweest. Deze dynamische lijst werd in het verleden bijgehouden door het kenniscentrum GGZ van ZN. Begin 2015 heeft ZN besloten te stoppen met de 'gezamenlijke duiding' van de dynamische lijst van verzekerde interventies om conflicten met het mededingingsrecht te voorkomen. ZN heeft op 26 januari 2015 per brief aan het Zorginstituut de suggestie gedaan een adviescommissie in te stellen met vertegenwoordiging van alle betrokken partijen. Zorgverzekeraars zijn van mening dat het Zorginstituut deze werkzaamheden (duiden van het verzekerd pakket) ter hand zou moeten nemen. Immers, in artikel 64 Zvw is bepaald dat "Het College zorgverzekeringen bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11. Het College zorgverzekeringen kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven".

Eén zorgverzekeraar verwijst sindsdien naar de dynamische lijst op de site van het Zorginstituut. Deze lijst bevat een overzicht van psychologische interventies die wel (of alleen bij een specifieke stoornis) en niet voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk. Drie zorgverzekeraars verwijzen nog naar de laatste versie die door ZN werd bijgehouden of hanteren een eigen (meer gespecificeerd) overzicht met verzekerde interventies binnen de GGZ.

Op de volgende pagina enkele voorbeelden van de manier waarop zorgverzekeraars dit in hun inkoopbeleid en polisvoorwaarden hebben verwerkt.

Inkoopbeleid zorgverzekeraar 2016

De te leveren/de gedeclareerde zorg in overeenstemming dient te zijn met de ontwikkelde Multidisciplinaire Richtlijnen GGZ en beroepsgroeprichtlijnen. Omdat deze richtlijnen echter niet altijd voldoende uitsluitsel geven, is een dynamische lijst van interventies opgesteld die 'niet' dan 'wel' dan wel 'onder voorwaarden' conform de wetenschap en praktijk gerekend kunnen worden. De meest up-to-date lijst is als bijlage C opgenomen in het zorginkoopbeleid. Voor x betekent dit dat de huidige dynamische lijst, zoals die het laatste door het Kenniscentrum GGZ is ge-update en ook op de website van x gepubliceerd staat, ook voor 2016 het uitgangspunt blijft. Zonder formele beoordeling door het Zorginstituut zal 'concern x' de door haar gehanteerde dynamische lijst niet aanpassen.

Inkoopbeleid zorgverzekeraar 2016

Zorg conform de stand van wetenschap en praktijk

Het is de taak van zorgverzekeraars om in eerste instantie zelf te bepalen of een geneeskundige interventie wel of niet tot het verzekerde pakket behoort. XX publiceert in dat kader een (dynamisch) overzicht van wel of niet evidence based interventies in de GGZ.

Enkel evidence based interventies komen voor vergoeding door XX, soms onder nadere voorwaarden, in aanmerking. De zorgaanbieder verplicht zich er door middel van de overeenkomst toe dat hij enkel behandelingen die als evidence based voorkomen op de dynamische lijst aanbiedt voor rekening van XX. In 2016 zal XX in dit verband nadrukkelijk de aandacht op de aangeboden verslavingszorg richten.

Polisvoorwaarden zorgverzekeraar 2015

Het volgende komt niet voor vergoeding in aanmerking:

- De behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - Hulp bij werk- en relatieproblematiek;
 - Hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
 - Psychosociale hulp;
 - Interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Wij volgen hierin o.a. het “Dynamisch overzicht van psychologische interventies binnen de GGZ die niet voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk (negatieve lijst)” van het Zorginstituut (ZiNL). Dit overzicht vindt u terug op de website van het Zorginstituut (www.zorginstituutnederland.nl). Uw hoofdbehandelaar kan u hier meer over vertellen.
-

Vier zorgverzekeraars geven aan dat zij niet willen bepalen of een behandelmethode onder de te verzekeren zorg valt. Zij vinden dat dit een taak is van het Zorginstituut. Deze zorgverzekeraars verwachten dat het Zorginstituut in afstemming met het veld de grenzen van het verzekerde pakket bepaald. Deze zorgverzekeraars ervaren momenteel onduidelijkheid welke partij hiervoor verantwoordelijk is.⁸

Eén zorgverzekeraar benoemt dat deze niet in de positie terecht wil komen waarin ze met zorgaanbieders in discussie moet over wat verzekerde zorg is. Hiervoor wil men zich kunnen beroepen op het oordeel van het Zorginstituut, zodat het aan de voorkant in het beleid kan worden opgenomen. Daarom vindt deze zorgverzekeraar het van belang dat de duidingen van het Zorginstituut zorgvuldig onderbouwd zijn en regelmatig worden geactualiseerd.

Eén zorgverzekeraar merkt op dat de Trimboslijst ook interventies bevat die deels tot de Zvw behoren en deels tot de Wmo. Dit heeft te maken met het onderscheid tussen behandeling en begeleiding. Dit leidt volgens de zorgverzekeraar tot discussies over de vergoeding voor deze interventies met aanbieders.

Drie zorgverzekeraars toetsen voorafgaand aan het sluiten van een overeenkomst of de interventies die aanbieders toepassen tot de verzekerde zorg behoren. Daartoe vragen ze de zorgpaden op die de aanbieders hanteren en gaan ze in de inkoop-gesprekken met de aanbieders in gesprek.

Bij de controle achteraf bij de gecontracteerde aanbieders is het voor alle zes zorgverzekeraars lastig om vast te stellen of de toegepaste interventies tot de verzekerde zorg behoren. Uit de declaraties is dit niet op te maken.

“Bij de controles houdt X de lijst van wel/niet effectieve interventies er wel bij. Heel veel gaat over medicatie in de lijst van Trimbos, daar kijken we bij de materiële controle niet naar.”

⁸ Tijdens de onderzoeksperiode heeft de minister van VWS in een brief aan de Tweede Kamer (9 oktober 2015, kenmerk 847884-143737-Z) meer duidelijkheid verschaft over de verantwoordelijkheidsverdeling. Daarin is aangegeven dat “zorgverzekeraars in eerste instantie zelf op grond van de wettelijke kaders de inhoud en omvang van het verzekerd pakket vaststellen”.

Alleen uitgebreide detailcontrole, als laatste onderdeel van de materiële controle, kan uitsluitel geven. Twee zorgverzekeraars controleren de niet-gecontracteerde zorg wel voor 100%, door de facturen en/of machtigingen voor niet-gecontracteerde zorg te beoordelen op inhoud van de behandeling.

Conclusie

Ten aanzien van het hanteren van de *Trimbos-lijst* concluderen we dat de zorgverzekeraars de lijst kennen, maar dat slechts één zorgverzekeraar expliciet naar de lijst verwijst. Een (algemene) verwijzing naar de stand van de wetenschap en praktijk en naar de dynamische lijst is meer gangbaar in het inkoopbeleid. Over de dynamische lijst melden zorgverzekeraars dat zij wijzigingen die zich aandienen niet 'zelf' willen bijhouden. Zorgverzekeraars verwachten uitspraken van het Zorginstituut op het niveau van interventies over wat tot de verzekerde GGZ zorg behoort.

3.3 Nazorg als onderdeel van behandelprogramma

Zorgverzekeraars wordt in de rapportage 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' aangeraden om extra te controleren of nazorg een onderdeel is van het behandelprogramma. Behandelprogramma's dienen altijd te voorzien in nazorg. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Behandelprogramma's zonder nazorg zijn minder effectief.

Vertaling van het belang van nazorg in het inkoopbeleid

Alle zes zorgverzekeraars erkennen dat nazorg een essentieel onderdeel is van het behandelprogramma; nazorg vergroot de effectiviteit van de behandeling. Het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' heeft aan dit besef bijgedragen.

"Het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' gaf de aanzet dat het een thema is, maar wat er speelt in de markt wordt nu pas inzichtelijk."

Zorgverzekeraars geven aan dat de definitie van nazorg in de rapportage onduidelijk is. Dat beperkt de mogelijkheden om het in de polis- en/of inkoopvoorwaarden op te nemen. Twee zorgverzekeraars hebben - al dan niet op basis van in te dienen zorgprogramma's - nazorg als voorwaarde voor een contract in het beleid opgenomen.

Uit inkoopbeleid 2016

Nazorg

Behandelprogramma's, zowel klinische als ambulante, dienen altijd te voorzien in nazorg. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Vormen van nazorg kunnen zijn: telefonische monitoring en gerichte feedback en zelfhulpgroepen. Nazorg dient integraal deel te zijn van het bij aanvang opgestelde behandelplan.

Verder is er één zorgverzekeraar die kijkt hoe nazorg als thema meegenomen kan worden in het beleid voor 2017 en een andere zorgverzekeraar die zelf via een uitvraag (zie kader) onder de aanbieders meer zicht wil krijgen op nazorg. Bij de

overige twee zorgverzekeraars zijn er geen specifieke afspraken over nazorg gemaakt, maar kan nazorg als thema wel aan bod komen in gesprekken met aanbieders.

Uitvraag bij aanbieders (bron inkoopbeleid)

Vraag 1. Leidt u de cliënt tijdens of na behandeling toe naar een vorm van nazorg?

- Ja
- Nee

Vraag 2. Zo ja, naar welke vorm?

- Interne zelfhulpgroep (georganiseerd door aanbieder zelf)
- Externe zelfhulpgroep (denk aan AA. NA etc.)
- Nazorggroep
- Warme overdracht naar huisarts/POH of andere zorgprofessional?
- Anders.....

Vraag 3. Is de invulling van nazorg een onderdeel dat altijd wordt opgenomen in het behandelplan?

- Ja
 - Nee
-

Definitie van nazorg in relatie tot beleid en controle

Alle zes zorgverzekeraars hebben opgemerkt dat er veel onduidelijk is rondom nazorg. Er zijn verschillende definities van nazorg en het is niet duidelijk aan welke criteria nazorg moet voldoen. Het is bijvoorbeeld onduidelijk welke vormen van nazorg onder de curatieve GGZ vallen en wat tot de taak van een huisarts behoort. Daarnaast kan nazorg ook de vorm hebben van zelfhulpgroepen (zoals bij behandeling conform het Minnesota Model) welke niet binnen een DBC gedeclareerd mogen worden (het is immers geen verzekerde zorg) en daardoor voor de zorgverzekeraar niet te controleren is. Bij machtigingen voor niet-gecontracteerde zorg krijgen zorgverzekeraars voor die betreffende behandelingen zicht op de vraag of nazorg wordt geboden. Omdat er echter geen concrete normen zijn voor de aard, omvang en duur van de nazorg, is de beoordeling op inhoud beperkt.

Zorgverzekeraars hebben, doordat niet is vastgesteld wat 'goede' nazorg is, onvoldoende handvatten om op basis van het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' de inkoop en de controle rondom dit thema vorm te geven. Voor een nadere integratie in het inkoopbeleid en de controle zien zorgverzekeraars een rol voor de veldpartijen, via het opstellen van richtlijnen en zorgstandaarden. Daarnaast zien zij een rol voor het Zorginstituut bij het nader duiden van welke vormen van nazorg tot het verzekerde pakket behoren.

"Je zou eigenlijk een soort gradaties willen hebben in de nazorg (net zoals bij de triage), zodat er een advies uitkomt over de nazorgzwaarte."

Conclusie

De aanbeveling over *nazorg* uit het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ hebben zorgverzekeraars in beperkte mate opgenomen in het inkoopbeleid en controles van zorgverzekeraars. Het ontbreekt zorgverzekeraars namelijk aan een eenduidige definiëring/operationalisering van ‘nazorg’. De rapportage heeft bij de zorgverzekeraars wel bijgedragen aan het besef dat nazorg een belangrijk thema is als onderdeel van de behandelprogramma’s.

