

NOTITIE CONTRACTEERBELEID MENZIS POH GGZ 2009

1 Inleiding

Sinds 1 januari 2008 valt kortdurende geneeskundige geestelijke gezondheidszorg onder de zorgverzekeringswet in plaats van onder de AWBZ. Zorgverzekeraars zijn vanaf dat moment deze zorg gaan inkopen.

Twee andere belangrijke veranderingen zijn:

- de opname van eerstelijnspsychologische zorg in de basisverzekering;
- de mogelijkheid om een praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ)¹ in te zetten in de huisartsenpraktijk. Het doel van deze functie is: Het ondersteunen van huisartsen bij het verlenen van zorg aan patiënten² die met psychische en/of psychosociale problemen een beroep doen op de huisarts.

In deze notitie wordt het contracteerbeleid van Menzis met betrekking tot POH GGZ beschreven. De minister van VWS heeft begin 2007 een aanwijzing verstrekt aan de NZa voor het vaststellen van een bekostigingssystematiek voor de functie POH GGZ. De beleidsregel is op 10 december 2007 vastgesteld. Vervolgens is deze in 2008 geëvalueerd met als uitkomst een aangepaste beleidsregel per 1 januari 2009. De tekst van de aanwijzing en de beleidsregel 2009 vormen het vertrekpunt van deze notitie³.

De belangrijkste wijzigingen in vergelijking met de oude beleidsregel zijn:

- De loonkostencomponent is tijdelijk verhoogd (maximaal 2 jaar) van FWG 55 naar FWG 60;
- Er is geen limitering meer op het aantal declarabele contacten per patiënt per jaar;
- De taakomschrijving is uitgebreid: kortdurend begeleiden van patiënten is mogelijk;
- Zorginkoop van de functie POH-GGZ is nu ook mogelijk bij andere zorgaanbieders dan alleen de huisarts⁴

Eerstelijns-GGZ krijgt door deze ontwikkelingen een belangrijke impuls. Menzis verwacht voordelen hiervan voor de klant, voor de zorgaanbieders en voor de zorgverzekeraar. Menzis zal de betrokken veldpartijen stimuleren om hiervan optimaal gebruik te maken. Op haar beurt zal Menzis het nodige in het werk stellen voor een goede voorbereiding en implementatie van de nieuwe functie.

De afgelopen jaren hebben huisartsen de mogelijkheid gehad van consultatie door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (spv) in de eigen praktijk. De consultatieregeling is geëindigd per 1 januari 2008. De functie van POH GGZ is te zien als structurele opvolger van die ondersteuningsmogelijkheid, zij het met een andere taakin-vulling en een nadrukkelijker eerstelijnspositionering.

Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (EL-GGZ) is zorg die wordt aangeboden in de eerste lijn. Deze onderscheidt zich door zijn generalistische karakter. De zorgverleners in de EL-GGZ adviseren de cliënt, helpen hem bij het structureren van de problemen en geven hem steun. De hulpverlening is erop gericht een cliënt psychisch en maatschappelijk zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren. De hulp is laagdrempelig, weinig belastend voor de cliënt en relatief goedkoop. Om ervoor te zorgen dat cliënten de passende hulp krijgen is een goede samenwerking tussen de verschillende hulpverleners essentieel. Het hulpaanbod wordt voornamelijk geboden vanuit drie beroepsgroepen: huisartsenzorg, eerstelijnspsychologische zorg en algemeen maatschappelijk werk.

2 Algemene kenmerken van de beleidsregel POH GGZ

Deze paragraaf gaat in op de kenmerken van de beleidsregel POH GGZ. In volgende paragrafen is te lezen hoe Menzis deze nieuwe functie ziet en onder welke voorwaarden Menzis deze gestalte wenst te geven.

De complete tekst van de beleidsregel is te vinden op www.nza.nl

¹ Menzis spreekt omwille van duidelijkheid van POH GGZ naar analogie van de POH Somatiek.

² In deze notitie worden de termen patiënt en cliënt door elkaar gebruikt.

³ Voor de bekostiging van de functie is een bedrag van 38 miljoen euro op jaarbasis toegevoegd aan het huisartsenbudget vanuit het GGZ-budget (financiële substitutie van tweede naar eerste lijn).