3.4 Bepaling van diagnostiek en behandelintensiteit door triage met screeningsinstrumenten

Zorgverzekeraars wordt in de rapportage ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ aanbevolen de diagnostiek en behandeling niet ten laste van de basisverzekering te brengen als triage niet heeft plaatsgevonden. Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage met een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.

Triage met screeningsinstrumenten in inkoopbeleid

Twee zorgverzekeraars schrijven voorafgaande triage met screeningsinstrumenten voor in het inkoopbeleid. Twee andere zorgverzekeraars stimuleren triage met screeningsinstrumenten als indicator van kwaliteit van de te leveren zorg. Daarnaast zijn er twee zorgverzekeraars die triage met een screeningsinstrument niet in het inkoopbeleid hebben opgenomen.

Welke screeningsinstrumenten worden toegepast

Het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ behandelt de screeningsinstrumenten MATE en EuropASI; er wordt geen voorkeur uitgesproken. De tekst “trriage met een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI” (die op verschillende plaatsen in de rapportage voorkomt⁹) wordt door zorgverzekeraars en aanbieders geïnterpreteerd als dat er triage met een screeningsinstrument moet plaatsvinden; de term ‘zoals’ laat ruimte in de keuze welk instrument gebruikt moet worden.

De vier zorgverzekeraars die in het inkoopbeleid als voorwaarde of als indicator voor kwaliteit ingaan op voorafgaande triage met behulp van screeningsinstrumenten noemen niet specifiek welke screeningsinstrumenten gehanteerd moeten worden. Door zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt niet algemeen gedeeld dat de MATE of EuropASI de meest geschikte instrumenten zijn voor triage. Daarnaast gaven twee zorgverzekeraars aan dat de omschrijving in het rapport “zoals de MATE of EuropASI” onvoldoende ‘hard’ is. Twee zorgverzekeraars benoemen wel dat zij vanuit de gecontracteerde instellingen horen dat overwegend de MATE wordt toegepast. Twee zorgverzekeraars zouden liever zien dat er één screeningsinstrument wordt voorgeschreven dat breed geaccepteerd wordt als screeningsinstrument voor triage. Deze wens komt voort uit het belang van uniformiteit in werken. Een suggestie die wordt gegeven is het breed accepteren van bijvoorbeeld de MATE, zodat daar gericht op gestuurd kan worden.

⁹ Zoals in paragraaf 7.5.2, 7.5.8, 9.2, 10.1.

Controle op triage met screeningsinstrumenten

Ondanks dat vier zorgverzekeraars triage voorschrijven, hoeven aanbieders vervolgens niet altijd te bewijzen dat ze triage toepassen. Triage vormt bij drie zorgverzekeraars onderwerp van gesprek bij de bespreking en/of toetsing van zorgprogramma's. Daarnaast toetsen twee zorgverzekeraars machtigingen of facturen voor verzekerden met een restitutiepolis op de aanwezigheid van voorafgaande triage. Mocht er bij deze toets blijken dat er geen triage met behulp van screeningsinstrumenten is toegepast, dan kunnen de zorgverzekeraars refereren aan hun beleid. Ze melden namelijk expliciet dat ze ervan uitgaan dat aanbieders werken volgens de geldende richtlijnen GGZ. Triage met behulp van screeningsinstrumenten is hierin opgenomen.

Invloed van het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs'

Twee zorgverzekeraars hebben ten aanzien van de aanbeveling van het Zorginstituut met betrekking tot triage aangegeven dat het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' heeft gezorgd voor inbedding van de aanbeveling in het inkoopbeleid en in de controle. Eén zorgverzekeraar zei hierover:

“Het rapport zorgt voor duidelijkheid in de discussie: als er geen triage is, dan is de behandeling niet toegestaan.”

Conclusie

Het merendeel van de zorgverzekeraars stelt bij de zorginkoop eisen met betrekking tot voorafgaande *trriage met screeningsinstrumenten*. Daarbij maken ze gebruik van het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs'. Bij de controle van de gecontracteerde zorg is er minder aandacht voor. Bij de beoordeling van machtigingen is de aanbeveling wel een item.

3.5 Gebruik richtlijn conform (klinische) opname eisen

Zorgverzekeraars wordt in de rapportage 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' aanbevolen klinische behandeling uitsluitend en in lijn met de multidisciplinaire richtlijnen voor ziekenhuisopname aan te bieden aan personen met ernstige medisch/psychische co-morbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid¹⁰. Alleen in die gevallen is verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Als de verzekerde niet aan deze indicatiecriteria voldoet is hij niet redelijkerwijs aangewezen op verblijf. De opname kan dan niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

Richtlijn conform klinische opname eisen in inkoopproces

Alle zorgverzekeraars zijn bekend met de aanbeveling van het Zorginstituut in het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' waarin gewezen wordt op de drie criteria die gelden voor verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Vier zorgverzekeraars hebben deze in het inkoopproces opgenomen. Voor één van deze zorgverzekeraars geldt dat er een expliciete verwijzing is naar het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' en aanvullend op de drie eisen die het Zorginstituut beschrijft wordt er verwezen naar de richtlijnen van de American

¹⁰ Zie de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van Alcohol' Trimbos-instituut 2009 en 'Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving' Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2013.

Psychiatric Association (APA) zoals opgenomen in het rapport. De andere drie zorgverzekeraars beoordelen zorgprogramma's en machtigingen aan de hand van de criteria voor klinische opname. Ook is het onderdeel van de inkoopgesprekken met de aanbieders. Zorgverzekeraars gaan ook in de gesprekken met 'potentieel' te contracteren aanbieders in op de beoordeling van klinische opnames. Twee zorgverzekeraars verwijzen in het inkoopbeleid naar de stand van de wetenschap en praktijk en/of de multidisciplinaire richtlijnen GGZ en/of beroepsgroeprichtlijnen. Zorgverzekeraars geven aan dat daarin de beoordeling van klinische opnames gevat is. Verder is gepast gebruik - waaronder klinische zorg - opgenomen in de Algemene Inkoopvoorwaarden (AIV) van een zorgverzekeraar.

Redenen voor het niet toepassen van de richtlijn conform klinische opname eisen
De twee zorgverzekeraars die in het inkoopproces niet verwijzen naar de richtlijnen conform klinische opname eisen hebben daar een vergelijkbare reden voor. De ene zorgverzekeraar benoemt dat er nu geen sprake is van harde criteria. Deze zorgverzekeraar wil de richtlijnen inclusief de duur van de opnames eerst opgenomen zien in zorgstandaarden. Daarna kan deze zorgverzekeraar verwijzen en ontstaat een steviger positie ten opzichte van de aanbieders. De andere zorgverzekeraar die in het inkoopproces niet verwijst naar de richtlijnen conform klinische opname eisen is eveneens van mening dat de criteria onvoldoende specifiek zijn. Volgens deze zorgverzekeraar is binnen de SGGZ vaak sprake van co-morbiditeit waardoor klinische opname zou zijn toegestaan. Daarnaast is deze zorgverzekeraar van mening dat er een afwijking is tussen het algoritme van de MATE en de indicatiecriteria voor klinische opname uit het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs'. Hierbij geldt dat de MATE een specifiek algoritme kent en daardoor beter toepasbaar is in de controlesfeer.

Inhoud van de criteria

Naast de twee genoemde zorgverzekeraars die de richtlijn niet hanteren in het inkoopproces geldt dat de overige vier zorgverzekeraars ook opmerkingen hebben gemaakt over de inhoud en operationalisering van de criteria voor klinische opname. De criteria in de richtlijn conform klinische opname eisen geven nog ruimte voor interpretatie, een nadere operationalisering van de criteria wordt gemist. Twee zorgverzekeraars hebben dit ondervangen door ook de richtlijnen van de APA in ogenschouw te nemen bij het inkoopproces, controleproces en/of beoordeling van de machtigingsaanvragen. Twee andere zorgverzekeraars kijken ook breder dan de drie genoemde criteria in het rapport bij de beoordeling van machtigingsaanvragen. Er kunnen volgens deze zorgverzekeraars andere gegronde redenen zijn om iemand op te nemen. Bijvoorbeeld als een ambulante behandeling al een aantal keren is mislukt, kan dat gegeven een reden zijn voor een opname.

Indicatie en controle op klinische opnames

Bij gecontracteerde zorg bepalen in de regel de zorgaanbieders zelf of er noodzaak is voor een klinische opname. Om daar meer 'grip' op te krijgen heeft een zorgverzekeraar bij de gecontracteerde zorgaanbieders vooraf de zorgpaden opgevraagd en is daarover met hen in gesprek geweest om te verifiëren of de richtlijn wordt toegepast.

“De instellingen krijgen de bevoegdheid om de machtiging voor een klinische opname zelf te doen. Dit doen we door zorgpaden op te vragen, beslisbomen te maken en hierover in gesprek te gaan met aanbieders. De criteria uit de richtlijn worden wel gehanteerd.”

Bij restitutiepolissen en niet-gecontracteerde zorg moet bij vier zorgverzekeraars vooraf om toestemming worden gevraagd. De zorgverzekeraar controleert dan of het om een rechtmatige opname gaat. Bij machtigingsaanvragen moet bijvoorbeeld expliciet uit het behandelplan de indicatie voor verblijfszorg blijken.

Uit polisvoorwaarden zorgverzekeraar 2015

Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat, dient u een machtiging aan te vragen voor gespecialiseerde GGZ met verblijf. Om deze machtiging aan te vragen, stuurt de zorgverlener namens u:

- a. een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- b. de klinische opname indicatie, conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen;
- c. het voorgestelde behandelplan, inclusief aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- d. de zorgverleners, inclusief hoofdbehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- e. de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
- f. de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.

Conclusie

Voor wat betreft de richtlijn conform *klinische opname eisen* geldt dat - ondanks dat de meeste zorgverzekeraars deze in het inkoopbeleid hebben opgenomen - zorgverzekeraars de criteria onvoldoende 'hard' vinden. De criteria laten enerzijds veel ruimte om een klinische opname te indiceren en anderzijds kunnen er voor zorgverzekeraars ook andere factoren - anders dan de drie genoemde criteria - een rol spelen bij het akkoord gaan met een klinische behandeling. Enkele zorgverzekeraars verwijzen ter nadere operationalisering naar de richtlijnen van de APA zoals omschreven in het rapport 'Verlavingszorg in beeld - alcohol en drugs'.

3.6 Dagbehandeling in buitenlandse klinieken

Zorgverzekeraars wordt in de rapportage 'Verlavingszorg in beeld - alcohol en drugs' aanbevolen dagbehandeling niet ten laste van de verzekering te brengen als de interactie met de sociale omgeving van de cliënt niet geëffectueerd kan worden, zoals bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront. Dagbehandeling kan aangewezen zijn als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren of om opname te voorkomen. Bij dagbehandeling dient, conform de geldende richtlijn, de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd te zijn.

Alle zes zorgverzekeraars zijn zeer terughoudend met de vergoeding van zorg die geleverd wordt in het buitenland. Eén van de zorgverzekeraars stelt dat ze bij de zorginkoop geen onderscheid maken tussen dagbehandeling en klinische opname in het buitenland.

“Buitenland wordt gezien als één: of het nu dagbehandeling is of opname. Buitenland is in principe uitgesloten.”

Twee zorgverzekeraars gaan in het inkoopbeleid uit van de levering van zorg zoveel mogelijk dichtbij huis/in Nederland.

“Er is voldoende gecontracteerd, dus men hoeft niet naar het buitenland.”

Dit betekent overigens niet dat er helemaal geen behandeling in het buitenland vergoed wordt. Deze zorgverzekeraars geven aan dat de beoordeling van een machtigingsaanvraag kan betekenen dat er alsnog akkoord wordt gegaan voor betaling van zorg die is geleverd in het buitenland. Soms wordt alleen de behandeling vergoed en zijn de reis- en verblijfskosten voor rekening van de cliënt.

De overige vier zorgverzekeraars hebben geen specifiek beleid geformuleerd betreffende de vergoeding van dagbehandeling in buitenlandse klinieken. Wel geven deze vier zorgverzekeraars aan dat de omvang van de zorg geleverd in het buitenland minimaal is. Bij gecontracteerde aanbieders wordt heel beperkt ingekocht. Zorgverzekeraars kijken in het kader van doelmatigheid kritisch naar de inhoud van de behandelprogramma's in het buitenland. Gelet op het doelmatigheidsaspect spreekt één zorgverzekeraar ook met gecontracteerde aanbieders over afbouw van het aantal bedden in buitenlandse klinieken.

Drie zorgverzekeraars eisen toestemmingsbepalingen/machtigingen voor alle niet-gecontracteerde zorg in het buitenland en één zorgverzekeraar adviseert dit haar verzekerden. Door de vereiste van een machtiging zijn zorgverzekeraars in staat vooraf te beoordelen of de dagbehandeling in het buitenland plaatsvindt.

Polisvoorwaarden zorgverzekeraar

Indien u in het buitenland behandeld wilt worden voor een bestaande aandoening dient u altijd vooraf toestemming te vragen aan de Zorgverzekeraar.

U moet een medisch behandelplan met een kostenraming van de behandelend arts in het buitenland bij ons indienen en, indien van toepassing, de verwijzing van uw specialist in Nederland. Bij het verlenen van toestemming wordt u tegelijk geïnformeerd over de afwikkeling van de kosten.

Drie zorgverzekeraars, die geen machtiging vereisen voor ambulante behandeling door niet-gecontracteerde aanbieders, benoemen dat het voor hen niet altijd inzichtelijk is of de behandeling in het buitenland geleverd wordt. In die gevallen

declareert de niet-gecontracteerde aanbieder de zorg op een AGB-code¹¹ die in Nederland geadresseerd is. De behandeling heeft dan in werkelijkheid in het buitenland plaatsgevonden. Op basis van de declaraties is voor zorgverzekeraars niet zichtbaar dat behandeling deels of volledig in het buitenland plaatsvindt. Op basis van signalen of gesprekken met patiënten kan naderhand duidelijk worden dat de behandeling in het buitenland plaatsvond.

Bij verblijf en behandeling voor verslavingszorg in het buitenland speelt daarnaast mee dat in sommige gevallen in plaats van klinische DBC's, ambulante DBC's met VZO (verblijf zonder overnachting) worden gedeclareerd. Voor ambulante behandeling in het buitenland geldt geen machtigingssysteem. Op basis van de declaraties die binnenkomen voor verzekerden met een restitutiepolis is niet zichtbaar dat het in feite ging om verblijf in het buitenland. Volgens twee zorgverzekeraars worden ook ambulante declaraties ingediend wanneer aanbieders geen toelating hebben voor verblijf.

Conclusie

De aanbeveling dat *dagbehandeling in het buitenland* geen verzekerde zorg is, leent zich volgens de zorgverzekeraars maar beperkt voor integratie in het inkoopbeleid. Zorgverzekeraars geven aan zeer terughoudend te zijn met vergoeding van behandelingen in het buitenland, of het nu gaat om dagbehandeling of klinische opnames. De levering van verslavingszorg in het buitenland wordt qua omvang steeds kleiner en er wordt met aanbieders over afbouw gesproken. Er kunnen volgens zorgverzekeraars redenen zijn om een behandeling in het buitenland te vergoeden. Volledige uitsluiting van behandeling in het buitenland, is daarom niet in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars opgenomen.

Dagbehandeling wordt in het buitenland nagenoeg niet gecontracteerd. Omdat de meeste zorgverzekeraars machtigingen verplicht stellen voor behandeling in het buitenland, kunnen de zorgverzekeraars sturen op het vergoeden van deze vorm van zorg.

3.7 Toestemmingsbepalingen voor niet-gecontracteerde zorg in naturapolissen

Zorgverzekeraars wordt in de rapportage 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' aanbevolen om in naturapolissen de eis van voorafgaande toestemming op te nemen voor niet-gecontracteerde zorg, zodat vooraf getoetst kan worden of de zorg daadwerkelijk voor (gedeeltelijke) restitutie in aanmerking komt. Het voorgaande punt is vooral van belang bij dagbehandeling. Bij dagbehandeling dient de interactie met de sociale omgeving gegarandeerd te zijn. De zorgverzekeraar moet daarom inzicht hebben in de inhoud en locatie van de dagbehandeling.

Zorgverzekeraars met naturapolissen gaan wisselend om met toestemmingsbepalingen/machtigingen. Er zijn vier zorgverzekeraars die het *verplicht* stellen op bepaalde onderdelen zoals een klinische opname in een niet gecontracteerde instelling. Daarnaast is er één zorgverzekeraar die klanten *adviseert* toestemming te vragen,

¹¹ Voor deelname aan de administratieve processen in de zorg is voor een onderneming en een zorgverlener een unieke AGB-code noodzakelijk. Ook de vestiging waar de zorg wordt verleend staat geregistreerd in het AGB-register.

zoals bij behandeling in het buitenland. Ten slotte is er één zorgverzekeraar die niet werkt met machtigingen/toestemmingbepalingen in de gespecialiseerde GGZ. De zorgverzekeraars die niet met toestemmingsbepalingen/machtigingen werken of het niet vereisen maar adviseren, melden wel duidelijk in de polisvoorwaarden dat de vergoeding voor de behandeling mogelijk lager is dan de kosten.

Polisvoorwaarden zorgverzekeraar 2015

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland (Polisvoorwaarden zorgverzekeraar 2015)

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u vooraf onze toestemming nodig.

U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale.

Ten aanzien van het werken met toestemmingsbepalingen/machtigingen hebben twee zorgverzekeraars een opmerking gemaakt. Eén zorgverzekeraar vraagt zich af of het afgeven van machtigingen een taak moet zijn van zorgverzekeraars, omdat op dat moment in de positie van de inhoudelijk expert wordt getreden. Verder benadrukt een andere zorgverzekeraar dat deze twijfelt of de verplichting tot een machtiging juridisch standhoudt mocht het tot een rechtszaak komen.

Conclusie

De aanbeveling om voor niet-gecontracteerde zorg in naturapolissen een *voorafgaande toestemming* te eisen, is door zorgverzekeraars niet volledig opgenomen in het inkoopbeleid. De meeste zorgverzekeraars hanteren uitsluitend een toestemmingsbepaling/machtiging voor klinische opnames en zorg in het buitenland. Geen van de zorgverzekeraars met naturapolissen heeft expliciet een toestemmingsbepaling voor dagbehandeling bij een niet gecontracteerde aanbieder opgenomen. De dagbehandeling was juist de zorgvorm waar de aanbeveling in de kern betrekking op had.

3.8 Reacties aanbieders op aanbevelingen 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs'

In aanvulling op de interviews met de zorgverzekeraars hebben we ook een aantal zorgaanbieders geïnterviewd. We hebben de zorgaanbieders gevraagd welke veranderingen zij in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars hebben geconstateerd naar aanleiding van de aanbevelingen van het Zorginstituut.

Inkoopbeleid en contractering

De betrokken aanbieders hebben met een wisselend aantal verzekeringsconcerns contractafspraken. Dit loopt uiteen van geen contractafspraken tot en met contractafspraken met alle concerns. Sommige (kleinere) aanbieders kiezen er vanwege de gestelde eisen bewust voor om geen contract aan te gaan met een concern. Andere

kleinere aanbieders geven aan dat het voor hen lastiger is om contractafspraken te maken dan de grotere aanbieders, omdat ze een kleiner volume hebben en/of omdat een zorgverzekeraar aangeeft al voldoende aanbieders te hebben gecontracteerd. Er wordt aangegeven dat de verschillende zorgverzekeraars onderling sterk verschillen qua voorwaarden die gesteld worden bij de inkoop. Zorgaanbieders signaleren dat een aantal zorgverzekeraars zoekende is naar kwaliteitscriteria en dat de gesprekken ook meer over de inhoud gaan. Een deel van de geïnterviewde aanbieders vraagt zich af of de zorgverzekeraars voldoende inhoudelijke kennis hebben om de gesprekken met aanbieders te voeren. De indruk wordt gewekt dat er vooral op geld gestuurd wordt.

Gebruik lijst Trimbos instituut

De lijst van het Trimbos-instituut komt niet terug in de voorwaarden volgens de aanbieders. Er wordt in het algemeen wel gestuurd op evidence-based behandelen. De dynamische lijst wordt wel herkend, maar dan meer in de controlesfeer dan bij de inkoop. Ook wordt deze lijst gehanteerd bij het aanvragen van een machtiging. Eén aanbieder geeft aan dat de lijst streng gehanteerd wordt. Als een onderdeel van de interventie niet voorkomt, wordt de behandeling niet goedgekeurd. Ook komt de lijst terug bij het zelfonderzoek van de aanbieders.

Nazorg als onderdeel van behandelprogramma

Daarnaast geven aanbieders aan dat een aantal zorgverzekeraars vooraf navraag doet over nazorg. Dit is echter wel beperkt. Er wordt bijvoorbeeld niet gevraagd hoelang nazorg wordt geboden. Het kan in de voorwaarden worden genoemd, in de gesprekken terugkomen of bij een uitvraag. Bij het machtigingen-beleid komt dit thema nog niet terug. Soms komen er wel vragen achteraf over de inhoud van de behandeling, voordat betaling plaatsvindt. Een aantal aanbieders vraagt zich af of de term 'nazorg' wel toereikend is, ze hebben er tijdens de behandeling al aandacht voor. Zelfhulp kan bijvoorbeeld een belangrijk onderdeel zijn van een behandeling, maar zelfhulp wordt niet vergoed.

Voorafgaande triage met screeningsinstrumenten

Bij veel zorgverzekeraars is het gebruik van de MATE volgens zorgaanbieders een voorwaarde om in aanmerking te komen voor een contract. Aanbieders ervaren deze vereiste als een vormvereiste vooraf, waarbij nauwelijks aandacht is voor de inhoud gedurende de looptijd van de overeenkomst. Dit geldt ook voor de niet-gecontracteerde zorg. Bij de controle komt dit item nog niet terug. In sommige gevallen wordt vooraf wel gevraagd naar het percentage afgenomen interviews/beoordelingen met de MATE's bij nieuwe cliënten. Een aantal aanbieders mist hier dat het alleen om de respons gaat en niet om de inhoud. Ook wordt opgemerkt dat een paar zorgverzekeraars daarnaast nog een eigen triage verplicht stellen. Deze moet eigenlijk al in de huisartsenpraktijk worden afgenomen door de huisarts of praktijkondersteuner als triage instrument. Patiënten worden echter ook verwezen zonder dat de screening is afgenomen. Hierdoor moet de zorgaanbieder een extra screening afnemen om te voldoen aan de eisen van de zorgverzekeraar, omdat deze een specifieke screening vereist. Aanbieders vinden het spijtig dat dit niet centraal wordt opgepakt.

Gebruik richtlijn conform klinische opname eisen

Het gebruik van de richtlijn conform klinische opname eisen komen de aanbieders voornamelijk tegen bij het machtigingenbeleid en bij de materiële controle. In die gevallen vindt een controle plaats of een klinische opname een terechte klinische opname is. Een deel van de zorgverzekeraars vraagt wel vooraf de zorgpaden op bij aanbieders op basis waarvan de zorgverzekeraars kunnen afleiden of aanbieders de inhoud van de richtlijn juist toepassen. Zorgverzekeraars sturen volgens aanbieders niet specifiek op de wijze waarop aanbieders vervolgens een klinische opname indiceren. Deze bevinding komt overeen met wat de zorgverzekeraars hierover in het onderzoek hebben gemeld. De aanbieders geven aan dat de richtlijn ruimte biedt en dat je er een opname niet om kan afwijzen. Aanbieders hebben zelf ook specifieke eisen opgesteld voor het wel of niet indiceren van een klinische opname. Dat de richtlijn ruimte biedt bij de beoordeling van een klinische opname is eveneens de opvatting van een deel van de zorgverzekeraars.