⁴ Menzis beraadt zich nog op contractering van andere partijen dan de huisarts. De actuele ontwikkelingen hierin worden op de voet gevolgd. Vooralsnog gaat Menzis uit van contractering via de huisartsen.

De belangrijkste elementen uit de beleidsregel van de NZa zijn:

- **Omschrijving.**

Het gaat om een functionele omschrijving van zorg. De minister geeft als omschrijving voor POH GGZ: zorgaanbieder die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg levert zoals huisartsen die plegen te bieden.

- **Positionering**

Zorgverlening door de POH GGZ is huisartsenzorg. De POH GGZ is gepositioneerd in de huisartsenzorg en werkt onder regie en verantwoordelijkheid van de huisarts(-envoorziening)

- **Takenpakket**

Het takenpakket van de POH GGZ kan bestaan uit de volgende taken (deze zijn ten opzichte van de tekst van de beleidsregel door Menzis al nader uitgewerkt):

- *Ondersteuning van de huisarts:* De POH GGZ geeft op verzoek consultatie aan de huisarts over diens vragen bij het eigen werk met patiënten.
- *Probleemverduidelijking:* De huisarts heeft behoefte aan nadere verheldering van de problemen waarmee een patiënt bij de huisarts komt. De POH GGZ onderzoekt in een of meerdere gesprekken welke problemen er spelen en wat het beste aangrijpingspunt is voor eventuele interventie of voor zelfmanagement. En welke zorgverlener daar indien nodig het best bij past. Voor een aantal patiënten is een goede probleemverheldering soms al voldoende om zelf verder te gaan.
- *Begeleiding:* De POH GGZ kan de patiënt begeleiding bieden met gebruik van therapeutische interventies, waardoor een behandeling kan worden voorkomen.
- *Ondersteuning verwijzing:* De POH GGZ adviseert de huisarts over het te starten traject, binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn. Motivering van de patiënt en toewerken naar de op handen zijnde verwijzing is eveneens een taak van de POH GGZ. De huisarts verwijst. De POH GGZ draagt er vervolgens zorg voor dat de patiënt snel op de juiste plek terecht komt voor verdere hulp.
- *Casemanagement:* De POH GGZ houdt de vinger aan de pols ter overbrugging van evt. wachttijden na verwijzing. Hij/zij neemt contact op met de patiënt na verwijzing (betrokkenheid en signaalfunctie) en informeert de huisarts regelmatig om te voorkomen dat deze de patiënt teveel uit het oog verliest. En de POH GGZ begeleidt de patiënt desgewenst bij terugverwijzing naar de eerste lijn na behandeling in de tweede lijn of na afgebroken behandeling. Casemanagement kan ook het coördineren inhouden van hulpverleningstrajecten bij verschillende zorgverleners.
- *Begeleiding van langdurige GGZ-patiënten:* In de tweede lijn uitbehandelde chronische psychiatrische patiënten kunnen op verzoek van de huisarts bij de POH-GGZ terecht voor regelmatige leun- en steuncontacten ter preventie van terugval⁵.
- *Gespreksduur:* Per gesprek met een patiënt, met welke van bovengenoemde taakinhoud dan ook, kan maximaal een dubbel consult in rekening worden gebracht.
- *Netwerkopbouw en -onderhoud:* Kennis van en contacten met eerstelijnsamenwerkingspartners zijn bevorderend voor bovengenoemde taken. Deze kunnen zich ontwikkelen tot projectmatige samenwerking en zorgprogramma's voor specifieke doelgroepen.

- **Opleidingsniveau**

De POH GGZ beschikt over een relevante, afgeronde HBO-opleiding en heeft aanvullende scholing gevolgd. Voor de invulling kan gedacht worden aan een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of algemeen maatschappelijk werker.

- **Omvang ondersteuning**

Per 8 huisartsen werkt 1 fte POH GGZ. Dat betekent per huisarts een ondersteuning van 4,5 uur bruto per week.