Dagbehandeling in het buitenland

Volgens de zorgaanbieders wordt er verschillend omgegaan met de vergoeding van dagbehandeling in buitenlandse klinieken. Een gedeelte van de zorgverzekeraars wil dit absoluut niet. Bij de niet-gecontracteerde zorg biedt een aantal aanbieders wel een behandeling in het buitenland aan, deze wordt ambulantly gedeclareerd.

Toestemmingsbepalingen in naturapolissen

Voor de niet-gecontracteerde zorg in naturapolissen werkt een gedeelte van de zorgverzekeraars met toestemmingsbepalingen. Dit is opgenomen in de polisvoorwaarden voor de verzekerden.

Ten aanzien van effecten van bovengenoemde aanbevelingen geven aanbieders aan dat niet zozeer de exacte inhoud van het rapport per aanbeveling leidend is geworden bij de zorginkoop, maar meer dat het ‘erover’ moet gaan in de gesprekken tussen aanbieder en zorgverzekeraar. Ook enkele zorgverzekeraars merkten op dat voor een deel van de aanbevelingen geldt dat het in feite al ging om de reguliere uitvoeringspraktijk op dat moment.

Vanuit het netwerk verslavingszorg wordt gemeld dat er geen directe causale relatie is tussen (de verschijningsdatum van) het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ en wijzigingen in de eisen van de zorgverzekeraars. De thema’s uit het rapport speelden volgens de zorgaanbieders in het netwerk al langer een rol bij de zorginkoop. Daarnaast geeft het netwerk aan dat de huidige inkoop en verantwoording van de verslavingszorg plaatsvindt in een context waarin majeure transities aan de orde zijn, zoals de ambulantisering in de GGZ en de decentralisatie van begeleiding en beschermd wonen van de AWBZ naar de Wmo. Deze context heeft volgens het netwerk mogelijk een grotere invloed op het inkoopproces dan de aanbevelingen uit het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’.

3.9 Signalen vanuit zorgverzekeraars en zorgaanbieders

In deze paragraaf geven we weer welke signalen zorgverzekeraars en aanbieders in het onderzoek hebben benoemd ten aanzien van de ontwikkelingen van de verslavingszorg en de rol van het Zorginstituut.

Signalen zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben in de gesprekken een viertal signalen meegegeven die mede voortkomen vanuit het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’. Het gaat hierbij om:

- Ingangsdatum aanbevelingen rapporten
- Uniforme duiding
- Afbakening Zvw en Wmo
- Gebrek aan richtlijnen en longitudinaal onderzoek naar zorggebruik van verzekerden

Het eerste signaal heeft betrekking op het moment waarop de aanbevelingen uit de rapporten van het Zorginstituut ‘in gaan’. Voor zorgverzekeraars is het van belang om vast te stellen per wanneer een bepaalde duiding van het verzekerde pakket van kracht wordt. Zorgverzekeraars kunnen dan richting aanbieders ook duidelijker benoemen dat vanaf moment X geen vergoeding meer plaatsvindt. Ook bij het controleproces is er een wens voor een heldere ingangsdatum in rapporten voor wat betreft de stand van de wetenschap en praktijk.

Een tweede signaal vanuit zorgverzekeraars is dat aan standpunten veel waarde wordt gehecht wanneer deze eenduidig beschreven zijn. Heldere standpunten maken het gesprek met aanbieders makkelijker als er discussies ontstaan. Het is daarom van belang dat standpunten uniform geïnterpreteerd worden door zorgverzekeraar en aanbieder.

Ten aanzien van het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ is niet overall duidelijk hoe bepaalde zaken bedoeld zijn. Genoemd wordt hier onder andere ‘nazorg als onderdeel van het behandelprogramma’. Het is voor zorgverzekeraars nog niet voldoende concreet wat de inhoud van de nazorg zou moeten zijn en hoe lang die moet duren.

Verder hebben twee zorgverzekeraars het signaal geuit dat deze hinder ondervinden van een onvoldoende duidelijke afbakening tussen Zvw-verzekerde GGZ-zorg en eerstelijnszorg en begeleiding vanuit de Wmo. Eén van deze zorgverzekeraars is van mening dat niet alle onderdelen uit de richtlijnen van Trimbos tot de Zvw-verzekerde GGZ-zorg behoren. Die afbakeningsdiscussie moet de zorgverzekeraar nu zelf met aanbieders voeren; daarvoor zou zij liever terug willen vallen op uitspraken van het Zorginstituut. Een andere zorgverzekeraar wees op afbakeningsdiscussies tussen de eerste lijn, de Generalistische Basis GGZ en de Gespecialiseerde GGZ. Die afbakening kan beter. Herstelgerichte zorg is een heel actueel item binnen de GGZ. Maar waar vallen alle zorgonderdelen precies onder? Denk hierbij aan toeleiding naar werk, het vinden van een woning, begeleiding bij schuldhulpverlening.

“De nieuwe inzichten zijn nu dat er niet alleen wordt uitgegaan van de ziekte; er komen allemaal domeinen bij. Dat zou elke keer in de rapporten terug moeten komen.”

Tot slot hebben enkele zorgverzekeraars gemeld dat het ontbreken van richtlijnen het beoordelen van wat tot de verzekerde GGZ-zorg moeilijk maakt. Het ontbreekt zorgverzekeraars bijvoorbeeld aan richtlijnen voor niet aan een middel gebonden verslavingen. Daarmee is onduidelijk of aanbieders en zorgverzekeraars op één lijn

zitten in wat wel en geen verslaving is en of de zorg tot het verzekerde pakket behoort.

Verder is het voor zorgverzekeraars ook moeilijk om gepast gebruik van Gespecialiseerde GGZ zorg te beoordelen en controleren. Dit komt doordat longitudinaal onderzoek naar ‘verslavingszorgcarrières’ ontbreekt. Longitudinale analyses zouden zorgverzekeraars veel inzicht kunnen geven over effectiviteit van behandelingen. Doordat verzekerden kunnen overstappen van zorgverzekeraar, is het als individuele zorgverzekeraar lastig om een longitudinaal beeld zelf te construeren.

Signalen zorgaanbieders

Vanuit de zorgaanbieders werden twee signalen meegegeven in voorliggend onderzoek. Ten eerste ten aanzien van kosteneffectiviteit. Naast de constatering dat zorgverzekeraars behoefte hebben aan duiding van kosteneffectiviteit, hebben ook enkele zorgaanbieders die behoefte geuit. Het gaat er voornamelijk om dat er meer inzicht komt in de effecten van verschillende behandelingen op de lange termijn.

Verder heeft een enkele zorgaanbieder het voorliggende onderzoek willen gebruiken om aan het Zorginstituut mee te geven dat er meer aandacht moet komen voor het eerder signaleren van personen met een verslavingsprobleem. De vroegsignalering ligt vooral bij huisartsen. Er zijn snellere doorverwijzingen naar de basis GGZ nodig om te voorkomen dat personen al veel schade hebben opgelopen of om te voorkomen dat klinische opname noodzakelijk wordt.

3.10 Toekomstig inkoopbeleid

Alle zes zorgverzekeraars integreren zorgprogramma’s steeds verder in het inkoopbeleid. Zorgprogramma’s geven voor groepen patiënten weer welke zorg wordt geleverd en wat de effectiviteit en doelmatigheid van die zorg is. Op die manier zijn zorgverzekeraars ook in staat om zorgprogramma’s uit offertes onderling te vergelijken en daarop te contracteren. De zorgverzekeraars hebben op dit moment wisselende gewichten toegepast bij de aanwezigheid van zorgprogramma’s. Dit varieert van:

- een vereiste voor een contract (en controle op inhoud);
- een tariefsbepalend criterium;
- een onderwerp van gesprek in de inkoopgesprekken;
- een beoordelingsinstrument voor niet-gecontracteerde aanbieders die in aanmerking willen komen voor een contract;
- een controle instrument bij de beoordeling van machtigingsaanvragen.

Inkoopbeleid 2016 GGZ

Een contract met ‘X’ betekent dat de zorgaanbieder in 2016 voor de stoornissen die hij behandelt, zorgprogramma’s en -paden heeft ontwikkeld en geïmplementeerd. Deze dienen gebaseerd te zijn op richtlijnen, voor zover aanwezig. Steekproefsgewijs zal ‘X’ zorgpaden opvragen.

Twee zorgverzekeraars overwegen om in de toekomst een selectief inkoopbeleid toe te passen. De andere vier zorgverzekeraars overwegen nog geen selectieve inkoop op te geven juist expliciet aan niet te toe willen naar selectieve inkoop. Een van de

zorgverzekeraars die geen selectief inkoopbeleid wil, stelt dat zij minimale kwaliteitseisen stellen aan de voorkant. Verder willen zij niet op de stoel van de aanbieder zitten en voorschrijven hoe aanbieders de zorg moeten leveren. Een andere zorgverzekeraar stelt dat voor selectieve inkoop nodig is dat bepaalde aspecten zoals criteria voor klinische opname en gebruik van screeningsinstrumenten, beter worden uitgewerkt in zorgstandaarden.

4. Standpunt Minnesota Model

Naast de aanbevelingen voor het verbeteren van de verslavingszorg, heeft Zorginstituut Nederland specifiek gekeken naar het Minnesota Model. Het Minnesota Model is gebaseerd op het 12-stappenprogramma van de Alcoholics Anonymous (AA). De kern van het programma is de aanwezigheid van ex-verslaafden als counselors en een programma bestaande uit een serie van 12 stadia te beginnen met toegeven een probleem te hebben en hulp zoeken. Het programma gaat ervan uit dat verslaving een chronische ziekte is, die lichaam, geest en ziel aantast. Spiritualiteit neemt een belangrijke plaats in binnen het 12-stappen programma. Het 12-stappenprogramma is ontwikkeld door de zelfhulpgroepen van de AA als methodiek voor het bereiken van abstinentie bij alcoholproblemen. In de zelfhulpgroepen proberen de deelnemers hun verslavingsproblematiek zonder professionele begeleiding de baas te worden (Corveleyn, 2001).

Het Zorginstituut heeft bekeken of het Minnesota Model voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het standpunt over het Minnesota Model wordt geconcludeerd dat bij personen met een alcoholverslaving een behandeling volgens het Minnesota Model voldoet aan dit criterium. Daarbij is opgemerkt dat deze behandeling niet effectiever is dan andere reguliere ambulante behandelingen. Zorgverzekeraars worden erop gewezen dat deze behandeling duurder is omdat bij behandelingen volgens het klassieke Minnesota Model altijd sprake is van dagbehandeling of klinische opname.

Op de door ZN beheerde ‘Dynamische lijst GGZ’ werd in augustus 2012 al de kanttekening gemaakt dat de twaalfstappenbenadering/Minnesota Model alleen als verzekerde zorg is aan te merken wanneer het gaat om ambulante behandeling bij alcoholverslaving¹². Gezien de in hoofdstuk 3 geschetste ontwikkelingen met betrekking tot de dynamische lijst, verwijst één zorgverzekeraar momenteel naar de dynamische lijst op de site van het Zorginstituut. Op deze lijst van het Zorginstituut wordt geen uitspraak gedaan over het Minnesota Model. Drie zorgverzekeraars verwijzen nog naar de laatste versie die door ZN werd bijgehouden of hanteren een eigen (meer gespecificeerd) overzicht met verzekerde interventies binnen de GGZ. Daarin is de kanttekening over het Minnesota Model wel opgenomen.

Vooraf

In deze rapportage sluiten we aan bij de terminologie van het Minnesota Model zoals het Zorginstituut die hanteert. Volgens het Zorginstituut is bij een behandeling volgens het klassieke Minnesota Model altijd sprake van dagbehandeling of klinische opname. We noemen dit expliciet, omdat we enige spraakverwarring rondom de term ‘Minnesota Model’ constateerden. De termen ‘12 stappenbenadering’ en ‘Minnesota Model’ worden in de praktijk door elkaar gebruikt waarbij de samenhang niet altijd duidelijk is. Daarnaast bestaan er ook ambulante varianten van het Minnesota Model.

¹² In de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol (2009) is opgenomen dat het voorsnog geen aanbeveling verdient een klinische behandeling in te richten volgens de twaalfstappenbenadering.

4.1 Bekendheid met Standpunt Minnesota Model

Alle zorgverzekeraars zijn bekend met het Standpunt Minnesota Model.

“Het standpunt is voor 2015 opgenomen in de polisvoorwaarden.”

Het standpunt maakt volgens de zorgverzekeraars duidelijk dat het bij de afweging van wat tot het verzekerde pakket behoort niet alleen gaat om ‘evidence based’, maar ook om kosteneffectiviteit¹³.

4.2 Inkoop van behandelingen volgens het Minnesota Model

Aan de zorgverzekeraars is gevraagd of behandelingen volgens het Minnesota Model worden ingekocht en wat de redenen zijn van het wel/niet inkopen. Als het Minnesota Model wordt ingekocht is gevraagd welke voorwaarden gehanteerd worden en hoe controles plaatsvinden.

Minnesota Model in het inkoopbeleid

Vier zorgverzekeraars geven aan dat vanaf 2014 of 2015 de klinische variant van het Minnesota Model niet meer tot de verzekerde zorg behoort, dit geldt voor zowel de gecontracteerde als niet-gecontracteerde aanbieders. Dit is ofwel expliciet in de polisvoorwaarden opgenomen, ofwel er wordt in het algemeen verwezen naar richtlijnen en standpunten in het beleid (en daarmee impliciet naar het standpunt Minnesota Model) of naar de dynamische lijst. Het Standpunt Minnesota Model is hier leidend in geweest.

Polisvoorwaarden zorgverzekeraar 2015

“Vanuit de GGZ worden veel zorgvormen aangeboden die ook buiten de Zvw vallen.

Deze uitsluitingen worden bepaald door de volgende uitgangspunten:

[...]

- een behandelingsvorm voldoet niet aan de stand van wetenschap en praktijk (standpunten ZiN, zorgkompas ZVW)

Dit leidt tot de volgende uitsluitingen:

De zorg omvat in elk geval niet:

[...]

- behandeling met opname volgens het Minnesota model;”
-

Twee zorgverzekeraars hanteren geen expliciet beleid voor het Minnesota Model. Ze hanteren wel de criteria voor klinische opname. Als voldaan wordt aan de criteria is een klinische opname mogelijk. Daarmee wordt niet uitgesloten dat een behandeling volgens het klassieke Minnesota Model wordt geleverd. Eén van deze zorgverzekeraars heeft contractafspraken gemaakt met een aantal aanbieders die het Minnesota Model aanbieden. De andere zorgverzekeraar weet niet of de gecontracteerde aanbieders het Minnesota Model aanbieden.

¹³ Bij kosteneffectiviteit worden zowel de kosten als de effecten van twee behandelingen met elkaar vergeleken.

“We rekenen niet af op een klinische behandeling volgens het Minnesota Model. Wel als blijkt dat de klinische indicatie onterecht is, vanuit de richtlijn klinische opname. Dus er kan alleen sprake zijn van een klinische Minnesota behandeling met een terecht klinische indicatie.”

Deze twee zorgverzekeraars geven aan geen specifieke behandelmethodes te contracteren. Er wordt gecontracteerd op DBC-niveau, waarbij er afspraken worden gemaakt over een gemiddelde prijs per DBC. Welke behandelmethodiek wordt toegepast is aan de aanbieder. In die zin wordt door deze zorgverzekeraars dus geen specifiek inkoopbeleid op het Minnesota Model gevoerd.

Contractafspraken met aanbieders van het Minnesota Model

Drie zorgverzekeraars hebben tijdens de interviews expliciet aangegeven dat ze uiteindelijk wel contractafspraken hebben met aanbieders die een afgeleide behandeling van het Minnesota Model ambulante aanbieden. Daarbij zien ze veel praktijkvariatie, hierbij kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een behandeling met individuele contacten of een behandeling in groepsverband. Ook komt het voor dat de behandeling plaatsvindt met verblijf, waarbij de zorgverzekeraar het verblijf niet betaalt.

Er is door twee zorgverzekeraars geconstateerd dat zorgaanbieders, mede in reactie op het standpunt, de beschrijving op hun website hebben aangepast. Er staat nu bijvoorbeeld “wij bieden onderdelen van de Minnesota behandeling aan”. Eén zorgverzekeraar stemt in met het toepassen van onderdelen uit het Minnesota Model binnen een behandeling, vanuit de gedachte dat het effectieve interventies zijn. Drie zorgverzekeraars stemmen er niet mee in als aanbieders onderdelen van het Minnesota Model toepassen. Maar vaak is hier in de praktijk, op basis van de declaraties, geen zicht op.

Controle op Minnesota Model

Het is voor zorgverzekeraars lastig om te controleren of een behandeling volgens het klassieke Minnesota Model heeft plaatsgevonden. Dit wordt namelijk niet duidelijk uit de declaraties; zorgverzekeraars hebben dan nog geen zicht op de gegeven behandeling. Het vergt detailcontrole (dossieronderzoek) om hier zicht op te krijgen.

Drie zorgverzekeraars benoemen dat het standpunt heeft geholpen bij het beoordelen van de niet-gecontracteerde zorg. Bij deze beoordeling biedt het standpunt een motivatie om behandelingen volgens het Minnesota Model niet te vergoeden, omdat de behandeling niet tot het verzekerde pakket behoort. Het standpunt maakt duidelijk dat het niet alleen gaat om ‘evidence based’ zorg maar ook om kosteneffectieve zorg. Zelfs bij ambulante behandelingen scherpt het standpunt het gedachtegoed over de kosteneffectiviteit van behandelingen.

“Alleen bij niet-gecontracteerde zorg is het zichtbaar. Bij de aanbieders die we hebben gecontracteerd vragen we er niet direct naar. We sturen er daarmee nog niet op.”

Conclusie

Uit de boven beschreven resultaten concluderen wij dat vier zorgverzekeraars het standpunt hebben overgenomen. Dit betekent dat de klinische variant van het Minnesota Model niet meer tot de verzekerde zorg behoort. Twee zorgverzekeraars voeren geen expliciet beleid op het Minnesota Model. Deze zorgverzekeraars hanteren wel de criteria¹⁴ voor een klinische opname. Zij hebben (mogelijk) contractafspraken met zorgaanbieders van het klassieke Minnesota Model gemaakt en vergoeden Minnesota Model behandeling waar sprake is van een klinische opname. Drie zorgverzekeraars hebben contractafspraken met aanbieders die een afgeleide behandeling van het Minnesota Model ambulante aanbieden. Het standpunt heeft geholpen bij het beoordelen van de niet-gecontracteerde zorg. Bij de gecontracteerde zorg hebben zorgverzekeraars geen zicht op de geboden behandeling; er kan alleen middels dossieronderzoek worden gecontroleerd of een behandeling volgens het klassieke Minnesota Model heeft plaatsgevonden.

4.3 Gehanteerde eisen bij de inkoop van het Minnesota Model

Er is één zorgverzekeraar die behandeling volgens het Minnesota Model inkoop. Een andere zorgverzekeraar sluit een Minnesota behandeling bij de inkoop niet uit. Beide verzekeraars stellen geen specifieke eisen bij de inkoop van het Minnesota Model.

De zorgverzekeraar die behandeling volgens het Minnesota Model niet uitsluit, weet niet in hoeverre er aanbieders zijn gecontracteerd die behandelen volgens het Minnesota Model. De andere zorgverzekeraar heeft expliciet contractafspraken gemaakt met enkele aanbieders die specifiek het Minnesota Model aanbieden.

Beide verzekeraars hanteren de eis dat de behandeling alleen klinisch kan plaatsvinden, mits voldaan wordt aan de criteria voor een klinische opname. Hiermee heeft men gehandeld indachtig het advies van het Zorg-instituut door de klinische capaciteit verder af te bouwen.

De verzekeraar die het Minnesota Model inkoop staat verder een groei van ambulante behandeling volgens het Minnesota Model toe. Verder geldt dat aanbieders die werken met het Minnesota Model alleen DBC's mogen declareren die vallen onder de hoofddiagnosegroepen aan alcohol gebonden stoornissen en overige middelen.

Conclusie

We kunnen concluderen dat de twee zorgverzekeraars, die contractafspraken hebben met aanbieders die het Minnesota Model aanbieden, geen specifieke eisen voor het Minnesota Model hanteren, omdat deze zorgverzekeraars geen specifieke behandelmethodes inkopen.

4.4 Inzicht in relevante kenmerken van het Minnesota Model

Zorgverzekeraars is gevraagd of ze voldoende inzicht hebben in de kenmerken van het Minnesota Model om te kunnen beoordelen of een behandeling vergoed kan worden vanuit de Zvw. Daarnaast is gevraagd hoe ze toetsen of behandeling heeft plaatsgevonden volgens het klassieke Minnesota Model.

¹⁴ Zie paragraaf 3.5 voor een beschrijving van deze criteria.

Eén zorgverzekeraar voert inkoopgesprekken met de aanbieders die het Minnesota Model aanbieden. Deze aanbieders bieden exclusief behandelingen volgens het Minnesota Model aan. Hierdoor gaat de zorgverzekeraar ervan uit dat deze aanbieders vanuit hun visie en met voldoende expertise een behandeling volgens het Minnesota Model uitvoeren. Dit in tegenstelling tot aanbieders die ook andere behandelingen aanbieden.

Daarnaast hanteert de boven besproken zorgverzekeraar geen specifieke methoden om te toetsen of een behandeling heeft plaatsgevonden volgens het klassieke Minnesota Model. De formele en materiële controles vinden plaats volgens de gangbare systematiek (zie paragraaf 3.1). Zorgverzekeraars geven aan alleen met een detailcontrole vast te kunnen stellen of er behandeld is volgens het Minnesota Model. Dossieronderzoek is erg arbeidsintensief en vindt mede daarom maar sporadisch plaats, eerst worden minder ingrijpende instrumenten ingezet.

“We controleren niet op de geboden behandeling vanuit het Minnesota Model. Dat is heel ingewikkeld, omdat je uitkomt op een doelmatigheidsdiscussie. We hebben niet duidelijk welk deel van de behandeling effectief is.”

“Je zou alle dossiers pagina voor pagina door moeten spitten om zicht te krijgen op de 12 stappen als onderdeel van de Minnesota behandeling. Controle op detail is niet relevant, het gaat om het resultaat voor de cliënt. Als een aanbieder kan uitleggen dat ze volgens de richtlijnen werken en daarbij aangeven wat de uitkomsten zijn, dan volstaat dat.”

Eén zorgverzekeraar heeft aangegeven dat het lastig is om bij de controle te bepalen of er wel of geen sprake is van een behandeling volgens het Minnesota Model. Dit heeft te maken met onduidelijkheid over:

- de onderdelen die moeten plaatsvinden om te spreken over effectieve zorg volgens het Minnesota Model;
- de verhouding tussen zelfhulp en professionele hulp.

Als hier meer duidelijkheid over komt, zou dat de controles vereenvoudigen.

Conclusie

We concluderen dat zorgverzekeraars niet nagaan of de behandeling voldoet aan de kenmerken van het Minnesota Model, omdat ze hier te weinig zicht op hebben. Aan de voorkant gaat één zorgverzekeraar ervan uit dat de aanbieders voldoende expertise hebben om het Minnesota Model aan te bieden. Bij de controle is er alleen middels dossieronderzoek zicht op de daadwerkelijk geboden behandeling. Ook is er onduidelijkheid over de effectieve onderdelen van de behandeling.