- **Kosten**

Onderscheiden worden:

- loonkosten – landelijk is uitgegaan van schaal FWG 60 Inclusief werkgeverslasten is dat € 63.042,=.
 - infrastructurele voorzieningen – conform het bedrag zoals dat geldt voor de POH Somatiek (POH S), € 10,972,=. Dit is onderhandelbaar. *Menzis kiest vooralsnog (in ieder geval in 2009) voor een vergoeding van de infrastructurele kosten tot 100%.extra managementtijd dan wel overlegtijd – conform extra managementtijd voor de POH S -, € 18.237,=. Met het oog op de te verwachten efficiencyvoordelen als zowel een POH S als een POH GGZ ondersteuning biedt, is ook dit onderhandelbaar.*
- Menzis is van mening dat de management- en overlegtijd vooralsnog (in ieder geval in 2009) nodig is om de implementatie van de POH GGZ te laten slagen en kiest voor een vergoeding tot 100%.*

- **Financieringswijze en bekostigingssystematiek**

De financiering van de functie POH GGZ is gekoppeld aan de huisartsenbekostiging. Een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en huisarts is een vereiste. De mogelijkheden tot contractering van andere aanbieders dan de huisarts worden in 2009 onderzocht.

⁵ In afwijking van de beleidsregel acht Menzis dit wel een taak van de POH GGZ.

De vergoeding voor de kosten van de praktijkondersteuning is een maximumbedrag per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde (niveau 2007: maximaal € 3,33 per jaar, vanaf 2009 is dat maximaal € 3,60 per jaar.). Daarnaast kunnen voor hulp door de POH GGZ consulten POH GGZ in rekening worden gebracht. Dit in een verhouding van resp. 3/4 en 1/4: 3/4 van de kosten wordt gefinancierd via een opslag op het inschrijftarief van de huisarts, 1/4 via het in rekening brengen van door de POH GGZ uitgevoerde consulten.

Een impressie van de nieuwe functie uit LVG-Nieuws 03/september 2007:

De functie praktijkondersteuning GGZ moet er aan bijdragen dat patiënten met psychische en psychosociale problemen zo snel mogelijk de goede zorg krijgen, waar mogelijk binnen de eerste lijn worden geholpen, of – indien nodig – snel terecht kunnen bij de gespecialiseerde GGZ. Probleemverheldering is een belangrijk onderdeel van de functie. Evenals het in kaart brengen en onderhouden van het netwerk met hulpverleners in de omgeving. Het zelf uitvoeren van behandelingen valt er niet onder (wel is het voeren van enkele oriënterende en begeleidende gesprekken mogelijk (...))

De functie is een ondersteuningsfunctie voor de huisarts. Het is echter niet de bedoeling dat iedere patiënt met psychische klachten bij een praktijkondersteuner GGZ terecht komt. In veel gevallen zal de huisarts zelf het verder in te zetten traject "afhandelen" in overleg met de patiënt. Als de huisarts twijfelt over het verder in te zetten traject of vermoedt dat er meerdere problemen een rol spelen en een uitgebreidere probleemverheldering nodig is om voor verdere behandeling de goede route te kunnen kiezen, kan de huisarts de praktijkondersteuner GGZ inschakelen.

De praktijkondersteuner GGZ moet een brede, generalistische kijk hebben (die typerend is voor de eerste lijn) en niet te snel focussen op een specifieke psychische component in de problematiek. Vaak spelen problemen tegelijkertijd op meerdere levensgebieden en is het de kunst om het goede aangrijpingspunt (of meerdere interventiepunten tegelijk) te kiezen voor verdere hulp.

3 Visie van Menzis op de nieuwe functie

De visie van Menzis laat zich als volgt samenvatten:

- De ontwikkeling van de functie POH GGZ past binnen het Menzisbeleid om de eerste lijn te versterken.
- De voornaamste motieven daarvoor zijn: een toename van de vraag om hulp bij (psychische en psychosociale) problemen, in combinatie met een beperkte capaciteit in de tweede lijn en een betere benutting van de mogelijkheden in de eerste lijn.
- Kwalitatief goede ondersteuning in de eerste lijn, op een zo optimaal mogelijk moment, voorkomt onnodige medicalisering of verergering van problemen.
- Klachten in de eerste lijn hebben vaak zowel psychische als sociale kanten. De POH GGZ beweegt zich op het snijvlak van zorg en welzijn. Belangrijk is om deze verschillende kanten in beeld te krijgen ten behoeve van een duidelijk (eerste) aangrijpingspunt voor hulp. Daar hoeft niet meteen een "stoornis etiket" op te worden geplakt. Geïntegreerde eerstelijnszorg is wat Menzis voor ogen staat, niet het opknippen van de patiënt in verschillende problemen met verschillende etiketten.
- De patiënt is gebaat bij direct toegankelijke, kleinschalige en laagdrempelige zorg. Zorg dichtbij de patiënt door een heldere en snel toegankelijke loketfunctie, vormgegeven door de huisarts met ondersteuning van de POH GGZ. Met benutting van het netwerk van de patiënt.
- Op GGZ-gebied vraagt dit om een herbevestiging van de positie van de huisarts als poortwachter: alleen de huisarts verwijst naar de tweede lijn. En ook secundaire verwijzingen naar de tweede lijn kunnen enkel via de huisarts verlopen⁶. De POH GGZ rust de huisarts beter toe voor deze poortwachterstaak.
- Menzis wil de samenwerking tussen huisartsen bevorderen en ziet in een POH GGZ- samenwerkingsverband van minimaal drie huisartsen daarvoor een nieuwe mogelijkheid.
- Andere disciplines in de eerste lijn zoals de eerstelijnspsycholoog, maatschappelijk werkers en psychotherapeuten (voor lichte problematiek) maken dat er in de eerste lijn een breed, generalistisch platform is voor GGZ-hulpvragen.
- Samenwerking tussen deze disciplines is nodig om die platformfunctie ook optimaal te benutten. Met inbreng van ieders specifieke expertise waarbij kruisbestuiving tot synergie leidt.
- De invulling van de POH GGZ-taak is een uitwerking van het "stepped care"-principe: de juiste zorg wordt op de juiste plaats geleverd zoveel als nodig is. De tweede lijn wordt "slechts" dan ingeschakeld als de hulpvraag daartoe aanleiding geeft ("generalistisch als het generalistisch kan, specialistisch als het specialistisch moet").
- Contractering binnen de eerste lijn maakt zorgkosten beter inzichtelijk en draagt bij aan beheersing van die kosten en aan doelmatigheid.

⁶ Uitzondering: bedrijfsartsen van bedrijven met een collectieve Menzis-bedrijfspolis mogen voor specifieke arbeidsgerelateerde GGZ-problematiek rechtstreeks verwijzen naar de specifiek daarvoor gecontracteerde GGZ-zorgaanbieders in de eerste lijn.

- Monitoring van proces en effecten alsmede patiëntevaluaties maken het mogelijk daar meer zicht op te krijgen en te houden.

4 Contractanten

Menzis onderscheidt twee groepen contractanten:

- Huisartsen die vanaf 1 januari 2008 ondersteund worden door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en omwille van de continuïteit deze ondersteuning tot contractering van POH GGZ wensten voort te zetten. Menzis hanteerde voor deze groep een overgangsperiode tot 1 juli 2008 en heeft deze overgangsregeling verlengd tot 1 juli 2009. Voorwaarde is dat de huisarts uiterlijk 1 juli a.s. een POH GGZ overeenkomst heeft gesloten.
- (Nieuwe) samenwerkingsverbanden van huisartsen die vanaf 2008 met een POH GGZ gaan werken. Naar verwachting zijn dit vooral samenwerkingsverbanden die al met een POH S werken.

ad a

Het eerste jaar 2008 en het eerste half jaar 2009 heeft het kenmerk van een overgangssituatie waarin sprake is van een overgangscontract. De in die periode lopende afspraken met GGZ-instellingen over de inzet van spv worden afgebouwd en desgewenst omgezet in nieuwe afspraken, onder andere voorwaarden (zie hierna).

Menzis onderschrijft het belang van continuïteit mogelijk is vanuit het oogpunt van de klanten en vanuit de betrokken zorgaanbieders.

In de overgangsperiode moet toegewerkt worden naar afspraken die contracteerbaar zijn in het kader van de nieuwe beleidsregel en het inkoopbeleid van Menzis. Van een vanzelfsprekend voortgaan op dezelfde voet is geen sprake. Vanaf 1 juli 2009 gelden de voorwaarden zoals in deze notitie beschreven. Het POH GGZ-contract wordt gekoppeld aan de (duur van de) - ondertekende - overeenkomst huisartsenzorg.

ad b

Voor nieuwe contracten vanaf 1 januari 2008 (ingangsdatum steeds per de eerste van elk kwartaal) gelden de in deze notitie beschreven voorwaarden. Menzis realiseert zich dat ook hier een toegroeien naar realisering van alle voorwaarden nodig is. 2008 en de loop van 2009 is derhalve ook te beschouwen als een overgangsperiode. Het POH GGZ-contract wordt eveneens gekoppeld aan de (duur van de) - ondertekende - overeenkomst huisartsenzorg.

5 Contracteervoorwaarden

Anders dan bij de POH S is er voor POH GGZ geen uitgebreid landelijk kader waarin voorwaarden rond organisatie en invulling van de functie zijn opgenomen. Uit de beleidsregel vloeien enkele voorwaarden voort. Menzis voegt daar vanuit haar visie nog enkele voorwaarden aan toe.

Ondersteuning bij contractering

Menzis rekent het tot haar taak om de zorgaanbieders optimaal te ondersteunen met formats voor diverse voorwaarden om te voorkomen dat administratie en bureaucratie ten koste gaan van de zorg.

Menzis heeft met de ROS'en Elann, Roset, Scoop/Carans en OOGG afspraken gemaakt over ondersteuning van de huisartsen bij de introductie en aanvragen van POH GGZ in de huisartsenpraktijk.

A Voorwaarden voor groep a: huisarts met spv

Voor 1 juli 2009	Vanaf 1 juli 2009
1. De huisarts werkt toe naar een geformaliseerd samenwerkingsverband van minimaal drie huisartsen	1. Er is een geformaliseerd samenwerkingsverband van minimaal drie huisartsen
2. Er is op 1 juli een definitieve nieuwe taakopdracht beschikbaar	2. De POH-GGZ werkt conform de nieuwe taakopdracht
3. De POH-GGZ volgt in 2009 een aanvullende opleiding	3. De POH-GGZ volgt in 2009/2010 een aanvullende opleiding
4. Het werkgeverschap is op 1 juli anders geregeld (zie paragraaf 6)	4. Het werkgeverschap is binnen de eerste lijn geregeld
5. Op 1 juli zijn er afspraken met andere eerstelijnszorgaanbieders	5. Er wordt gewerkt conform afspraken met andere eerstelijnszorgaanbieders

6. Op 1 juli zijn er afspraken met de tweede lijn over verwijzing en terugverwijzing	6. Er wordt gewerkt conform afspraken met de tweede lijn
7. Op 1 juli is er een plan van aanpak	7. Het plan van aanpak wordt uitgevoerd
8. In het plan van aanpak is opgenomen dat en op welke wijze er protocollair wordt gewerkt	8. Er wordt protocollair gewerkt. Probleemverduidelijking vindt plaats met behulp van een instrument
	9. Na afloop van het contractjaar vindt inhoudelijke en financiële verantwoording plaats
	10. Cliëntervaringen zijn inzichtelijk

Hieronder worden de voorwaarden voor **groep a** nader toegelicht. Daarbij wordt ook het perspectief geschetst waar Menzis de komende jaren naar toe wil werken.

ad 1:

Minimaal drie samenwerkende huisartsen⁷. op het gebied van de eerstelijns-GGZ (met geformaliseerde afspraken)⁸. Samen hebben zij ten minste 4500 patiënten. Menzis streeft naar grotere samenwerkingsverbanden van huisartsen omwille van gezamenlijk GGZ-beleid per regio en omdat dit grotere aanstellingen voor POH GGZ mogelijk maakt.

ad 2: Taakopdracht

De taken die in de beleidsregel zijn genoemd – en door Menzis al nader zijn uitgewerkt (zie paragraaf 2) -, zijn in de taakopdracht/functieomschrijving van de POH GGZ geformaliseerd. Menzis wil daarnaast ook ruimte bieden voor afstemming op relevante regionale ontwikkelingen zoals de WMO, toekomstige Centra voor Jeugd en Gezin, preventie, arbeidsgerelateerde problemen en relatief nieuwe interventies zoals bv. ACT (active community treatment), runningtherapie, enz. Menzis wil daarbij actief meedenken.

ad 3:

De spv/POH GGZ dient in 2009 een aanvullende scholing te volgen in aansluiting op de - afgeronde - HBO-opleiding. Daar wordt momenteel landelijk aan gewerkt.

ad 4: Werkgeverschap

Het werkgeverschap, in veel gevallen nu nog in handen van de tweede lijn, wordt overgeheveld naar de eerste lijn. Het werkgeverschap omvat afspraken over scholing, kwaliteitsbewaking en overleg (zie verder paragraaf 6).