4.5 Maatregelen bij toepassen niet bewezen effectieve behandelingen

De zorgverzekeraars hebben geen inzicht in de daadwerkelijk geleverde behandeling door de aanbieder. Pas bij doelmatigheidssignalen of bij de materiële controle kan er een aanleiding zijn om detailcontrole uit te voeren. Op dat moment wordt inzichtelijk welke behandelmethodieken zijn ingezet. Dit komt echter bijna niet voor. Twee zorgverzekeraars geven aan dat het budget voor de betreffende DBC gedeeltelijk of in zijn geheel wordt teruggevorderd, als inzichtelijk is dat er niet

bewezen effectieve behandelingen zijn ingezet. Dit gebeurt in het uiterste geval, als er al hoor en wederhoor heeft plaatsgevonden met de aanbieder.

4.6 Standpunt Minnesota Model verder integreren in inkoopbeleid

Er is door vijf zorgverzekeraars aangegeven dat het standpunt scherper geformuleerd mag worden door het Zorginstituut. Twee zorgverzekeraars vinden het onduidelijk of de behandeling volgens het Minnesota Model wel of niet tot de verzekerde zorg behoort. In het standpunt wordt namelijk aangegeven dat een behandeling volgens het Minnesota Model onder de verzekerde zorg valt, maar duurder is. Voor zorgverzekeraars is dit verwarrend:

“Het was een puzzel voor ons hoe om te gaan met het standpunt, we hebben daarom geen stelling ingenomen. Zorgaanbieders kunnen patiënten klinisch opnemen.”

Door één van de bovengenoemde zorgverzekeraars is verder aangegeven dat wanneer een behandeling niet doelmatig is, er automatisch ook geen sprake is van verzekerde zorg. De andere zorgverzekeraar stelt dat behandelen volgens het Minnesota Model wel effectief is en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het feit dat het duurder is, doet volgens deze zorgverzekeraar niets af aan het oordeel over de effectiviteit. De formulering van het standpunt leidt dus tot discussie.

Zorgverzekeraars vermijden liever dat ze met de aanbieders een discussie moeten voeren over de doelmatigheid van een behandeling, omdat doelmatigheid (op lange termijn) moeilijk is vast te stellen.

Drie zorgverzekeraars hebben aangegeven een concretere uitspraak te willen over de minimale eisen waaraan een behandeling volgens het Minnesota Model moet voldoen. Daarbij gaat de voorkeur uit naar normatieve uitspraken waardoor er minder ruimte voor interpretatie overblijft. Zorgverzekeraars zouden een dergelijke uitspraak kunnen gebruiken bij het inkoopproces.

Eén zorgverzekeraar heeft aangegeven dat de onderzoeken die het standpunt ondersteunen niet als ‘sterk bewijs’ worden ervaren. In het standpunt worden namelijk maar enkele studies gebruikt. Daarnaast vindt deze zorgverzekeraar het ‘ingewikkeld’ om het Minnesota Model uit te sluiten, omdat er in plaats van het Minnesota Model ook maar weinig alternatieve effectieve interventies binnen de verslavingszorg zijn.

Conclusie

Om het standpunt Minnesota Model verder te integreren in het inkoopbeleid is volgens zorgverzekeraars verdere aanscherping gewenst. Voor twee zorgverzekeraars is het onduidelijk of het Minnesota Model wel of niet tot de verzekerde zorg behoort. Daarnaast wil de helft van de zorgverzekeraars een concrete uitspraak over de minimale eisen waar de behandeling aan moet voldoen.

4.7 Reacties aanbieders

In aanvulling op de interviews met de zorgverzekeraars hebben we de zorgaanbieders gevraagd welke veranderingen zij in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars hebben geconstateerd naar aanleiding van het Standpunt Minnesota Model. Hieronder

worden de reacties van de zorgaanbieders, die het Minnesota Model aanbieden, weergegeven.

Inkoop

Zorgaanbieders geven aan dat ze merken dat ze niet meer mogen spreken van het Minnesota Model bij zorgverzekeraars, omdat een behandeling volgens het klassieke Minnesota Model niet altijd meer wordt vergoed. Twee zorgverzekeraars hebben dit ook expliciet in hun voorwaarden opgenomen. De zorgaanbieders geven aan dat een behandeling volgens het Minnesota Model niet per definitie klinisch is. Een belangrijk onderdeel van de behandeling is het lotgenotencontact. De zorgaanbieders geven aan dat inhoudelijke kennis ontbreekt bij zorgverzekeraars over het Minnesota Model.

Controle

Net als de zorgverzekeraars, geven ook de zorgaanbieders aan dat alleen via detailcontrole (dossieronderzoek) de inhoud van de behandeling geverifieerd kan worden. De aanwezige zorgaanbieders hebben geen beeld hoe de zorgverzekeraars de controle vormgeven voor het Minnesota Model, omdat ze hier geen ervaring mee hebben (op het niveau van dossieronderzoek).

Inhoud standpunt

Aanbieders noemen dat het standpunt te veel is gericht op het prijselement. Er wordt bijvoorbeeld niet gekeken naar de maatschappelijke kosten en baten. Het lange termijn effect van de behandeling is onduidelijk. De onderbouwing in het rapport wordt als onvoldoende ervaren en de Amerikaanse RCT's worden gemist. Er zal meer aandacht moeten komen voor de effecten van de behandeling. Aanbieders geven aan zich op levenslang herstel te richten binnen het Minnesota Model. Het aanbod is ontstaan vanuit de vraag van cliënten. Het is voor cliënten ook van belang om diversiteit in het aanbod te houden en zelf te kunnen kiezen.

Conclusie

Gebaseerd op de input van de zorgaanbieders concluderen wij dat de zorgverzekeraars tijdens de inkoop gebruik maken van het standpunt. Zorgaanbieders ervaren dat ze niet meer mogen spreken van het Minnesota Model, ondanks dat deze behandeling niet altijd klinisch hoeft te zijn. De zorgaanbieders bevestigen dat zorgverzekeraars alleen middels detailcontrole zicht kunnen krijgen op de geboden behandeling. Tot slot is aangegeven dat de inhoud van het standpunt Minnesota Model te veel gericht is op het prijselement en de effecten op de korte termijn.

5. Conclusie

Zorginstituut Nederland heeft op verzoek van de minister van VWS het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' (2014) uitgebracht. Het rapport bevat aanbevelingen voor alle betrokken partijen voor de verdere verbetering van de verslavingszorg. Daarnaast heeft het Zorginstituut een standpunt ingenomen betreffende het klassieke Minnesota model. Wij onderzochten in opdracht van het Zorginstituut in voorliggend evaluatieonderzoek onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders of en hoe de aanbevelingen uit de rapporten zijn overgenomen in de praktijk. In dit concluderende hoofdstuk beantwoorden we de twee hoofdvragen van het onderzoek.

5.1 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs'

De hoofdvraag bij dit rapport luidt: *Hoe zijn de aanbevelingen met betrekking tot de te verzekeren prestatie en de uitvoeringspraktijk vanuit het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' overgenomen door zorgverzekeraars?*

Inkoopbeleid zorgverzekeraars

Alle zorgverzekeraars verwijzen in de inkoopdocumenten (contractvoorwaarden) en polisvoorwaarden naar zorg conform de 'stand van de wetenschap en praktijk'. In deze documenten wordt ook verwezen naar rapporten van het Zorginstituut. Zorgverzekeraars geven aan dat ze, via de verwijzing naar de 'stand van de wetenschap en praktijk', impliciet verwijzen naar de rapportage 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs'. Immers daarin heeft het Zorginstituut geïd welke zorg tot het verzekerde pakket behoort (uitgaande van het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'). Zorgverzekeraars geven aan dat voor enkele aanbevelingen geldt dat het in feite al ging om de reguliere uitvoeringspraktijk op dat moment (bijvoorbeeld bij klinische opname). Het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' is daarmee op onderdelen een bevestiging van hoe in het veld van de verslavingszorg wordt gehandeld. Op onderdelen waar de uitvoeringspraktijk (nog) niet aansluit op de strekking van de aanbevelingen in het rapport, hebben de zorgverzekeraars met het rapport een document in handen om het beleid verder vorm te geven, controles uit te voeren en daarover met aanbieders in gesprek te gaan.

Via de inkoop- en polisvoorwaarden wordt aan zorgaanbieders en verzekerden duidelijk gemaakt welke zorg tot het verzekerde pakket behoort. Zorgverzekeraars geven aan dat de rapportage heeft geleid tot meer bewustwording over de verslavingszorg en focuspunten biedt voor de inkoopgesprekken met de gecontracteerde zorgaanbieders. Deze focuspunten worden daarnaast gebruikt om nieuwe aanbieders te beoordelen. Tot slot worden de aanbevelingen gebruikt bij het beoordelen van aanvragen voor niet gecontracteerde zorg en zorg in het buitenland.

"Het inkoopbeleid binnen de verslavingszorg is de afgelopen jaren concreter geworden, mede dankzij de uitgebrachte rapporten waardoor zorgverzekeraars meer handvatten krijgen voor hun beleid."

Opvolging van de aanbevelingen door zorgverzekeraars

Gelet op de afzonderlijke aanbevelingen uit het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs', constateren we dat niet alle aanbevelingen zich even gemakkelijk laten verwerken in het inkoopproces.

Trimbos-lijst

Ten aanzien van het hanteren van de *Trimbos-lijst* concluderen we dat de zorgverzekeraars de lijst kennen, maar dat slechts één zorgverzekeraar expliciet naar de lijst verwijst. Een (algemene) verwijzing naar de stand van de wetenschap en praktijk en naar de dynamische lijst is meer gangbaar in het inkoopbeleid. Over de dynamische lijst melden zorgverzekeraars dat zij zichzelf niet als de aangewezen partij zien voor het actueel houden van het overzicht met verzekerde interventies. Volgens zorgverzekeraars is dit een taak van het Zorginstituut. Van het Zorginstituut verwachten zij uitspraken op het niveau van interventies over wat tot de verzekerde GGZ zorg behoort.

Nazorg

De aanbeveling over *nazorg* uit het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' hebben zorgverzekeraars in beperkte mate opgenomen in het inkoopbeleid en controles van zorgverzekeraars. Het ontbreekt zorgverzekeraars namelijk aan een eenduidige definiëring/operationalisering van 'nazorg'.

De rapportage 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' heeft bij de zorgverzekeraars wel bijgedragen aan het besef dat nazorg een belangrijk thema is als onderdeel van de behandelprogramma's. Zorgverzekeraars zijn zoekende naar een manier om hier bij de zorginkoop handen en voeten aan te geven. Sommige zorgverzekeraars vragen zorgpaden op bij de aanbieders, zodat ze kunnen verifiëren of nazorg daarin is opgenomen. Een andere zorgverzekeraar neemt het item 'nazorg' mee in een vragenlijst die zorgaanbieders voorafgaand aan de inkoop gesprekken moeten invullen. Nazorg is daar een gespreksitem bij de inkoopgesprekken. Een volgende zorgverzekeraar vindt dat de beroepsverenigingen het item zouden moeten meenemen bij het ontwikkelen van richtlijnen en zorgstandaarden. Via die route wordt er dan voor gezorgd dat nazorg wordt opgenomen in alle behandelprogramma's.

Triage

Het merendeel van de zorgverzekeraars stelt bij de zorginkoop eisen met betrekking tot voorafgaande *triage met screeningsinstrumenten*. Daarbij maken ze gebruik van het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs'. Bij de controle van de gecontracteerde zorg is er minder aandacht voor. Bij de beoordeling van machtigingen is de aanbeveling wel een item.