ad 5: Afspraken tussen eerstelijnszorgaanbieders

Er wordt toegewerkt naar schriftelijk vastgelegde afspraken tussen huisartsen/POH GGZ, eerstelijnspsychologen, maatschappelijk werkers en eventuele andere eerstelijns GGZ-aanbieders over wie welke deskundigheden heeft in het kader van eerstelijns-GGZ, over onderling verwijzen, (terug)rapportage en overleg⁹.

ad 6: Afspraken met de tweede lijn

Er wordt toegewerkt naar (nieuwe) afspraken met de tweedelijns-GGZ over verwijzing en terugrapportage, zonder hinderlijke schotten voor de zorgvrager. Afspraken over overleg en deskundigheidsbevordering kunnen daar desgewenst deel van uit maken.

ad 7: Plan van aanpak

Er wordt toegewerkt naar een plan van aanpak voor de doelen, te bereiken resultaten en de bijbehorende strategie voor (de tweede helft van) 2009 en verder. Er wordt een schets gegeven van de uitgangssituatie van EL-GGZ in het samenwerkingsverband. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de regio-analyses die de meeste Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) al hebben gemaakt of er wordt een eigen analyse uitgevoerd. Het plan van aanpak heeft ook betrekking op de praktische organisatie: werkplek, begeleiding, scholing, intervisie en overleg. Menzis streeft ernaar om het plan van aanpak te integreren in het toekomstig zorgaanbodplan.

ad 8: Protocollair werken/probleemverduidelijkingsinstrument

Protocollair werken draagt bij aan de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg. Afspraken zijn nodig over het gebruik van en afstemming tussen de gangbare standaarden en protocollen. Menzis is voorstander van het gebruik van een probleemverduidelijkingsinstrument. Er zijn in den lande enkele instrumenten (in ontwikkeling). Menzis levert een bijdrage aan het beschikbaar stellen van een geschikt instru-

⁷ Menzis wijkt op dit punt af van de beleidsregel waar gesproken wordt over een juridisch vormgegeven samenwerkingsverband van acht huisartsen.

⁸ Menzis wijkt op dit punt af van de beleidsregel waar gesproken wordt over een juridisch vormgegeven samenwerkingsverband van acht huisartsen.

⁹ Er zijn voorbeelden beschikbaar, zie hiervoor www.eerstelijnsqgz.nl

ment aan het veld. Er is een instrument in ontwikkeling waarvan Menzis denkt dat het goed toepasbaar is in de huisartsenpraktijk. In het voorjaar van 2009 worden de eerste resultaten van een uitgebreide testgroep verwacht.

ad 9: Inhoudelijke en financiële verantwoording

Jaarlijks legt het samenwerkingsverband inhoudelijke en financiële verantwoording af aan Menzis. Ook hiervoor zal Menzis - in samenspraak met het veld - een format ontwikkelen (nauw aansluitend bij het format van POH S) met aandacht voor prestatie-indicatoren. Deze liggen vooralsnog op het gebied van het proces (aantallen contacten, doorlooptijd, (soort)verwijzingen, samenwerking met derden, enz). Gaandeweg zullen ook uitkomstindicatoren worden gevraagd. Spiegelinformatie op basis van de informatie die huisartsen standaard al aanleveren ziet Menzis als een belangrijk hulpmiddel daarbij. Menzis streeft er eveneens naar om de verantwoording tot onderdeel te maken van het reguliere jaarverslag van het samenwerkingsverband huisartsen.

ad 10: Ervaringen van cliënten

De ervaringen van cliënten worden regelmatig getoetst met behulp van de CQ-index. De ervaringen worden via kieswijzer.nl in beeld gebracht.

Zorgprogramma's

Rond depressieve klachten, stress en surmenage, verwerkingsproblematiek, huwelijks- en relatieklachten, angstklachten enz. zijn voorbeelden van onderwerpen van zorgprogramma's bekend of in ontwikkeling. Menzis ondersteunt samenwerkingsverbanden die op geleide van de vraag een dergelijk programma willen gaan hanteren. Wel wijst Menzis er op dat de eerstelijns GGZ-zorg, anders dan de tweede lijn, niet altijd met psychische etiketten kan of hoeft te werken. Er moet recht gedaan worden aan de (zorg-welzijns)vraag van de klant in de vorm van een antwoord op maat. Om die reden hanteert Menzis het hebben van een zorgprogramma (nog) niet als voorwaarde.