Richtlijn conform klinische opname eisen

Voor wat betreft de richtlijn conform *klinische opname eisen* geldt dat - ondanks dat de meeste zorgverzekeraars deze in het inkoopbeleid hebben opgenomen - zorgverzekeraars de criteria onvoldoende 'hard' vinden. De criteria laten enerzijds veel ruimte om een klinische opname te indiceren en anderzijds kunnen er voor zorgverzekeraars ook andere factoren - anders dan de drie genoemde criteria - een rol spelen bij het akkoord gaan met een klinische behandeling. Enkele

zorgverzekeraars verwijzen ter nadere operationalisering naar de richtlijnen van de APA zoals omschreven in het rapport ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’.

Dagbehandeling in buitenland

De aanbeveling dat *dagbehandeling in het buitenland* geen verzekerde zorg is, leent zich volgens de zorgverzekeraars maar beperkt voor integratie in het inkoopbeleid. Zorgverzekeraars geven aan zeer terughoudend te zijn met vergoeding van behandelingen in het buitenland, of het nu gaat om dagbehandeling of klinische opnames. De levering van verslavingszorg in het buitenland wordt qua omvang steeds kleiner en er wordt met aanbieders over afbouw gesproken. Er kunnen volgens zorgverzekeraars redenen zijn om een behandeling in het buitenland te vergoeden. Volledige uitsluiting van behandeling in het buitenland, is daarom niet in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars opgenomen.

Dagbehandeling wordt in het buitenland nagenoeg niet gecontracteerd. Omdat de meeste zorgverzekeraars machtigingen verplicht stellen voor behandeling in het buitenland, kunnen de zorgverzekeraars sturen op het vergoeden van deze vorm van zorg.

Voorafgaande toestemming in naturapolissen voor niet-gecontracteerde zorg

De aanbeveling om voor niet-gecontracteerde zorg in naturapolissen een *voorafgaande toestemming* te eisen, is door zorgverzekeraars niet volledig opgenomen in het inkoopbeleid. De meeste zorgverzekeraars hanteren uitsluitend een toestemmingsbepaling/machtiging voor klinische opnames en zorg in het buitenland. Geen van de zorgverzekeraars met naturapolissen heeft expliciet een toestemmingsbepaling voor dagbehandeling bij een niet gecontracteerde aanbieder opgenomen. De dagbehandeling was juist de zorgvorm waar de aanbeveling in de kern betrekking op had.

Operationalisering van aanbevelingen door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars vermijden het om zelf de onvoldoende helder omschreven begrippen te ‘normeren’. Zij vinden dit een taak van de beroepsverenigingen en het Zorginstituut. Verder aarzelen zorgverzekeraars om voor te schrijven welke instrumenten en/of behandelmethodieken zorgaanbieders moeten toepassen. Dit punt speelt bijvoorbeeld bij het toepassen van screeningsinstrumenten bij de triage, maar ook bij het beslissen of een klinische opname noodzakelijk is.

Bij die aanbevelingen, waarbij de te hanteren criteria onvoldoende scherp zijn omschreven, zijn ook de mogelijkheden om goed te controleren beperkt. In de kern is het voor zorgverzekeraars moeilijk om te controleren of de zorgaanbieders hebben gehandeld conform de aanbevelingen. Dit is namelijk niet uit de declaraties op te maken, maar vergt detailcontrole. Detailcontrole in dossiers is arbeidsintensief en wordt alleen toegepast bij een redelijk vermoeden van ondoelmatig dan wel onrechtmatig handelen.

Op basis van het onderzoek concluderen wij dat alle zorgverzekeraars de meeste aanbevelingen op impliciete wijze hebben overgenomen; in de inkoopdocumenten en polisvoorwaarden verwijzen ze immers naar zorg conform de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De mate waarin de verschillende aanbevelingen expliciet verwerkt zijn in de zorginkoop verschilt per aanbeveling en per zorgverzekeraar.

5.2 Standpunt Minnesota Model

De centrale vraag bij dit rapport luidt: *In hoeverre contracteren zorgverzekeraars zorgaanbieders die behandelingen aanbieden volgens het Minnesota Model? En indien deze zorgaanbieders worden gecontracteerd, in hoeverre vindt er controle plaats of de aangeboden behandelingen voldoen aan het klassieke Minnesota Model?*

Contracteren

Vier zorgverzekeraars geven aan dat de klinische variant van het Minnesota Model niet meer tot de verzekerde zorg behoort. Twee zorgverzekeraars hanteren geen expliciet beleid op het Minnesota Model. Eén van deze zorgverzekeraars heeft wel contracten met aanbieders die specifiek het Minnesota Model als behandelmethodiek toepassen. De andere zorgverzekeraar weet niet of de gecontracteerde aanbieders het Minnesota Model aanbieden. Beide zorgverzekeraars hanteren de criteria voor klinische opname. Als de patiënten die volgens het Minnesota Model klinisch worden behandeld voldoen aan de criteria voor een klinische opname, is dit toegestaan. Deze zorgverzekeraars hanteren geen specifieke eisen voor het Minnesota Model, omdat ze geen specifieke behandelmethododes inkopen. Deze zorgverzekeraars gaan ervan uit dat de aanbieders voldoende expertise hebben om het Minnesota Model aan te bieden. Drie zorgverzekeraars hebben wel contractafspraken met aanbieders die een afgeleide behandeling van het Minnesota Model ambulantly aanbieden. Zorgaanbieders ervaren dat ze niet meer mogen spreken van het Minnesota Model, ondanks dat deze behandeling niet altijd klinisch hoeft te zijn.

Verzekerde zorg

Over de vraag of het Minnesota Model tot de verzekerde zorg behoort, is spraakverwarring ontstaan. Zorgverzekeraars zien zich niet als aangewezen partij om hierin helderheid te verschaffen. Ze laten de keuze van een behandelmethodiek graag over aan de behandelaar en de uitspraak of die methodiek effectieve zorg is laten ze graag over aan het Zorginstituut. Zorgaanbieders gaven aan dat de inhoud van het standpunt Minnesota Model te veel gericht is op het prijselement en de effecten op de korte termijn.

Controle

Controle is in de regel niet aan de orde op het niveau van het Minnesota Model. Daarvoor zouden de zorgverzekeraars de dossiers van patiënten moeten inzien en inhoudelijk moeten doornemen. Inhoudelijke controle van dossiers is echter pas aan de orde als er ofwel doelmatigheidssignalen zijn, of een aanbieder valt op in de risico- en extremenanalyse in het kader van de materiële controle. In dit laatste geval is het voor de zorgverzekeraars aanleiding om in gesprek te gaan met de aanbieder om de afwijking te verklaren. Als daarmee de afwijking onvoldoende verklaard wordt, kan tot dossieronderzoek worden overgegaan. Als bij dossiercontrole blijkt dat (elementen van) het Minnesota Model zijn toegepast, vinden zorgverzekeraars het moeilijk om hier een oordeel over te geven, omdat voor hen nog onduidelijk is welke onderdelen van deze behandeling wel en niet effectief zijn. Een verdere aanscherping van het standpunt Minnesota Model is gewenst. Het standpunt heeft wel geholpen bij het beoordelen van de niet-gecontracteerde zorg.

Conclusie

Op basis van het onderzoek concluderen wij dat het klassieke Minnesota Model nog door een enkele zorgverzekeraar wordt ingekocht. Klinische opname is dan alleen toegestaan indien voldaan wordt aan de criteria voor een klinische opname. Controle op het onterecht leveren van het klassieke Minnesota Model vergt detailcontrole in dossiers; deze vorm van controle wordt slechts sporadisch ingezet.

5.3 Constatering

We constateren dat zorgverzekeraars terughoudend zijn in het zelf bepalen wat tot het verzekerde pakket behoort. Ze baseren zich bij voorkeur op duidingen van het Zorginstituut of op door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen/zorgstandaarden. In de brief van de minister van VWS over de beoordeling van de zorg in het basispakket Zvw, is echter aangegeven dat zorgverzekeraars in eerste instantie zelf, op grond van wettelijke kaders, de inhoud en omvang van het verzekerde pakket vaststellen.

5.4 Reflectie

Zorgverzekeraars geven aan dat de aanbevelingen uit de rapportages deels de reguliere uitvoeringspraktijk beschrijven en dat sommige aanbevelingen al langer deel uitmaakten van de stand van de wetenschap en praktijk. Enkele voorbeelden zijn de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol en het dynamisch overzicht met interventies binnen de GGZ. De in de rapporten opgenomen aanbevelingen waren op het moment van publicatie dus niet allemaal nieuw.

Omdat een deel van de aanbevelingen de reguliere uitvoeringspraktijk beschrijven en/of deel uitmaakten van reeds bestaande richtlijnen, is het niet goed mogelijk om vast te stellen welk deel van de aanpassingen in de inkoop van verslavingszorg rechtstreeks toe te schrijven zijn aan de publicatie van de rapporten.

Zorgverzekeraars geven aan dat de rapportage wel heeft geleid tot meer bewustwording over de verslavingszorg. Naar aanleiding van de rapporten hebben zorgverzekeraars het inkoopbeleid voor de verslavingszorg nader aangescherpt.

In aanvulling hierop geven zorgaanbieders aan dat de inkoop van verslavingszorg momenteel plaatsvindt in een context waarin majeure transities en transformaties aan de orde zijn, zoals de ambulantisering in de GGZ en de decentralisatie van begeleiding en beschermd wonen van de AWBZ naar de Wmo. Deze context heeft volgens een deel van de aanbieders mogelijk een grotere invloed op het inkoopproces dan de aanbevelingen uit het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs'. Dergelijke ontwikkelingen interfereren dus met de invloed van de rapportages op de inkoop van verslavingszorg. Ook hierdoor is het moeilijk om vast te stellen wat het effect is van enkel de rapportages van het Zorginstituut op de praktijk van de zorg.

Bijlage 1. Onderzoeksvragen

Hoofdvraag 1

Hoe zijn de aanbevelingen met betrekking tot de te verzekeren prestatie en de uitvoeringspraktijk vanuit het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' overgenomen door zorgverzekeraars?

- Deelvraag 1: Hoe ziet het (selectieve) inkoopbeleid van zorgverzekeraars voor de verslavingszorg alcohol en drugs er uit?
 - Hoe toetsen zorgverzekeraars of de geleverde verslavingszorg voldoet aan de eisen van het selectieve inkoopbeleid?
 - Waar zien zorgverzekeraars verbeterpunten in hun eigen inkoopbeleid voor de verslavingszorg alcohol en drugs?
- Deelvraag 2: In hoeverre hanteren/gebruiken zorgverzekeraars bij het inkopen van de verslavingszorg alcohol en drugs de lijst opgesteld door het Trimbos-instituut, waarin aangegeven wordt welke zorg effectief is en welke niet?
 - Bij gebruik van de lijst van het Trimbos-instituut: In hoeverre houden zorgverzekeraars bij aanpassingen deze lijst bij?
 - Indien de lijst van het Trimbos-instituut niet wordt gebruikt: Waarom wordt deze lijst niet gebruikt? Welke richtlijnen worden er dan gebruikt voor het inkopen van de verslavingszorg alcohol en drugs?
- Deelvraag 3: In hoeverre stellen zorgverzekeraars bij het inkopen van de verslavingszorg alcohol en drugs de voorwaarde dat nazorg onderdeel is van het behandelprogramma?
 - Als nazorg geen onderdeel is van het behandelprogramma, hoe gaan zorgverzekeraars hier dan mee om?
- Deelvraag 4: In hoeverre stellen zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid de voorwaarde dat de diagnostiek en de behandelintensiteit bepaald moet worden aan de hand van voorafgaande triage met screeningsinstrumenten zoals Mate of EuropAsi?
 - Hoe gaan zorgverzekeraars er mee om als de diagnostiek en de behandelintensiteit niet bepaald wordt aan de hand van voorafgaande triage met de screeningsinstrumenten?
- Deelvraag 5: Op welke wijze houden zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid rekening met de richtlijn conform (klinische) opname eisen in de verslavingszorg?
 - Indien de richtlijn wordt gebruikt: Hoe gaan zorgverzekeraars er mee om als de klinische opname niet voldoet aan deze richtlijn?
 - Indien de richtlijn NIET wordt gebruikt: Vindt er een controle achteraf plaats of de verzekerde behandeld in een klinische setting een indicatie heeft voor opname conform de richtlijn?
 - Zo ja: Hoe vindt deze controle plaats?
 - Zo nee: Waarom niet?
- Deelvraag 6: Hoe gaan zorgverzekeraars om met de vergoeding van dagbehandelingen in buitenlandse klinieken vanuit de Zvw?
 - Waarom vergoeden zorgverzekeraars deze behandeling wel/niet vanuit de Zvw?
- Deelvraag 7: In hoeverre hebben zorgverzekeraars toestemmingsbepalingen voor niet gecontracteerde zorg in de naturapolissen opgenomen.
 - Indien geen toestemmingsbepalingen zijn opgenomen: Waarom zijn deze niet opgenomen?

Hoofdvraag 2

In hoeverre contracteren zorgverzekeraars zorgaanbieders die behandelingen aanbieden volgens het Minnesota Model? En indien deze zorgaanbieders worden gecontracteerd, in hoeverre vindt er controle plaats of de aangeboden behandelingen voldoen aan het klassieke Minnesota Model?

- Deelvraag 1: In hoeverre zijn zorgverzekeraars bekend met het standpunt 'Minnesota Model'?
- Deelvraag 2: Hebben zorgverzekeraars voor de verslavingszorg alcohol en drugs behandelingen volgens het Minnesota Model ingekocht? Waarom wel/niet?
- Deelvraag 3: Welke type eisen hanteren zorgverzekeraars bij de inkoop van de behandelingen volgens het Minnesota Model?
 - Indien geen eisen worden gehanteerd: Waarom niet?
- Deelvraag 4: In welke mate zijn zorgverzekeraars van mening dat zij met hun selectieve inkoopbeleid en de eventuele eisen voldoende inzicht hebben in de relevante kenmerken van de behandelingen volgens het Minnesota Model om te kunnen beoordelen of een behandeling vergoed kan worden vanuit de Zvw. Met andere woorden, kunnen zorgverzekeraars toetsen of een behandeling heeft plaatsgevonden volgens het klassieke Minnesota model?
 - Op welke wijze toetsen zorgverzekeraars of een gedeclareerde behandeling daadwerkelijk heeft plaatsgevonden volgens het klassieke Minnesota Model?
 - Indien dit niet wordt getoetst: welke belemmeringen zijn er?
- Deelvraag 5: Als na toetsing blijkt dat gedeclareerde behandelingen volgens het Minnesota model zijn aangevuld met nieuwe therapievormen die (nog) niet bewezen effectief zijn, nemen zorgverzekeraars dan maatregelen?
 - Zo ja: Welke maatregelen nemen zorgverzekeraars dan?
 - Zo nee: Waarom worden er geen maatregelen genomen?
- Deelvraag 6: Hoe kunnen zorgverzekeraar het standpunt 'Minnesota Model' verder integreren in hun inkoopbeleid?

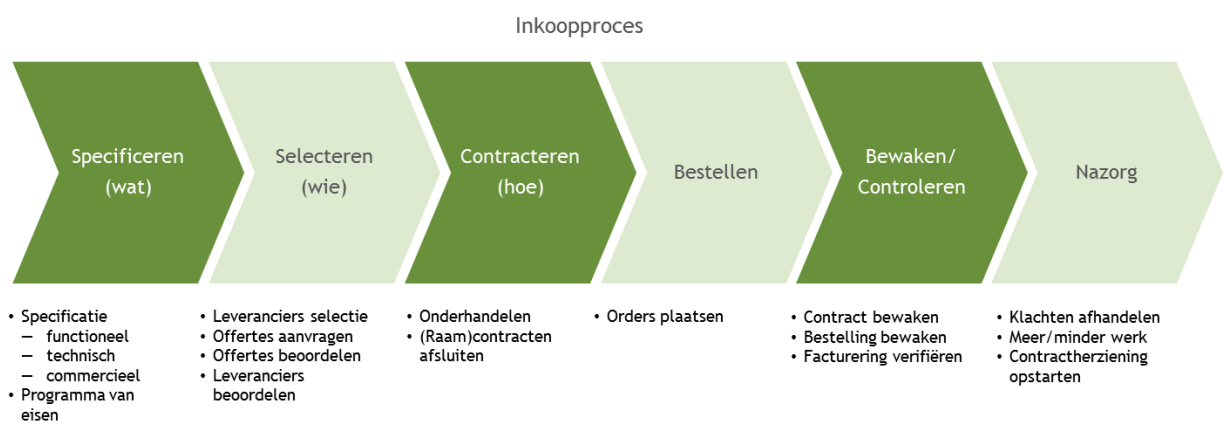
Bijlage 2. Gespreksleidraad zorgverzekeraars

Evaluatieonderzoek ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ en ‘Standpunt Minnesota Model’

Zorginstituut Nederland heeft bureau HHM gevraagd om onderzoek te doen naar de effecten van de rapporten ‘Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs’ en ‘Standpunt Minnesota Model’. Voor dit onderzoek worden interviews afgenomen bij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ook wordt een aantal kwantitatieve gegevens opgevraagd.

Zowel bureau HHM als Zorginstituut Nederland gaan vertrouwelijk met de verzamelde informatie om. In het eindrapport worden de gegevens geanonimiseerd en geaggregeerd weergegeven. De resultaten van het onderzoek worden gebruikt om de minister van VWS in te lichten over de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkelingen binnen de verslavingszorg.

Het inkoopproces kan als volgt worden weergegeven:



Tijdens de interviews willen we met name focussen op de fases: specificeren, selecteren, contracteren en bewaken/controleren.

Gesprekspunten interview zorgverzekeraars

Algemeen

- Specificeren, selecteren, contracteren en bewaken binnen de verslavingszorg
- Wel/geen selectief inkoopbeleid t.a.v. verslavingszorg
- Toetsing geleverde verslavingszorg aan de eisen van het (selectieve) inkoopbeleid
- Belangrijkste wijzigingen van 2014 t/m 2016
- Aandeel verslavingszorg binnen GGZ
- Aandeel ZIN en aandeel restitutie binnen de verslavingszorg
- Aantal gecontracteerde aanbieders (instellingen en vrijgevestigden)
- GGZ Breed
- Gespecialiseerde verslavingszorgaanbieders

Rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs'

In oktober 2014 is het rapport 'Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' gepubliceerd. Met deze rapportage is er meer zicht gekomen op de huidige stand van zaken binnen de verslavingszorg en zijn er aanbevelingen geformuleerd voor zorgverzekeraars om de verslavingszorg verder te ontwikkelen. Om zicht te krijgen op en hoe de aanbevelingen zijn overgenomen in de praktijk hanteren we onderstaande lijst met gesprekspunten.

- Bekend met rapportage
- Gebruik lijst Trimbos-instituut effectieve zorg
 - Wat is het beleid (specificeren) en met welke motivatie?
 - Bij gebruik Trimbos lijst, wordt deze bijgehouden wanneer veranderingen plaatsvinden?
 - Indien geen gebruik van Trimbos lijst, waarom niet en welke andere richtlijnen worden gebruikt?
 - Welke voorwaarden gelden bij 'selecteren en contracteren'?
 - Hoe vinden controles plaats?
 - Consequenties wanneer blijkt dat de aanbieder zich niet aan de afspraken houdt?
- Nazorg als onderdeel van behandelprogramma
 - Wat is het beleid (specificeren) en met welke motivatie?
 - Indien geen onderdeel van behandelprogramma: waarom niet?
 - Welke voorwaarden gelden bij 'selecteren en contracteren'?
 - Hoe vinden controles plaats?
 - Consequenties wanneer blijkt dat de aanbieder zich niet aan de afspraken houdt?
- Bepalen van diagnostiek en behandelintensiteit door voorafgaande triage met screeningsinstrumenten.
 - Wat is het beleid (specificeren) en met welke motivatie?
 - En, specifiek t.a.v. screeningsinstrumenten Mate en EuropAsi?
 - Welke voorwaarden gelden bij 'selecteren en contracteren'?
 - Hoe vinden controles plaats?
 - Consequenties wanneer blijkt dat de aanbieder zich niet aan de afspraken houdt?
- Gebruik richtlijn (klinische) opname eisen
 - Wat is het beleid (specificeren) en met welke motivatie?
 - Indien geen gebruik richtlijn opname eisen: waarom niet?
 - Welke voorwaarden gelden bij 'selecteren en contracteren'?
 - Hoe vinden controles plaats?
 - Consequenties wanneer blijkt dat de aanbieder zich niet aan de afspraken houdt?
- Vergoeding dagbehandeling in buitenlandse klinieken.
 - Wat is het beleid (specificeren) en met welke motivatie?
 - Welke voorwaarden gelden bij 'selecteren en contracteren'?
 - Hoe vinden controles plaats?
 - Consequenties wanneer blijkt dat de aanbieder zich niet aan de afspraken houdt?
- Toestemmingsbepalingen voor niet gecontracteerde zorg in naturapolissen
 - Wat is het beleid (specificeren) en met welke motivatie?
 - Hoe vinden controles plaats?
 - Consequenties bij afwijken van de afspraken?
 - Zijn er met betrekking tot bovenstaande gesprekspunten verschillen tussen de:
 - gecontracteerde grotere (traditionele) aanbieders en kleinere (nieuwere) aanbieders?
 - gecontracteerde aanbieders ten opzichte van de gecontracteerde vrijgevestigden?
 - gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg?

Rapport 'Standpunt Minnesota Model'

Naast de aanbevelingen voor het verder ontwikkelen van de verslavingszorg, is specifiek naar het Minnesota Model gekeken door Zorginstituut Nederland. In het standpunt over het Minnesota Model wordt geconcludeerd dat het Minnesota Model als behandeling van alcoholverslaving voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Daarbij is echter opgemerkt dat deze behandeling niet effectiever is dan andere reguliere ambulante behandelingen, maar wel duurder is vanwege de dagbehandeling en klinische opname. Zorginstituut Nederland heeft zorgverzekeraars geadviseerd om met dit gegeven rekening te houden in het inkoop - en vergoedingenbeleid.

Om zicht te krijgen op hoe de zorgverzekeraars met dit standpunt zijn omgegaan hanteren we onderstaande lijst met gesprekspunten.

- Bekend met Standpunt Minnesota Model
- Inkoop behandelingen volgens het (klassieke) Minnesota Model
 - Wat is het beleid (specificeren)?
 - Waarom wel/geen inkoop van Minnesota behandelingen?
 - Welke voorwaarden gelden bij 'selecteren en contracteren'?
 - Hoe vinden controles plaats?
- Biedt de invulling van het inkoopproces voldoende mogelijkheden om te toetsen of behandeling heeft plaatsgevonden volgens het klassieke Minnesota Model?
 - Is er voldoende inzicht in de kenmerken van de behandelingen volgens het Minnesota Model om te kunnen beoordelen of een behandeling vergoed kan worden vanuit de Zvw?
 - Hoe verloopt het toetsen?
- Worden er maatregelen genomen als na toetsing blijkt dat (onderdelen van de) gedeclareerde behandeling (nog) niet bewezen effectief is?
 - Indien ja, hoe zien die maatregelen er uit?
- Standpunt Minnesota Model verder integreren in inkoopbeleid

Afsluitend

- Verbeterpunten inkoopbeleid voor de verslavingszorg
- Verwachtingen/wensen inkoopbeleid 2017 en verder
- Beschikbare kwantitatieve informatie

Bijlage 3. Overzicht zorgverzekeraars met bijbehorende concerns



Bron: www.zorgwijzer.nl (Vektis zorgthermometer 2015)