B Voorwaarden voor groep b: (nieuwe) samenwerkingsverbanden met een POH GGZ

Per datum contract (mogelijk vanaf 1 januari 2008, en verder bij het begin van elk kwartaal)	
1	Er is een geformaliseerd samenwerkingsverband van minimaal drie huisartsen
2	Er is een taakopdracht POH-GGZ
3	De POH-GGZ volgt een aanvullende opleiding
4	Het werkgeverschap is geregeld
5	Er wordt gedurende het eerste contractjaar toegewerkt naar afspraken met andere eerstelijnszorgaanbieders
6	Er wordt gedurende het eerste contractjaar toegewerkt naar afspraken met de tweede lijn
7	Er is op de startdatum een globaal plan van aanpak, dat in het eerste contractjaar nader wordt uitgewerkt
8	Daarin is opgenomen dat en hoe er protocollair wordt gewerkt. Probleemverduidelijking vindt plaats met behulp van een instrument
9	Na afloop van het contractjaar vindt inhoudelijke en financiële verantwoording plaats
10	Cliëntervaringen worden gemonitord

De voorwaarden voor **groep b** zijn dezelfde als voor groep a. De enige aanvulling daarop is dat indien de POH GGZ een maatschappelijk werkende betreft, de contractering in gaat, in het kwartaal waarin de POH GGZ met de aanvullende scholing start.

6 Mogelijke varianten voor de inzet van POH GGZ

De Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) heeft een aantal mogelijke varianten onderscheiden, variërend van de POH GGZ in dienst van een (bestaand) POH S samenwerkingsverband tot en met inzet vanuit een organisatie met een specifiek eerstelijns aanbod die vanuit een GGZ-instelling is opgericht.

Op basis van een aantal criteria heeft Menzis voorkeur voor bepaalde varianten. Deze criteria vloeien voort uit de visie van Menzis:

- versterking van de eerste lijn;
- regiefunctie bij de huisarts;
- onafhankelijke inzet;
- zoveel mogelijk aansluiten bij de systematiek van POH S.

Op die gronden komen de volgende varianten in aanmerking:

a POH GGZ in dienst van (bestaand) POH-samenwerkingsverband van huisartsen

In deze variant vervullen huisartsen het werkgeverschap. En dragen daarmee ook de verantwoordelijkheid voor het aanwezig zijn van de benodigde kennis/deskundigheid bij de POH GGZ.

De POH GGZ heeft een arbeidscontract met het samenwerkingsverband of met een van de deelnemers ervan. Aansturing vindt plaats door een van de huisartsen. Het samenwerkingsverband sluit met Menzis een overeen-

komst. Dit kan een afzonderlijke overeenkomst zijn of een addendum op het bestaande POH-contract dat op zijn beurt weer gekoppeld is aan de individuele overeenkomst van de betreffende huisarts voor de levering van huisartsenzorg. De POH GGZ-gelden gaan rechtstreeks van Menzis naar de huisartsen via moduleopslag op het inschrijftarief en declaratie van consulten.

b *POH GGZ in dienst van eerstelijnscentrum of geïntegreerd samenwerkingsverband*

De POH GGZ maakt onderdeel uit van het team dat een geïntegreerd zorgaanbod levert vanuit het eerstelijnscentrum of ander samenwerkingsverband en zal veelal in dienst zijn van die organisatie/rechtspersoon. Het centrum/samenwerkingsverband maakt mogelijk al gebruik van de bestaande POH-regeling.

In een centrum met huisartsen in loondienst, sluit het centrum, als rechtspersoon een overeenkomst met Menzis over de POH GGZ. In een niet-loondienstconstructie kunnen de huisartsen zelf een overeenkomst aangaan met Menzis. Zij maken met het centrum nadere afspraken over organisatie, huisvesting e.d.

De inhoudelijke aansturing wordt in beide gevallen uitgevoerd door de huisartsen.

De POH GGZ-gelden gaan rechtstreeks van Menzis naar eerstelijnscentrum/rechtspersoon in geval van een loondienstcentrum, aansluitend op de bestaande financieringsstroom. Bij een niet-loondienstcentrum gaan de gelden rechtstreeks van verzekeraar naar huisartsen via moduleopslag op het inschrijftarief en declaratie van verrichtingen (tenzij gekozen is voor centrale administratie). Huisartsen en centrum spreken onderling af hoe de verrekening van kosten verloopt.

c *POH GGZ gedetacheerd vanuit een facilitair bedrijf*

Er zijn organisaties die de werkgeversrol vervullen voor ondersteunend personeel dat ingezet wordt in huisartsenpraktijken, bv. Archiatros en ZorgIntermediair. Deze organisatie zijn opgezet vanuit de eerste lijn, wat voor Menzis een voorwaarde is. Vanuit deze organisaties kunnen praktijkondersteuners geplaatst worden in huisartsenpraktijken. Aansturing vindt plaats door de huisartsen.

De huisartsen sluiten een overeenkomst POH GGZ met Menzis en maken bij de invulling van de functie gebruik van de diensten van een POH GGZ die vanuit de facilitaire organisatie wordt aangeboden en daar in dienst is. Hiervoor sluiten zij een (detacherings)overeenkomst met het facilitair bedrijf.

De POH GGZ-gelden gaan rechtstreeks van Menzis naar huisarts via moduleopslag op het inschrijftarief en declaratie van consulten. De huisarts sluit met het facilitair bedrijf een overeenkomst over de kosten voor de inzet van de POH GGZ in de praktijk. De huisarts draagt dit vervolgens af aan het facilitair bedrijf.

Menzis gaat ook in deze variant uit van een samenwerkingsverband van huisartsen, minimaal à la POH S.

Voor de overgangperiode tot 1 juli 2009 is ook nog een vierde variant toelaatbaar met het oog op de gewenste continuering van de huidige inzet van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen bij huisartsen. Deze variant is alleen mogelijk als er sprake is van een inzet van een spv tot nu toe en de huisarts uiterlijk 1 juli a.s. een POH GGZ overeenkomst heeft gesloten.

d *GGZ-instelling levert POH GGZ diensten aan huisartsen*

Vanuit een GGZ-instelling is een POH GGZ nog maximaal tot 1 juli 2009 mogelijk en met een afgesproken nieuwe taakhoud (conform het takenpakket van de POH GGZ) geplaatst in een huisartsenpraktijk. De GGZ-instelling is verantwoordelijk voor het werkgeverschap.

De huisarts of, bij voorkeur, een huisartsensamenwerkingsverband, geeft bij Menzis aan dat zij gebruik willen maken van de functie POH GGZ, via de mogelijkheid om dit organisatorisch via de GGZ-instelling te laten lopen. Vervolgens sluit de huisarts een overeenkomst met de GGZ-instelling voor de inzet van een POH GGZ. De functie wordt vanuit de GGZ-instelling ingevuld met de al in de huisartsenpraktijk(en) werkende werknemer.

De betrokken huisarts(en) bepalen de taakhoud van de in te zetten functionaris.

De POH GGZ-gelden gaan rechtstreeks van Menzis naar huisarts via moduleopslag op het inschrijftarief en declaratie van verrichtingen. De huisarts sluit met de GGZ-instelling een overeenkomst over de kosten voor de inzet van de POH GGZ in de praktijk tot uiterlijk 1 juli a.s.. De huisarts draagt dit vervolgens af aan de GGZ-instelling. Speciaal aandachtspunt is de regiefunctie van de huisarts die in deze variant niet automatisch is gewaarborgd. In de overgangperiode wordt toegewerkt naar variant a, b of c zoals hierboven uitgewerkt.

7 Ondersteuningsrol door de ROS

Menzis heeft met de ROS'en de afspraak gemaakt over ondersteuning van de huisartsen bij de voorbereiding voor POH GGZ. De ondersteuning is vergelijkbaar met de ondersteuning die de ROS'en bieden bij de POH S.

Voor uw vragen kunt u terecht op de website van Menzis, <http://www.menzis.nl/web/show/id=230040>.

Namens Menzis,

Rina Dijkstra, beheersmedewerker 1^o lijnszorg huisartsen (dijkstra.r@menzis.nl)

Martine Poulussen, contractmanager 1^o lijnszorg huisartsen (poulussen.m@menzis.nl)